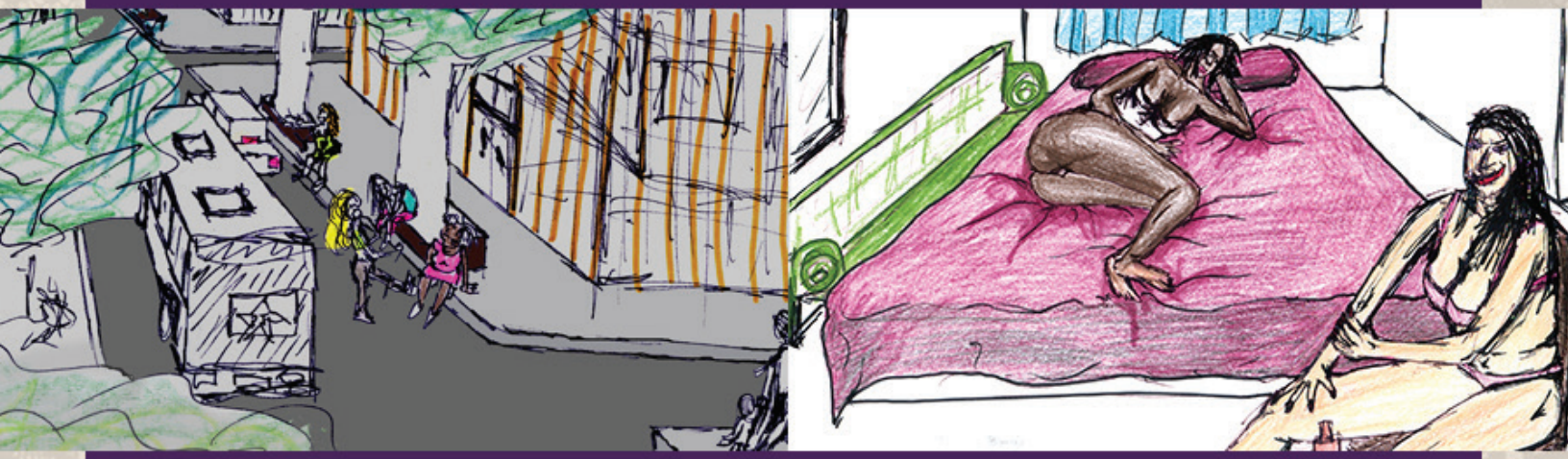
POLÍTICA DE SAÚDE, RESPOSTA AO HIV E PROSTITUIÇÃO NO RIO DE JANEIRO

ESTUDO DE CASO



DA SÉRIE:

ANÁLISE DE CONTEXTOS DE PROSTITUIÇÃO EM RELAÇÃO A DIREITOS HUMANOS, TRABALHO, CULTURA E SAÚDE NO BRASIL

ABIA
Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

2014

@ ABIA, 2014

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

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Equipe de pesquisa

Trabalho de Campo e textos preliminares: Ana Paula Silva, Fátima Cecchetto, Gisele Filipo, Laura Murray, Thaddeus Blanchette

Coordenação executiva: Magaly Pazello

Finalização do relatório: Sonia Corrêa, Laura Murray, Aline Tavares, Magaly Pazello

Projeto gráfico: FW2 Agência Digital

Ilustrações: Jose Miguel Olivar

A pesquisa e respectiva publicação foram apoiadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro por meio do projeto de cooperação técnica “Diretrizes e Estratégias para a Redução de Vulnerabilidades as DST/HIV/Aids no Estado do Rio de Janeiro”, firmado entre a SES e UNESCO.

Apoio ao projeto

GOVERNO DO Rio de Janeiro
SECRETARIA DE SAÚDE

Parceria

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz

Apoio à ABIA

Brot für die Welt
DST/AIDS e Hepatites Virais Rio de Janeiro
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
FORDFOUNDATION
Hivos people unlimited
OPEN SOCIETY FOUNDATIONS

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

ÍNDICE

Prefácio – Richard Parker e Katia Edmundo 4

Apresentação 5

1. Contexto político de saúde e HIV no estado do Rio de Janeiro 9

2. Gestão e implementação de políticas de resposta ao HIV com profissionais do sexo no estado do Rio de Janeiro .. 14

Prostituição no discurso da política de saúde: pouco ou quase nada 15

Percepção dos/as gestores sobre a falta de ações 17

Visão sobre a prostituição e necessidades das prostitutas 23

3. Serviços e profissionais de saúde 27

Contexto urbano dos serviços de saúde 28

Perfil dos serviços e acesso a profissionais do sexo 29

Percepção dos/as profissionais sobre a relação prostituição e direitos 33

Itaguaí: um caso singular 38

4. O que dizem as prostitutas? 42

Pontos de prostituição e perfil das trabalhadoras: uma breve etnografia 43

Acesso à saúde 49

Problemas de saúde identificados 51

Uso de camisinhas 54

Saúde e Preventiva 56

Estigma e relação com serviços de saúde 60

A modo de conclusão: síntese da pesquisa e pontos para discussão 62

Anexos 72

Referências bibliográficas 89

PREFÁCIO

É com imenso prazer que lançamos a segunda edição da série *Análise do Contexto da Prostituição em relação a direitos humanos, trabalho, cultura e saúde no Brasil*, organizado pela ABIA. Essa série tem como objetivo apresentar pesquisas sobre as diferentes dimensões existentes nos contextos de prostituição, buscando analisar sua diversidade, suas especificidades, os principais problemas em relação ao acesso a direitos sociais e as diferentes formas de violação de direitos humanos presentes em grande parte desse universo.

O material aqui apresentado é resultado de um trabalho conjunto entre a equipe da ABIA, do Observatório da Prostituição (LeMetro/IFCS/UFRJ), pesquisadores parceiros e ativistas dos direitos das profissionais do sexo. O estudo, **Política de Saúde, Resposta ao HIV e Prostituição no Rio de Janeiro: estudo de caso**, contou com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro por meio do projeto de cooperação técnica "Diretrizes e Estratégias para a Redução de Vulnerabilidades as DST/HIV/Aids no Estado do Rio de Janeiro", firmado entre a SES/RJ e UNESCO. A pesquisa traz um panorama sobre as políticas de saúde no estado e munícipio do Rio de Janeiro voltadas para profissionais do sexo, com foco privilegiado nas políticas de enfrentamento ao HIV e a AIDS. É um material valioso a media que reúne documentos de diferentes atores que constituem a malha de serviços de saúde: gestores, profissionais da saúde e trabalhadoras sexuais usuárias desses serviços.

Esperamos que esse debate possa contribuir para qualificar as ações integradas entre movimento de saúde e ativismo de profissionais do sexo a fim de construir políticas que auxiliem a garantia de direitos à população de profissionais do sexo, combatendo a situação de invisibilidade e estigma social e possibilitando práticas emancipatórias.

Richard Parker e Kátia Edmundo

APRESENTAÇÃO

Em 2011 e 2012 a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS-ABIA, em parceria com o grupo Prostituição, Direitos Humanos e Cidadania-DAVIDA e pesquisadores de diferentes universidades brasileiras[1], realizou uma pesquisa pioneira sobre contextos de prostituição em relação a direitos humanos, trabalho, cultura e saúde. Essa pesquisa contou com o apoio do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde-MS e Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. O resultado desse trabalho foi de grande importância para análise e compreensão dos diferentes campos de forças que constituem a arena das políticas públicas brasileiras, tanto no âmbito do Executivo quanto do Legislativo. (ABIA, 2013)

O levantamento foi organizado em dois eixos: 1) a análise do panorama das políticas internacionais relacionadas a prostituição, direitos humanos e HIV, considerando que muitas das ações realizadas no país refletem o que ocorre no cenário internacional, ao mesmo tempo em que algumas políticas, consensos e acordos internacionais podem ser instrumentos úteis para impulsionar iniciativas e decisões nacionais; e 2) o mapeamento preliminar da situação nacional sobre os aspectos relacionados aos direitos humanos, trabalho, cultura e saúde nos contextos de prostituição observando-se a resposta ao HIV. Este segundo eixo foi subdividido em três tópicos: a) o histórico da relação do Estado brasileiro com a prostituição, HIV e direitos humanos; b) a análise das políticas e propostas legislativas envolvendo o tema da prostituição; e c) a análise de ações desenvolvidas no âmbito dos projetos realizados com apoio do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais.

1 Sonia Correa (ABIA, Gabriela Leite (DAVIDA), Flavio Lenz (DAVIDA), Wilza Vilella (UNIFESP), Simone Monteiro (FIOCRUZ), Elaine Bortolanza, Laura Murray (Columbia University), José Miguel (UNICAMP) e Angela Donini (UNIRIO).

Os resultados do estudo informam que existem poucas iniciativas que vinculam a prostituição com direitos humanos e que, de maneira geral, há invisibilidade do tema no âmbito das políticas nacionais. O tema da prostituição só aparece em evidência no debate público quando se relaciona com outras atividades, geralmente, consideradas ilícitas como no caso da exploração sexual de crianças e adolescentes, da prostituição e o tráfico de pessoas e, ainda, da exploração comercial da prostituição. Este cenário se coaduna com a postura *laissez-faire* que, desde o século 19, caracteriza o tratamento dado pelo Estado brasileiro à questão da prostituição no país[2], e que tem sido questionado pelos movimentos organizados de prostitutas bem como demais movimentos voltados para os direitos humanos.

Em termos de ações em resposta à epidemia de HIV – e demais Infecções Sexualmente Transmitidas (IST)[3] – entre as prostitutas, vimos que o volume é menor do que o de ações voltadas para as demais populações consideradas mais vulneráveis à infecção. Além disso, nem sempre essas ações se apoiam nas metodologias mais modernas de trabalho desenvolvidas por grupos que atuam em defesa dos direitos sexuais e da prostituição como um direito sexual, do mesmo modo que, na maioria das vezes, não consideram as particularidades das prostitutas enquanto mulheres.

O estudo de caso sobre a cidade do Rio de Janeiro, cujos resultados finais são apresentados nessa publicação, constituiu uma segunda fase desse mapeamento. Este estudo dá continuidade a uma pesquisa realizada pela ABIA entre 2008 e 2010 sobre a resposta brasileira ao HIV entre profissionais do sexo em Porto Alegre e no Rio de Janeiro que resultou no relatório *Sexualidade e Desenvolvimento: a política brasileira de*

---

2 Em termos legais sobre a prostituição, o Brasil se orienta por uma política abolicionista caracterizada juridicamente pela não penalização do(a) trabalhador(a) sexual e na criminalização de vários outros agentes envolvidos no comércio sexual, como donos(as) de casas de prostituição ou aqueles que auxiliem alguém a exercer a atividade (Art. 228, 229 e 230 do Código Penal Brasileiro). Entretanto, na prática, a política brasileira sobre prostituição se alinha ora a políticas proibicionitas, com intensa perseguição às trabalhadoras sexuais, ora a políticas regulamentaristas, onde a prostituição é permitida desde que ocupe um espaço marginal na sociedade e sob intensa vigilância do Estado. (Corrêa e Olivar, 2014; Pereira, 2005)

3 O *Guia de Terminologia* da UNAIDS/ONUSIDA recomenda o emprego do termo Infecção Sexualmente Transmitida (IST) em lugar de Doença Sexualmente Transmitida (DST) pelas seguintes razões: "Os termos utilizados anteriormente, 'doença venérea' e 'doença sexualmente transmitida' (DST), não passam o conceito de ser assintomática, como o faz o termo 'infecção sexualmente transmitida' (IST). As IST são disseminadas pela transferência de organismos de uma pessoa para outra durante o contato sexual. Além das IST tradicionais (sífilis e gonorreia), a gama das IST agora inclui: o HIV/VIH, que causa a AIDS/SIDA; a Chlamydia trachomatis; o papilomavírus humano (HPV), que pode causar câncer do colo do útero, o câncer peniano ou o câncer anal; o herpes genital; o cancro; os micoplasmas genitais; a hepatite B; a tricomoníase; infecções entéricas; e doenças ectoparasitárias, ou seja, doenças causadas por organismos que vivem na parte externa do corpo do hospedeiro. A complexidade e a amplitude das infecções sexualmente transmitidas têm aumentado dramaticamente deste a década de 1980; mais de 20 organismos causadores de doença e síndromes agora são reconhecidos como pertencentes a esta categoria." (2011, p. 14)

resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo. (Pimenta et al., 2010) Esse estudo anterior já havia indicado sinais importantes de perda de qualidade das políticas públicas de prevenção e promoção da saúde das mulheres prostitutas. Nessa época, as entrevistas feitas com um número limitado de profissionais do sexo nas duas cidades revelaram que, embora as profissionais do sexo em Porto Alegre tivessem mais acesso a serviços públicos de prevenção do HIV e saúde no sentido amplo comparadamente às mulheres no Rio de Janeiro, a qualidade de serviços e acesso a materiais de prevenção nas duas cidades já eram bastante limitados.

Os gestores de saúde entrevistados notavam que nos anos anteriores à pesquisa de 2010, a atenção e o investimento do governo em relação a profissionais do sexo haviam sido reduzidos e redirecionados a outros grupos tais como HSH (Homens que fazem Sexo com Homens). Além disso, constatou-se que o sistema público de saúde tendia a desenvolver ações de prevenção com profissionais do sexo apenas quando houvesse demanda por parte das organizações de profissionais do sexo. Para suprir essa carência um estudo do contexto local do Estado e, sobretudo, do Município do Rio de Janeiro, foi realizado entre 2013 e 2014 com o apoio da Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. O objetivo desse novo estudo foi mapear e analisar a resposta às necessidades de saúde e mais especialmente ao HIV entre profissionais do sexo, assim como identificar as percepções e experiências de mulheres profissionais do sexo no âmbito da saúde. Aproveitando-se a oportunidade da pesquisa, o estudo identificou, de maneira preliminar, como outros campos de política pública nos níveis estadual e municipal – por exemplo, as áreas de direitos humanos e direitos das mulheres – tem abordado a questão da prostituição.

Os resultados dessa pesquisa, realizada ao longo do 2013 e no inicio de 2014, apresentados aqui analisam tanto a parte empírica de campo, quanto as informações coletadas por meio de fontes documentais. A metodologia de investigação comportou quatro componentes: a) um levantamento documental, b) a análise dos Planos de Ações e Metas (PAM) dos programas de DST/AIDS municipal e estadual do Rio de Janeiro, c) um questionário com coordenadores/as municipais de DST/AIDS, e d) entrevistas com gestores, profissionais de saúde de 10 serviços públicos e 30 prostitutas que trabalharam em 6 pontos de prostituição no Rio de Janeiro. (Para uma descrição completa da metodologia ver Anexo I)

Esses resultados estão organizados em quatro blocos. O primeiro capítulo, **Contexto Político de Saúde e HIV no Estado do Rio de Janeiro**, situa o cenário mais amplo dessas políticas no estado, analisando os

desafios trazidos pela descentralização para a efetivação das principais políticas públicas de enfrentamento ao HIV. Também analisa as políticas setoriais elaboradas pelo MS a partir de 2007, como o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.

O segundo capítulo, **Gestão e Implementação de Políticas de Resposta ao HIV com Profissionais do Sexo no Estado do Rio de Janeiro**, traz uma análise dos planos e programas voltados para a área da saúde e das ISTs (geralmente denominada DST/AIDS) direcionados a profissionais do sexo no estado do Rio de Janeiro. Essa análise se baseia em levantamentos de documentos oficiais disponibilizados nos *websites* de órgãos públicos do Estado[4] e do PAM do Estado e do Município do Rio de Janeiro entre 2007 e 2013. Tal análise é acrescida de entrevistas realizadas com gestores/as da área da saúde sobre a ausência de ações específicas para a população de profissionais do sexo, bem como suas percepções sobre a prostituição e suas demandas. O terceiro capítulo, **Serviços e Profissionais de Saúde**, analisa a percepção dos profissionais da saúde que atuam em programas, ações e projetos na área das ISTs, particularmente HIV, sobre as políticas direcionadas para as profissionais do sexo no âmbito federal, estadual e municipal.

Por fim, o último capítulo, **O que dizem as Prostitutas?**, identifica os principais pontos de prostituição do Rio de Janeiro e aprofunda, através de entrevistas com as profissionais do sexo, a percepção dessas trabalhadoras sobre aceso à saúde de forma ampla, discutindo seus principais problemas de saúde, a relação com o Sistema Único de Saúde-SUS e o uso do preservativo. Esse capítulo é de fundamental importância para o estudo, buscando balizar a realidade apresentada por essas profissionais do sexo com o contexto mais amplo de implementação de políticas na área da saúde, em especial na área de prevenção das ISTs e da AIDS.

A análise apresentada busca contribuir para o aprimoramento do debate sobre prostituição e políticas públicas no âmbito municipal, em particular no que diz respeito ao sistema público de saúde e a resposta ao HIV, mas também aspectos relacionados às possibilidades de limites experimentados por profissionais do sexo para exercer seus direitos de cidadania e direitos humanos fundamentais.

---

4 Foram pesquisados os *websites* dos seguintes órgãos de fevereiro a junho do 2013: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos, Conselho Estadual dos Direitos da Mulher, Secretaria Estadual de Saúde (Saúde da Mulher e Programa de DST/AIDS) e a Secretaria Municipal de Saúde (Programa de DST/AIDS). A busca enfocou as palavras-chave: prostituta, prostituição, trabalhadora sexual e profissional do sexo. (Para a lista completa dos documentos analisados, ver Anexo III e IV)

1 CONTEXTO POLÍTICO DE SAÚDE E HIV NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Se nos anos 1990, ano de sua consolidação, a política de resposta ao HIV e a AIDS no Brasil foi basicamente coordenada e induzida pelo MS, a partir dos anos 2000 registra-se um crescente movimento de descentralização dessas políticas que acompanhou o processo de regionalização do SUS. Embora a descentralização atendesse as reivindicações políticas dos primórdios da reforma sanitária, preocupada com a regionalização da saúde e em aproximar da população diretamente beneficiada sua gestão e controle, ela também deve ser compreendida como parte da lógica mais ampla de gestão de política no contexto neoliberal da década de 1990 que pregava a descentralização de sistemas como uma forma de eficiência e oferecia um intenso enxugamento dos recursos destinados à saúde. (Parker, 2001)

No Brasil, isso se traduziu numa descentralização focada na municipalização com maior autonomia das instâncias municipais na gestão dos recursos. No entanto, e lamentavelmente, a promessa de uma maior participação da sociedade civil organizada na gestão e formulação dessas políticas, agora regionalizadas, não se concretizou plenamente. O que se deu, de fato, foi a consolidação dos gestores locais enquanto agentes centrais de decisão das políticas e a gradativa perda de qualidade e influência das instâncias de participação social através dos conselhos de saúde. (Gershman e Castanheira, 2013; ABIA 2006)

No campo da AIDS especificamente observa-se, ao longo dos anos 2000, a transferência da responsabilidade da esfera federal para os estados e, particularmente, para os municípios no que se refere ao funcionamento dos serviços, oferta de parte dos insumos e programas de prevenção. Data deste período o início do repasse de fundos do Programa Nacional de DST/AIDS (hoje Departamento de DST, AIDS e Hepatites

Virais), para as secretarias estaduais e municipais de saúde, as quais se tornaram a partir daí responsáveis por gerir os recursos transferidos para as organizações comunitárias da sociedade civil em torno de ações de resposta às ISTs e AIDS. (Bravo, 2006)

Essa regionalização trouxe alguns desafios para a implementação efetiva da assistência e prevenção do HIV e da AIDS. A primeira é a necessidade de redefinição do papel dos estados federativos dentro da estrutura da saúde, tendo em vista que a diretriz da regionalização pela via da municipalização deixa um hiato sobre a função do Estado, abrindo a possibilidade para que este se exima de grande parte de sua responsabilidade, se apresentando apenas como uma entidade de regulação. (Gershman e Castanheira, 2013) Também contribui para a pouca equalização entre as diferenças econômicas existentes entre os municípios, que requer uma ação regionalizada para que se consiga cobrir as lacunas da assistência deixada por aqueles municípios com poucos recursos.

Diante destas dificuldades, em 2007, o MS inicia o processo de construção de políticas de enfrentamento ao HIV a partir de uma divisão por recortes setoriais, do qual resultou, por exemplo, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Lançado no mesmo ano pelo MS e Secretaria Especial de Políticas das Mulheres-SPM, por meio do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais e da Área Técnica de Saúde da Mulher, esse plano foi mobilizado, entre outras razões, para responder à pauta internacional de priorização das mulheres e das desigualdade de gênero nas respostas ao HIV e a AIDS. Tendo como objetivo oferecer uma resposta integrada e intersetorial à feminização da epidemia e nortear ações ao nível estadual e municipal. (Pimenta et al., 2010)

Após do lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, oficinas regionais foram realizadas para desencadear o processo de elaboração de planos estaduais[5]. A expectativa era que cada estado formasse um grupo de trabalho com membros do governo e da sociedade civil para elaborar e acompanhar a implementação de um plano estadual de feminização. No Rio de Janeiro, o Grupo de Trabalho de Enfrentamento à Feminização da AIDS e outras DSTs-GT Feminização, foi oficializado em maio do

5 O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST foi revisado em 2009 e publicado novamente em outra versão revisada em setembro de 2011. Oficinas foram realizadas na esfera estadual para o desenvolvimento de grupos de trabalho intersetoriais e planos estaduais.

2012 com membros da sociedade civil, órgãos da Secretaria Estadual da Saúde-SES-RJ (incluindo a Gerência de DST/AIDS, Área Técnica de Saúde da Mulher, Núcleo de Violência e Saúde da Mulher) e Subsecretaria de Políticas para as Mulheres do RJ/Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (SPMulheres/CEDIM).

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST trouxe uma novidade importante para a análise aqui desenvolvida: a Agenda Afirmativa das Prostitutas (ver Anexo II). Esse documento lista ações estratégicas desenvolvidas pelo movimento de prostituas para reduzir a vulnerabilidade da população ao HIV e a AIDS. A inclusão da agenda dentro do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST foi vista como uma vitória pelo movimento organizado, pois significou o reconhecimento da pauta de saúde das prostitutas dentro de uma agenda para mulheres. O caráter intersetorial das ações também ampliou a responsabilidade da prevenção e saúde das prostitutas para outros setores do governo.

Entretanto, esse enfoque, apesar da visibilidade que proporcionou às mulheres, em especial às mulheres prostitutas, no âmbito da resposta ao HIV implicou novos desafios, por exemplo, suscitou todo um debate acerca da definição do sujeito "mulheres". O estudo anterior da ABIA (Pimenta et al., 2010) relata a demanda de setores feministas no sentido de que as transexuais não fossem contempladas por essas ações. Também se deram tensões entre os chamados grupos vulneráveis. Em seguida ao lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, em 2008, foi desenhado o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis, de que um dos méritos foi a inclusão de diretrizes para a população de travestis (antes pulverizadas, sob a rubrica HSH). Essas diretrizes quando traduzidas para os níveis estadual e municipal muitas vezes levaram a priorização de uma população em detrimento de outras, adicionando água ao moinho das tensões entre mulheres, prostitutas e transexuais, por um lado; e gays, HSH e travestis, por outro.

Um contexto tumultuado

Como revelam os resultados desse estudo, tanto o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, quanto a Agenda Afirmativa das Prostitutas não foram efetivamente

incorporados às agendas locais de implementação da resposta ao HIV. Essa não implementação pode ser atribuída aos problemas da descentralização e ineficiência do sistema público de saúde. Mas também precisa ser considerada na sua relação com o clima moral que tem prevalecido no debate público e nas instituições públicas de saúde em relação à prostituição.

Em junho de 2013, por exemplo, quando o trabalho de campo desse estudo apenas se iniciava, a campanha feita pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, em parceira com lideranças do movimento de profissionais do sexo para marcar o Dia Internacional de Prostitutas (2 de junho), foi censurada pelo Ministro da Saúde. A campanha veiculava fotos de prostitutas e afirmava seu direito ao trabalho, além da experiência do preconceito. A frase ***sou feliz sendo prostituta*** provocou a reação de congressistas religiosos conservadores que acionaram o ministro e a campanha foi retirada do ar dois dias após o lançamento, gerando polêmica em torno desse material. Esse fato acarretou, inclusive, a demissão do diretor do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais[6]. Essa decisão, além de arbitrária, está em contradição aberta com a Agenda Afirmativa das Prostitutas. Tal episódio, contudo, não é um fato isolado, se trata apenas de mais um entre muitos outros que sinalizam para as condições regressivas do ambiente político e moral em relação à prostituição.

A maioria das entrevistas com gestores/as de políticas públicas foi realizada entre maio e julho de 2013, às vésperas da Copa das Confederações e da Jornada Mundial da Juventude que se realizaram no Rio de Janeiro. O trabalho de campo com gestores e profissionais do sexo também coincidiu, ao menos parcialmente, com as manifestações da chamadas Jornadas de 2013[7]. Quando o trabalho de campo com profissionais do sexo estava por terminar, em maio de 2014, deu-se a invasão ilegal e violenta de um prédio em Niterói onde mais que 400 prostitutas trabalhavam[8]. E não menos importante, quando os resultados do estudo estavam sendo processados, a partir de junho de 2014, teve lugar a Copa do Mundo.

---

6 "Carta ABIA em repúdio à censura da campanha sobre prostituição e HIV/AIDS pelo Ministério da Saúde", 13 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.sxpolitics.org/pt/?p=3417. Acesso em: 15 jun. 2013. "Demitido após campanha para prostitutas aponta 'situação conservadora'", Folha de São Paulo, 05 de junho de 2013. <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/06/1290119-demitido-apos-campanha-para-prostitutas-aponta-situacao-conservadora.shtml> Acesso em: 15 jun. 2013. "Plataforma Dhesca repudia recúo do MS, chefes de programas, apreensivos" <http://www.viomundo.com.br/denuncias/campanha-as-prostitutas-dhesca-brasil-repudia-recuo-do-ms-coordenadores-inconformados.html> Acesso em: 12 jun. 2013.

7 Manifestações massivas que tomaram as ruas no mês de junho em várias cidades brasileiras.

8 "Ex-Policiais são presos por envolvimento em esquema de extorsão de prostitutas, em Niterói", O Globo, 30 de julho de 2014. SIMÕES, S., MURRAY, L. "A gente só queria trabalhar, mais nada", Um beijo para Gabriela, 6 de junho de 2014.

Entre outros aspectos e efeitos desse cenário sobre as políticas de resposta ao HIV entre mulheres profissionais do sexo pode-se mencionar a grande circulação de turistas na cidade, as medidas crescentemente draconianas de segurança pública e, sobretudo, os rumores, alardeados no debate público nacional e internacional, acerca do aumento da prostituição, do tráfico de mulheres e da "exploração sexual" de crianças e adolescentes. Nesse sentido, é importante referir que o mesmo grupo de pesquisa envolvido neste estudo participou de uma outra pesquisa enfocando os efeitos da Copa de 2014 sobre os contextos de prostituição na Cidade do Rio de Janeiro, cujos resultados preliminares complementam os achados aqui apresentados no que diz respeito aos limites das políticas de resposta ao HIV[9].

No âmbito específico das políticas de saúde o contexto em que a pesquisa foi realizada também foi marcado por transformações na lógica de funcionamento do sistema público na Cidade do Rio de Janeiro, assim como no plano das diretrizes nacionais da política de AIDS, as quais teriam efeitos inevitáveis sobre o campo estudado, ou seja, o das ações relativas a resposta ao HIV e as profissionais do sexo. Um aspecto crucial, por exemplo, foi a alteração da lógica de operacionalização dessas ações no sentido de sua integração à rede de assistência básica iniciada ao final de 2012 e que é mencionada por várias/os gestoras/es ouvidos como fator que teria afetado o trabalho da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) em relação a essa população.

Mais especialmente é preciso mencionar que no dia 1o. de dezembro de 2013 o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais lançou novas diretrizes de resposta à epidemia no Brasil, ou seja, novas estratégias orientadas para "testar e tratar" contidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos[10]. Quando essas novas diretrizes foram lançadas, a pesquisa de campo com gestoras/es e profissionais de saúde já havia sido encerrada e, portanto, não foi possível aferir os efeitos dessa reorientação. Contudo, os sinais de que as estratégias nacionais de resposta à AIDS estavam se debilitando já podiam ser detectados no ambiente institucional.

---

9 Impactos da Copa do Mundo, Observatório da Prostituição, LeMetro/IFCS-UFRJ. Disponível em: <http://observatoriodaprostituicao.wordpress.com/2014/09/05/observatorio-da-prostituicao-publica-relatorio-sobre-a-copa-do-mundo/> Acesso em: 05 jun. 2014.

10 Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf> Acesso em: 02 dez. 2013.

2 GESTÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE RESPOSTA AO HIV COM PROFISSIONAIS DO SEXO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O mapeamento de políticas, programas e ações em resposta ao HIV com profissionais do sexo foi feito a partir da busca e análise de documentos oficiais disponibilizados nos *websites* de órgãos públicos do Estado[11] e do Ministério da Saúde e dos PAMs do Estado e municípios do Rio de Janeiro entre 2007 e 2013[12], além de entrevistas com gestores/as da área de saúde, enfocando a área denominada DST/HIV/AIDS.

Para as entrevistas com gestores/as foram utilizados dois instrumentos: a) um questionário junto a coordenadores dos programas de HIV/AIDS de 45 municípios[13] do Rio de Janeiro, e b) entrevistas em profundidade com seis gestores da área da saúde do Estado e Município e uma gestora da Subsecretaria de Políticas da Mulher integrante do GT Feminização. Outras dez entrevistas foram realizadas com gestores/as, técnicos/as e servidores/as de outras áreas setoriais – Direitos da Mulher, Direitos Humanos e Segurança Pública – para mapear o contexto mais amplo de políticas públicas voltadas para profissionais do sexo[14].

---

11 Ver nota 4.

12 A análise foi feita principalmente a partir de PAMs enviados pelos governos estaduais ao Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, entre 2007 e 2012. Como parte da primeira fase dessa pesquisa, foi solicitado à área responsável no Ministério da Saúde uma seleção das propostas encaminhadas pelas secretarias municipais e estaduais de DST/AIDS desde 2007 a partir do uso das palavras-chave prostituta, profissional de sexo e profissionais do sexo. No levantamento enviado pelo Dep. de DST/AIDS e Hepatites Virais não havia nenhuma informação encaminhada pela SES-RJ, deste modo realizamos outra busca no site dedicado aos PAMs. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/pam/> Acesso em: 30 jun. 2013. Realizamos nossa análise a partir dos arquivos PDF dos PAMs de 2005 a 2012 do estado e município do Rio de Janeiro disponibilizados nesse site.

13 Feita em maio 2013 durante uma reunião da Gerência de DST/Aids com coordenadores de programas de DST/AIDS. Os municípios que responderem à enquete foram: Angra dos Reis, Aperibé, Barra do Piraí, Búzios, Cabo Frio, Cachoeiras de Macacu, Campos, Carapebus, Duas Barras, Guapimirim, Iguaba Grande, Itaboraí, Itaguaí, Italva, Itaperuna, Itatiaia, Macaé, Mangaratiba, Miguel Pereira, Miracema, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Paraty, Paty do Alferes, Pinheiral, Piraí, Porciúncula, Porto Real, Quatis, Quissamã, Resende, Rio Bonito, Rio das Ostras, Saquarema, São João da Barra, São Jose de Campos, São José do Valle do Rio Preto, São Pedro da Aldeia, São Sebastião, Silva Jardim, Valença, Varre-Sai, Volta Redonda, Tanguá.

14 Esse material será objeto de uma análise em profundidade posteriormente e enfocará aspectos relacionados à percepção de outras áreas governamentais sobre o tema da prostituição e os direitos humanos, cujos resultados estão previstos para serem divulgados em 2015. As listas completas dos documentos levantados e pessoas entrevistadas constam dos Anexos III e IV respectivamente.

A análise apresentada nessa seção, a partir do material documental e das entrevistas realizadas, explora, inicialmente, a existência ou ausência de políticas, programas e ações para profissionais do sexo nos registros de planos e programas dos níveis estadual e municipal. Em seguida, a partir das entrevistas com os/as gestores/as, verificam-se os fatores que influenciaram o desenvolvimento dessas ações, o acesso a insumos e serviços de saúde, e são analisadas as visões sobre a prostituição e o papel das secretarias de saúde na promoção dos direitos das profissionais do sexo.

"Prostituição" no discurso da política de saúde: pouco ou quase nada

A partir da análise documental verificamos que o tema da prostituição e, em particular, a menção a ações de saúde para as pessoas envolvidas com sexo comercial são assuntos decididamente escassos. Apenas quatro documentos de diretrizes da política para o HIV (identificados em *websites* e reuniões com gestores) mencionam a prostituição. E somente um documento importante foi encontrado através da busca nos *websites* dos órgãos públicos, trata-se do projeto lançado em março de 2013 para inclusão socioeconômica de profissionais do sexo na área de prostituição confinada conhecida como Vila Mimosa[15]. Esse projeto seria, contudo, suspenso logo após seu lançamento[16]. Além disto, foram encontradas duas cartilhas que somente mencionam o tema.

A cartilha *Uma vida sem violência é um direito das mulheres*, elaborada pela Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos, a Superintendência de Direitos da Mulher e a SES-RJ/Gerência de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais[17], é um guia sobre a violência contra as mulheres, as leis vigentes para combatê-la e os serviços existentes para acolhimento e defesa dos direitos das mulheres vítimas. O tema da prostituição é referido na Seção "Formas de violência nas relações de gênero" nos seguintes termos: *Quando mulheres também são obrigadas a se prostituírem, a fazerem aborto ou são impedidas de usar qualquer tipo de método contraceptivo.*

---

15 "Projeto Bebel": lançado pela secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos do Estado do RJ recebeu financiamento pela rubrica de Direitos Humanos da Comissão Europeia. "Governo do Estado lança de projeto de inclusão socioeconômica na Vila Mimosa e Praça da Bandeira". Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/seasdh/exibeconteudo?article-id=1509015> Acesso em: 05 abr. 2013.

16 Comunicação pessoal com responsável pela ONG envolvida no projeto.

17 SUDIM/SEASDH. **Uma Vida Sem Violência é Um Direito das Mulheres**. 2a edição. Rio de Janeiro: SUDIM/SEASDH, 2013.

O tema da prostituição é tratado no marco da definição de violência sexual (prostituição forçada) e na Agenda Afirmativa das Prostitutas. O trabalho sexual é mencionado na página 33 como uma vulnerabilidade sociocultural experimentada pelas mulheres. E embora a Agenda Afirmativa das Prostitutas tenha sido incluída no documento, a gestora que o mencionou durante a entrevista alegou desconhecimento total acerca desse documento.

O último documento que destacamos é o Plano Estadual de Feminização da Epidemia de AIDS RJ, publicado em um blog[18] em julho do 2012 e também, na mesma época, no *website* do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais[19]. É significativo constatar que esses dois textos diferem entre si. No Plano Estadual publicado no *website* do Departamento, as prostitutas são mencionadas na parte de "Práticas governamentais e não-governamentais", mas não foram incluídas metas ou atividades específicas para profissionais do sexo nesse documento. Nos "Princípios" do texto publicado no blog, a discriminação relacionada à prostituição é mencionada como um fator que aumenta a vulnerabilidade das mulheres ao HIV. Mas esse grupo não está referido nas atividades planejadas para 2012, cujo foco exclusivo são as mulheres vivendo com HIV.

A segunda fonte documental analisada foram os PAMs da SES-RJ e das secretarias municipais de saúde (SMSs) dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro. Embora o escopo desse material extrapole o âmbito do município do Rio de Janeiro, onde foi realizado o trabalho de campo junto a serviços de saúde e profissionais do sexo, considerou-se produtivo examinar criticamente os PAMs de outros municípios, inclusive para situar as políticas da capital em relação ao conjunto do estado.

No PAM da SES-RJ (2007-2013) o termo "profissional do sexo" aparece, pela primeira vez em 2010[20], mas apenas em 2011 se definiria uma ação específica para esse grupo populacional: *Realizar uma roda de conversa sobre a temática da vulnerabilidade entre os/as profissionais do sexo com a finalidade de trazer*

18 Disponível em: <http://feminizacaoaidsrj.blogspot.com.br/> Acesso em: 15 mar. 2013.

19 Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=rio-de-janeiro> Acesso em: 15 mar. 2013.

20 As profissionais do sexo foram incluídas na lista de populações vulneráveis na seção sobre prioridades de insumos e ações de prevenção. Nos PAMs dos anos anteriores (2005-2009) as populações específicas mencionadas como foco das ações de prevenção foram população indígena, moradores de rua, adolescentes e a população carcerária.

novas estratégias de ação (atividade essa que, de fato foi realizada em 2012). Já o PAM de 2012 incluiu mais ações relacionadas ao Plano Estadual de Feminização da Epidemia de AIDS RJ do que o observado nos anos anteriores, inclusive uma ação específica para profissionais do sexo: *Realizar uma reunião com representantes das organizações de profissionais do sexo, ONGs, representantes dos fóruns e municípios que desenvolvem trabalhos para incentivar a campanha "Fique Sabendo" nestes segmentos*. O PAM de 2013, no Eixo Prioritário de "Enfrentamento da Feminização da Epidemia de HIV e outras DST", também inclui uma ação que menciona profissionais do sexo, num conjunto mais amplo de questões: *Criar ciclos de encontros temáticos semestrais (Reprodução Assistida, Lipodistrofia/Cirurgia Reparadora, Transexualidade, Profissionais do Sexo/Prostitutas), contemplando as diferenças entre as mulheres, as suas subjetividades e os contextos de vulnerabilidades (social, individual e programática).*

A análise dos PAMs municipais de 2007 a 2012 permitiu identificar 54 menções a prostitutas como um dos públicos a serem priorizados nos planos apresentados por 17 SMSs (1/6 do total de municípios do estado). Mas, embora se façam 54 menções, apenas 25 eram ações específicas para essa população, mesmo assim, concentradas em apenas dez municípios dos quais três - Itaguaí, Nova Friburgo e Araruama - retinham a maior parte. O PAM do município do Rio de Janeiro não registra nenhuma ação específica para profissionais do sexo. Esse grupo populacional é apenas listado nas ações anuais de prevenção do HIV no conjunto das populações vulneráveis.

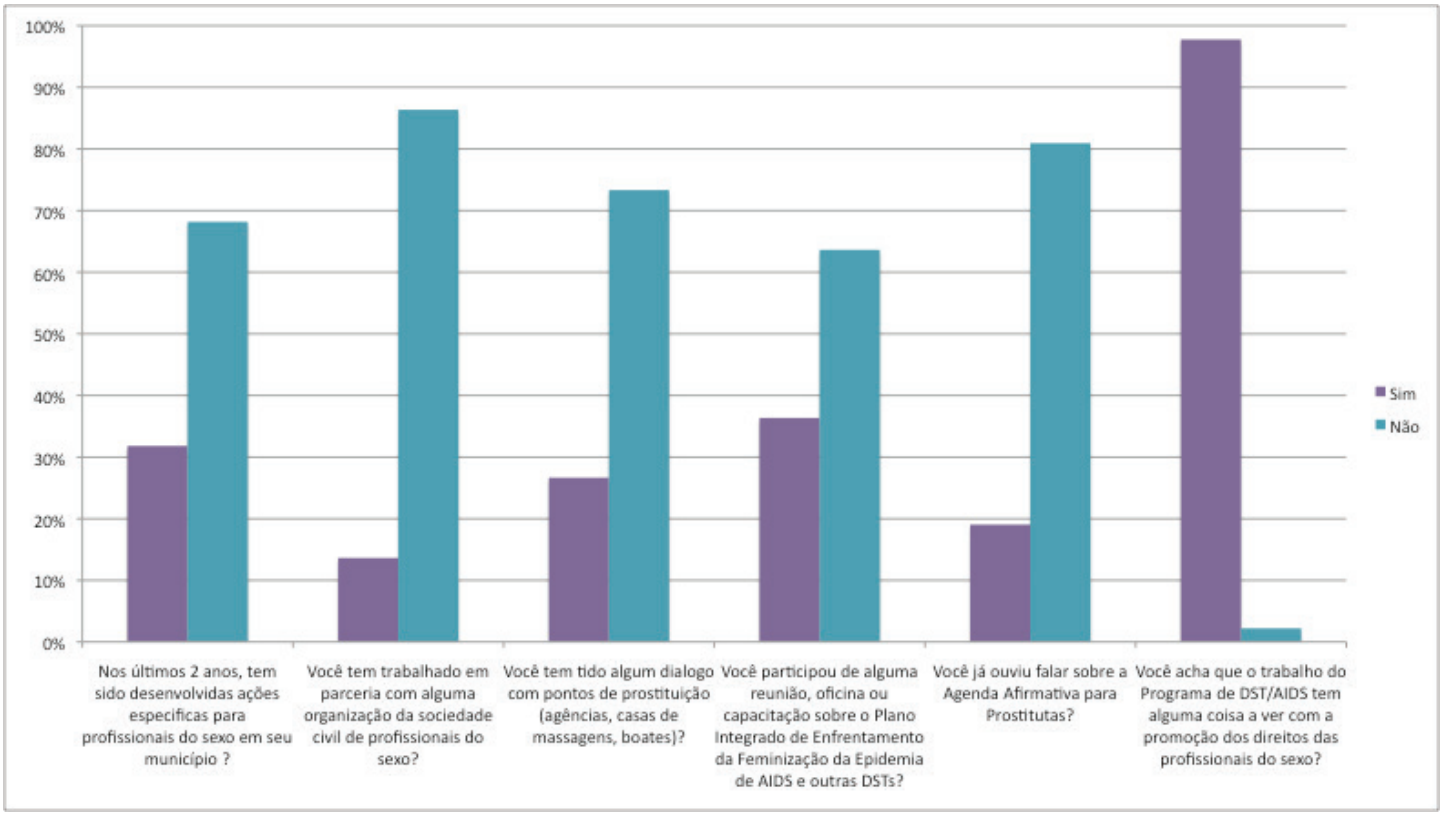
Percepção dos/as gestores sobre a falta de ações

Para complementar as informações coletadas com base nos PAMs, foi aplicado um questionário com os/as gestores/as que participaram de uma reunião realizada pela Gerência de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais com coordenadores/as dos programas municipais. Este questionário teve como objetivo identificar quantas SMSs no estado desenvolvem ações específicas para profissionais do sexo e perscrutar o conhecimento dos/das coordenadores/as acerca das políticas para esse grupo populacional.

Como pode ser verificado no Gráfico 1, das 45 coordenações municipais de DST/AIDS que responderam ao questionário a maioria (62%) não desenvolveu nenhuma ação com profissionais do sexo nos últimos dois

anos. Apenas 13% tem atuado em parceria com organizações locais de profissionais do sexo. Um percentual um pouco maior (26%) mantém interação direta com as prostitutas ou com pontos de prostituição em seus municípios. Em torno de 1/3 dos/as coordenadores/as (36%) participou de reunião, oficina ou capacitação no âmbito dos planos de enfrentamento da feminização do HIV (nacional ou estadual) e oito deles/delas afirmaram ter tido notícias sobre a Agenda Afirmativa das Prostitutas.

Gráfico 1 - Ações em Saúde para Profissionais do Sexo/Percepções sobre políticas e direitos



Ouvindo gestores: análise das entrevistas em profundidade

Os/as gestores/as de saúde da SES-RJ e SMS-RJ entrevistados/as pessoalmente reconhecem, de modo aberto, que existe uma lacuna no campo da promoção de saúde e prevenção do HIV e da AIDS para prostitutas e demais profissionais do sexo. Essa lacuna é explicada ou justificada por razões muito variadas. Para alguns gestores, isso se deve a que o cenário epidemiológico aponta para a necessidade de priorizar outros grupos populacionais:

> O próprio cenário epidemiológico já não aponta para essa população como aponta para outras como o público gay, por exemplo. E não houve maiores alterações na situação desse grupo como se vê, por exemplo, com os usuários de drogas, por conta da entrada da crack, que teve grande impacto na mídia. (Superintendência de Vigilância Sanitária, SES-RJ)

Aqui é importante referir que os dados disponíveis informam que profissionais do sexo tem uma prevalência do HIV 10 vezes mais alta do que a população feminina em geral (Szwarcwald et al., 2011). Nesse sentido, é interessante que esse gestor também reconheça, em sua análise que, para além (ou para aquém) das realidades epidemiológicas, a resposta do sistema de saúde é influenciada por outros fatores como, por exemplo, a maior ou menor ênfase das diretrizes de política nacional e, também, pela mídia. Outros entrevistados mencionaram programas prioritários do governo federal como *Crack é possível vencer* (Ministério da Justiça), *Rede Cegonha* (Ministério da Saúde) e, sobretudo, as novas estratégias de transferência dos serviços de HIV e AIDS para unidades básicas de saúde como fatores que contribuem para a lacuna em relação às profissionais do sexo: *É inegável que hoje, o que ocupa mais o nosso tempo é o Programa Rede Cegonha*. (Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher)

Outros gestores interpretam as deficiências da resposta ao HIV junto a esse grupo como efeito dos problemas estruturais do sistema público de saúde no município do Rio de Janeiro:

> Veja o município do Rio de Janeiro viu sua taxa de mortalidade por AIDS aumentar entre 2011 e 2012. Esse aumento acontece por alguns motivos: primeiro, o diagnóstico está sendo muito tardio, as pessoas estão descobrindo o HIV tarde demais; segundo, elas não conseguem atendimento, quando chegam nos postos de saúde, nos centros médicos de especialidade não há vagas e existe um despreparo da rede. Esses pacientes ficam sem aconselhamento, sem acolhimento, acabam não tomando remédio e acabam morrendo nas emergências, então qual é a prioridade? A prioridade é resolver isso. (Coordenação Municipal de DST/AIDS)

Assim, num contexto de escassez de tempo e obstáculos estruturais no funcionamento da rede, observa-se que as prioridades e o foco de ação terminam sendo definidos segundo as demandas prioritárias de cima para baixo, ou seja, pelas diretrizes nacionais, ou pelas urgências de baixo para cima como no caso das necessidades emergenciais dos/das usuários/as do sistema público de saúde. Outro fator, também, apontado

por quase todos os/as gestores/as ouvidos é traduzido pelas expressões "desmobilização", "enfraquecimento" e "falta de pressão" do movimento social. Essa interpretação decorre de que as demandas feitas pelo movimento social são compreendidas como tendo sido determinantes para definição de prioridades e ações no passado.

> A relação com eles [ONGs] tem mudado. O que percebo é uma certa fragilização dessas instituições, obviamente diretamente relacionada à dificuldade de captação de recursos. Então essa dificuldade cada vez maior em captar recursos cria um atrito nessa relação. As ONGs estão acabando e o governo tem dinheiro parado e não consegue repassar. E aí, nesse processo de fragilização, a relação muda por conta disso. (Superintendência da Vigilância Sanitária, SES-RJ)

> Eu acho que a gente tem uma lacuna [...]. Eu acho que atualmente essa lacuna também está muito contextualizada digamos, porque pelo que a gente está enxergando... uma certa... não sei se o termo é uma certa "fragilidade"... do movimento... também dos profissionais do sexo. Assim, essas coisas eu acho que interagem. A ação da Gerência, a ação do governo, a ação da política... ela também é informada pela pressão que a gente sofre do movimento. Se você tem um movimento frágil, eu acho que isso reflete nas ações desenvolvidas. (Gerência de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, SES-RJ)

O que os/as gestores/as enxergam como a "desmobilização" e "fragilização" do movimento não diz respeito apenas às profissionais do sexo, mas ao movimento AIDS de uma forma geral. Atribuem essa tendência às dificuldades no repasse e captação de recursos que ocorreu por causa da descentralização, mas também por que alguns consideram que a política de HIV está ela mesma "desmobilizada" no nível federal:

> Honestamente, é um repasse de problemas. É uma transferência de problemas. Eu não posso re-centralizar porque o Ministério não tem mecanismos para isso e eu não posso descentralizar para os municípios que não têm mecanismos. Assim sendo, eu fico com o recurso parado no Estado, não tenho como repassar. No último edital público que foi aberto, o nível de exigências documentais e de renovação de certidões inviabilizou a sua realização. (Superintendência da Vigilância Sanitária, SES-RJ)

Assim sendo, não é surpreendente que, como afirma um gestor municipal, *o movimento enfraqueceu e a relação esfriou*. A relação esfriou por que, de um lado, as ONGs passam por uma crise financeira e, de outro, por que falta pressão sobre o Estado em termos de demandas e críticas das políticas que estão sendo implementadas. Os gestores reconhecem que o movimento está enfraquecido, mas atribuem aos limites e

lacunas da política a *falta de pressão do movimento*, especialmente em relação às intervenções no âmbito da prostituição.

> A Secretaria sempre teve algumas ações junto às profissionais do sexo, principalmente ações de parceria, na época tinha muitas mobilizações, e muitas ONGs que trabalhavam com profissionais do sexo... e aí a gente mantinha parceria com elas né. Mas de um tempo para cá, essa desmobilização foi se dando gradativamente... e aí, ficou, basicamente, repasse de preservativos. (ex-gestora municipal do Programa de DST/AIDS)

Esse paradoxo comporta uma certa concepção da relação Estado-sociedade na qual as fronteiras são ao mesmo tempo nítidas e borradas[21]:

> Veja a garantia do direito cabe ao governo, é do Estado... Cabe ao Estado a formulação e a execução [de políticas]. Mas é responsabilidade do governo ter transparência para que isso também seja monitorado pelo movimento, não é? (Gerência de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, SES-RJ)

Essa concepção é tributária da experiência passada quando, de maneira geral, os gestores reconheciam que a relação, o diálogo, o trabalho conjunto e, também, os conflitos com ONGs e movimentos vinculados ao trabalho com prostituição foram muito mais intensos e produtivos. Mas esse passado virtuoso parece ter produzido viéses que são hoje difíceis de desfazer. Uma das gestoras entrevistadas, por exemplo, nos disse que lacunas e entraves para implementar ações com prostitutas decorrem do que ela denomina como sendo "planejamento por demanda". Ou seja, os programas hoje acontecem se e quando os grupos afetados pela epidemia se mobilizam.

> [...] ações no plano [de Feminização] aparecem como uma preocupação importante. Mas por outro lado, não ter a presença das prostitutas ali faz com que outras prioridades se sobreponham. Na medida que elas não estão no GT, as mulheres jovens, as mulheres lésbicas ganham espaço, quem está na reunião fala e a gente acaba definindo a prioridade. Por isso é importante que elas pudessem comparecer. (Gestora participante do GT Feminização)

---

21 É importante observar que registram-se diferenciais na visão dos gestores municipais e estaduais acerca do papel das ONGs e dos movimentos sociais, os quais refletem as funções de cada nível na operação do sistema de saúde. Gestores estaduais enfatizam o monitoramento de políticas, enquanto os gestores municipais consideram que a função principal das ONGs é chegar aos grupos que a SMS-RJ não consegue atingir.

Ou seja, a partir do legado do passado, parece ser que a política vai responder mais e melhor a questões em relação as quais há quem esteja reivindicando direitos do que com base em diretrizes estabelecidas ou dados epidemiológicos. O passado virtuoso, também, parece ter cristalizado um certo imaginário sobre a capacidade do grupo populacional "profissionais do sexo" de responder à epidemia. Segundo um gestor estadual:

> Eu acho que a questão das ações de prevenção e das ações direcionadas às profissionais do sexo já foi muito intenso. Acho que no imaginário geral está um pouco mais sedimentado que nos outros públicos. Quer dizer, o trabalho foi tão intenso numa determinado época que a impressão que ficou, até mesmo para os gestores de saúde, é de que esse é um público prioritário e de risco, mas um público que de certa forma já está conscientizado de seu risco e em tese se protege mais. Já não vejo aquele foco tão grande como era a tempos atrás. (Superintendência da Vigilância Sanitária, SES-RJ)

Quer dizer, se hoje há menos atenção para profissionais do sexo isso se dá por que o movimento de AIDS está enfraquecido de maneira geral, por que há poucas ONGs que trabalham com o tema, por que o "planejamento se faz por demanda", mas também por que, em tese, esse grupo já não precisa de tanta atenção por *já estar conscientizado sobre seu risco*. A análise desenvolvida por esse gestor se faz com base em supostos, passando ao largo das condições sociais e epidemiológicas dos contextos prostituição.

É interessante contrastar a visão dos gestores sobre as condições mais favoráveis do passado com a análise documental dos PAMs. Ela nos informa que mesmo no período 2006-2009, quando supostamente a mobilização social tinha mais vitalidade e foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, são muito escassas as ações para as prostitutas. Apenas uma gestora estadual tinha conhecimento de que existia uma Agenda Afirmativa das Prostitutas e nem mesmo as pessoas que são membros do GT Feminização conheciam o documento. Da mesma forma a participação de outros setores da SES-RJ e SMS-RJ na implementação do Plano, como no caso da área técnica de saúde da mulher, foi nula. Ou seja, a lacuna parece ter causas que antecedem a crise acentuada dos movimentos de AIDS e de prostitutas em anos mais recentes.

Visão sobre a prostituição e necessidades das prostitutas

Os/as gestores/as entrevistados/as afirmam que o tema da prostituição é tratado quase exclusivamente na área das ISTs. Uma ex-gestora criticou esse enfoque nos seguintes termos: *Na área de DST/Aids você olha a prostituta como alguém que tem DST ou que pode ter AIDS, que pode ter hepatite... Ela não é vista como um ser, uma mulher que tem suas necessidades*. A mesma visão foi compartilhada pela Superintendência Estadual de DSTs, HIV/AIDS e Hepatites Virais que considera a abordagem das profissionais do sexo limitada à questão das ISTs e da AIDS.

Deste modo é muito significativo que a prostituição não tenha sido incorporada nas discussões sobre prevenção tanto para a Copa das Confederações (2013), quanto para a Copa do Mundo (2014) que estavam em curso quando as entrevistas foram realizadas (maio 2013). Tampouco registrou-se manifestação pública dos/as gestores/as da área de HIV no Rio de Janeiro frente à censura da campanha elaborada para marcar o *Dia Internacional da Prostituição*.

Quando instigados a falar sobre a relação entre prostituição e direitos, os/as gestores/as disseram, em geral, que existe sim uma relação, mas que não é, necessariamente, responsabilidade da área da saúde ser protagonista na defesa dos direitos das profissionais do sexo. Além disso, algumas das pessoas entrevistadas sugeriram que podem existir resistências "morais" com relação ao tema no ambiente das secretarias de saúde.

> Acho que podem ser trabalhados em conjunto [prostituição e direitos]. Obviamente na medida que a garantia de direitos eventualmente contribuía para a melhoria de acesso a serviços de saúde, então sim, mas no transversal. Não acho que a Secretaria de Saúde deva ser o principal protagonista neste processo. (Superintendência da Vigilância Sanitária, SES-RJ)

> É uma boa pergunta, eu não sei, nunca pensei sobre isso. Eu, na minha cabeça, não tenho pré-conceito nenhum, sabe? E quero mais é ajudar muito as mulheres profissionais do sexo, mas aqui dentro... Existem pessoas de diferentes religiões, então em alguns locais a religião, algumas religiões, elas falam mais forte e essas pessoas são contra, radicalmente contra o homossexualismo (sic), são contra a prostituição entendeu? Então eu acho que pode haver uma barreira. Mas eu não sei detectar, aqui dentro eu nunca captei isso não, é muito difícil, eu nunca percebi. (Programa Municipal de DST/AIDS, SMS-RJ)

A falta de uma discussão maior sobre prostituição e direitos no contexto institucional das secretarias foi notado, sobretudo, por técnicos e técnicas. Essas falas sublinham a questão do estigma e o problema dos horários dos serviços, como ilustram bem as citações abaixo:

> Os serviços não estão preparados para lidar com essa tema. Não tem porta de entrada qualificada para o acolhimento dessas pessoas e nenhum horário adequado para atendê-las. O horário de trabalho delas às vezes inviabiliza a ida aos serviços. Aí também aparece o estigma, preconceito dos/das próprias profissionais do sexo que, em geral, não falam de sua atividade profissional. (Superintendência de Vigilância Sanitária, SES-RJ)

> Eu acho que elas têm um certo receio em nos procurar, a impressão que me dá é assim... Eu não sei se elas têm uma vergonha, eu não sei o que é. Mas dificilmente elas dizem, elas relatam que são profissionais do sexo, dificilmente, elas vêm para o atendimento, elas conversam com o médico, mas essa informação elas escondem. (Programa Municipal de DST/AIDS, SMS-RJ)

Muitos/as gestores/as discordam da criação de serviços especializados para populações específicas, outras/outros dizem ter dúvidas quanto ao que poderia ser o melhor modelo de atenção e serviços para favorecer o acesso dos/das profissionais do sexo:

> Até hoje eu não sei... é importante a gente pensar em serviço específico ou não? Eu não sei, sinceramente eu não sei... É mais importante a gente garantir o cuidado de um modo geral, manutenção integral de um modo geral ou os serviços vão ter que dar conta de que todo mundo? Eu sempre tenho dúvida, entendeu. Dúvida no sentido de como é que você garante o direito. Você garante o direito considerando que tem que oferecer cuidados específicos, ou você vai garantir o direito fazendo tudo igual? (Gerência de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, SES-RJ)

> Eu cheguei a ter essa ideia e conversar com o hospital para ver se a gente criava um atendimento especializado só para esse tipo de população, mas pelo andar da carruagem percebi que vai ser difícil sabe. Os próprios profissionais não vão gostar disso, eu acho que eles vão gostar mais de ser inseridos no ambulatório geral como todos os outros. (Programa Municipal de DST/AIDS, SMS-RJ)

> Não acho que deva existir serviços para profissionais do sexo. Acho que os serviços têm que estar adaptados para atender às necessidades que chegam até eles. Sejam de profissionais do sexo, travestis, gays, etc. (Superintendência de Vigilância Sanitária, SES-RJ)

A posição que discorda da criação de serviços especializados se justifica, geralmente, com o argumento de que tal medida vai estigmatizar a população mais ainda do que ela já é. Esse ponto de vista, deve-se dizer, é compartilhado pelo movimento de prostitutas no Brasil e foi, inclusive, reforçado na Agenda Afirmativa das Prostitutas. A ênfase em políticas universais para a população em geral (evitando-se o foco em populações específicas) é especialmente forte no caso de gestores/as que abordaram o tema dos insumos. Tanto a SES-RJ quanto a SMS-RJ estão adotando um modelo de distribuição de preservativos baseado na demanda das e dos usuários, eliminando-se as cotas do modelo anterior que privilegiava populações específicas. De acordo com a pessoa responsável pela distribuição de insumos pelo município: *Hoje você solicita e a gente fornece. O objetivo é fornecer o máximo possível*.

A distribuição de preservativos é feita fundamentalmente através dos serviços de atenção básica, e dispensadores situados em ONGs e alguns serviços de saúde. A SES-RJ considera crucial diversificar os locais de distribuição. Se por um lado, esse novo modelo, de fato, facilita e democratiza a distribuição, por outro, dificulta a avaliação de números de preservativos distribuídos para as populações mais vulneráveis. Além disso, tanto a SES-RJ como a SMS-RJ reclamaram dos atrasos no envio de preservativos por parte do Ministério da Saúde, pois isso atrapalha muito a distribuição.

A prostituição em outros campos de política pública

A falta de debate interno e de ações relativas à prostituição foram, igualmente, mencionadas nas entrevistas com os/as gestores/as de outras secretarias do Estado do Rio de Janeiro: Direitos das Mulheres, Direitos Humanos (inclusive política de combate ao tráfico de seres humanos) e Segurança Pública. Todas as pessoas entrevistadas nessas outras instâncias afirmam que, pessoalmente, compreendem prostituição como um direito de escolha da mulher, assim como reconhecem os contextos de vulnerabilidade a que as prostitutas estão expostas. Mas não existem posicionamentos institucionais a respeito do tema, nem políticas ou programas voltados para esse grupo.

> Então, esse é um público que deveria ser prioridade nas ações pelo menos do segmento de saúde e das políticas para as mulheres, porque é um público que tem condições especiais de vulnerabilidade. Mas nós não temos políticas. (Gestora, SPMulheres)

No âmbito da política de direitos humanos, o conservadorismo e a falta de articulação entre direitos humanos e trabalho sexual foram citados como fatores que explicam a ausência do tema nas pautas institucionais:

> É de medo de cuidar do tema. Medo de que haja uma rejeição dos agentes que atuam em direitos humanos, principalmente na sociedade civil. Por que muitos grupos de direitos humanos são de religiões com o pensamento conversador, não é? (Superintendente de Direitos Individuais Coletivos e Difusos, SEASDH)

> Eu acho que também falta um pouco de coragem para enfrentar. Não que não faltem pessoas que tenham coragem e algumas iniciativas, mas da sociedade como um todo. Como eu disse, a sociedade está ficando um pouco mais conservadora, mais reacionária e isso acaba tirando um pouco a coragem de enfrentar esses desafios conceituais e dizer "Olha a gente precisa discutir isso [prostituição] de maneira direta". (Membro do Comitê de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas)

> O primeiro desafio é abrir a conversa. Porque se o assunto é tabu, aí fica difícil. Sem ter uma discussão qualificada sobre isso, aí fica muito difícil. Especialmente quando você envolve a opinião pública e falta um discurso mais técnico sobre o assunto. (Técnica do Instituto de Segurança Pública)

Finalmente um gestor da área de direitos humanos, avalia que a associação quase exclusiva com saúde/AIDS é um fator que explica por que continua sendo difícil pensar a prostituição como tema de direitos humanos:

> Como por muito tempo o movimento das profissionais do sexo esteve associado diretamente aos trabalhos com saúde, então, também não havia muita associação ou identificação com a gente. Por mais que muito gay, lésbica e travesti estejam envolvidos com trabalho sexual, a cara da área de direitos humanos para os governos – e aí não estou falando de mim, estou falando da instituição – é sempre uma cara de direitos humanos muito formal, muito civilista, muito mais na perspectiva jurídica do que dos direitos efetivos. Então, eu sinto que não há uma identificação com essa população. Cabe a nós – essa é uma reflexão que fiz internamente – gerar esse relacionamento. (Superintendente de Direitos Individuais Coletivos e Difusos, SEASDH)

Ou seja, não se trata de que as lacunas e problemas das políticas relacionadas à prostituição sejam exclusivas ou peculiares da área da saúde, ao contrário estas se estendem a outros setores. No mais das vezes essas limitações decorrem da visão moral sobre a prostituição que ainda persiste na cultura das instituições públicas.

3 SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O mapeamento de serviços e entrevistas com profissionais de saúde complementam as entrevistas com gestores. Especificamente, o objetivo desse componente do estudo foi levantar informações sobre projetos, ações, pesquisas e serviços denominados DST/HIV/AIDS para e sobre mulheres profissionais do sexo na "ponta do sistema público de saúde" e verificar as condições de acesso a serviços e insumos. De um total de 46 serviços que foram mapeados através do *website* da SMS-RJ e do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do MS, nove unidades de saúde foram selecionadas para serem visitadas. O campo se restringiu ao município do Rio de Janeiro em razão das limitações de recursos para realização da pesquisa. O Município de Itaguaí foi adicionado por causa de sua política de HIV com grande ênfase nas respostas às necessidades das profissionais do sexo e por estar muito próximo da capital.

Os critérios de escolha das unidades pesquisadas foram: 1) a distribuição no território municipal, 2) a localização próximo às áreas de prostituição, e 3) oferta de serviços especializados de HIV, destes quatro Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs)[22] e a Policlínica 13 de maio foram selecionados. A identificação dos profissionais de saúde que participariam das entrevistas foi feita em colaboração com a direção e/ou a coordenação de DST/AIDS do serviço, através de contatos anteriormente estabelecidos com a ABIA e o contato direto da equipe de pesquisa no próprio serviço após a autorização das direções. (Quadro com gestores/as entrevistados/as e serviços selecionados Anexo V e VI respectivamente).

22 Os CTAs existem no Brasil desde 1998 e são caracterizados como serviços de saúde que desenvolvem ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nos CTAs são realizados testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. Esses centros atuam de maneira sigilosa, propiciando, a quem realiza o teste, o imediato encaminhamento aos serviços de assistência por uma equipe de profissionais que orientará a pessoa, independente do resultado final do exame ser positivo ou negativo. Ao procurar esse serviço, os/as usuários/as passam por uma sessão de aconselhamento que inclui a prestação de informações sobre as ISTs, enfocando o HIV, assim como apoio emocional, esclarecendo suas dúvidas sobre riscos à saúde e as estratégias de prevenção.

Entre os 22 profissionais de saúde preliminarmente identificados, foram feitas entrevistas com 19 profissionais de enfermagem, área médica (ginecologia e infectologia), serviço social e psicologia nos municípios do Rio de Janeiro e Itaguaí. Com outros/as três profissionais foram feitas conversas abrangentes mais próximas das entrevistas realizadas com os/as gestores/as. Todas as entrevistas foram realizadas no mês de maio do 2013 e os entrevistados foram informados sobre os objetivos e compromissos éticos da pesquisa. Todos concordaram em participar espontaneamente, assinando o termo de consentimento esclarecido.

Contexto urbano dos serviços de saúde

Dos estabelecimentos de saúde selecionados para a pesquisa, quatro estão localizados na zona central do município do Rio de Janeiro. Apesar de possuir prédios residenciais, a região é eminentemente comercial, abrigando a maior concentração de edifícios financeiros e escritórios da cidade. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Centro, no ano de 2000, foi considerado alto[23] (0,894) ocupando o 32º lugar entre os 126 bairros da cidade. A população que frequenta o centro do Rio é bastante diversa, incluindo todos os extratos sociais em termos de renda e ocupação. Recentemente, a região vem passando por um intenso processo de revitalização urbana, através do programa Porto Maravilha[24], coordenado pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, com apoio do Governo Estadual, do Ministério do Turismo e do setor privado. O programa tem o objetivo de requalificar a Região Portuária, que sofreu grande degradação urbana por falta de incentivo às indústrias e residências desde os anos 1960. O Porto Maravilha prevê o incremento da região tendo por base os princípios da sustentabilidade, com a reestruturação de praças, ruas e avenidas. A previsão é que a região seja toda transformada até 2016, quando ocorrerá o evento das Olimpíadas.

Na região do Centro se situa a Praça Mauá, área que por estar localizada próxima ao local de desembarque de navios de passageiros e da Marinha Mercante desenvolveu várias atividades comerciais ligadas ao turismo

23 O Índice de Desenvolvimento Humano tem como objetivo mensurar as condições de vida de uma população levando-se em conta indicadores de renda, educação e esperança de vida ao nascer. Varia de 0 até 1, sendo considerado baixo na faixa entre 0 e 0,499; médio entre 0,500 a 0,799; e elevado quando igual ou acima de 0,800.

24 Esse plano foi criado pela Lei Municipal nº 101/2009, Operação Urbana Consorciada da Área de Especial Interesse Urbanístico da Região Portuária do Rio de Janeiro. A primeira fase das obras iniciou-se em 2010, em 2012 iniciou-se a segunda fase com a demolição do Elevado da Perimetral, a transformação da Avenida Rodrigues Alves em via expressa, a criação de uma nova rota chamada provisoriamente de Binário do Porto, e a reurbanização de 70 km de vias. Para ler o projeto na íntegra: <http://www.portomaravilha.com.br/web/sup/OperUrbanaApresent.aspx> Acesso em: 07 nov. 2014.

e ao câmbio, incluindo bares e boates identificados como pontos de prostituição. Assim como a Praça Mauá, a Praça Tiradentes, a Cinelândia, a Lapa e a região da Central do Brasil também são localidades que congregam espaços e polos de atuação de profissionais do sexo em suas variadas expressões sexuais e de gênero. (Blanchette e Silva, 2009, 2005)

A pesquisa incluiu, ainda, estabelecimentos de saúde localizados na Zona Norte do Rio de Janeiro uma das áreas mais populosas e de maior densidade demográfica, também, afetada pela desindustrialização. A Zona Norte é normalmente identificada por partes da cidade servidas pela via férrea. No entanto, do total dos bairros que a compõem (aproximadamente 90), vários possuem serviço de metrô. A ocupação dessa área cresceu muito nas últimas décadas com a expansão de favelas nas localidades mais pobres da região.

A Zona Sul da cidade integrou, do mesmo modo, o rol de estabelecimentos de saúde visitados. Nesta região, estão localizadas as belas praias, os hotéis luxuosos e os pontos turísticos famosos como Copacabana e Ipanema, o Pão de Açúcar e a estátua do Cristo Redentor. Conta com mais e melhores serviços e equipamentos públicos, estando sempre associada a segmentos de maior poder aquisitivo. A Zona Sul conta com aproximadamente 20 bairros considerados “nobres”, possuindo, entretanto, diversas localidades pobres e favelas.

A quarta região contemplada foi a Zona Oeste da Cidade, uma área geográfica do município do Rio de Janeiro que abrange quase 50 bairros. Grandes vias estão localizadas nessa região como a Linha Amarela e a Avenida das Américas. Em breve serão inauguradas estações de metrô, que ligarão, até 2016, a Barra da Tijuca à Zona Sul e à Zona Norte, incluindo o Aeroporto Internacional do Rio de Janeiro.

Perfil dos serviços e acesso a profissionais do sexo

Dos quatro CTAs visitados, Madureira, Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), Rocha Maia e Itaguaí, apenas o último desenvolve ações específicas com profissionais do sexo. Tanto em Madureira, quanto no HESFA prevaleceu o discurso sobre a falta de ações específicas para profissionais do sexo. Os/as profissionais destes centros alegam que isso se deve a que uma clientela diversa - de homens e mulheres, de várias faixas

etárias, orientações sexuais e profissões - recorre aos CTAs. Segundo a enfermeira do CTA de Madureira: *vem um pouquinho de cada. A gente atende homossexuais, gestantes, atende muitos jovens. É muito diversificado*.

Para a mesma entrevistada, um dos obstáculos à expansão do atendimento às prostitutas é o fato de *elas não ficarem à vontade para falar*. Ainda que atendam pacientes por demanda livre, isto é, qualquer pessoa que queira saber seu estado sorológico, seja vírus da Hepatite B, C, HIV ou sífilis, possa espontaneamente buscar o atendimento, *foram pouquíssimas as que revelaram serem profissionais do sexo*. O mesmo se verifica em outras unidades.

> Na ginecologia nem sempre elas falam que elas são profissionais, mas também não acho que devam falar, porque é a mesma coisa, o que elas vão fazer é o que qualquer mulher vai fazer, elas vão fazer o preventivo, elas vão ver a mama delas, vão fazer os exames que têm que fazer e tratar o que ela tiver que tratar. (Médica, Marcolino Candau)

A questão da "voluntariedade" também é mencionada pela profissional do HESFA. É nesse hospital que funciona um dos CTAs mais antigos do Brasil – desde 1992 –, o serviço é bastante conhecido por receber pacientes das unidades básicas de saúde e de serviços particulares. Segundo a Assistente Social, no processo de aconselhamento as pessoas são esclarecidas sobre o direito de decidir se desejam ou não fazer o exame e de que forma (isso é considerado voluntariedade). Contra esse pano de fundo ela informou que no treinamento de pessoal a equipe é capacitada para lidar com a diversidade dos usuários:

> Na estratégia de aconselhamento há módulos para se tratar a diversidade. Populações vulneráveis, usuários de drogas, usuários de drogas injetáveis. Temos aqui uma diversidade compreendida no módulo de aconselhamento. Desconstrução de preconceito... (Assistente Social, HESFA)

A mesma entrevistada levanta a hipótese sobre a queda nos atendimentos feito às mulheres prostitutas por conta da abertura de outros serviços:

> A demanda caiu [atendimentos a prostitutas] e eu acredito que tenha sido por conta da abertura de outros serviços. Durante muito tempo fomos únicos aqui na região do centro da cidade. Hoje em dia, normalmente, as mulheres estão ligadas aos serviços de ginecologia e pré natal. Além disso, toda rede básica do município foi capacitada não só para o teste básico, mas também para o aconselhamento. (Assistente Social, HESFA)

No caso do Centro de Saúde Marcolino Candau, também localizado no Centro como o HESFA, as mudanças no entorno do serviço têm afetado o perfil dos/as usuários/as, e, de acordo com a diretora, reduzido o número de profissionais do sexo que procuram a unidade:

> Essa já foi uma região de muita prostituição. Aqui antigamente era a Vila Mimosa que agora não existe... Agora, não sei se você reparou, estão demolindo quase todas as casas aqui atrás porque tá (sic) subindo um monte de prédio da Petrobrás, da CEDAE. As pessoas estão tendo que sair daqui, eu acredito que isso vai mudar um pouco o perfil porque antes elas trabalhavam aqui perto e moravam aqui perto, então sempre foi, a gente acostumou a lidar com essa população, fazia parte do dia a dia, era o normal.

Novas políticas públicas urbanas, também, têm alterado a demanda na Policlínica em Santa Cruz, na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Neste caso, o programa federal *Crack, é possível vencer*, instituído pelo governo federal em 2011 tem mobilizado a região. O abrigo para usuários de crack fica próximo a policlínica e, portanto, os/as profissionais de saúde do serviço têm interação com esse grupo populacional. Alguns profissionais ouvidos mencionaram, por exemplo, que adolescentes que fazem programa em troca de crack têm procurado o serviço. A prostituição, que se apresenta aqui na forma de exploração sexual, se dá num contexto de extrema vulnerabilidade, e o serviço de saúde não tem estrutura para lidar com a situação:

> A prostituição de mulheres é uma a coisa. Mas a gente vê a questão dessa faixa etária de adolescentes por esse preço que eu falei, elas são usuárias de droga. Não sei se você sabe que aqui em Antares a gente tem um "abrigo"... entre aspas... porque aquilo não é um abrigo. O pessoal que faz uso de crack é depositado aqui. Então a gente tem essa questão nas comunidades, essa questão da prostituição por conta do uso de drogas. E vira um caos mesmo... (Profissional de saúde, Policlínica Lincoln de Freitas - Santa Cruz)

As profissionais da Policlínica mencionaram que, no geral, atendem pacientes soropositivos, além de pessoas diagnosticadas com hepatite C e B. Elas classificaram a clientela como "homossexuais" (provavelmente masculinos) em sua maioria. No entanto, conforme relataram, a população de mulheres e idosos vem crescendo nos últimos anos. Segundo essas profissionais, a unidade de saúde não atende profissionais do sexo, não que elas tenham conhecimento. Para uma delas, a clientela é composta de pessoas "maduras" que buscam conhecer seus direitos (benefícios) e não há ação específica para profissionais do sexo:

> Tudo o que envolve alguns direitos eles procuram a gente. Então quando as pessoas têm dúvidas sobre alguns direitos, até da previdência, eles nos procuram. Todos os tipos de benefícios de transporte, Rio Card, jovens não vêm nos procurar muito não. Só para pegar camisinha. (Assistente Social, Policlínica Lincoln de Freitas - Santa Cruz)

Por sua vez, o serviço de Doenças Infectocontagiosas (DIP) do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HSE), no centro da cidade, conforme descreveu uma de suas profissionais, o atendimento é primordialmente voltado para o/a paciente HIV positivo, sejam gestantes, puérperas, adolescentes ou recém-nascidos. Quanto a ações específicas com profissionais do sexo, a enfermeira entrevistada faz questão de frisar que a lógica do serviço obedece a uma demanda baseada no perfil do paciente:

> Vamos supor que essa gestante seja uma profissional do sexo, então eu vou pinçar e vou trabalhar com ela. Não funciona desse jeito, é ao contrário é a partir da demanda do cliente para gente, não nossa para o cliente. É muito dependendo da demanda, dependendo da queixa, a gente trabalha um pouco em cima disso.

Como se trata de um serviço especializado, a entrevistada menciona que as declarações, de antemão, com relação ao seu trabalho de profissionais do sexo são expontâneas quando estão grávidas:

> Na realidade, as pacientes se declaram prostitutas quando elas chegam aqui gestantes. Aqui tem um trabalho individual, tem um grupo de gestantes. Ela tem uma consulta com a enfermeira, passa por atendimento psicológico até por que muitas recebem essa notícia, elas recebem essa notícia na gestação, mesmo a profissional do sexo, evidentemente não posso nem responder pelo trabalho da psicóloga, mas é trabalhado assim. (Enfermeira, DIP/HSE)

Nas entrevistas os/as profissionais de saúde mostram-se solícitos e interessados/as em explicitar a sua atuação com a clientela local, enfatizando não existirem diferenciações quanto a situação de cada pessoa e suas atividades. Ou seja, prevalece o discurso da universalidade no atendimento aos/as usuários/as dos serviços de saúde, frisando a questão do respeito e atenção no tratamento à prostituta como a todos os outros segmentos. Ao mesmo tempo, nota-se, que as primeiras respostas sobre o atendimento nos serviços e as políticas dirigidas às profissionais do sexo se distribuem entre: *atendemos todas as mulheres de forma igual, quase nenhuma*

diz que é profissional do sexo e a negação de que profissionais do sexo frequentem os serviços de saúde em que atuam as/os entrevistadas/os. No desenvolvimento da entrevista, contudo, quando as perguntas se tornam mais específicas, os/as interlocutores/as acabam por reconhecer que há desconhecimento de informações e ausência de diálogos sobre a questão, seja nas instituições públicas de saúde, seja na sociedade civil.

Percepção dos/as profissionais de saúde sobre a relação prostituição e direitos

Quanto à relação entre prostituição e direitos, todas/os profissionais ouvidas/os dizem que as prostitutas têm os mesmos direitos, devendo, portanto, ser tratadas de maneira igualitária:

> Olha, sinceramente, não sei se é só aqui, no Brasil todo eu acho que é feito, veem as prostitutas como cidadãs comuns que procuram o posto de saúde pra se tratar. (Médico, CTA Madureira).

A maioria das pessoas entrevistadas não expressou atitudes ou visões discriminatórias em relação a mulheres prostitutas. Entretanto, evitaram emitir um posicionamento pessoal claro sobre o tema, remetendo as respostas para o âmbito profissional. Essa ênfase na prostituta "como uma mulher como outra qualquer" é um elemento fulcral para compreender como os/as profissionais lidam com a questão do estigma associado à prostituição, seja porque o discurso da igualdade de direitos é dominante neste âmbito, seja porque sugere uma valorização da liberdade da mulher dispor de seu corpo, de sua sexualidade. Essa é uma visão que também considera que as prostitutas, atualmente, "estão mais conscientes de seus direitos".

Esse olhar reconhece avanços nos direitos das prostitutas em contraposição a períodos anteriores, ou seja, "antigamente" quando, supostamente, havia mais preconceito contra elas. Seguindo este raciocínio, a mudança ocorreu a partir da entrada das mulheres de camadas médias no ramo da prostituição, o que deslocou a visão clássica da prostituição associada à necessidade e a pobreza, como ilustra a reflexão que se segue:

> Hoje prostituta não é [vista como] uma coisa ruim como era vista antigamente. Hoje não é aquela menina pobre que apanhou, foi estuprada e virou prostituta. Hoje têm meninas de classe média alta, meninas que tem dinheiro e resolvem virar prostitutas, porque querem dar. (Assistente social, CTA Itaguaí)

A diferença entre a visão da prostituta pobre e explorada sexualmente e da prostituta "liberada" das camadas médias e altas reflete concepções acerca do papel sexualmente ativo e autônomo desta última, em contraposição ao imaginário clássico da mulher vítima passiva de uma condição socioeconômica inferior que é "forçada a se prostituir". Essa percepção diz muito sobre os velhos e novos imaginários em torno à prostituição que tem interseções nítidas com classe social e classificações em relação às prostitutas, tal como verificado em estudos anteriores que abordam as representações sociais do negócio da prostituição. (Blanchette e Silva, 2011; Gaspar, 1984) Isso não significa que as estratégias de ascensão social de mulheres das camadas populares, diante do leque de opções disponíveis para elas, não devam ser levadas em conta num sistema de competição econômica que se acirra cada vez mais, exigindo muito dos/as concorrentes ao mercado de trabalho. Em muitos casos, a necessidade econômica é o que leva uma mulher a tornar-se prostituta. Entretanto, aqui também estão presentes as hierarquias: não são todas as mulheres que agem desta forma simplesmente pela falta de dinheiro, mas também para manter um determinado padrão de vida para elas e suas famílias.

Existe, portanto, no grupo entrevistado, um entendimento bem demarcado de que hoje em dia a prostituição não é crime e de que a prostituta é um sujeito de direitos. Esta visão é marcante em quase todos os relatos, seja de enfermeiras, médicos, assistentes sociais ou gestores:

> Hoje há o entendimento em relação aos direitos delas e a postura que elas têm que tomar em relação a alguma situação. Isso é algo claro para elas hoje. Elas sabem que não são "baixas" e que ser prostituta não é crime e nem é vergonha. (Assistente Social, CTA Itaguaí)

De forma análoga, existe uma afirmação de que todos os profissionais precisam de direitos, mesmo o profissional de sexo, ou ainda de que "a cidadania é para todos". (Assistente Social, CTA Itaguaí) Complementando esta visão liberal está o comentário que não deve haver distinção quando se trata de um atendimento de saúde: *a prostituta está sendo tratada como qualquer mulher, que se trata quando tem problema. A profissional do sexo no serviço, é só uma mulher que faz sexo, que vive do sexo*. (Médico, CTA Madureira) Outra médica de um dos centros de saúde selecionados afirma que a prostituta é *igual a qualquer outra pessoa, independente dela ser profissional do sexo ou o que ela for, ela vai entrar, eu acho que não existe esse preconceito*.

Embora a atitude liberal diante do tema da prostituição apareça de maneira corrente nas entrevistas, os depoimentos também expressam sinais de desconforto por parte dos profissionais em relação ao tema, bem como frente à sexualidade de uma forma mais geral. Por exemplo, uma enfermeira evangélica da Policlínica de Santa Cruz demonstrou sua dificuldade de lidar com questões da sexualidade:

> Uma menina de 16 anos que diz que transou com 50 caras numa noite só, teve relação homossexual também, e relação com travesti também. Você está vendo aquela vida ali totalmente, enfim, sem rumo e aí isso, fica assim, deixa a gente assim... Você teve uma escolha de vida, você escolheu um parceiro... do sexo oposto, você teve né... isso confronta muito a gente, a gente fica pensando "ai meu Deus"... são essas questões. Quando um homem, a gente pergunta assim "você tem relação com quem? Quantos homens? Quantas mulheres?" e eles respondem "Erghh mulher!" né... [risos] eles fazem uma cara de nojo como se tivesse aversão a mulher. Tudo isso confronta a gente... é muito complicado por conta dos seus valores, por conta daquilo que você escolheu para a sua vida pessoal. Como profissional é como se você tivesse que colocar uma máscara e às vezes deixar... você não pode nada, nenhuma questão sua... a questão é do outro. Isso é muito difícil de mudar. (Enfermeira, Policlínica Lincoln de Freitas - Santa Cruz)

Essa enfermeira, que nunca foi capacitada para atuar na área de HIV ou questões relacionadas à sexualidade, alega que deve manter distância entre suas visões pessoais e as escolhas das pessoas que frequentam o serviço. Ela afirma que nunca fala sobre mudanças de comportamento com os/as usuários/as, tratando de enfocar sempre o uso da camisinha como a melhor forma de prevenção. Com respeito as profissionais do sexo, combinam-se desconhecimento e inexperiência, uma vez que nunca teve que lidar com isso antes, desse modo somando-se ao desconforto da visão moral pessoal.

Seguindo a mesma pista, outro aspecto a discutir são os vários comentários feitos sobre a falta de clareza quanto a condição de profissionais do sexo das mulheres que chegam aos serviços, pois essa falta de informação é como um grande empecilho à boa atuação profissional em saúde. Nas falas dos profissionais, muitas vezes, é como se a prostituta, ao silenciar sobre sua vida, renunciasse ao "direito igual" que tem frente ao que os serviços de saúde podem proporcionar. No geral, há ambivalência em relação ao acesso das prostitutas aos serviços, o que pode estar dificultando a inclusão dessas mulheres na rotina das intervenções. Talvez, a ausência de projetos e ações voltadas para profissionais do sexo as esteja invisibilizando nas unidades de saúde, e reificando as representações sociais dominantes de que quem atua nessa atividade é vítima ou pessoa que tem problemas de saúde relacionadas às ISTs, entre as quais o HIV.

> Acho que na medida que elas têm direitos elas procuram também se cuidar melhor. Por outro lado, muitas delas trabalham numa condição ruim, elas não usam a camisinha porque não é aceito, elas sabem que estão se expondo, mas elas têm que trabalhar então elas acabam se expondo mesmo sabendo. Não é uma profissão reconhecida por ninguém, pela população em geral, então normalmente elas dependem do cafetão delas... (Médica, Marcolino Candau)

> Por que elas têm uma chance muito maior de serem portadoras de DST, uma chance muito maior, dez vezes maior porque vivem daquilo o dia todo com pessoas totalmente desconhecidas que não sabem o que essas pessoas possam ter, deveria ter, deveria ser feito algo muito sério sobre isso, mas nunca vi isso aqui... (Médico, CTA Madureira)

Para esses profissionais, por um lado, existe o reconhecimento da conexão entre direitos e saúde e do estigma, mas, por outro, o cenário da prostituição é geralmente descrito de forma estereotipada enfatizando-se o não uso da camisinha e presença do cafetão. Nas duas falas, também há afirmações que contradizem pesquisas que demonstram, por exemplo, ser recorrente o uso do preservativo da profissional do sexo com seus clientes. (Damacena et al., 2011; Ministério da Saúde, 2007) O mesmo médico que afirma que a vulnerabilidade delas é maior também diz que nenhuma das suas pacientes HIV positivo é profissional do sexo.

> A gente não entra nesse assunto com elas, quando elas falam ou soltam que são profissionais do sexo, não é comum elas dizerem que são profissionais do sexo, mas às vezes elas até dizem, sabe, e a gente trata como qualquer paciente de ginecologia... Nem vejo uma incidência de AIDS aqui maior ou de outras doenças sexualmente transmissíveis nelas do que em outras. É mais comum HIV positivo aqui no posto em outras [mulheres] que não sejam profissionais do sexo. (Médico, CTA Madureira)

É também significativo constatar que na maioria dos serviços os casos de HIV positivo são de mulheres casadas. E vários/as profissionais dos locais com mais experiência em HIV afirmam que a maior vulnerabilidade das prostitutas é com parceiros íntimos.

> O que é identificado é que a vulnerabilidade maior é com a família. A profissional do sexo hoje tem muito mais uma compreensão de que a saúde sexual é fundamental para o seu dia-dia e para seu trabalho. Mas na vida de qualquer sujeito, quando acontece uma relação afetiva ou de dependência acontece a vulnerabilidade. Então é com aquele parceiro fixo, aquela pessoa que identifica como sendo seu parceiro

> ou sua parceira é que vai determinar uma maior vulnerabilidade... Mas o que a gente ainda vê mesmo é a vulnerabilidade em razão das ligações que se tem e as ligações não são dos clientes, mas sim dos afetos. (Assistente Social, CTA HESFA)

O que chama atenção é, portanto, esse contraste na percepção dos entrevistados entre uma visão de que as prostitutas são mulheres como qualquer outra e que sua vulnerabilidade se dá nas relações afetivas, e a insistência em associar a profissão com vulnerabilidade às ISTs e AIDS, essa sendo sua maior necessidade de saúde.

Longe das políticas nacionais e sobrecarregados de demandas

Nas entrevistas, o conhecimento dos/as profissionais acerca das políticas e planos nacionais, especificamente, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST e Agenda Afirmativa das Prostitutas, foi também explorado. A maioria das pessoas ouvidas não tinha conhecimento desses documentos. Há entre essas/esses profissionais um forte sentimento de isolamento das SMS-RJ, da SES-RJ e do Ministério da Saúde:

> Assim, é até uma queixa minha, pessoal, porque a gente sabe que muitas coisas acontecem lá, lá, entre eles, e até chegar a nós aqui é muito complicado. Às vezes nós somos os últimos dos últimos dos últimos a saber as novidades e o quê que tá acontecendo, infelizmente isso acontece. Então muita coisa pode estar acontecendo e a gente fica aqui nesse "setorzinho" e ninguém, ninguém entra em contato, ninguém envia nada. (Coordenadora, CTA Madureira)

O isolamento foi mencionado não somente em referência a falta de conhecimento de políticas e planos relevantes para o trabalho dessas e desses profissionais, mas também em termos de falta de treinamento e capacidade institucional para lidar com o número de pacientes e tipo de demandas que se apresentam nos serviços. Por exemplo, a unidade visitada em Santa Cruz atende 1.700 pacientes soropositivos. São três médicos, cada um trabalha 10 horas semanais, ou seja, são no total 30 horas semanais de infectologia para atender 1.700 pacientes. Em Madureira, a situação é parecida, 1.800 pacientes são atendidos por uma única infectologista. Uma médica inclusive desabafou dizendo: *Está cada vez pior. Não vejo nenhuma preocupação*

dos governantes com ninguém. Além desse problema estrutural, os/as profissionais expressam o sentimento que precisam de mais apoio, até psicológico para lidar com o desgaste do trabalho:

> Eu, eu, acho que esse tipo de trabalho para a gente se torna um pouco desgastante, para o profissional. A pessoa chega aqui e aborda a gente numa bagagem de fúria e a gente aqui sofre muito isso. A pessoa chega querendo brigar, querendo bater e às vezes quando a gente nega alguma questão, aí é aquela coisa, é ouvidoria, é aquela insatisfação que parece que o mundo está acabando. Nesse momento a gente não tem nenhum profissional de apoio psicológico seja para a gente, seja para o usuário, isso fica muito restrito a clínica da família. A gente sente aquele peso que esse usuário traz para gente e a gente tem que ter muito jogo de cintura, muita paciência para conseguir acolher e dar orientação, atender a questão que o paciente está trazendo para gente. É uma questão complicada para gente. E graças a Deus essa equipe é muito coesa, é uma equipe que trabalha aqui muito... tem muito jogo de cintura. (Enfermeira, Policlínica Lincoln de Freitas - Santa Cruz)

O serviço de saúde vive um contexto de sobrecarga elevada e, em muitos casos, o profissional não está preparado e treinado para lidar com as situações de vida e saúde que se apresentam diariamente. O que resta é "muito jogo de cintura" para dar conta das demandas. Há uma cadeia na qual a carga do usuário é passada para o funcionário e como falta contato e apoio das secretarias, muita coisa sobra para os próprios profissionais. Em tal contexto, se não há uma articulação de cima para baixo visando incorporar treinamentos sobre sexualidade e mais especificamente sobre a prostituição, não é razoável imaginar que os serviços terão algum dia capacidade para protagonizar e desenvolver algo sobre a população dentro de seus espaços.

Itaguaí: um caso singular

Situado a 69 quilômetros do Rio de Janeiro, Itaguaí, a "Cidade Inteligente", é um município de aproximadamente 111.000 habitantes e local de vários grandes empreendimentos vinculados ao Porto de Itaguaí e a construção do arco Rodoviário do Rio de Janeiro, que ligará o porto à BR 101. Embora o Programa de AIDS do município não faça parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde na época que foi incluído

na pesquisa[25], entre todos os serviços pesquisados esse é o único que, de fato, possui ações específicas para profissionais do sexo. Trata-se, portanto, de um caso singular que deve ser para analisado em detalhe. Sobretudo no que diz respeito aos fatores que facilitaram o desenvolvimento dessas ações.

As ações voltadas para as ISTs e a AIDS no município são realizadas num anexo chamado "Anexo de DST/AIDS". É um posto de saúde branco, que fica num bairro residencial de Itaguaí e está estruturado como um CTA. O Anexo conta com uma responsável técnica, uma assistente social, duas psicólogas e um médico infectologista que atende 2 vezes por semana. Um enfermeiro e um ginecologista estavam em processo de contratação quando a unidade foi visitada. O local é todo branco, com bastante luz, e os profissionais contam com consultórios e uma sala para a realização de atividades em grupo. A unidade oferece testagem e tratamento para HIV, hepatite e demais ISTs, na época atendia aproximadamente 400 pacientes, 220 em acompanhamento de tratamento com Antiretrovirais (ARVs).

O que mais se destaca no serviço é a visão ampla sobre as prostitutas que se reflete tanto numa oferta de serviços amplos para elas, quanto na relação estabelecida com elas e com as "casas" onde trabalham. Nas entrevistas, as prostitutas são definidas como sujeitos de direitos, mulheres e parceiras na implementação de atividades. Considera-se que os contextos de vulnerabilidade ao HIV a que estão expostas estão mais vinculados a suas relações na vida privada e não no mundo do trabalho. De acordo com a assistente social:

> O nosso atendimento é voltado para elas por que é o momento em que elas são cuidadas. O momento de se ter um olhar voltado para o cuidado delas mesmas, para que ela se sinta valorizada enquanto mulher, por que aqui ela não está para trabalhar, mas sim para ser cuidada. Nesse momento a gente procura saber dela e não do seu trabalho. Não é nem em relação à profissão. O nosso olhar é voltado para elas mesmas enquanto pessoas, indivíduos, direitos. Muitas chegam aqui com vergonha e com medo de que o teste seja positivo. Não devido à profissão, mas devido ao companheiro que ela ama mas sabe que aquele companheiro não é fiel. Não é relacionado ao profissional, mas sim ao pessoal. Acho que não sou a primeira pessoa que estou falando isso. (Gestora, CTA Itaguaí)

25 Na organização da Secretaria, as ações de prevenção das ISTs, sobretudo do HIV, estão sob a Coordenação de Epidemiologia. Embora não conste formalmente do organograma da Secretaria Municipal de Saúde, as ações são organizadas como se fossem um programa, recebendo inclusive recursos dentro do PAM do município.

Esse enfoque individual do atendimento se reflete também no desenho geral dos serviços oferecidos e materiais distribuídos. Por exemplo, o programa fez bolsinhas para profissionais do sexo estampadas com as frases: *Respeito é bom e eu gosto, e Usa camisinha sempre*. As bolsinhas têm maquilagem, camisinhas de chocolate e morango, delineador, batom, camisinha feminina, um batom que diz: *Braços abertos a você mulher.* O programa também promove um "Dia D", que é o dia das profissionais do sexo, ou seja, quando são oferecidos diversos serviços de atenção à saúde e não apenas ao HIV: [a gente] *faz um check-up dessas profissionais para facilitar. Elas não vão ao médico por que é um publico que, muitas vezes, tem a questão do estigma "a prostituta"*. A equipe também tem compreensão acerca dos ambientes onde elas trabalham, isto é, a relação com os facilitadores e as limitações que decorrem do estigma e da ilegalidade dessas casas. O início das ações com prostitutas nesse município se vincula a um debate sobre trabalho sexual envolvendo a responsável técnica e a Câmara dos Vereadores de Itaguaí:

> A Câmara de Vereadores mandou um documento, um ofício para o prefeito, o prefeito mandou para o secretário, o secretário me chamou e falou o que nós tínhamos que fazer. Como a gente já tem essa história de Mangaratiba e o prefeito daqui era o prefeito de Mangaratiba, então era uma coisa, entendeu, ele sabia do trabalho, o pessoal sabia do trabalho, como eu vinha, aí ele exigiu que a gente fizesse essa ação. Porque a ideia dos vereadores daqui é que o HIV tem a ver com a prostituição... Só que as meninas testaram e nenhuma deu positivo. (Gestora, Itaguaí)

A época que o oficio foi enviado muitos trabalhadores estavam chegando de fora da cidade e mesmo do país para trabalhar nas grandes obras. Mas a Câmara só pediu ações de prevenção para prostitutas. A responsável técnica havia tido uma experiência positiva anterior em Mangaratiba, onde, como Coordenadora do Programa de DST/AIDS, desenvolveu varias ações com profissionais do sexo e, a partir dessa experiência anterior, contestou a visão dos vereadores.

Na entrevista ela relata outras tensões. A equipe do Anexo teve propostas de material educativo negadas pelo Secretário de Saúde por serem consideradas "ofensivas", dado que estavam exatamente num momento de eleição havia o temor que o material fosse usado por adversários contra a administração. Ela também menciona a relação complicada com os donos das casas que exigem exames de HIV e querem saber os resultados. Para isso contrataram um médico que cobra entre 30 e 50 reais por teste. De acordo com a responsável técnica, os

serviços gratuitos do posto são cruciais para essas mulheres, depois elas “dão o jeito delas” de não entregar os resultados. As casas, também, vendem os preservativos que, na verdade, são os mesmos distribuídos pela SMS.

Itaguaí enfrenta dificuldades comuns a outros municípios como a falta de um programa formal e dificuldades de receber recursos do PAM, ao que se acrescenta o contexto muito desafiador, por um lado, as grandes obras e mudanças urbanas, por outro, o conservadorismo e preconceito, além das barreiras impostas pelos donos das casas. Mas a equipe consegue implementar ações bem desenhadas e ajustadas às necessidades das prostitutas devido a sua dedicação e compreensão ampla da prostituta como mulher e sujeito de direitos. As barreiras existem mas não se apresentam como pretexto para o não agir. Ao contrario, há um esforço persistente para superá-las com flexibilidade no sentido de fazer o que é efetivamente possível num contexto onde a prostituição ainda é criminalizada e muito estigmatizada.

4 O QUE DIZEM AS PROSTITUTAS?

As entrevistas com as prostitutas possibilitaram identificar suas necessidades de saúde de forma mais ampla, bem como suas percepções e experiências na interação com os sistemas de saúde público e privado em um contexto de implementação de políticas com ênfase na área de prevenção das ISTs. E para além do campo da saúde, as informações coletadas, também, forneceram uma trajetória das entrevistadas em termos de educação e trabalho, por um lado, e as experiências vividas em relação à violência, por outro.

A metodologia utilizada para colher essas informações empíricas envolveu a etnografia de seis pontos de prostituição (selecionados para o trabalho de campo) situados em diferentes áreas da cidade cujos perfis socioeconômicos são bastante distintos. Em cada um desses estabelecimentos foram realizadas entre quatro e seis entrevistas semiestrutradas, de 20 a 60 minutos de duração. Cinco desses locais foram amplamente estudados por pesquisadores por essa equipe em outras ocasiões: Clubes de Lazer Caracol e Refúgio, Praça Mineira, Termas Total Flex, Restaurante Varanda e a Vila Mimosa[26]. O sexto ponto, a Boate Labirinto, foi visitado em dois momentos anteriores, mas nunca havia sido objeto de um trabalho etnográfico anterior. Para essa análise a pesquisa etnográfica consistiu de seis visitas longas aos locais citados, acompanhadas por observação, participação e entrevistas não estruturadas com clientes, trabalhadoras sexuais, gerentes e outros funcionários dos estabelecimentos.

26 Para proteger a identidade das entrevistadas e dos contatos, todos os nomes dos estabelecimentos e pessoas relatados aqui foram modificados, com a exceção da Vila Mimosa. A "VM" é um ponto tão notório e conhecido da "paisagem sexual" (sexscape) carioca que, em nossa opinião, seria inútil tentar ocultar sua identidade. Além disto, o bairro conjuga aproximadamente 50 pontos de venda de sexo e quase 2.000 trabalhadoras sexuais, tornando-se difícil a identificação das pessoas mencionadas nesso estudo.

Pontos de prostituição e perfil das trabalhadoras: uma breve etnografia

Blanchette e Silva (2009), em pesquisas anteriores, identificaram 279 pontos de sexo comercial na cidade de Rio de Janeiro, que contemplam uma vasta diversidade de agentes e situações de trabalho. Vários autores (Simões, 2010; Blanchette e Silva, 2005; Pasini, 2005; Ribeiro, 2002; Moraes, 1996; Gaspar, 1984) em suas pesquisas enfocaram alguns desse locais, sendo a Vila Mimosa e o universo do turismo sexual em Copacabana os dois nexos de prostituição no Rio de Janeiro mais frequentemente examinados. Poucos dados têm sido levantados sobre o comércio sexual no centro da cidade, a região que mais concentra pontos de venda de sexo[27]. Contra esse pano de fundo foram selecionados, para essa pesquisa, tanto a Vila Mimosa e uma casa em Copacabana, quanto outros quatro espaços de prostituição que pudessem refletir a heterogeneidade do mercado do sexo na cidade.

Como assinalado anteriormente, é importante mencionar que o trabalho de campo coincidiu com as manifestações de rua que ocorreram em junho e julho de 2013, de modo que houve uma alteração da dinâmica do sexo comercial no Centro. Além disso, entre os anos 2010 e 2013, aproximadamente, 25% dos pontos de prostituição localizados no Centro sofreram algum tipo de intervenção estatal. (Blanchette e Silva, 2012) Tais condições exigiram que a equipe procedesse com muita cautela e diplomacia para superar a desconfiança dos vários agentes envolvidos com o mercado do sexo. Os resultados, de um lado, são positivos pois a partir dos seis pontos de prostituição pesquisados foi possível colher informações sobre grande variedade de condições de trabalho, rentabilidade econômica e agentes envolvidos na prostituição carioca. De outro, contudo, nem sempre foi fácil realizar as entrevistas em razão das dificuldades de acesso às trabalhadoras, gerentes e donos/donas das casas pesquisadas.

27 A Zona Sul do Rio (incluindo Ipanema e Copacabana) contém 70 pontos de prostituição enquanto o Centro abriga 90. A área em torno da Praça da Bandeira tem 8 pontos, incluindo Vila Mimosa. Por sua vez, a Vila Mimosa contempla aproximadamente 70 estabelecimentos independentes entre si. No entanto, vários dos pontos da Zona Sul e do Centro, também, reúnem mais do que um estabelecimento. O Buenos Aires 85, por exemplo, era composto de seis bares diferentes. Para a finalidade dessa pesquisa, contamos como “ponto” ou “venue” cada endereço ou grupo de estabelecimentos.

Clube de Lazer Caracol e Clube de Lazer Refúgio [28] *– Centro*

Esses dois pontos são ilustrativos dos estabelecimentos chamados pelos clientes como *fast fodas*, situados no Centro do Rio de Janeiro. Em geral, estão instalados em sobrados decadentes muitas vezes comprometidos estruturalmente. Os "programas" são vendidos por um valor muito baixo, em 2013 era cobrado em torno de 2 reais por minuto, durante o horário de almoço e após o expediente. Os clientes são tipicamente trabalhadores do Centro que ganham entre 1 e 4 salários mínimos. As mulheres podem trabalhar tantos dias por semana quanto quiserem (em geral entre 3 e 5), fazendo de e 3 a 12 programas por dia (entre 10 e 30 minutos cada um) e ganhando pouco mais do que a metade do preço do programa. No final de 2013, pagava-se 37 reais por 15 minutos de sexo, dos quais a mulher ficava com 20 reais e a casa com 15 reais. Os 2 reais restantes eram gastos na compra de uma camisinha. O preço do programa básico era tabelado pela casa. As mulheres, muitas vezes, recebiam pagamento extra para fazer sexo anal ou oral sem camisinha, mas esses serviços – e os preços pagos por eles – eram negociados à parte.

Locais desse tipo estão sendo pressionados a fechar por efeito das obras de renovação e da gentrificação do Centro do Rio de Janeiro. Um deles, o clube Caracol, de fato, estava em vias de ser fechado durante o trabalho de campo, nesse estabelecimento foram realizadas duas entrevistas. E outras duas entrevistas no Refúgio, um local recém-estabelecido nas adjacências do Caracol e que empregava as mulheres que anteriormente trabalhavam aí. Uma quinta entrevista foi feita com uma mulher que, naquele momento, trabalhava em ambos os estabelecimentos.

Praça Mineira – Centro

A região em torno da Praça Mineira é um dos pontos mais antigos da prostituição carioca, desde o início do século 19 abriga tanto bordéis, quanto a oferta de sexo nas ruas. O comércio do sexo persiste no local apesar das repetidas tentativas de expulsão. (Schettini, 2006; Graham, 1991) Hoje o ponto central de prostituição se situa numa pequena rua de dois quarteirões de extensão, onde as mulheres encontram os

28 Para proteger o anonimato das entrevistadas, todos os nomes dos estabelecimentos e pessoas relatados foram modificados.

clientes nos bares e na calçada retirando-se para os hotéis baratos na vizinhança para conduzir as relações sexuais. Essas mulheres são completamente independentes, não existe intermediação entre elas e os clientes. As entrevistadas trabalham em torno de 2 a 6 dias por semana. A duração do programa é de 30 a 60 minutos e o preço varia entre 50 e 100 reais, mais 25 reais para o aluguel do quarto do hotel. As mulheres fazem de 3 a 8 programas por dia e o perfil dos clientes é similar ao dos homens que frequentam os clubes de lazer (*fast foda*). Entre 10 e 30 mulheres trabalham na rua, dependendo do horário e o dia da semana. E na praça mesmo podem trabalhar de 20 a 60 mulheres a depender do dia.

É importante mencionar que a Praça Mineira, entre 2004 e 2010, foi um local priorizado para intervenções da ONG Davida, organizadas em torno da promoção dos direitos e da dignidade das trabalhadoras do sexo, mas também incluindo ações de prevenção das ISTs, especialmente o HIV.

Boate Labirinto – Centro

A boate fica nas proximidades da Vila Mimosa e faz parte desse conjunto mais amplo de pontos de comércio sexual. No entanto, o estabelecimento é fisicamente separado do espaço central da Vila Mimosa e fornece serviços distintos. Cobra, por exemplo, uma entrada de 20 reais e os quartos e as cabines são mais bem cuidados e higiênicos do que normalmente é encontrado na Vila Mimosa. Os preços, também, são diferentes. Enquanto o programa padrão na Vila Mimosa custa 40 reais (30 reais para a mulher e 10 reais para a cabine), na Labirinto o mesmo programa vale 100 reais (ou seja uma razão de 80/20). Uma dúzia de mulheres trabalha na Labirinto e a frequência é de homens trabalhadores dotados de uma situação socioeconômica mais privilegiada do que a média dos clientes da Vila Mimosa, talvez, ganhando entre 3 a 7 salários mínimos[29]. As mulheres da casa fazem de 1 a 6 programas por dia. A boate é “fechada” no sentido que somente as mulheres autorizadas podem trabalhar nela. Inclusive, podem ser consideradas como “funcionárias” da casa, embora esse vínculo não seja formalizado para não violar as leis brasileiras referentes ao rufianismo.

29 Nas palavras de um cliente masculino, negro, de 40 anos: Se pedreiro vai à Vila, o chefe da obra vai à Labirinto.

Termas Total Flex – Centro

A Termas Total Flex é localizada num prédio de quatro andares no Centro (diferente da maioria das termas que se situam na Zona Sul) e figura entre as seis termas mais famosas e movimentadas da cidade. Sua frequência é composta de homens profissionais que ganham acima de 8 salários mínimos, além de atrair número considerável de clientes estrangeiros.

As mulheres que trabalham na termas também podem ser consideradas como "funcionárias" da casa, pois são previamente entrevistadas e selecionadas para trabalhar no local. Cumprem horário de trabalho estabelecido pelos donos e, se faltam, podem ser demitidas, multadas ou ter seu horário cortado. A parcela do valor do programa que fica com as mulheres é de aproximadamente 50% do preço pago pelo cliente que varia de 160 reais (por 40 minutos numa cabine particular) a 400 reais (por 90 minutos na chamada "Suíte Sultão"). A casa "emprega" por volta de 160 mulheres, embora o trabalho não seja formalmente registrado - em tese, as mulheres são todas independentes. Entretanto, o funcionamento da Total Flex é tão gerenciado quanto os locais de prostituição em países onde o ofício é regulamentado por lei. Inclusive, as mulheres precisam fazer exames ginecológicos de 15 em 15 dias e testes de HIV de 2 em 2 meses e a casa tem um contrato com uma ginecologista particular para este fim.

Vila Mimosa – Centro

Vila Mimosa é a única "zona" propriamente dita do Rio de Janeiro. Trata-se de um conjunto de três quarteirões totalmente dedicado ao comércio sexual que pode ser definido como uma "região moral" no sentido estabelecido por Park e Burgess (1984). A Vila tem uma longa história, sendo o último espaço remanescente da famosa Zona do Mangue, estabelecida, em 1920, pelo governo municipal, seguindo uma orientação regulamentarista com vistas a regular e conter a prostituição e seus efeitos. O complexo atual foi estabelecido em 1997, após a zona - então localizada na região da Praça da Bandeira - ter sido "desativada". (Simões, 2010) Hoje, a Vila conta com 60 estabelecimentos, geralmente pequenos bares e cabarés que dispõem de pequenas cabines que são alugadas pelas prostitutas e seus clientes.

O bairro é quase completamente ignorado pela administração municipal. O sistema de esgoto transborda com frequência e, quando chove, as ruas alagam. Associação de Moradores do Condomínio e Amigos da Vila Mimosa (AMOCAVIM) mantém uma certa ordem na região, coordenando ações de vários donos e gerentes dos estabelecimentos e seus seguranças particulares. A Associação também trabalha com várias organizações voluntárias que providenciam serviços de saúde e de assistência para trabalhadoras e residentes da região.

Entre 1.000 e 2.000 mulheres trabalham na Vila Mimosa, embora nem todas ao mesmo tempo (geralmente há aí entre 100 e 500 mulheres ativas). As condições de trabalho na Vila Mimosa são "semi-abertas", ou seja, as casas que empregam prostitutas (mesmo extraoficialmente), mas, para trabalhar nelas, as mulheres precisam ter a permissão do dono ou gerente, decorrendo daí um relacionamento estável com a casa que passa a ser o "ponto da mulher". O preço do programa é tabelado em 40 reais, sendo que 10 reais correspondem ao aluguel da cabine. Como no Caracol e no Refúgio, as mulheres podem ganhar extra se realizam sexo anal ou oral sem camisinha, mas esses serviços são negociados à parte pelas próprias mulheres. Muitas casas também insistem para que as mulheres comprem camisinhas ao preço de 2 reais cada, mesmo quando elas são recebidas gratuitamente do Ministério da Saúde ou quando as mulheres levam suas próprias. O preço do preservativo, portanto, é sempre incluído no custo da cabine e extraído do valor do programa. Ao final o valor líquido do programa é de 28 reais. As mulheres entrevistadas trabalham de 2 a 5 dias por semana e realizam uma média de dez programas por dia.

Restaurante Varanda – Zona Sul

Após a Discoteca Help ter sido fechada no início de 2010, o restaurante Varanda passou a ser o ponto mais movimentado para o turismo sexual no bairro de Copacabana. Durante a alta temporada (dezembro-maio), por volta de 100 garotas de programa e 200 homens podem ser encontrados no entorno do estabelecimento, que não cobra nada dos frequentadores além dos pratos e bebidas que são consumidos. É um estabelecimento aberto, ou seja, qualquer um pode frequentar e as trabalhadoras sexuais não precisam da permissão dos donos ou dos gerentes para ficar no local. Muitas dessas mulheres só fazem programas ocasionalmente, uma vez por semana ou uma semana por mês. Outras podem ser encontradas no restaurante todas as noites. O comércio sexual não é "organizado". Cada mulher cobra conforme o serviço e o cliente. Os preços por programa variam bastante podendo ir de 50 reais até 400 reais, sendo a média em torno de 150-200 reais. O restaurante é

utilizado apenas como ponto de encontro e negociação entre clientes e prostitutas: não dispõe de aluguel de cabines ou quartos. Os programas são realizados nos hotéis e motéis circundantes na região.

Entre 20 e 100 mulheres podem ser encontradas em torno do Varanda em qualquer momento da tarde ou da noite, estimamos que de 100 a 500 utilizam o bar como ponto durante o decorrer da semana. O fluxo sazonal está relacionado à alta e baixa temporadas de turismo no bairro (dezembro-abril/abril-dezembro). Muitas das mulheres que trabalham em torno do Varanda são apenas frequentadoras ocasionais ou combinam a prostituição com outras formas de trabalho e é difícil estabelecer quais são seus ganhos. Ao que tudo indica as mulheres fazem 1 a 2 programas por dia e trabalham entre 1 e 5 dias por semana.

O perfil das entrevistadas

As mulheres entrevistadas na pesquisa são relativamente jovens (entre 20 e 30 anos). A idade média da entrada na prostituição é de aproximadamente 21 anos. Cinco delas começaram quando ainda eram menores de idade, sendo que uma delas tinha apenas 13 anos, constituindo o único caso de prostituição infanto-juvenil identificado pela pesquisa. Somente 2 do total de 30 mulheres entrevistadas relataram história de coerção, ambas sendo mulheres que começaram suas carreiras em situações socioeconômicas muito precárias.

A maioria (18) das entrevistadas se autodeclaram negras ou pardas (*parda, morena, preta, negra, mulata, morena jambo*) enquanto as demais (12) se consideram brancas. Com relação à escolaridade, o quadro é bastante heterogêneo. Seis entrevistadas não completaram o ensino fundamental, quatro tem fundamental completo, três não completaram o ensino médio. Por outro lado, 13 entrevistadas finalizaram o ensino médio e quatro iniciaram algum curso superior mas não chegaram a se formar. Além disto, cinco fizeram ou estão fazendo algum curso técnico, oito tinham feito cursos profissionalizantes e cinco entrevistadas afirmaram ter realizado cursos suplementares como língua estrangeira ou informática. No geral, as entrevistadas apresentam uma média de 8,5 anos de educação formal, algo positivo se comparado à média feminina brasileira (acima de 15 anos de idade) que é de 7,6 anos (IBGE, 2009), além de ser equivalente a média carioca (8,4 anos - IBGE, 2008).

Em termos de suas vidas reprodutivas, existe uma tendência à gravidez antes dos 20 anos. A idade média de sua primeira gravidez (levada a termo) foi de 17,8 anos, bem mais cedo do que a média nacional de 26,8 anos (IBGE, 2009). Apesar de terem sido mães muito jovens, sete de nossas entrevistadas conseguiram terminar o ensino médio e duas chegaram à universidade. Esses dados sugerem que, pelo menos no caso dessa amostra a hipótese de que um dos fatores que explicam a entrada na prostituição seria a falta de acesso à educação não se sustenta. Além disto, quase todas as mulheres entrevistadas trabalharam em outras ocupações ganhando entre 1 e 2 salários mínimos, antes de se tornaram prostitutas. Ou seja, não foram empurradas para o trabalho sexual por falta de outras opções de emprego. No caso dos trabalhos anteriores, várias mencionam que a remuneração era insuficiente para o sustento de suas famílias, pelas quais são responsáveis.

Acesso à saúde

Somente 2 das 30 entrevistadas informaram possuir plano de saúde privado para si próprias, porém cinco delas pagavam planos para seus pais/mães e filhos/as[30] na época da pesquisa, e sete disseram ter tido planos privados no passado. Embora a maioria das mulheres não o possua, 18 entrevistadas informam que só usam serviços privados (ou seja estão pagando consultas particulares), enquanto 12 fazem uso do sistema público para determinadas situações, complementando suas necessidades, mas recorrendo a tratamentos e exames na rede privada. Pagar um plano de saúde é percebido pela maioria das entrevistadas como desperdício de dinheiro. Maria, trabalhadora da boate Labirinto, exprime bem essa visão:

> Nos hospitais particulares, aqui no Rio de Janeiro, hoje em dia, mesmo se você está num plano de saúde bom, tipo AMIL você demora muito para ser atendido. Atualmente o hospital público está com o mesmo atendimento ou até melhor do que o hospital particular, então não vale à pena [pagar um plano]... você pagaria um dinheiro para ser mal atendido?

As mulheres que relataram ter planos de saúde no passado, via de regra, ocorria em função de algum trabalho prévio com carteira assinada. Poucas mantiveram esses planos após sair do mercado formal de trabalho. As duas entrevistadas que ainda mantém esses planos, o fazem em função de problemas de saúde recorrentes e graves.

> Tenho febre reumática crônica e, por isto, preciso de um bom plano de saúde. Já tentei me tratar pelo SUS, mas não deu certo. Tenho que tomar duas injeções de 20 em 20 dias e cada exame que faço é 800 contos [R$800,00]. O SUS não consegue lidar com a febre e a burocracia é terrível! Às vezes tem que esperar 2 anos para se tratar. (Melissa, Total Flex)

Assim como ela, outras entrevistadas utilizam o sistema privado no caso de exames difíceis de serem realizados pelo sistema público, mas recorrem ao SUS para tratamentos, vacinas e exames rotineiros. O sistema privado, portanto, preenche as lacunas do sistema público. Como afirma Letícia, da Vila Mimosa: *no sistema*

30 Alguns desses pagos pelos pais de seus filhos, que, geralmente, como parte do pacote de benefícios de seus empregos.

público você espera três meses pra conseguir marcar, três meses pra tirar sangue e um ano pra pegar o resultado! As deficiências do sistema público são particularmente marcantes nos casos de problemas crônicos que requerem consultas e exames com maior frequência.

Outro problema apontado com relação ao SUS é a morosidade do sistema em atender demandas pouco habituais no que diz respeito à anticoncepção. Uma das mulheres (Laura, do Refúgio), por exemplo, informou que usava um implante subcutâneo (Norplant) colocado em Pernambuco e, quando mudou-se para Rio, tentou trocar o dispositivo e soube que teria que esperar pelo menos seis meses para ser atendida: *Como vou esperar seis meses, sendo que faço programas? Precisava AGORA. Então tive que pagar no particular*. Uma segunda mulher informou que, quando começou trabalhar como garota de programa, buscou o SUS para implantar o DIU, mas desistiu ao saber que teria que esperar por, talvez, vários meses para ser atendida. Depois de uma década vivendo na Itália onde usava o sistema público de saúde, isso para ela foi um choque.

Ginecologia é o serviço mais frequentemente pago pelas entrevistadas em consultórios privados, o que inclui testes e exames referentes à saúde sexual. Isso é a norma no caso das mulheres que trabalham nos pontos "fechados", alguns dos quais exigem de suas "funcionárias" um exame ginecológico a cada duas semanas e um exame completo (com exames laboratoriais) a cada seis meses. Tanto a Total Flex quanto a Labirinto contam com ginecologistas particulares que visitam os estabelecimentos uma vez por semana. Os serviços dessas médicas são bastante procurados, particularmente, para lidar com as questões de saúde mais corriqueiras oriundas do trabalho sexual. O custo das consultas com essas profissionais é de 50 reais.

As mulheres que ganham mais, em geral, recorrem mais aos serviços da rede privada. Na Total Flex (que é o ponto mais lucrativo de nosso estudo), por exemplo, 4 das 5 mulheres ouvidas usam apenas a rede privada, sendo que uma delas ainda utiliza os serviços da ginecologista da casa. No Varanda e na Labirinto (o segundo e terceiro pontos mais lucrativos respectivamente), 9 das 10 mulheres também usam basicamente a rede privada. Já nos clubes de lazer (*fast fodas*) e na Praça Mineira (os dois pontos menos lucrativos do estudo) apenas 2 das 8 mulheres utilizam a saúde privada. Porém, quase todas as entrevistadas utilizaram o sistema privado em algum momento de suas vidas. Por outro lado, mesmo as que afirmam "nunca" ou "quase nunca" usar o SUS o fizeram em função de alguma campanha de vacinação ou outro serviço tanto para elas quanto

para seus filhos. E até as mulheres que possuem planos de saúde informam utilizar o posto de saúde de seu bairro no caso de atendimentos emergenciais para seus/suas filhos/filhas.

Embora as reclamações sobre a morosidade do sistema sejam recorrentes, o SUS continua sendo provedor de serviços para muitas mulheres e algumas consideram o sistema bom e efetivo. Raquel (Varanda), por exemplo, acha que as mulheres não sabem como acessar e se beneficiar do sistema e que o Estado não cumpre seu papel de informar sobre os programas existentes:

> O problema é que muita dessa gente aqui [as mulheres do Varanda] não procuram. Não vão atrás. O governo deveria divulgar os programas que existem na área da saúde. Esse povo aqui não vai fazer curso. Não estudam. Se o governo não vem lhes avisar, não vão saber de nada. Agora, também acho que esse povo é preguiçoso: não procura, não vai atrás. Olha, você não espera até ter dor de dente para ir ao dentista, né? Mas esse povo aqui não busca saber o que existe.

Quase todas as entrevistadas fizeram uso de serviços de saúde pública em algum momento durante o ano anterior a pesquisa, em geral, postos de saúde dos bairros mas também as Unidades de Pronto Atendimento-UPAs, sugerindo que esses são espaços privilegiados para a divulgação de informações e programas direcionados ao público das trabalhadoras do sexo. Por outro lado, apenas três das entrevistadas informaram ter utilizado CTAs ou programas especificamente dirigidos às populações mais vulneráveis. É preciso considerar que algumas das entrevistadas podem ter sido atendidas por algum CTA sem ter consciência de que se tratava desse serviço, pois a maioria delas desconhecia do que se tratava a sigla. A maioria das prostitutas que ouvimos utiliza o SUS quando procura os serviços direcionados à sua família e, algumas vezes, para sua saúde de maneira geral ou numa emergência. Contudo, nunca informam aos serviços públicos que trabalham no comércio sexual.

Problemas de saúde identificados

Entre as 30 entrevistadas, 14 nos disseram ter tido problemas de saúde que elas mesmas qualificaram como significantes ou graves, tais como:

- Dependência química (2 casos)
- Problemas de saúde mental: ansiedade, depressão, entre outros (2 casos)

- Hipertensão (3 casos)
- Miomas
- Anemia
- Problemas de fígado
- Asma nervosa
- Febre reumática
- Reações alérgicas
- Tuberculose
- Queimaduras graves
- Bartolinite[31]

Somente três dessas crises graves de saúde foram atribuídas por elas ao trabalho sexual. Uma das entrevistadas, dependente de álcool, afirmou que as condições do trabalho propiciam o abuso de bebida: longas horas, muitas vezes de trabalho noturno, quase sempre acompanhada por homens que bebem. Uma segunda atribuí seus problemas hepáticos às condições de trabalho. Uma terceira entrevistada reportou sofrer da ansiedade em função do "stress" que vivencia por trabalhar na rua na Praça Mineira e ter que *aturar certas coisas... lidar com pessoas grossas e ignorantes*.

Um número equivalente de mulheres (3) informou ter problemas graves de saúde em função de outros trabalhos. Uma delas foi seriamente queimada trabalhando numa padaria. Outra sofreu de depressão e quase se suicidou por causa de seu trabalho numa empresa de *telemarketing* (onde foi prometida uma promoção que nunca ocorreu). Uma terceira trabalhou como seladora na construção civil e foi forçada a aplicar selador de azulejos com suas mãos desprotegidas o que ocasionou um grave crise alérgica.

Porém, um total de 11 mulheres informaram ter problemas rotineiros de saúde que são diretamente relacionados ao trabalho sexual[32], tais como: dores musculares e de coluna, tendinite (4 mulheres), infecção

31 A bartolinite é Inflamação nas glândulas de Bartholin, as glândulas de Bartholin são duas formações glandulares pequenas localizadas em ambos os lados da cavidade vaginal. Segregam um fluido que ajuda a lubrificar a vagina. A bartholinite pode ser causada por bactérias da própria flora intestinal da mulher, sendo essas bactérias não transmissíveis sexualmente, ou por agentes causadores de IST, como gonococo e clamídia.

32 Incluindo os três casos mais graves, citados acima. Várias mulheres reportaram múltiplos problemas de saúde devido ao trabalho.

urinária, cortes e assaduras decorrentes de atividades sexuais, "problemas de útero". Como explica Celina, trabalhadora da termas Total Flex: *Assadura é normal. A gente fica cortada [quando] tem muita relação e tem pouca lubrificação, fica sim, machucada, cortada, entendeu?* As mulheres que relataram esse problema trabalham nas termas, onde os programas costumam durar em torno de 40 minutos; e no *fast foda* Refúgio, onde costumam fazer 10 ou mais programas de 15 a 20 minutos por dia. No que diz respeito aos "problemas de útero" uma das entrevistadas informou que eles decorrem da atitude dos clientes:

> Tem pessoas que são carinhosas, que sabem o que fazer com uma mulher, homens que não esquecem que a gente não é uma boneca inflável. Mas tem outros... poxa! Uma vez, eu fiquei sem trabalhar porque um cara tinha tanta vontade que eu não aguentava. Machucou até minha barriga, agredindo o útero. Pedi para ele tomar mais cuidado, mas só parou quando chegou aos finalmente dele. Quando ele gozou, eu tava lá cheia de cólicas. Mas pra mim também foi o último da noite e o último do mês. (Anita, Labirinto)

É importante referir ainda que algumas práticas comuns entre as prostitutas, também, potencializam problemas de saúde como, por exemplo, encher a vagina de algodão durante a menstruação para não perder o trabalho. Várias termas da cidade aplicam multas para as mulheres que faltam ao trabalho quando menstruadas.

> Não vou dizer que nunca tive uma infecção urinaria, até pela quantidade de relações. Porque você faz toda dia, trabalha menstruada, bota algodão. Todo mundo trabalha menstruada. Usa algodão. Como se fosse um OB. Só que o algodão é mole e fica lá dentro. Não dói. Já conversei com a médica, pra saber se tinha algum problema. A médica me orientou, disse que tem trocar por causa do sangue e evitar problemas de infecção. Fora isto não tem problema nenhum. Tem que trocar. Com algodão, os caras acham até que a gente é mais apertada. Homem é bicho burro! (Raquel, Varanda)

Somente duas entrevistadas relataram ter contraído ISTs mais graves em função do trabalho sexual: herpes, HPV e clamídia. Porém, algumas relatam ter "pequenas infecções": *Sempre está dando alguma infecçãozinha ou outra, mas nunca nada grave*. (Camila, Veranda) *Querendo ou não, quem trabalha nisso sempre pega uma bactéria*. (Sabrina, Caracol) Não é absurdo supor que algumas dessas "pequenas infecções" possam ser ISTs que as mulheres preferiram não relatar.

Uso de camisinhas

Todas as entrevistadas afirmam fazer uso de camisinhas masculinas nas relações vaginais ou anais com clientes. Mas assim como observados em muitas outras pesquisas, um número significativo (19) não utiliza o preservativo nas relações com seus parceiros sexuais ou afetivos. (Chacham et al., 2007) Mas é preciso dizer que o uso de camisinhas nas relações sexuais vaginais ou anais não é, ainda, ponto pacífico na percepção e prática dos clientes. Muitas entrevistadas afirmaram que é comum os homens tentarem negociar o programa sem o uso de preservativos. Várias informam que elas mesmas colocam as camisinhas nos clientes com a mão ou a boca para garantir a integridade do preservativo e seu uso correto. Também tomam cuidados para garantir que não estoure ou para que o cliente não a remova durante o ato:

> Nunca transo de quatro, porque aí o homem pode ir retirando a camisinha lentamente, puxando para cima e você não nota. Sempre fico de olho nele. Posso sentir se a camisinha rompe ou cai e paro imediatamente. Sou bem cruel nisto, quando preciso ser. (Raquel, Varanda)

Já com relação ao preservativo feminino há uma grande desconfiança das mulheres: *Olha, me sinto segura com o negócio no* [pênis] *dele! Assim, eu tenho controle!* (Raquel, Varanda) Algumas mulheres consideram que o preservativo masculino é "mais prático":

> Nunca usei [a camisinha feminina] e nunca tive interesse. Não sei para que existe. O tempo que leva para colocar, acabou o programa! Nem mexi! Ainda mais, a gente que é pratica... Sou eu que bota neles e não leva nem um minuto. Sou acostumada e sei como fazer direitinho. O homem que não sabe, às vezes fura. Ou então te sacaneia. Dá mais segurança e conforto a camisinha neles. (Nadine, Vila Mimosa)

> Eu não gosto dessas coisas de camisinha feminina e o pau do homem ficar sem camisinha! É ruim, heim! Eu não deixo botar nem a mão na camisinha! Eu acho que tenho que ter controle, porque sou eu que boto, e eu não deixo nem ele tocar a mão em camisinha nenhuma. Quem tem que botar a mão sou eu. Eles só tocam pra ele tirar e botar no lixo! (Belinda, Vila Mimosa)

Outro aspecto a observar é que seis entrevistadas não mencionaram sexo oral, seja com clientes ou com seus parceiros, como prática na qual a camisinha masculina devesse sempre ser usada. Uma das entrevistadas confirma que o uso do preservativo é raro no sexo oral:

> Isso de todas as meninas usarem camisinha... isso é mentira. No programa é assim: usamos camisinha na relação sexual [mas no sexo oral] a gente analisa. Não vai pegar qualquer doença? O cara tá limpo? Que venha pela frente e meter na boca! Mesmo assim, corremos o risco de pegar muitas doenças. Mas todas fazem assim. (Maria, Labirinto)

Algumas entrevistadas, de fato, consideram que é "quase impossível" a transmissão oral do HIV. Esses achados sugerem que a mulheres ouvidas ignoram ou desprezam os riscos do sexo oral. Contudo, o relato de outra entrevistada indica que o não uso da camisinha no sexo oral envolve um entendimento bastante sofisticado da anatomia masculina e dos meios de transmissão do HIV:

> Faço sexo oral sem camisinha, sim, mas nunca deixo nada ejaculado entrar na minha boca. Quase nem boto o pênis na minha boca. O ponto mais sensível dele é logo embaixo da cabeça, na barriga, e é justamente ali que concentro. O cara pode até gozar, mas nem entra na minha boca e nunca tive cliente reclamando. Pagam extra quando faço assim e não vejo que tenha grande risco, especialmente se o homem for limpo e você dá uma boa olhada antes, para ver se não tem feridas ou cortes. (Juliana, Labirinto)

Por outro lado, quando perguntadas sobre qual sua maior preocupação relacionada à saúde 1/3 das entrevistadas afirmou que seu principal medo era "pegar uma doença" (de longe, a preocupação mais citada) e a única doença explicitamente citada como "preocupante" foi o HIV/Aids.

Acesso ao preservativo

Quatro dos pontos fechados pesquisados (Labirinto, Total Flex, Refúgio e Caracol) distribuem preservativos: uma camisinha por programa. As mulheres da Praça Mineira, que fazem seus programas nos hotéis da região, também ganham uma camisinha do hotel em cada programa. Na Vila Mimosa, os clientes compram as camisinhas nos bares ou recebem uma da casa que aluga quartos. Em todos esses lugares, os preservativos masculinos disponíveis são distribuídos gratuitamente pelo SUS (as embalagens tem selos do governo). Mas as mulheres não sabem dizer como os estabelecimentos as recebem. Exceto na Vila Mimosa onde se sabe que os bares conseguem os preservativos diretamente com os postos de saúde. Mas, como se viu anteriormente, a maioria das casas e pontos cobra 2 reais pelo preservativo como parte do preço do aluguel do quarto, conforme relatado pelas entrevistadas.

Em Copacabana e na Total Flex o preservativo é comprado por elas ou pelo cliente. A maioria de nossas entrevistadas tem sempre preservativos de reserva caso alguma "estoure". Silvia, da Total Flex, estima que entre 1 e 2 camisinhas estouram para cada 100 que são utilizadas. Ela faz uma média de 40 programas por mês, significa que a cada 2 ou 3 meses um preservativo falha durante o programa (estimativa nossa que ela confirmou).

Mesmo tendo acesso livre aos preservativos do SUS, algumas mulheres preferem comprá-los elas próprias: *Não uso as do posto, pois rasgam o tempo todo. Aí, compro na farmácia.* (Pamela, Vila Mimosa) Mas as outras entrevistadas afirmam usar sempre os preservativos distribuídos pelo SUS sem relatar problema algum. Inclusive Raquel, do Varanda, diz ser uma militante em favor do uso do preservativo gratuito entre as outras mulheres de Copacabana: *As meninas não sabem onde pegar, mas é só entrar no posto e agarrar. Tem caixas gratuitas lá*. Raquel também relata que tem brigado com os homens que vendem camisinhas do SUS no calçadão de Copacabana:

> Eu estava aqui no Varanda uma vez e chegou esse homem VENDENDO as camisinhas do posto por dois reais cada! É mole? Caí por cima dele: "Isto é crime! É falta de respeito! Vou te denunciar à polícia!" E ele: "Ahn, vai moça. Preciso ganhar dinheiro para alimentar meus filhos..." "Não importa! Você não tem direito de ganhar dinheiro da gente, vendendo o que é gratuito!"

Saúde preventiva

Apenas nove das entrevistadas relataram ter feito mamografia, talvez por que a maioria ainda não alcançou a idade em que esse exame deve ser rotineiro. Duas dessas mulheres realizam exames de mama sistemáticos, uma delas porque tem seios muito grandes que geralmente estão doloridos e causam problema de coluna e outra está se preparando para colocar implantes de silicone (presente de um cliente).

Com relação à vacinação contra hepatite 22 entrevistadas foram vacinadas, quatro afirmaram com segurança que não, porém quatro não sabiam responder.

Os exames Papanicolau são realizados a cada seis meses por 18 entrevistadas, uma vez por ano por seis entrevistadas e cinco dizem ter feito o exame com periodiocidade maior do que um ano. Uma das entrevistadas afirmou nunca ter realizado o preventivo. A testagem para HIV e outras ISTs são realizadas, mais ou menos, com a mesma periodicidade dos exames Papanicolau, ou seja, 19 entrevistadas fazem testagens a cada seis meses, cinco fazem pelo menos uma vez por ano e quatro afirmaram que "raramente". Duas entrevistadas relatam nunca terem feito exames de HIV e uma delas, inclusive, demonstrou certo pânico frente à ideia de ser testada:

> Amiga, eu não faço não. [risos] Eu sei que eu não tenho nada, entendeu? Mas eu não faço, tenho medo! Não é que eu não tenho nada, mas é que eu tenho pavor dessas coisas! Graças a Deus eu não tenho nada. Não tô magra, tô forte. Como bem. Eu era magrinha, eu engordei! Eu penso assim: se eu tivesse doente eu já tinha adoecido, não é verdade? (Brenda, Vila Mimosa)

As mulheres mais conscientes em relação a medidas de prevenção em saúde são as que trabalham nos dois pontos fechados mais caros (a termas Total Flex e a boate Labirinto). Isso é um efeito das regras laborais, pois, em ambos os lugares, exames ginecológicos são exigidos a cada duas semanas e exames de sangue (HIV e potencialmente outras doenças) a cada seis meses. As casas contratam ginecologistas particulares para visitar as suas dependências a cada 14 dias. Das nove entrevistadas nestes dois pontos apenas uma não tinha feito o teste de HIV porque começou a trabalhar a cinco meses antes. Mas estava planejando fazer seu primeiro teste obrigatório no mês seguinte.

Como seria previsível as mulheres que trabalham no Caracol, Refúgio, Vila Mimosa e Praça Mineira fazem menos recursos a medidas preventivas de saúde. No Caracol só 2 das 5 mulheres fazem preventivos e exames regularmente de seis em seis meses. Na Praça Mineira nenhuma das cinco entrevistadas havia feito o exame Papanicolau regularmente, mas três delas o fazem uma vez por ano. Na Vila Mimosa, duas das cinco entrevistadas fazem exames ginecológicos regularmente e três realizam as testagens para HIV e outras ISTs.

Agentes de saúde e acesso aos CTAs

Nos pontos de prostituição que são mais públicos e de mais fácil acesso, como Caracol, Refúgio, Praça Mineira e Vila Mimosa poucas entrevistadas informaram ter visto agentes de saúde recentemente. As mais

veteranas dizem que antes disso as visitas de educadores/as de rua da Secretaria de Saúde do MS eram bastante frequentes para distribuir camisinhas e recrutar mulheres para visitar os postos de saúde para fazer exames. Também distribuíam pacotes de lubrificantes para as travestis, prática que ocasionava reclamações das mulheres da Vila Mimosa e da Praça Mineira, pois era distribuído exclusivamente para esse público. A falta de distribuição ampla e gratuita de gel lubrificante é uma das queixas levantadas pelas mulheres profissionais do sexo.

Observamos, também, que até 2012 agentes de saúde do Hospital Central do IASERJ visitavam a Praça Mineira e redondezas, várias das mulheres que trabalham nessa região foram até o serviço como resultado desse contato. Uma mulher que trabalhava na Praça Mineira nessa época, mais tarde foi trabalhar no Caracol e convenceu todas as mulheres do estabelecimento (uma dúzia) a irem a esse hospital para serem testadas. O fato de que pelo menos dois pontos de prostituição e aproximadamente 25 mulheres foram recrutadas para testagem nessa passagem dos agentes de saúde pela Praça Mineira demonstra a efetividade desse método de contato direto.

Contudo, os relatos demonstram que nem todas as mulheres atendidas em alguns dos CTAs gostaram da experiência. Segundo elas, os funcionários as trataram bem enquanto profissionais do sexo, mas várias questionaram a necessidade de responder a perguntas que consideraram invasivas demais a respeito de suas vidas e costumes. Priscila, do Refúgio, lembrou, por exemplo de sua experiência no CTA Herculano Pinheiro, em Madureira:

> Não gostei e desisti. Eles me fizeram um monte de perguntas sobre minha vida e eu não achava isto correto. Se eu preciso ser tratada, então preciso ser. Eu sei do que preciso. Não devo ter que dar a eles a história da minha vida para ser atendida. Isto mesmo! Quando eles me fizeram todas aquelas perguntas, eu fui embora. Porque que precisam saber tudo de mim?

Luana trabalha na Praça Mineira, é jovem, negra e bonita, inclusive, comprou sua própria casa aos 22 anos e informa que seu pai é “bem de vida”, foi recrutada pelos educadores para visitar o Hospital Central do IASERJ, diz não ter gostado do “ambiente”:

> Assim: não que a gente tem diferença um do outro, entendeu? Mas é porque tinham pessoas assim [no hospital], com ferida aberta... sabe? Esse pessoal da rua, sabe como é que é? Estava todo mundo muito junto misturado!

Assim como Luana, outras mulheres ouvidas que se percebem como estando "bem de vida" preferem ir às clínicas da família, UPAs e postos de saúde de bairro quando procuram a rede pública, evitando os CTAs que atendem às necessidades das "populações mais vulneráveis" e, portanto, mais pobres. Uma exceção interessante é o CTA de Macaé. Algumas das mulheres em dois dos pontos pesquisados (Labirinto e Praça Mineira) também trabalham na cidade de Macaé, na região norte do estado do Rio de Janeiro, a aproximadamente 3 horas de viagem. Em maio de 2013, quatro das entrevistadas viajaram até Macaé por ocasião de uma bienal da indústria de petróleo, o Brasil Offshore, e aproveitaram para visitar o CTA daquela cidade, pois haviam ouvido falar da excelência do atendimento. Todas ficaram encantadas com o tratamento que receberam. Regina, da Praça Mineira, explica por que o CTA de Macaé é muito bom "até para higiene mental":

> Tem posto pra mulher. Pra garota de programa... Tem um posto que eles levam a gente pra fazer exame de graça. Se a garota tiver grávida, trata da gravidez toda. Tudo de graça. E tem acompanhamento psicológico. Tem até luxo. Depois dos exames, a moça vem para conversar com a gente. Foi ótimo. Um amor. Ela falou até "Pode vir aqui quando quiser, só para conversar. Você pode vim. É só falar meu nome. Eu sou Patrícia." Sendo profissional do sexo, a gente entra na hora. Só trata de gente que tem HIV, mas profissional do sexo tem livre acesso. Se você for lá e diz que é profissional do sexo, você é atendida na hora!

Sua companheira, Lavínia, confirma:

> Olha, elas são maravilhosas. Todo posto tinha que ter uma equipe como eles. Sabe o que eles falaram pra mim? Disseram que quando estourar uma camisinha, pra gente não se poupar em gastar o dinheiro da passagem não: é pra gente pegar o ônibus daqui e ir direto pra lá pra gente ser medicada..

As descrições do CTA de Macaé contrastam com as descrições feitas em relação ao Hospital Central do IASERJ e ao Herculano Pinheiro, principalmente, em termos do cuidado dos profissionais de saúde para com as trabalhadoras do sexo. Embora os mesmos serviços, por assim dizer, estejam disponíveis em todos os três CTAs, as entrevistadas destacam o "luxo" de serem tratadas em Macaé como *pessoas* e não simplesmente como potenciais portadoras de doenças.

Estigma e relação com serviços de saúde

Das 30 entrevistas, 19 dizem informar seus médicos que trabalham como garotas de programa. Mas há outras que não o fazem. Camila, do Caracol, trabalha há cinco anos na prostituição, mas não faz exames nem consultas regularmente, mesmo quando reconhece que *quem trabalha nisso sempre pega uma bactéria*. Ela se recusa a falar sobre seu trabalho com os médicos porque sente vergonha. Brenda, da Vila Mimosa, nove anos na prostituição, também não se testa e raramente faz preventivo, relata que ela só informa sobre sua profissão quando o médico pergunta: *Quando eles perguntam, aí que a gente tem que falar.*

Já Penélope, que há um ano faz prostituição em Copacabana, só faz exames quando o médico os solicita, mas inventou uma maneira de avisar aos profissionais de saúde que ela tem "necessidades especiais" sem ter que dizê-lo explicitamente: *Falo que eu tô com uns rapazinhos, com uns ficantes, pra ela se ligar que eu transo com frequência. Não falo que sou garota de programa*. Das 11 entrevistadas que não fazem testes com frequência ou só fazem uma vez ao ano, seis nunca informam a seus médicos que trabalham no mercado sexual. Em contraste, entre as 19 mulheres que se testam e fazem consultas regularmente apenas três não informam sobre seu trabalho aos profissionais de saúde.

Por outro lado, como já observado no caso do CTA de Macaé, algumas entrevistadas chegam a *mobilizar* a categoria "prostituta" com a finalidade de serem atendidas com mais rapidez e eficiência no sistema público. Nayara, da Praça Mineira, utilizou o mesmo recurso quando solicitou exames no Hospital São Franscisco Xavier: *Falei até que eu tava com AIDS para eles para eles fazerem rapidinho*. Nayara, vale destacar, tem 44 anos, 31 desses na prostituição e não tem medo algum do estigma. Faz testes, religiosamente a cada seis meses e gosta de sua profissão. Em contraste, as entrevistadas para as quais o estigma da prostituição parece levar à vergonha e o receio de verbalizar são, em geral, as que não buscam serviços de saúde regularmente, nem mesmo para testagem do HIV e outras ISTs.

Contudo, nenhuma das entrevistadas que diz ter informado seus médicos sobre seu trabalho relatou qualquer tipo de problema ou de maus tratos por parte dos/as profissionais de saúde, seja no SUS ou nos serviços privados. Algumas das entrevistadas, inclusive, observaram que foram melhor tratadas após relatar

que eram garotas de programa. Denise, do Labirinto, por exemplo, disse que sua ginecologista a ajudou, explicando muitas coisas sobre saúde sexual e prevenção após saber que ela era "garota de programa". Os médicos do Posto de Saúde em Campo Grande frequentado por Teresa (Total Flex) também a ajudaram conseguir acesso mais amplo e fácil aos serviços depois de saber que ela "trabalha com sexo": *Eles pediram para que eu fazer mais exames, coisas que eles geralmente não pedem. Por exemplo, estou fazendo checkup de exame de sangue...*

A questão do estigma, da vergonha e da revelação ou não da vida profissional como prostituta é uma tema complexo, pois combina aspectos que são tanto relacionados à auto-percepção das mulheres quanto a percepção dos outros sobre elas. As entrevistas sugerem que as práticas discriminatórias e estigmatizantes são hoje pouco frequentes entre os profissionais de saúde aos quais essas mulheres recorrem. Por outro lado, a maior ou menor vergonha das próprias mulheres quanto a sua atividade como profissional do sexo parece ser um fator mais definitivo quando se trata de revelar ou não a profissão a médicos e enfermeiras. Em relação a essa questão é importante reiterar que uma parcela dessas mulheres mantém uma "vida dupla". Se nas regiões morais da comercialização do sexo elas devem ser facilmente reconhecidas como prostitutas, pois está no interesse de todos (clientes, trabalhadoras sexuais etc.) que sejam reconhecidas como tal, o mesmo não se aplica a outros espaços de suas vidas, nos quais vender sexo é visto como atividade amoral, pecaminosa ou mesmo criminal. Isso implica, entre outras coisas, que os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, que tem maior proximidade com os contextos do mercado sexual terão maior facilidade de acesso e diálogo com a profissionais do sexo.

A MODO DE CONCLUSÃO: SÍNTESE DA PESQUISA E PONTOS PARA DISCUSSÃO

A menção a ações de saúde para as pessoas envolvidas com sexo comercial é decididamente escassa na análise documental realizada. Conforme vimos, das 45 Coordenações Municipais de DST/AIDS do estado do Rio de Janeiro que responderam ao questionário implementado pela pesquisa a maioria (62%) não desenvolveu nenhuma ação com profissionais do sexo nos últimos dois anos. Apenas 13% tem atuado em parceria com organizações locais de profissionais do sexo. Um percentual um pouco maior (26%) mantém interação direta com as prostitutas ou com pontos de prostituição em seus municípios.

Essa lacuna é explicada pelas/os 16 gestoras e gestores ouvidas/os durante a pesquisa por uma pletora de fatores, inclusive a maior ou menor ênfase das diretrizes de política nacional - como *Crack é possível vencer* (Ministério da Justiça) e *Rede Cegonha* (Ministério da Saúde) - aos quais podemos acrescentar a nova estratégia *Testar e Tratar* definida pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Mas, também, dizem que as políticas se definem por aquilo que tem mais visibilidade na mídia. No plano mais local todas/todos entrevistadas/os consideram que a perda de visibilidade do tema da prostituição decorre, sobretudo, das nova estratégias de transferência dos serviços de HIV para as unidades básicas de saúde e alguns/algumas gestores/as interpretam as deficiências da resposta ao HIV junto a profissionais do sexo como efeito dos problemas estruturais do sistema público de saúde no município do Rio de Janeiro.

Pelo menos um gestor avalia que a falta de ações em relação a profissionais do sexo vem de que, hoje, a epidemia é mais urgente em outros grupos populacionais, em particular os HSH. Há também quem considere que não há prioridade para as pessoas envolvidas com sexo comercial por que “esse grupo já tem

mais consciência sobre o risco da epidemia". Essas explicações, conforme assinalado, contrastam com dados epidemiológicos, cujas taxas de infecção entre prostitutas são 10 vezes mais altas do que as registradas na população feminina como um todo. (Szwarcwald et al., 2011)

Porém, o mais significativo é constatar que o fator mais frequentemente apontado pela maioria de gestoras/es ouvidos como explicação para a ausência de diretrizes e ações para as prostitutas é a "desmobilização", o "enfraquecimento" e a "falta de pressão" do movimento social de AIDS e não apenas das/dos profissionais do sexo. Essa "desmobilização" é atribuída tanto às dificuldades no repasse e captação de recursos por efeito da descentralização, quanto ao esvaziamento e desmobilização das políticas de HIV no nível federal.

É muito preocupante que os/as gestores/as afirmem, sem maior constrangimento, que as lacunas da política existem em razão do movimento social não estar fazendo as pressões necessárias. Segundo esses gestores/as, a menor atenção para as profissionais do sexo é resultante do movimento de AIDS estar enfraquecido e por haver poucas ONGs que trabalham com o tema. Ou como diz uma gestora: isso acontece por que o planejamento das ações se faz por demanda. Isto é, se não há demanda, não há política.

Essa lógica é tributária da experiência passada quando a cooperação e os conflitos entre Estado e movimentos vinculados ao trabalho com prostituição foram intensos, porém produtivos. Mas se no passado essa interação/tensão foi virtuosa, hoje, essa dependência da mobilização social para que ações aconteçam é muito problemática. Por exemplo, ficam borradas as fronteiras no que diz respeito à responsabilidade e o papel do Estado e dos movimentos sociais. O planejamento por demanda produz distorções no plano dos efeitos epidemiológicos e de medida de saúde pública, pois nem sempre os grupos mais afetados pela epidemia serão aqueles com maior capacidade de mobilização. Isso implica que os grupos mais invisibilizados, que são os menos organizados, ficam ainda mais desassistidos. Finalmente, e não menos importante, esse entendimento sugere que os gestores estão, de algum modo, abdicando da responsabilidade de desenhar respostas ao HIV, com base na análise das realidades epidemiológicas e dos determinantes sociais.

O "confinamento" e o dilema "especificidade versus universalidade"

Os/as gestores/as entrevistados/as afirmam que o tema da prostituição é tratado quase exclusivamente na área de IST e AIDS. Esse confinamento, em alguns casos, é objeto de crítica. Os/as gestoras reconhecem que as/os profissionais do sexo devem ter reconhecidos seus direitos humanos, mas não consideram que seja sua responsabilidade protagonizar a defesa de direitos das profissionais do sexo. Algumas das pessoas entrevistadas mencionam resistências "morais" com relação ao tema no ambiente institucional das secretarias de saúde. Não obstante, a maioria concorda, inexistem debates mais profundos sobre a questão nas secretarias e, consequentemente, o nível de conhecimento e entendimento sobre o tema é limitado. A mesma percepção quanto a censura moral e ausência de debates mais profundos, também, prevalece entre gestores/as de políticas públicas nas áreas de direitos humanos, direitos das mulheres e segurança pública.

Na área de saúde, contudo, essa ausência de debates sobre trabalho sexual, produz pontos cegos e dilemas em relação a uma questão de difícil equacionamento: a abordagem de saúde para profissionais do sexo deve ser específica ou universal? Não existe consenso entre os/as gestores/as sobre isso. Se algumas/uns gestoras/es consideram que uma certa especificidade deve ser reconhecida, por exemplo, em relação aos horários de funcionamento dos serviços, a maioria pensa que a criação de serviços específicos para profissionais do sexo já não faz sentido e pode aprofundar o estigma e discriminação. Essa visão, conforme assinalamos, coincide com a perspectiva do movimento organizado de prostitutas sobre a questão. Em relação a esse tema, algumas/alguns gestoras/es também usam argumentos de caráter operacional e logístico para defender a abordagem universal em relação aos insumos de prevenção, pois consideram que a nova lógica de distribuição de preservativos, com base na estimativa da população usuária, através da assistência básica é mais eficaz que o modelo anterior que reservava cotas para grupos específicos.

Não existe uma diretriz formal determinando se as ações devem ser específicas ou universais e nem as/os gestoras/es não têm uma posição consensual sobre a questão. Contudo, a existência de pelo menos dois serviços no estado do Rio de Janeiro especializados na resposta à saúde de profissionais do sexo, o CTA de Itaguaí e o CTA de Macaé - mencionado por algumas profissionais do sexo entrevistadas como sendo um serviço de excelência -, contrasta com a ênfase de gestores/as quando afirmam que resposta ao HIV não

deveria ser excepcional, ou seja, dirigida a uma ou mais populações específicas, mas sim operacionalizada através da atenção básica e outros níveis da rede SUS.

Alguém poderá dizer, talvez, que esses serviços especializados podem acentuar o estigma, aproximando-se do modelo regulamentarista clássico baseado em intervenções médicas específicas para conter os "efeitos deletérios da prostituição". Entretanto, contra o pano de fundo de precarização da rede SUS, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, a atenção à saúde oferecida pelos CTAs de Itaguaí e Macaé se destaca pela qualidade, sendo francamente apreciada pelas usuárias, e constitui um parâmetro de referência para desenhar respostas melhor qualificadas às necessidades de saúde das profissionais do sexo, como, por exemplo, um melhor conhecimento sobre as realidades e constrangimentos do trabalho sexual.

Os resultados de nossa pesquisa não oferecem resposta para o dilema "especificidade *versus* universalidade", mas indicam que esse tema, embora não sendo novo, precisa ser mais e melhor debatido pelo movimento organizado de prostitutas, pesquisadoras/es do campo e pelas/os gestoras/es e profissionais de saúde.

Na "ponta da rede": a sobrecarga e um outro olhar

Um primeiro aspecto a ser observado quanto ao material colhido junto a 22 profissionais de saúde que atuam em oito unidades de atenção básica da SMS-RJ, entre os quais quatro CTAs, além do CTA de Itaguaí, é que a maioria das pessoas ouvidas está submetida a grande carga de trabalho, condições ocupacionais e salariais precárias e se ressente da falta de reconhecimento e valorização profissional.

A visão desses/as profissionais sobre prostituição e a resposta ao HIV nesse âmbito tanto coincide, quanto se diferencia da visão dos gestores. Um ponto de convergência, por exemplo, é que na quase totalidade dos serviços e entre as/os profissionais ouvidos prevalece a visão de que pessoas envolvidas com sexo comercial são tratadas ou devem ser tratadas como toda/o qualquer usuária/o do SUS, ou como parte dos conjuntos mais amplos de HIV positivas ou mulheres com necessidades obstétricas e ginecológicas (a SMS-RJ e o CTA de Itaguaí são exceções). Essas/es profissionais avaliam, contudo, que o debate sobre a questão da prostituição

é escasso e insuficiente nas redes de serviço e, sobretudo, lamentam a ausência de maior informação e treinamento sobre a temática.

Seu olhar difere daquele das/os gestoras/es pela relação de proximidade com as/os usuárias/os que implica tanto empatia, quanto, algumas vezes, julgamento moral. Nesse plano de ação da saúde a questão da prostituição não é tratada apenas em termos de grupo populacional ou desafio epidemiológico e de gestão de recursos e insumos, mas sobretudo como um tema humano e cultural (incluindo-se aí a visão religiosa). As pessoas entrevistadas se referem a experiências concretas de usuárias/os e manifestam inquietações com suas demandas e eventual situação de vulnerabilidade. Com relação ao dilema entre oferecer serviços específicos e a abordagem universal, a maioria avalia que não é adequado criar serviços específicos por que as próprias prostitutas preferem não revelar sua profissão, pois imaginam que serão julgadas moralmente.

De fato, uma das entrevistadas, expressou seus dilemas religiosos no tratamento da questão, ao mesmo tempo em que afirmava que não "deve confundir essa visão com sua atividade profissional". Outras vozes enfatizaram estereótipos clássicos acerca do trabalho sexual, como a associação inequívoca com o HIV ou a maior vulnerabilidade por efeito do "estilo de vida". Mas, a despeito desses "chavões" o que predomina nas falas das/os profissionais dos serviços é uma visão bastante arejada e liberal sobre o trabalho sexual. As/os entrevistados/as sabem que prostituir-se não é crime no Brasil, várias/os afirmam que o trabalho sexual é uma profissão como qualquer outra. E há mesmo quem faça uma análise lúcida acerca transformações em curso na percepção cultural sobre prostituição: *Hoje prostituta não é* [vista como] *uma coisa ruim como era vista antigamente*. (Assistente social, CTA Itaguaí). Outras/os entrevistadas/os identificam alterações significativas no mercado/indústria do sexo, sublinhando que hoje a atividade não é apenas de mulheres pobres forçadas a se prostituir, mas também de jovens de classe média que tem grande autonomia sobre suas vidas e não devem ser vistas apenas como vulneráveis ou vítimas.

Essas visões e percepções podem ser interpretadas, talvez, como efeito positivo das várias décadas durante as quais a política nacional de HIV e AIDS abordou a questão do trabalho sexual de maneira objetiva e não discriminatória. Mas também podem ser resultado de transformações culturais mais amplas, como indicado por algumas/uns dos entrevistadas/os. Venha de onde venha, esse "olhar da ponta do sistema" contrasta,

abertamente, com a posição moral que informou a suspensão da campanha de 2013 sobre prostituição e AIDS pelo Ministro da Saúde. As/Os profissionais que lidam com a realidade das demandas de saúde nos serviços parecem estar mais abertos a pauta que vincula direitos humanos e prostituição do que as autoridades federais. A ilustração mais contundente dessa abertura pode identificada na perspectiva adotada pelos/as profissionais que atuam no serviço especializado de Itaguaí: *O nosso atendimento é voltado para elas por que é o momento em que elas são cuidadas.* [...] *Não é nem em relação à profissão. O nosso olhar é voltado para elas mesmas enquanto pessoas, indivíduos, direitos.*

As prostitutas: o "mix de serviços"

No que diz respeito ao acesso à saúde, as profissionais do sexo entrevistadas utilizam um *mix* de serviços públicos e privados. Apenas duas mulheres tem plano de saúde privado para si próprias, mas cinco pagam planos para seus pais/mães e filhos/as e sete disseram ter tido planos privados no passado (em geral quando trabalhavam com carteira assinada). A metade das entrevistadas (18) só usa serviços privados, enquanto as demais (12) usam o sistema público para exames e ações mais rotineiras recorrendo a tratamentos e exames na rede privada para alguns serviços básicos como ginecologia (praticamente inexistente no SUS) e casos de maior complexidade. Pode-se levantar a hipótese de que esse "mix" não é peculiar à esse grupo social, apenas reflete as estratégias usadas pela população que dispõe de níveis de renda um pouco mais altos (as novas classes médias) para superar as muitas limitações e crise do SUS, aliás amplamente mencionadas pelas entrevistadas: morosidade, dificuldade de acessar exames mais complexos e até mesmo obstáculos para realizar procedimentos simples como, por exemplo, a substituição de uma implante hormonal de anticoncepção (Norplant).

Uma situação evidente de acesso privilegiado a serviços privados ocorre quando as casas de prostituição exigem a realização de exames médicos periódicos, caso em que mulheres pagam integralmente ou parcialmente por estes serviços que, por sua vez, são oferecidos por pessoas contratadas pelo próprio estabelecimento. Como mencionado, a pesquisa realizada pela ABIA entre 2008 e 2010 (Pimenta et al., 2010) já havia identificado esse modelo de assistência a saúde de corte regulamentarista, hoje, implementado pelas empresas que atuam no mercado do sexo. Embora as entrevistadas que usam esses serviços "especiais"

apreciem sua qualidade é importante lembrar que os exames feitos pelo empregador podem implicar falta de sigilo e violação da privacidade. Além disso, esses serviços estão restritos à saúde sexual, portanto, se essas mulheres tiverem outros problemas de saúde terão que recorrer ao SUS ou a serviços privados. E, de fato, as duas entrevistadas que planos de saúde privado se referiram a problemas crônicos de saúde.

Deve-se dizer ainda que as entrevistadas não consideram que ter um plano de saúde privado é a melhor solução para os problemas de saúde, pois a qualidade desses serviços também é ruim. Uma delas inclusive informa que consegue tudo que precisa no SUS e considera que se as demais não conseguem é por que não "se esforçam". Outras, porém, avaliam que a dificuldade de acesso é por que o SUS não divulga amplamente e corretamente seus serviços e programas.

Quando acessam o sistema público de saúde as profissionais do sexo ouvidas pela pesquisa o fazem numa gama variada de serviços: unidades básicas de saúde e clínicas da família (em geral para suas famílias), UPAs e hospitais. Mas apenas três informaram ter recorrido a CTAs (informação que deve ser considerada com cautela pois o termo CTA não é conhecido amplamente por elas). Uma delas reclamou do "ambiente" de pobreza de um CTA ao qual foi encaminhada e outra questionou a maneira como um/uma profissional do CTA, na época estabelecido no Herculano Pinheiro, em Madureira invadiu sua privacidade. Em contraste, outra informante mencionou a qualidade do CTA de Macaé, informando inclusive que muitas profissionais do sexo, que trabalham no Rio, viajam para serem lá atendidas.

Não só o acesso aos CTAs é escasso. O material colhido pela pesquisa também indica que não existem atualmente atividades de informação, educação e distribuição de preservativos promovidas pelo sistema público de saúde nos pontos de prostituição de rua ou mais acessíveis, embora algumas profissionais tenham mencionado atividades desse tipo realizadas na Praça Mineira antes de 2012. Essa "ausência" de ações desse tipo, deve-se dizer, foi flagrante durante a Copa do Mundo quando praticamente não houve distribuição de preservativos na Cidade do Rio de Janeiro[33].

33 Disponível em: <http://observatoriodaprostituicao.wordpress.com/2014/09/05/observatorio-da-prostituicao-publica-relatorio-sobre-a-copa-do-mundo/> Acesso em: 05 jun. 2014.

As prostitutas: prevenção em saúde sexual, estigma e saúde ocupacional

A despeito da falta de ações mais visíveis e sistemáticas do aparato público de saúde em relação à prevenção do HIV apoiada no uso do preservativo, todas as mulheres ouvidas fazem uso sistemático da camisinha nas relações vaginais e anais com clientes. Esse compromisso com a prevenção do HIV, contudo, não se aplica (sempre) às relações com parceiros nem tampouco ao sexo oral. (Chacham et al., 2007) Várias entrevistadas consideram, inclusive, que o risco de transmissão do HIV e outras ISTs no sexo oral não é elevado e uma delas afirma conhecer técnicas que evitam a contaminação. Também mencionaram a prática relativamente corrente de fazer sexo sem camisinha para receber mais pelo programa. Ou seja, embora essas práticas, que acentuam a vulnerabilidade à transmissão do HIV, não sejam exclusivas do mercado do sexo, o material recolhido sugere que continuam a existir pontos cegos relevantes no que diz respeito a estratégias de prevenção entre profissionais do sexo.

Os preservativos utilizados nas relações com os clientes são basicamente as camisinhas masculinas. Embora conheçam a camisinha feminina, várias profissionais ouvidas significativamente não a consideram tão segura quanto a masculina. Dizem que, em certas posições, a camisinha feminina pode ser retirada pelo cliente sem que percebam e se sentem com maior controle quando os homens usam a masculina. Além disso, se queixam de que a camisinha feminina exige mais tempo para ser colocada. Os preservativos usados vem de várias fontes: das casas, dos bares, das farmácias (pagas pelos clientes), mas também do SUS. As casas menos ricas, como as do Centro (Vila Mimosa incluída), buscam preservativos nos postos de atenção básica e os revendem para prostitutas e clientes.

As práticas de prevenção em saúde sexual, teste de HIV e exames Papanicolau e vacinas contra hepatites virais também fazem parte da rotina da maioria das mulheres entrevistadas. Porém, muito claramente, as mulheres que afirmaram manter uma rotina de prevenção mais sistemática são aquelas que trabalham nas casas que exigem exames periódicos.

No que diz respeito a relação com os serviços e os/as profissionais de saúde para além da prevenção do HIV, uma parcela importante das mulheres ouvidas (19) diz que sempre informa às/aos médicas/os serem

garotas de programa e nenhuma delas se refere a ter sido discriminada ou estigmatizada por fazer isso. Isto confirma os achados sobre o "arejamento" dos/as profissionais que atuam na ponta do sistema de saúde. Embora, essa revelação seja, às vezes, parcial como no caso de uma entrevistada que não diz que é profissional do sexo, mas informa que tem uma vida sexual intensa. Em outros casos, a categoria "prostituta" é, inclusive, ativada para facilitar o acesso a determinados serviços. De outro lado, as mulheres que temem informar sobre a profissão, em muitos casos, reconhecem que deveriam faze-lo, mas os sentimentos de vergonha e medo de julgamentos morais as impedem de fazer isso.

A questão do estigma é complexa e combina aspectos tanto relacionados à autopercepção das mulheres quanto a percepção dos outros sobre elas. Também é importante lembrar que uma parcela dessas mulheres mantém uma "vida dupla". Se nas regiões morais da comercialização do sexo elas devem ser facilmente reconhecidas como prostitutas, o mesmo não se aplica a outros espaços de suas vidas. Isso implica, conforme verificamos, que os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, mais próximos dos contextos do mercado sexual terão maior facilidade de acesso e diálogo com a profissionais do sexo. Por outro lado, não houve entre as mulheres ouvidas uma reinvindicação clara por serviços específicos para profissionais do sexo. As entrevistas apontam predominantemente para uma aspiração de que os serviços de saúde (de maneira geral) sejam de qualidade, eficientes (sem demora), acolhedores e não invasivos da privacidade.

Quando informam sobre suas necessidades de saúde de maneira ampla as mulheres ouvidas listaram um conjunto importante de demandas ou enfermidades: dependência química (dois casos com problemas de saúde mental como ansiedade e depressão), hipertensão (três casos), miomas, anemia, problemas de fígado, asma nervosa, febre reumática, alergia, um caso de tuberculose (já curada), queimaduras graves, bartolinite (por infecção sexualmente transmissível adquirida fora do exercício da prostituição). Essa lista é significativa pois demonstra que as profissionais do sexo tem necessidades e demandas de saúde que não se restringem à saúde sexual ou ao HIV. Ainda assim, as entrevistadas, elas mesmas, associam algumas dessas enfermidades ou queixas as suas condições de trabalho, como no caso da dependência química, problemas hepáticos, asma, depressão e ansiedade, e claramente a bartolinite que é efeito de ISTs (geralmente gonorreia ou clamídia). Muitas também mencionam queixas associadas ao trabalho sexual intenso como assaduras e cortes e uma delas se referiu a lesões genitais causadas pela falta de cuidado ou mesmo violência de clientes no ato sexual.

Esse mosaico de problemas de saúde, por um lado, indica que, de fato, a saúde das profissionais do sexo não pode ficar reduzida a saúde genital ou ao HIV. Mas por outro também sugere que a Rede de Projetos de Trabalho Sexual (NSWP)[34] está correta quando reivindica que a abordagem de saúde pública para profissionais do sexo seja concebida nos marcos da saúde ocupacional. Num contexto como o brasileiro onde, como verificou a pesquisa, são escassas ou débeis as políticas de saúde para profissionais do sexo, uma perspectiva de saúde ocupacional permitiria tanto ampliar o campo de produção de indicadores e de respostas a demandas de saúde por parte desse grupo populacional, quanto contribuir para o reconhecimento do trabalho sexual como uma questão de trabalho.

34 NSWP-Global Network of Sex Work Projects. <http://www.nswp.org/es>

ANEXOS

Anexo I
Metodologia

As pesquisas com populações estigmatizadas (pessoas soropositivas, usuários de drogas, prostitutas, imigrantes ilegais etc.) envolve uma grande dificuldade devido à impossibilidade de se utilizar técnicas amostrais usuais. Essa barreira metodológica é mais significativa no caso das pesquisas quantitativas. Isso se deve a baixa visibilidade dessas populações – pelo que são denominadas *escondidas* – não possuem um sistema de referências do qual se possa produzir dados estatisticamente significantes.

Basicamente existem duas formas de lidar com esse problema que são, em geral, utilizadas por pesquisadores no caso do estudo da prostituição. Uma forma é presumir que as estatísticas geradas refletem, de alguma forma, a realidade. A outra envolve a utilização de novas técnicas de amostragem para tentar revelar populações escondidas com mais amplitude e precisão. A *Respondent-Driven Sampling*-RDS (Amostragem Dirigida pelo/a Participante), desenvolvido pelo sociólogo Douglas Heckathorn no final da década de 1990, se apresenta como uma inovação particularmente útil neste sentido (Malekinejad et al., 2008; Johnston et al., 2008; Lansky et al, 2007; Heckathorn, 1997).

Porém, a RDS apresenta dois problemas. Primeiramente, conforme Salganik afirma, *a técnica de amostragem por RDS transfere o trabalho que é normalmente feito pelos pesquisadores para os entrevistados*. (Salganik, 2012, p.149). Isso significa dizer que os/as pesquisadores/as, muitas vezes, não tem contato algum

com o campo onde as pessoas estão sendo recrutadas, dificultando a confirmação se os/as entrevistados/as de fato fazem parte da população de interesse. Esse problema é agravado a medida em que a maioria dos estudos que utilizaram o RDS em contexto de prostituição pagaram aos/às estrevistados/as pela participação no mesmo. O segundo problema é que as amostragens são dependentes das redes sociais dos/as próprios/as respondentes. Se a população estudada não é suficientemente coesa o estudo pode não obter um recorte significativo, assim é importante realizar uma seleção cuidadosa dos membros que vão ancorar a amostragem. Não obstante, a RDS é um instrumento de pesquisa bem definido, o qual inclusive determina que tipo de população à qual pode ser aplicado, de modo que tem sido utilizado para as pesquisas sobre prostituição gerando resultados confiáveis (Curtis, et al., 2008).

Por outro lado, as limitações para a pesquisa de campo sobre prostituição e HIV, também, dizem respeito ao desenho dos questionários e a análise dos dados. No Brasil, estudos sobre o tema tendem a enfocar mais em fatores de "risco" biomédico do que sobre questões estruturais ou relacionados aos ambientes de trabalho onde as mulheres atuam. Vemos, por exemplo, fatores associados à prevalência do HIV em análises multivariadas de estudo a partir da RDS que incluem o período de tempo passado na prostituição (Damacena et al., 2011) e a avaliação de intervenções do Ministério da Saúde com profissionais do sexo a qual os resultados positivos do teste de HIV estavam correlacionados com idade elevada e o tempo na profissão. Mas esses estudos, entretanto, não aprofundam os fatores, dentro do tempo na profissão, que elevam o risco de infecção pelo HIV, não examinam as condições de trabalho, nem os efeitos da criminalização de casas de prostituição. Considera-se isso grave, visto que uma série de estudos na literatura internacional tem concluído que a criminalização e a falta de lugares seguros para trabalhar estão significativamente relacionados à incidência de violência contra prostitutas e ao sexo não protegido. (Shannon et al., 2009) Também há a associação entre realidades violentas e abusos ao não uso e falha do preservativo. (Beatti, Bhattacharjee et al., 2010; Rhodes et al., 2008) e à infecção pelo HIV. (Ulibarri, Strathdee et al, 2011)

A dificuldade que estes estudos têm em revelar dados confiáveis acerca da prostituição e do cenário sociopolítico que a engloba, bem como a alta dependência desses estudos em presunções *a priori*, demonstra a importância das pesquisas descritivas e qualitativas. Foi neste intuito que essa pesquisa foi desenhada a partir de uma abordagem primariamente qualitativa baseada na adaptação do *strategic assessment*

(avaliação estratégica) da Organização Mundial da Saúde-OMS, desenvolvendo-se em duas fases: a) realizar um mapeamento de projetos, pesquisas, documentos e ações de saúde e direitos para prostitutas no Rio de Janeiro, b) entrevistas em profundidade (feitas entre março do 2013 e janeiro do 2014) com 30 profissionais do sexo, 19 profissionais de saúde e 18 gestores/as de políticas de saúde, da mulher, direitos humanos e segurança pública, além da aplicação de um questionário com gestores/as da área denominada DST/Aids de vários municípios do estado do Rio de Janeiro.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas com o consentimento dos/as entrevistados/as. A metodologia da análise qualitativa consistiu numa busca de padrões (no sentido de temas que aparecem muitas vezes) dentro dos dados coletados e a conceituação de ideias que ajudem a explicar a presença desses padrões. Nesse sentido, uma análise de conteúdo dos dados coletados durante as entrevistas individuais foi realizada, identificando temas, categorias e padrões dentro dos dados, especificamente relacionados aos temas de demandas de saúde profissionais do sexo, o acesso a serviços e insumos de prevenção da população, e visão sobre o contexto de prostituição no estado/município.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Todas as pessoas entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo que uma cópia ficava com o/a entrevistado/a.

Anexo II
Agenda Afirmativa das Prostitutas
Plano Integral de Feminização da Epidemia de DST/Aids
Ministério da Saúde - 2007

Contextos de Vulnerabilidade

Estudos com prostitutas têm demonstrado que o uso inconsistente de preservativos nesses grupos está relacionado à vida sexual com parceiros estáveis não clientes (namorado, marido, companheiro). Sabe-se que com outros grupos populacionais a realidade não é diferente, sendo os aspectos advindos das relações afetivas e sociais o fator principal para a exposição.

Outro elemento de vulnerabilidade está relacionado ao não reconhecimento e não estabelecimento da prostituição como profissão. Na medida em que não se avança nas questões legais de reconhecimento da profissão, não se avança também na garantia de direitos de cidadania.

Nesse campo, uma primeira e importante conquista foi obtida em 2002, com a inclusão da categoria "profissionais do sexo" na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego. Essa conquista representa um relevante passo em direção aos direitos trabalhistas da categoria e para a ampla garantia de direitos e a redução das vulnerabilidades.

As condições de trabalho muitas vezes são estabelecidas de forma desigual, exploratória, com violação de direitos, sendo esses aspectos de grande impacto para a saúde física e mental das prostitutas. Por exemplo, muitas vezes, as mulheres durante a menstruação não podem ficar sem trabalhar, tendo como prática frequente o uso de algodão ou espuma. Outro exemplo está ligado às exigências de trabalho logo após o parto, não tendo as mulheres o direito à licença maternidade.

No campo da saúde, atitudes de estigma por parte dos profissionais dessa área, as limitações de horário, abordagem fragmentada são problemas estruturais que impactam no acesso e na atenção integral.

Tais atitudes estigmatizadoras não são prerrogativa dos profissionais da saúde, sendo também reproduzidas por profissionais de programas sociais e de segurança pública, redundando em uma intolerância na forma do atendimento dirigido a essa parcela da população e na invisibilidade relativa às violações sofridas, como violência física, de gênero, sexual, que são reforçadas pela violência institucional.

Tais questões, não obstante serem centrais para as prostitutas, permanecem invisíveis para a população geral, como pode ser constatado pela sua ausência na agenda dos conselhos deliberativos ou consultivos que atuam na formulação e controle de políticas públicas, no nível municipal, estadual ou federal.

No que diz respeito à realização de estudos, comportamentais ou clínicos, é importante que seja reconhecido que os processos de implantação das pesquisas com a participação de prostitutas devem estar inseridos em uma estrutura local de saúde, de modo a assegurar que as voluntárias do estudo tenham seus direitos de acesso garantidos em termos de prevenção e tratamento, não só nos momentos da pesquisa, mas sim como continuidade de um processo desencadeado.

O enfrentamento de vulnerabilidades exige, ainda, a criação de um ambiente social favorável. O ambiente de trabalho legalizado e a melhoria na atenção em saúde por si só não asseguram a fruição plena dos direitos se essas ações não estiverem inseridas em macroestratégias que favoreçam e promovam a integração e o capital social, valorizando a autoestima e o cuidado entre as prostitutas.

Ações Estratégicas[1]

1. Consideração dos contextos de vulnerabilidade em sua amplitude, quando se tratar do tema prostituição, evitando uma identificação simplista entre o exercício da prostituição e uma maior vulnerabilidade às DST/HIV/aids.

2. Incorporação da discussão de gênero, identidade de gênero e prostituição, nas diferentes agendas

1 [Nota do Plano] Para o planejamento de ações do âmbito do plano de enfrentamento da feminização da epidemia de HIV/DST/aids, as recomendações aqui propostas devem ser consideradas para ações tanto com mulheres prostitutas quanto com mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo.

governamentais e não governamentais.

3. Promoção da participação de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, na formulação, regulamentação e implementação de políticas públicas voltadas a esses segmentos.

4. Promoção da desvinculação do tema da prostituição das temáticas relacionadas à exploração sexual de crianças e adolescentes, tráfico de pessoas e turismo sexual.

5. Dar publicidade às discussões que ocorrem no cenário internacional sobre a prostituição.

6. Criação de um Comitê interministerial para discussão e encaminhamentos das questões relativas ao tema prostituição, com a participação da Cultura, Educação, Justiça, Trabalho, Assistência Social, Saúde, Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial, Secretaria Especial de Direitos Humanos, Secretaria Especial de Políticas para Mulheres e a participação do movimento de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, para tratar de assuntos relacionados à prostituição.

7. Promoção da participação de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, na discussão sobre flexibilidade dos horários de funcionamento dos serviços, pactuando e monitorando sua adequada reorganização para atender as necessidades dos segmentos.

8. Promoção e fortalecimento da participação social de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, de forma coletiva, representativa e pública, na construção dos Planos de Ações e Metas (PAM).

9. Promoção e estímulo à participação do movimento social de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, nos espaços de controle social tendo em vista a:

- Ampliação de participação nos conselhos municipais e estaduais de saúde.
- Participação nas conferências municipais, estaduais e nacional de saúde e em outros fóruns políticos

(educação, cultura, segurança, dentre outros).

- Efetivo exercício do controle social de modo a garantir confidencialidade sobre o status sorológico das pessoas que exercem a prostituição, conforme preceitua a legislação brasileira.

10. Promoção da participação de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, nos comitês de acompanhamento de pesquisas, qualitativas e quantitativas, de cunho epidemiológico e comportamental.

11. Promoção de ações que favoreçam a criação de um ambiente educacional livre de estigmas contra prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo.

12. Solicitação da realização de audiências públicas para denúncias relativas à violência contra prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo.

13. Proposição à Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) da reativação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação, com a inclusão de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo.

14. Que toda a documentação governamental e não governamental dirigida a prostitutas e às mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo divulgue o serviço telefônico 180 (Central de Atendimento à Mulher da SEPM).

15. Realização de levantamento das violações de direitos humanos de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, e da resposta legal dada às mesmas.

16. Apoio à definição e implementação de estratégias para promover uma maior divulgação da Lei Maria da Penha.

17. Fomento e defesa, junto ao Ministério da Saúde e outros setores do governo, da construção de uma Política

Afirmativa para a prostituição.

18. Fomento da criação de estratégias, por meio de ações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP) e outros parceiros estratégicos, para garantir a inclusão do tema prostituição na política HumanizaSUS.

19. Garantia do cumprimento e a divulgação na rede de saúde, em todo o território nacional, da obrigatoriedade de inclusão do espaço para o registro do nome social nos prontuários das Unidades de Saúde, conforme a Portaria No 675/2006.

20. Sensibilização dos/as gestores/as para a inclusão, nos programas sob sua responsabilidade, do tema prostituição e saúde, como acesso e qualidade da atenção.

21. Que seja cumprida a pactuação de 10% do montante dos recursos do(s) PAM(s) estaduais para apoio das ações desenvolvidas pelas organizações da sociedade civil.

22. Garantia de acesso a insumos de prevenção, com atenção especial aos municípios de interior, para prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade, profissionais do sexo, de acordo com a necessidade e tendo em vista: o desenvolvimento de mecanismos de pactuação e monitoramento entre estados, municípios e o movimento social para garantir o acesso a insumos e serviços de prevenção de qualidade; o aumento, monitoramento e diversificação das estratégias de distribuição de preservativos, inclusive a partir da implementação de ações de marketing social do preservativo, com a garantia de redução de custo desses insumos; a realização de consulta pública sobre a aquisição de insumos (lubrificantes e outros), na concepção de otimização de recursos, inclusive nos PAMs Estaduais e Municipais; a intensificação, por meio de campanhas de prevenção, da utilização do preservativo feminino, garantindo a disponibilização desse insumo na rede de serviços de saúde para as prostitutas.

23. Apoio à transferência de tecnologia para a produção do preservativo feminino no Brasil.

24. Garantia da integração entre as políticas e programas de saúde da mulher (planejamento familiar) e DST/aids, para garantia de acesso aos insumos.

25. Desenvolvimento de ações no campo da comunicação e saúde, garantindo o protagonismo e as especificidades desse segmento social, abordando:

- a utilização de preservativos com parceiros fixos, entre casais, problematização das questões associadas à decisão centrada em quem tem mais poder na relação;
- a erotização do uso do preservativo;
- o combate à violação de direitos humanos, inclusive com a criação de material informativo sobre o "passo a passo", para a formulação de uma denúncia de violência perpetrada contra prostitutas.

26. Promoção, nos congressos e fóruns, da divulgação e troca de experiências daspráticas exitosas de serviços de saúde que atendem essa população, garantindo os seus direitos.

27. Incorporação no Plano de Saúde do Sistema Penitenciário, mantendo em perspectiva as especificidades das prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, ações que contemplem:

- a garantia da assistência de saúde;
- a promoção dos direitos humanos e a prevenção das DST/aids.

28. Promoção da criação de grupo de trabalho nos municípios, com participação do movimento de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade, profissionais do sexo, visando a reconhecer a expertise e a relevância dos conhecimentos de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade, profissionais do sexo nas ações, estratégias e projetos de enfrentamento às DST e aids, direitos humanos e prostituição, criando mecanismo para a sua remuneração, por meio de pactuação com gestor local.

29. Proposição e promoção do compartilhamento do compromisso, preconizado pelo SUS, da atenção integral a prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, incluindo a atenção assistencial

às DST/aids, de forma transversal e associada às ações de prevenção, com os programas sociais desenvolvidos por outros setores ou órgãos governamentais.

30. Intensificação junto ao Conselho Empresarial das ações de prevenção d DST/aids, visando a incentivar o uso de preservativo pelos homens nas relações estáveis e eventuais e promover o seu maior engajamento nesse tema.

31. Qualificação dos profissionais dos serviços públicos de saúde em saúde sexual e reprodutiva, visando a incluir em suas ações e programas o tema da prostituição.

32. Realização de oficinas estaduais sobre direitos sexuais e reprodutivos, reunindo movimentos sociais de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo e representantes dos setores de Educação, Saúde, Secretarias de Políticas para as Mulheres, movimento feminista e centros de estudos e sociedades de classe envolvidas com o tema, como o Observatório de Sexualidade e Política.

33. Realização de eventos e oficinas sobre prostituição com enfoque em direitos sexuais e aids.

Anexo III
Documentos levantados no mapeamento de políticas

Documentos levantados	Fonte	Ação para profissionais do sexo mulheres?
Ministério de Saúde - Secretaria Estadual e Municipal de Saúde		
Secretaria Estadual de Saúde		
Plano Estadual do Rio de Janeiro de Enfrentamento da Feminização da Aids e DST – 2008-2009	Online	Não
Plano Estadual do Rio de Janeiro de Enfrentamento da Feminização da Aids e DST – 2013	SES	Sim
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2006	Online	Não
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Fechado pelo Estado 2006	Online	Não
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2007	Online	Não
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Fechado pelo Estado 2007	Online	Não
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2008	Online	Não
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Revisado e Fechado pelo Programa Nacional 2008	Online	Não
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2009	Online	Não
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Fechado pelo Gestor 2009	Online	Não
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2010	Online	Não
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Fechado pelo Gestor 2010	Online	Não
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2011	Online	Sim
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Fechado pelo Gestor 2012	Online	Sim
Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro – 2013	SES	Sim

Gerencia de DST/AIDS, Sangue e Hemoderivados. (2013). "Coleção Textos No 8: AIDS e Violência Sexual: Políticas de Enfrentamento: 1o Edição". Gerencia de DST/AIDS, Sangue e Hemoderivados/SES-RJ: Rio de Janeiro.	Visita	N/A
Secretaria Municipal de Saúde		
Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Consolidado 2007	Online	Não
Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Consolidado 2008	Online	Sim
Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Consolidado 2009	Online	Sim
Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Relatório Revisado e Fechado pelo Estado 2009	Online	Sim
Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Consolidado 2011	Online	Sim
Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Relatório Revisado e Fechado pelo Estado 2011	Online	Sim
Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Consolidado 2012	Online	Não
Ministério de Saúde		
Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher	Online	Sim
Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST	Online	Sim
Política da Distribuição do Preservativo Masculino na Prevenção ao HIV/Aids e DST	Menção em pesquisa	Sim
Plano de Necessidades de Insumos de Prevenção	Menção em pesquisa	Sim
Secretaria de Políticas para as Mulheres		
Política Nacional de Enfretamento a Violência contra Mulheres	Online	Sim (Plano de Feminização)
II Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (em parceria com o Ministério da Justiça)	Online	Não diretamente
Superintendência de Direitos da Mulher		
SUDIM/SEASDH. (2013). "Uma Vida Sem Violência é Um Direito das Mulheres". 2o edição. Rio de Janeiro.	Visita	Não

Plataforma de Políticas para Mulheres/CEDIM – eleições municipais no Estado do Rio de Janeiro/2012	Busca Online	Não
Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos		
Rabello, Danielle. (2013). "Governo do Estado Lança de Projeto de Inclusão Socioeconômica na Vila Mimosa e Praça da Bandeira".	Busca online	Sim (mas projeto foi suspendido)
Governo do Estado do Rio. (2012). "Relatório da "2a Conferencia Estadual de Políticas Públicas e Direitos Humanos para LBGT".	Visita	Não
Instituto de Segurança Publica		
Teixeira, Paulo Augusto. (2008). "Guia Prático para Participantes dos Conselhos Comunitários de Segurança Instituto de Segurança Pública: Volume 2." Instituto de Segurança Pública: Rio de Janeiro.	Visita	Não

Anexo IV

Levantamento de documentos oficiais disponibilizados nos *websites* de órgãos públicos que desenvolvem ações relacionadas ao tema da prostituição

Políticas e Planos Nacionais

- Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
- Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
- Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da AIDS e outras DST – *Agenda Afirmativa das Prostitutas*
- Política Nacional de Enfretamento a Violência contra Mulheres
- II Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas
- Política de Incentivo do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais/Ministério de Saúde
- Política da Distribuição do Preservativo Masculino na Prevenção ao HIV/AIDS e DST
- Plano de Necessidades de Insumos de Prevenção
- Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa

Políticas e Planos Estaduais

- Plano Estadual do Rio de Janeiro de Enfrentamento da Feminização da Aids e DST
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2006
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Fechado pelo Estado 2006
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2007
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Fechado pelo Estado 2007
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2008
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Revisado e Fechado pelo Programa Nacional 2008
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2009
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Fechado pelo Gestor 2009
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2010
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Fechado pelo Gestor 2010
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Consolidado 2011
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Fechado pelo Gestor 2011
- Plano de Ações e Metas do Estado do Rio de Janeiro Fechado pelo Gestor 2012

Políticas e Projetos Municipais

- Projeto Gerando Vidas - Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos
- Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Consolidado 2007
- Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Consolidado 2008
- Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Consolidado 2009
- Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Relatório Revisado e Fechado pelo Estado 2009
- Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Consolidado 2011
- Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Relatório Revisado e Fechado pelo Estado 2011
- Plano de Ações e Metas do Município do Rio de Janeiro Consolidado 2012

Anexo V
Gestores Entrevistados

Entrevistado/a	Secretaria/Instituição
1. Coordenadora da Gerência de DST/HIV/AIDS 2. Coordenadora da Saúde da Mulher 3. Superintendente da Vigilância Sanitária	Secretaria Estadual de Saúde - SES Gerência DST/HIV/AIDS
4. Coordenador do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS 5. Responsável pela logística de insumos 6. Coordenadora anterior do Programa Municipal de DST/AIDS	Secretaria Municipal de Saúde – Coordenação de DST/Aids
7. Sub-secretaria de Políticas das Mulheres 8. Coordenadora da Superintendência de Enfrentamento à Violência e Membra de GT Feminização 9. Coordenadora de um Centro de Atendimento à Mulheres	Conselho Estadual de Direitos da Mulher/RJ – Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEADSH
10. Coordenação dos Conselhos Comunitários de Segurança 11. Superintendente de Prevenção 12. Delegado – Delegacia da criança e do Adolescente Vitima	Secretaria de Segurança Pública
13. Superintendente de Direitos Individuais Coletivos e Difusos 14. Membro Comitê do Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas 15. Superintendente de Promoção de Direitos Humanos	Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos
16. Juiz Municipal Rubens Casará	Tribunal da Justiça

Anexo VI

Serviços Selecionados por Relevância, Distribuição Geográfica e Entrevistas Realizadas

Serviço	Local	Entrevistas realizadas
Centro		
1. Hospital Federal dos Servidores do Estado	Praça Mauá	02
2. Hospital Escola São Francisco de Assis	Praça Onze	01
3. Policlínica 13 de Maio – Antônio Ribeiro Netto	Cinelândia	02
4. Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau	Cidade Nova	02
Zona Sul		
5. Hospital Municipal Rocha Maia	Botafogo	01
Zona Norte		
6. Hospital Universitário Pedro Ernesto	Vila Isabel	02
7. Policlínica José Paranhos Fontenelle	Penha	01
8. CTA Madureira	Madureira	02
Zona Oeste		
9. Policlínica Lincoln de Freitas Filho	Santa Cruz	04
Itaguaí		
10. Secretaria Municipal	Itaguaí	02
Total: 10 serviços		19

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIA. **Análise do Contexto da Prostituição em relação a direitos humanos, trabalho, cultura e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS-ABIA, 2013.

-----. Carta ABIA em repúdio à censura da campanha sobre prostituição e HIV/AIDS pelo Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 17 jun. 2013. Disponível em: <http://www.sxpolitics.org/pt/?p=3417> Acesso em: 04 nov. 2014.

BEATTI, T.S.; BHATTACHARJEE, P. et al. Violence against sex workers in Karnataka state, south Índia: impact on health, and reductions in violence following an intervention program. **BMC Public Health**, Londres, 10: 476, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/476> Acesso em: 18 nov. 2014.

BLANCHETTE, T.G. On bullshit and the trafficking of women: moral entrepreneurs and the invention of trafficking in persons in Brazil. **Dialectical Anthropology**, São Francisco, CA, v. 36, n.3, p.107-125, 2012.

-------. Terraplanando o Sexscape: A reconfiguração do Sexo Comercial no centro do Rio de Janeiro. 28a Reunião da Associação Brasileira de Antropologia, São Paulo, 2012.

-------. Prostitution in Contemporary Rio de Janeiro. In: DEWEY, S. e KELLY, P. (orgs.) **Policing Pleasure: Sex Work, Policy and the State in Global Perspective**. New York: New York University Press, 2011.

-------. Amor um real por minuto: a prostituição como atividade econômica no Brasil urbano". In: PARKER, R. e CORRÊA, S. (orgs.). **Sexualidade e política na América Latina: histórias, intersecções e paradoxos**. Rio de Janeiro: Sexuality Policy Watch-SPW, 2009. pp.192-233.

------- e SILVA, A.P. “Nossa Senhora da Help”: sexo, turismo e deslocamento transnacional em Copacabana. **Cad. Pagu**, Campinas, n.25, p.249-280, 2005.

BRAVO, M. I. et. Al (orgs.) Políticas Públicas de DST/AIDS e controle social no Estado do Rio de Janeiro: capacitando lideranças e promovendo a sustentabilidade das respostas frente à AIDS. Relatório Integrado. **Coleção ABIA Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, n. 5, 2006.

CECRIA. **Pesquisa Sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil**. Brasília: CECRIA, 2002.

CHACHAM, A. S. et al. Sexual and reproductive health needs of sex workers: two feminist projects in Brazil. **Reproductive Health Matters**, Londres, v. 15, n. 29, p. 108-118, 2007.

CLAM. Tempos de censura. Notícias CLAM, jun. 2013. Disponível em: <http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?cod=10594> Acesso em: 04 nov. 2014.

CIA. **The World Factbook**. Washington, CIA, 2010. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/> Acesso em: 01 fev. 2014.

CORRÊA, S. e OLIVAR, J.M. The politics of prostitution in Brazil between “state neutrality” and “feminist troubles”. In: MURTHY, L. e SESHU, M. S. (eds.). **The Business of Sex**. Nova Delhi: Zubaan Books, 2014.

CURTIS, R. et al. **The Commercial Sexual Exploitation of Children in New York City**. Volume One: The CSEC Population in New York City: Size, Characteristics, and Needs. New York: Center for Court Innovation, 2008

DAMACENA, et al. Implementation of respondent-driven sampling among female sex workers in Brazil, 2009. **Cadernos da Saúde Pública**, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 45-S55, 2011.

FOLHA DE SÃO PAULO. Demitido após campanha para prostitutas aponta “situação conservadora”. **Folha de São Paulo**, 05 jun. 2013. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/06/1290119-demitido-apos-campanha-para-prostitutas-aponta-situacao-conservadora.shtml> Acesso em: 04 nov. 2014.

GASPAR, M.D. **Garotas de Programa**. Prostituição em Copacabana e Identidade Social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1984.

GERSCHMAN, S. e CASTANHEIRA, D. Formulação e implementação da política de saúde no estado do Rio de Janeiro. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, Rio de Janeiro, n. 3, nov. 2013.

GOFFMAN, E. **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**. Nova Iorque: Simon and Schuster, 1963.

GRAHAM, S. L. Slavery´s impasse: slave prostitutes, small-mistresses, and the Brazilian Law of 1871. **Comparative Studies in Society and History**, Cambridge University Press, v.33, n.4, 1991.

HECKATHORN, D.D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. **Social Problems**, Oakland, CA, v.44, p.174-199, 1997.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, IBGE, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/> Acesso em: 01 fev. 2014.

-------. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, IBGE, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/> Acesso em: 01 fev. 2014.

-------. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, IBGE, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/> Acesso em: 01 fev. 2014.

JOHNSTON, L.G. et al. Implementation challenges to using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance: field experiences in international settings. **AIDS Behavior**, Nova Iorque, v.12, n. S1, p.131–141, 2008.

KATSULIS, Y. **Sex Work and the City**. Austin: University of Texas Press, 2008.

LANSKY, A. et al. Developing an HIV behavioral surveillance system for injecting drug users: the National HIV Behavioral Surveillance System. **Public Health Report**, Washington, D.C., v. 122, suplemento 1, 2007. Disponível em: <http://www.publichealthreports.org/issuecontents.cfm?Volume=122&Issue=7> Acesso em: 15 nov. 2014.

LEITE, G. **Filha, Mãe, Avó e Puta**: A história de uma mulher que decidiu ser prostituta. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

MAIA, M. B.; CHACHAM, A. S.; e LOPES, A. F. C. Profissionais do sexo e saúde. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n. 25, p. 13-17, 2002.

MALEKINEJAD, M. et al. Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: a systematic review. **AIDS Behavior**, Nova Iorque, n. 12, p.105–130, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília, Ministério da Saúde, mar. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf> Acesso em: 02 nov. 2014.

-------. Avaliação da Efetividade das Ações de Prevenção Dirigidas as Profissionais do Sexo, em Três Regiões Brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MORAES, **A. Mulheres da Vila**: prostituição, identidade social e movimento associativo. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

MURRAY, L., LIPPMAN, S. et al. She's a professional likeanybodyelse: Social identity among Brazilian Sex Workers. **Culture, Health & Sexuality**, v. 12, n. 3, p. 293-306, 2010.

OBSERVATÓRIO DA PROSTITUÇÃO. Impactos da Copa do Mundo. Observatório da Prostituição, LeMetro/IFCS-UFRJ, Rio de Janeiro, set. 2014. Disponível em: <http://observatoriodaprostituicao.wordpress.com/2014/09/05/observatorio-da-prostituicao-publica-relatorio-sobre-a-copa-do-mundo/> Acesso em: 04 out. 2014.

O GLOBO. Ex-Policiais são presos por envolvimento em esquema de extorsão de prostitutas, em Niterói. **O Globo**, 30 jul. 2014. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/bairros/ex-policiais-sao-presos-por-envolvimento-em-esquema-de-extorsao-de-prostitutas-em-niteroi-13433025> Acesso em: 4 nov. 2014.

ONUSIDA. Diretrizes de Terminologia do UNAIDS/ONUSIDA (Janeiro 2011). <http://www.unaids.org.br/biblioteca/Terminologia%20AIDS%20Portugu%EAs%20Agosto%202011.pdf> Acesso em: 10 nov. 2014.

PASINI, E. Sexo para quase todos: a prostituição feminina na Vila Mimosa. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 25, p.185-216, 2005.

PARK, R. E. e BURGESS, E.W. **The City**: suggestions for the Investigation of Human Behavior in the Urban Environment. Chicago: University of Chicago Press, 1984 [1925].

PARKER, R. Estado e Sociedade em Redes: Descentralização e Sustentabilidade das Ações de Prevenção das DSTs/AIDS. In: PARKER, R.; PIMENTA, C.; Terto Jr., V. (Orgs.) Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS. Anais do seminário: Princípios Possíveis para as Respostas ao HIV/AIDS? Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

PEREIRA, C.S. Lavar, passar e receber visitas: debates sobre regulamentação da prostituição e experiências de trabalho sexual em Buenos Aires e no Rio de Janeiro, fim do séc. XIX. **Cadernos PAGU**, Campinas, n.25, pp. 25-54, jul-dez. 2005.

PIMENTA, C et. al. Sexualidade e Desenvolvimento: A política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo. ABIA, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2011/03/sex-e-desenv_port_final.pdf> Acesso em: 30 out. 2014.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. PNUD, Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/> Acesso em: 01 fev. 2014.

RABELLO, D. Governo do Estado lança de projeto de inclusão socioeconômica na Vila Mimosa e Praça da Bandeira. Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/seasdh/exibeconteudo?article-id=1509015> Acesso em: 04 nov. 2014.

REDE BRASILEIRA DE PROSTITUTAS. Relatório - Direitos Humanos e Prostituição Feminina, Rio de Janeiro, 2009.

RHODES, T.; SIMIC, M. et al. Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia. Qualitative Study. **BMJ**, n. 337, 2008. Disponível em: < http://www.bmj.com/content/337/bmj.a811> Acesso em: 17 nov. 2014.

RIBEIRO, M.A. (org.) **Prostituição, sexo e prazer**: olhares sobre o fenômeno da prostituição na geografia brasileira. Rio de Janeiro: Gamma Editora, 2002.

ROE-SEPOWITZ, D. et al. **Exploring Sex Trafficking and Prostitution demand During the Super Bowl 2014**. Tuscon: Arizona State University School of Social Work, 2014.

SALGANIK, M.J. Respondent-driven Sampling in the Real World. **Epidemiology**, Boston, v. 23, n. 1, p. 148-150, 2012.

SCHETTINI, C. **Que Tenhas Teu Corpo**: Uma História Social da Prostituição no Rio de Janeiro das Primeiras Décadas Republicanas. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2006.

SHANNON, K.; STRATHDEE, S.; SHOVELLER, J. et al. Structural and Environmental Barriers to Condom Use Negotiation with Clients Among Female Sex Wrokers: Implications for HIV-Prevention Strategies and Policy. **AJPH**, v. 99, n. 4, p. 659-665, 2009. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2661482/> Acesso em: 17 nov. 2014.

SIMÕES, S. **Vila Mimosa**: Etnografia da cidade cenográfica da prostituição carioca. Niterói: UFF, 2010.

SIMÕES, S. e MURRAY, L. "Tudo foi errado. A gente só queria trabalhar, mais nada". <http://www.umbeijoparagabriela.com/?p=3223> Acesso em: 04 nov. 2014.

SZWARCWALD, C. et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. **Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome**, Filadelfia, v. 57, n. 3, p. 144-152, 2011. Disponível em: <http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2011/08153/Risk_Factors_Associated_With_HIV_Prevalence_Among.4.aspx> Acesso em: 17 nov. 2014.

ULIBARRI, M.D.; STRATHDEE, S.A. et al. Injection drug use as a mediator between client-perpetrated abuse and HIV status among female sex workers in two mexico-US border cities. **AIDS Behavior**, Nova Iorque, n. 12, p. 179-185, 2011.