

Necessidades Sexuais e Reprodutivas das Profissionais do Sexo: Dois Projetos Feministas no Brasil

Alessandra S Chacham,^a Simone G Diniz,^b Mônica B Maia,^c Ana F Galati,^d Liz A Mirim^e

a Professora Doutora, Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte MG, Brasil. E-mail: achacham@terra.com.br

b Professora Doutora, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Escola de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, São Paulo, SP, Brasil

c Doutoranda, Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte MG, Brasil

d Consultora em Saúde, Coordenadora do *Hot-line* Disque Saúde, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, São Paulo SP, Brasil

e Professora Assistente, Psicologia Clínica, Universidade Bandeirantes de São Paulo; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, São Paulo SP, Brasil

Resumo: As necessidades de saúde sexual e reprodutiva das profissionais do sexo tem sido negligenciadas tanto na pesquisa quanto em intervenções de saúde pública, que tem focado quase que exclusivamente a prevenção contra IST/HIV. Entre os motivos estão a condenação, o estigma e a situação legal ambígua do trabalho sexual. Esse artigo descreve o trabalho realizado por duas ONGs feministas brasileiras, Mulher e Saúde (MUSA), de Belo Horizonte, e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, de São Paulo, para promover a saúde sexual e reprodutiva das profissionais do sexo. O projeto do MUSA “Na Luta pela Saúde” iniciou-se em 1992, quando profissionais do sexo foram treinadas como educadoras de pares. Foram ainda realizadas oficinas sobre auto-cuidado para as profissionais do sexo e seus clientes. Em São Paulo, o projeto do Coletivo “Fique Amiga Dela”, iniciado em 2002, ofereceu consultas médicas e oficinas de auto-cuidado sobre sexualidade, contracepção, prevenção contra IST/HIV e auto-exame. As necessidades de atendimento em saúde durante a menstruação e práticas não saudáveis resultaram na promoção do diafragma como método contraceptivo que também previne contra infecções no trato reprodutivo e, além disso, na atenção a questões de saúde psicológica, abuso de álcool e drogas, violência de clientes, parceiros, cafetões e da polícia.

Palavras-chave: profissionais do sexo, saúde sexual e reprodutiva, práticas de higiene vaginal, diafragma, preservativos, Brasil

A resposta da saúde pública do governo brasileiro a AIDS tem sido caracterizada pelas múltiplas iniciativas no enfrentamento dessa epidemia. Tais iniciativas integram a prevenção e o tratamento e tem como objetivo atender as necessidades dos mais vulneráveis à infecção, entre esses as profissionais do sexo.¹

A política pública brasileira sobre o HIV é baseada na promoção de direitos e no papel de liderança da sociedade civil, como estratégias de promoção da saúde, abordagem que também tem sido adotada pelo movimento feminista brasileiro como parte de um conceito de saúde integral.²

Apesar dos numerosos desafios e problemas que ainda permanecem, a resposta brasileira à AIDS é considerada referência internacional. A mortalidade tem sido reduzida a metade do que foi projetada em 1990, a epidemia está estabilizada, a taxa de novas infecções tem diminuído desde 2000 e antiretrovirais (ARVs) gratuitos estão disponíveis para todos que necessitam. A projeção feita pelo Banco Mundial de que no ano de 2000 o Brasil teria 1.2 milhões de pessoas infectadas não foi confirmada; estima-se que existam hoje 600.000 pessoas com HIV, ou 0,5% da população. Um estudo do Ministério da Saúde apontou que entre 1996 e 2006, o uso do preservativo na faixa etária de 15 a 24 anos subiu de 6,5% a 57,3%. Um estudo recente nas capitais brasileiras relatou que 69,8% das garotas e 68,2% dos garotos utilizam proteção contraceptiva na primeira relação sexual, entre eles, 80,7% das garotas e 88,6% dos garotos disseram ter utilizado condoms.³

Desde sua criação, o Programa Nacional de DST/AIDS estabeleceu parcerias com muitas organizações locais de trabalhadores do sexo, como a Davida e a Rede Nacional de Prostitutas.⁴ A parceria produziu um guia chamado Diretrizes, Princípios e Estratégias para Prevenir DSTs e AIDS entre Profissionais do Sexo, incluindo profissionais do sexo mulheres, homens e travestis. O documento tem como diretriz a perspectiva dos direitos humanos e recomenda um papel de liderança por parte das profissionais do sexo na elaboração, execução e avaliação de políticas públicas, a educação de pares, o apoio do governo para o desenvolvimento de projetos de organizações e ONGs de profissionais do sexo, a promoção do acesso não-discriminatório ao Sistema Único de Saúde e atividades educativas direcionadas aos clientes e parceiros das profissionais.

O objetivo é aumentar a consciência dos legisladores e profissionais de saúde para apoiar as organizações de profissionais nos setores

governamentais de saúde, assistência social, seguridade social e segurança pública, e promover acesso a assistência jurídica, educação e controle social por parte dessas profissionais em programas utilizados por elas próprias.¹ O Ministro da Saúde apóia várias organizações de profissionais de sexo em seus esforços de prevenção e em 2002 patrocinou um seminário sobre AIDS e prostituição. Um dos resultados dessa longa parceria é a campanha “Garota Sem Vergonha: Você Tem uma Profissão”, que busca a conscientização dos direitos das profissionais do sexo como cidadãs, juntamente com a promoção da saúde, auto-estima, e de técnicas de negociação do condom com clientes.⁵

Os esforços de prevenção claramente produziram um impacto. Em 1990, em São Paulo 18% das profissionais do sexo testadas eram HIV positivo, porém um estudo de 2000, feito pelo Ministério da Saúde mostrou que a taxa teve um declínio para 6.1%. Em outro estudo, 2.712 profissionais do sexo foram entrevistadas em oito cidades e testadas para HIV, sífilis, hepatite B e C. Metade já havia recebido informação sobre a prevenção de HIV/DST através de ONGs apoiadas pelo Ministério da Saúde, e a outra metade não. Um grande número de mulheres relatou ter utilizado condom com seus clientes em todas as relações nos últimos seis meses. Dessas, 73,8% haviam recebido informações específicas. Todavia, o uso regular de condom com parceiros foi bem menor: menos de um terço das mulheres que receberam informação e 20% das que não receberam disseram que utilizaram condom regularmente com seus namorados ou maridos. Talvez pelo baixo índice de uso de condom com estes parceiros, não houve diferença significativa entre os dois grupos seja com respeito a prevalência do HIV, que foi 6.1%, ou a taxa estimada de incidência do HIV, de 0,7%. O risco de infecção aumentou com a idade das mulheres e o tempo de trabalho como profissionais do sexo, e diminuiu

com o nível de escolaridade e renda. O uso de drogas injetáveis foi fortemente associado com a infecção pelo HIV: 28,8% das mulheres que utilizavam drogas injetáveis eram HIV positivo enquanto foi entre as que não era. Mulheres cujos parceiros utilizavam drogas injetáveis eram três vezes mais propensas a serem HIV positivo. Também houve uma forte correlação entre o HIV e outras ISTs: mulheres com testes positivos para sífilis tinham uma probabilidade 3,5 vezes maior de serem HIV positivo, e aquelas com testes positivos para hepatite C tinham a probabilidade 11 vezes maior.⁷

Ainda há muito trabalho a ser feito. A abordagem progressista do Ministério da Saúde é questionada devido à situação legal ambígua da prostituição no Brasil. O trabalho como prostituta não é ilegal, mas também não é legal. A prostituição não é um crime para o código civil brasileiro,⁸ mas a atitude dos profissionais de saúde para com elas é frequentemente condenatória, moralista e punitiva. Ninguém é preso por prostituição, mas profissionais do sexo estão sob constante ameaça de serem presos por vadiagem ou comportamento obsceno.

No código civil, a venda de sexo não é considerada um contrato legítimo, então as profissionais do sexo não podem, por exemplo, denunciar um cliente que se recusa a pagar. Por outro lado, desde 2002 a prostituição foi incluída no Código Brasileiro de Ocupações⁹ como uma forma de trabalho reconhecida pelo Ministério do Trabalho, e a lei proíbe a exploração de sexo comercial por terceiros. No entanto, os cafetões continuam a explorar as profissionais do sexo, que por sua vez não conseguem estabelecer uma relação de trabalho com os donos de hotéis e bordéis para obter melhores condições de trabalho ou ter respeitados seus direitos como trabalhadoras. A experiência diária da prostituição continua a ser marcada pela violência, estigma e discriminação para muitas que se envolvem nela.¹⁰

Desse modo, a situação das profissionais do sexo é precária, e fica difícil investirem em sua própria saúde; assim as necessidades de saúde sexual e reprodutiva tem sido relativamente negligenciadas. Tanto na pesquisa quanto nas intervenções em saúde pública, existe quase que um foco exclusivo na prevenção do HIV/IST, reduzindo as profissionais do sexo a potenciais vetores de infecção para seus clientes e famílias e ignorando-as como pessoas com necessidades próprias de atenção a saúde.^{1,11,12}

Contribui com a falta de atenção às necessidades de saúde sexual e reprodutiva das profissionais do sexo a posição ambivalente do movimento feminista em relação ao trabalho sexual. Algumas feministas acreditam que todo o trabalho sexual é uma forma de exploração e uma violência contra as mulheres e que por isso deveria ser abolido.^{13,14} A atual política conservadora da USAID reflete uma visão semelhante, e as políticas brasileiras de tornar o trabalho sexual seguro tem encontrado sua oposição. A USAID atualmente requer que todas as organizações, governamentais e não-governamentais que estejam recebendo fundos para AIDS através da USAID assinem uma declaração que diz que a prostituição é desumana e degradante. A Comissão Nacional de AIDS, composta por ministros, legisladores, pesquisadores e ativistas rejeita essa demanda, considerada uma “interferência que prejudica a política brasileira de diversidade, princípios éticos e direitos humanos”¹⁴, que visa mudar uma política de sucesso para uma não tão bem sucedida.³ Como resultado, em 2005 os legisladores e ativistas foram notificados pela USAID que não receberiam os US\$48 milhões previamente designados para os programas de prevenção ao HIV.

Consideramos este um fato importante para evitar posições moralistas ou vitimizadoras ao discutir-se o sexo comercial consentido entre adultos. Acreditamos que as leis contra a prostituição, presentes em quase todos os países,

são semelhantes às leis contra aborto, pois não impedem as pessoas de venderem sexo, mas penaliza quem o faz, tornando as prostitutas uma presa fácil para o crime organizado, os cafetões, os parceiros violentos e clientes; esta ambigüidade também corrompe a política e dificulta o acesso das profissionais do sexo ao atendimento a saúde e ao sistema legal.^{11,15}

Uma abordagem baseada nos direitos significa repensar os programas para as profissionais do sexo, incorporando os padrões de direitos humanos internacionais, promovendo e protegendo seus direitos humanos na elaboração e implementação dos programas.^{16,17} Existe uma crescente necessidade de desenvolver formas de avaliar o valor agregado do trabalho que utiliza uma abordagem baseada no direito.¹⁶ Acreditamos que a saúde e os direitos humanos das profissionais do sexo deviam ser vistos como elementos essenciais para as estratégias de prevenção. Esse é um desafio ainda não enfrentado pelo setor de saúde como um todo, que se torna mais complexo pela atual oposição aos princípios dos direitos humanos e a condenação das profissionais do sexo.^{12,13}

No Brasil, apesar do trabalho sexual ainda ser estigmatizado, o discurso e as demandas políticas das organizações das prostitutas (nome pelo qual as profissionais do sexo preferem ser chamadas) são sustentados pela abordagem baseada nos direitos que demanda direitos de cidadania e o direito de exercer sua profissão com dignidade.^{1,3-5,9} Essa abordagem é encontrada no Brasil,^{7,8} no projeto Sonagachi na Índia, uma intervenção multifacetada para empoderamento de profissionais do sexo,¹⁰ e na África do Sul¹⁸ e Camboja¹⁹ em intervenções baseadas na comunidade para prevenção do HIV com abordagens inovadoras de saúde e de direitos, e incorporando as perspectivas das profissionais do sexo.

Esse artigo descreve o trabalho realizado por duas ONGs feministas, MUSA – Mulher

e Saúde de Belo Horizonte e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde em São Paulo, promovendo a saúde sexual e reprodutiva para as profissionais do sexo como parte da resposta brasileira ao HIV/AIDS. O trabalho sexual é um fenômeno complexo. Nossa intenção é descrever as necessidades e vulnerabilidades em saúde sexual e reprodutiva das mulheres que vendem sexo voluntariamente, algumas das quais são específicas destas profissionais, enquanto outras podem potencialmente afetar todas as mulheres. Não pretendemos representar uma posição em particular do feminismo brasileiro; ainda precisamos de um debate mais extenso sobre essa questão, e esperamos que o artigo contribua para esse debate.

O projeto “Na Luta pela Saúde”:

Belo Horizonte foi construída para ser a capital do estado de Minas Gerais e desde sua fundação em 1897 as profissionais do sexo se estabeleceram nas principais ruas, próximas a estações de trem, onde poderiam ter acesso a clientes em potencial. Mais tarde, uma estação de ônibus foi construída na mesma área, e as ruas entre os dois lugares ficou conhecida como Zona Grande, o principal distrito de prostituição da cidade. Hoje, a área contém 22 “hotéis de prostituição” onde quase 2.000 mulheres trabalham no estrato mais baixa da comercialização do sexo (o extrato mais alto mudou-se para uma área com boates caras e bordéis nos anos 60). Esses hotéis são ilegais, pois é ilegal que terceiros se beneficiem da prostituição como os donos dos hotéis o fazem,⁸ porém sua existência é tolerada desde que não haja a presença de menores, algo que a polícia confirma periodicamente.

Em 1992, a MUSA – Mulher e Saúde, uma ONG feminista local, iniciou um projeto de promoção da saúde para mulheres profissionais do sexo. O projeto foi chamado Na Batalha Pela Saúde (“batalhar” é uma gíria para

o trabalho sexual). Inicialmente as atividades eram direcionadas as mulheres que freqüentavam a reunião de caridade da igreja Católica para “mulheres marginalizadas”. Em 1994, as atividades do projeto foram estendidas as mulheres que trabalhavam na Zona Grande e na área do Bonfim (outro distrito de prostituição da cidade) e receberam fundos da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. O objetivo era promover a saúde sexual e reprodutiva das profissionais do sexo através da educação do auto-cuidado, treinamento de profissionais do sexo como educadores de pares e oferta de oficinas educativas para profissionais do sexo e clientes. Além disso, foram distribuídos preservativos masculinos e femininos, livretos e panfletos educativos desenvolvidos pela MUSA sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres. Apesar de essas prioridades serem focadas na prevenção de IST/HIV/AIDS, a implementação do projeto sempre esteve orientada para uma abordagem integral da saúde das mulheres e o que ser saudável significa, incluindo a saúde mental. Para a MUSA, apoiar a saúde das profissionais do sexo era parte de um amplo comprometimento com a saúde das mulheres como um assunto político e de saúde pública.

Musa foi criada para promover a educação popular em saúde, com base na estratégia de que o conhecimento é resultado de um aprendizado mútuo, reconhecendo a cultura e realidades dos diferentes sujeitos envolvidos. O trabalho educacional da MUSA foi realizado por educadoras de pares treinadas utilizando abordagens coletivas, como oficinas, apresentação de vídeos e participação em feiras de saúde com distribuição de materiais educativos, e abordagens individuais como aconselhamento individual com educadores de pares.

A experiência descrita aqui se refere ao período de 1999 a 2004, quando duas das autoras coordenaram o projeto. Em 1999, para ter um

perfil exato das condições de vida e necessidades de saúde das mulheres envolvidas, 178 mulheres que trabalharam em hotéis foram entrevistadas. As mulheres estavam pagando um preço fixo (uma média de US\$ 5 a 10 por turno) para alugar um quarto para um ou dois turnos (de 8:00 às 17:00 hrs e de 17:00 a 0:00 hrs) para receber seus clientes. Os quartos normalmente tinham cama, pia e sanitário (os mais novos tinham um chuveiro separado), mas alguns tinham apenas uma cama e uma pia com água. O valor do “encontro” era negociado entre a mulher e seu cliente, dependendo dos serviços a serem realizados. Um encontro básico variava entre US\$3 a 5 (sexo oral e vaginal com condoms incluídos). Os preços variavam de acordo com o hotel e a idade e aparência da mulher. As mulheres podiam levar quantos clientes quisessem ou precisassem, e ficar com todo o dinheiro arrecadado depois que pagassem pelo quarto. Algumas poucas mulheres moravam nos hotéis e outras ficavam alguns dias caso estivessem vindo de outra cidade. Apenas mulheres trabalhavam nesses hotéis; travestis e homens profissionais do sexo geralmente trabalham nas ruas em outras partes do centro da cidade.

As mulheres tinham uma idade média de 30 anos e trabalhavam como profissionais do sexo há cerca de cinco anos. Quase a metade tinha um parceiro estável por vez (44%) e 15% eram casadas ou estavam vivendo com um parceiro. Cinquenta e quatro por cento tinham seis ou sete anos de escolaridade, e um terço tinha pelo menos parte do ensino médio ou mais. A primeira relação sexual das mulheres ocorreu aos 16 anos de idade em média, sendo que quase um terço teve sua primeira experiência aos 14 anos ou menos. Oitenta e três por cento já havia engravidado pelo menos uma vez e 70% tinham filhos; com uma média de três gravidezes e dois filhos nascidos vivos. Entre as que já haviam engravidado, 18% tinham tido um aborto espontâneo

e 29% pelo menos um aborto induzido, 14% tiveram um bebê natimorto e 12% já haviam perdido um filho nascido vivo. Em relação as DSTs, 16,5% disseram ter contraído alguma DST pelo menos uma vez, sendo a gonorréia a doença mais comum (38%). Todavia, 34% tinham tido algum tipo de sintoma ginecológico (coceira, corrimento ou erupções cutâneas) nos 12 meses antes da entrevista, sendo que a maioria buscou tratamento em farmácias. Esses dados indicam um acesso precário a atendimento em saúde sexual e reprodutiva.

Todavia, a pesquisa encontrou sinais positivos para a melhoria das condições de saúde entre as mulheres: o conhecimento sobre prevenção contra DST/HIV era muito alto, apesar de diversos conceitos errados persistirem, e o uso de condoms, pelo menos com clientes, também foi bastante alto. Quase 100% das mulheres disseram que sempre utilizavam condoms masculinas com clientes. O ponto mais problemático foi a falta de prevenção com seus parceiros estáveis: apenas 37% sempre utilizava condoms enquanto que 48% nunca utilizavam. As que usavam algumas vezes alegavam que o parceiro não queria (42%), mas haviam uma grande probabilidade de não usar preservativos com seus parceiros porque elas também não queriam (42%), já que a condom é considerada por muitas uma barreira a intimidade e a segurança emocional que anseiam de um parceiro:

“Depois de passar o dia inteiro aqui, fazendo sexo com mais de dez homens, não quero mais nada além de sentir o calor do meu amor...”

O uso da contracepção também foi infrequente com os namorados ou maridos mesmo quando não desejavam ficar grávidas. As mulheres descreveram sua atividade sexual como duas categorias, “dentro” e “fora”, para construir a lógica de vulnerabilidade e prevenção. Essas categorias foram utilizadas para diferenciá-las como profissionais do sexo das mulheres que não se envolvem com sexo comercial e também

das profissionais do sexo quando essas não estão em sexo comercial. Segundo essa lógica, a vulnerabilidade da mulher “fora” do trabalho sexual era maior do que “dentro”. Como profissionais do sexo elas sabiam dos riscos e de como se proteger. Elas sabiam “se virar” na rua e eram bem informadas, diferente de outras mulheres e clientes, que necessitariam serem educados sobre prevenção. Por outro lado, elas sentiam que só precisavam tomar conta de si próprias quando estivessem com clientes (“dentro”). Com os parceiros (“fora”) não houve percepção de risco, uma vez que com eles não estavam desempenhando o papel de profissionais do sexo.

Os condoms femininos não eram muito comuns quando a pesquisa foi feita, então começamos a distribuí-las. Porém, o uso predominante de condoms masculinos apresentou alguns desafios. Muitas mulheres disseram que tinham erupções genitais e reações alérgicas pelo uso contínuo de condoms e lubrificantes a base de água. Algumas reclamaram que os lubrificantes mantinham suas vaginas muito úmidas, o que causava infestação crônica de fungos. Elas passaram a utilizar cremes vaginais ao invés dos lubrificantes, o que poderiam causar um efeito negativo na flora vaginal.

Apesar do alto nível declarado de utilização de condoms, 60% considerava-se em alto risco de contrair o HIV. Era uma prática comum fazer o teste regularmente, mesmo sem nenhuma exposição, por terem muito medo. Por conta desse medo, muitas (66%) também relataram que algumas vezes colocavam dois condoms no cliente para se sentirem seguras, especialmente durante o sexo anal, apesar de não haver evidências que comprovem a eficácia desta prática. Também era muito comum comprarem condoms de baixa qualidade em grandes quantidades para economizar.

Outra prática insegura comum que afetava a saúde sexual era o uso de consolos em clientes sem a devida higiene. Não tinham informação

sobre como limpá-los propriamente: utilizando água sanitária ou em alguns casos fervendo-os. Algumas mulheres usavam consolos de madeira, que são mais difíceis de limpar. Outro hábito comum entre as mulheres (42%) era utilizar algodão e outros itens em suas vaginas para esconder a menstruação durante o trabalho, expondo-as ao risco de infecção do trato reprodutivo.

Muitos aspectos da experiência diária eram fonte de estresse e depressão para as mulheres e afetavam sua saúde: o risco de violência de seus clientes, conflitos com a polícia e gerentes de hotéis, a necessidade de esconder sua situação da família e amigos, o uso de estimulantes para continuar trabalhando e especialmente o próprio conflito moral com a prática de vender sexo. As mais novas e menos experientes tinham fortes conflitos em relação ao trabalho sexual e estavam mais propensas a abusar de algum tipo de substância. Mulheres mais velhas e experientes tendiam a estar ajustadas em suas situações. Conflitos internos também influenciaram negativamente a habilidade de se envolver em práticas preventivas e obter assistência médica, devido a vergonha ou necessidade do uso de condoms.

“Homens gostam de mulheres tímidas, pois é mais fácil se aproveitar dessas. Quando eu comecei a ‘batalhar’ os homens se aproveitaram muito de mim.”

As mulheres mais jovens e menos experientes tinham maior vulnerabilidade à violência, pois não identificavam as situações de risco e as formas de evitá-las. Por exemplo, uma mulher muito inexperiente tinha facas, garfos e um ferro de passar roupas claramente visíveis em seu quarto, sem se dar conta de que esses itens poderiam se tornar armas contra ela.

Esses resultados e a nossa própria experiência na coordenação do projeto nos levaram a propor uma mudança na abordagem. A MUSA começou a trabalhar junto com outras ONGs locais promovendo a organização das associações de profissionais do sexo locais, esperando

incentivar uma abordagem mais profissional do trabalho sexual. Ao invés de confiar no uso de educadores de pares para fornecer informação, começamos a treinar um grande número de mulheres para trabalhar como promotoras do conhecimento sobre auto-cuidado. Também buscamos fortalecer o acesso das profissionais do sexo ao sistema público de saúde, informando-as sobre seus direitos e trabalhando junto aos gestores dos centros de saúde para facilitar o acesso para testes e vacinas. Com o apoio da Secretaria de Saúde do Estado, em novembro de 2002 organizamos um seminário sobre prostituição e AIDS em conjunto com a GAPA, um grupo de apoio a pessoas vivendo com AIDS. Na ocasião, propostas foram feitas para estabelecer uma organização de profissionais do sexo locais; todavia, até o momento não obtivemos sucesso, talvez pelo conservadorismo local e o baixo nível de mobilização social.

Depois de 2004, o projeto foi continuado por um novo grupo, e muitos fatores levaram a perda de sua força e vitalidade. O Ministério da Saúde modificou a forma de financiamento dos projetos, descentralizando o processo de seleção de projetos e alocação de recursos do nível nacional para o local. A implementação dessa mudança foi muito confusa, e o projeto ficou por quase um ano sem financiamento. Isso desmobilizou os educadores de pares e a interrupção das atividades educativas. O volume de recursos externos de organizações internacionais para o MUSA também diminuiu ao longo do tempo, como resultado do sucesso dos esforços de prevenção no Brasil (portanto, supostamente sem necessidade de mais investimentos) e de mudanças em algumas das prioridades dos financiadores, direcionando-se para o financiamento de projetos voltados para a juventude. Isso teve um impacto negativo no trabalho direcionado as mulheres adultas no geral, e especialmente as profissionais do sexo.

O projeto do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, “Fique Amiga Dela”, oferece serviços de saúde para mulheres em São Paulo desde 1985, assim como um linha direta (telefone e email) para informar sobre sexualidade, saúde sexual e reprodutiva, grupos de reflexão e produção de materiais educativos.

No início da década de 2000, o número de bares e boates para profissionais do sexo aumentou rapidamente em Pinheiros, bairro onde está localizado o Coletivo. Profissionais do sexo começaram a ir ao Coletivo em busca de atendimento, geralmente com sintomas ginecológicos. A partir dessas primeiras consultas, entendemos que apesar dos serviços públicos de saúde da região, as mulheres os evitavam, temendo discriminação se revelassem sua profissão. Sem a revelação, porém, a assistência a saúde era oferecida de forma indiferente, sem atenção devida aos problemas de saúde relacionados ao trabalho sexual. Frequentemente, os centros de saúde também encaminhavam profissionais do sexo para o Coletivo. Dessa forma, desenvolvemos uma rede de contatos para expandir o acesso das mulheres a condoms, serviços de saúde sexual e reprodutiva e serviços de DST/AIDS, entendendo, ao mesmo tempo, a importância para os legisladores e profissionais de saúde pública da conscientização sobre a necessidade de um tratamento mais efetivo e menos estigmatizante para as profissionais do sexo.

Em 2003, começamos um programa abrangente cujo objetivo era reduzir a vulnerabilidade das profissionais do sexo em relação ao HIV, tanto no bairro de Pinheiros como no centro da cidade onde as prostitutas são mais velhas e pobres, e o trabalho sexual se dá principalmente na rua. O Programa Nacional de DST/AIDS, a Fundação Elton John AIDS e a Pact/Brasil apoiaram o projeto. O trabalho incluía oficinas sobre saúde sexual nos bordéis, consultas ambulatoriais, uma linha direta com informação em saúde, um guia de acesso aos serviços

públicos, treinamento para educadores de pares, treinamento de provedores de saúde pública em promoção da saúde sexual, educação do cliente e o incentivo a organização autônoma das profissionais do sexo.

Somente em Pinheiros, o Coletivo identificou 116 bordéis com uma média de 20 mulheres trabalhando em cada, em turnos. A prostituição nas ruas era rara. A maioria das mulheres tinha idade entre 18 e 25 anos, apesar da falsificação de documentos de menores ser comum. Existia uma alta mobilidade das mulheres circulando pelos hotéis, assim como por outros bairros e cidades. Algumas viviam em bordéis, outras com parentes e amigos; algumas eram casadas e viviam com seus maridos e filhos.

O Coletivo vinha realizando a oficina ‘Fique Amiga Dela’ sobre auto-cuidado da saúde sexual há muitos anos, e havia desenvolvido um livreto e website sobre o tema.²⁰ A oficina era organizada em três partes: 1) anatomia, auto-exame da vulva, clitóris, vagina e cérvix, e exercícios para fortalecer os músculos genitais; 2) a observação do ciclo menstrual, conscientização sobre fertilidade e métodos contraceptivos; e 3) como distinguir corrimentos normais dos anormais, como proteger a flora vaginal normal e prevenção contra DST/HIV. O livreto foi destinado a mulheres em geral, mas as oficinas eram adaptadas as necessidades das diferentes audiências. Por exemplo: mulheres jovens, grávidas e no pós-parto, lésbicas, HIV positivo, profissionais do sexo e freiras. Utilizando o livreto e modelos pélvicos, desenhos e amostras de contraceptivos, realizamos a oficina em bordéis. Em alguns lugares, os gerentes dos bordéis nos ajudaram a marcar consultas na clínica do Coletivo, após as oficinas.

Realizamos 86 oficinas e uma só para gerentes (a maioria também profissionais do sexo), atingindo mais de 1000 prostitutas. As mulheres avaliaram a oficina e sugeriram outros temas para serem discutidos, tais como planejamento

financeiro pessoal, informações sobre direitos, maternidade, contracepção, DSTs, cuidados com a pele e cabelo.

O Coletivo forneceu 400 consultas ambulatoriais para as profissionais do sexo, onde as mulheres preencheram um questionário sobre suas condições sociais, econômicas e de saúde. De acordo com esses dados, 30% das mulheres completaram o ensino fundamental e 23% tinham pelo menos algum ensino superior. Quarenta e sete por cento das mulheres tinham idade entre 20 e 29 anos e 33% tinham mais do que 35. A maioria (64%) era solteira; 23% eram casadas ou moravam com parceiro na época. Cinquenta e quatro por cento eram brancas, 32% eram pardas ou negras, o restante eram asiáticas e indígenas. Sessenta e oito por cento eram mães; 34% dessas tinham dois ou mais filhos.

A experiência da maternidade para as profissionais do sexo é pouco explorada pelos projetos de intervenção ou pesquisa, e assim como outras experiências de maternidades marginalizadas (i.e. usuárias de drogas, prisioneiras e moradoras de rua) tende a ser invisível e repleta de violência e estigma para as mães e para as crianças.^{9,10} O aborto também é comum e, uma vez que é ilegal no Brasil, geralmente é inseguro e o principal método relatado foi o uso de misoprostol.

Quando questionadas sobre se sua profissão afetava a sua saúde, 87% disseram que sim. As razões incluíam problemas emocionais relacionados ao estigma e discriminação, privação de sono, abuso de álcool e outras substâncias, problemas de violência e saúde sexual. Muitas mulheres disseram que eram profissionais do sexo temporariamente, até que conseguissem encontrar um emprego melhor. Porém, a maioria já estava no trabalho há cinco anos ou mais. Assim como em outros estudos, a maioria disse que trabalhava com sexo por conta de suas responsabilidades como arrimo de suas famílias.^{9,10}

Durante as consultas ambulatoriais, além do histórico de saúde e do exame pélvico, todas as mulheres foram convidadas a uma “visita guiada” por seus genitais para aprender rotinas de auto-exame, incluindo o das mamas. Os diferentes tipos de corrimentos vaginais foram verificados, e explicados e foram oferecidos gratuitamente diafragmas para as que desejaram. Foram fornecidas instruções de como inserir o diafragma, verificar se a cérvix está coberta, remover e limpar o diafragma. A aceitabilidade foi de mais de 98%. Como mostrado em outra fonte,²¹ o diafragma pode ser uma prevenção útil e um recurso contraceptivo mesmo para a população de profissionais do sexo mais pobres e com baixo nível de escolaridade.

Naquela época não podíamos promover condoms femininas, uma vez que não estavam disponíveis no sistema público de saúde. Identificamos que a utilização de condoms masculinos com seus clientes era muito consistente, mas com os parceiros muito baixa, como em Belo Horizonte. No início da intervenção não planejávamos distribuir condoms no primeiro contato, mas ao invés disso nas oficinas e consultas clínicas. Pensávamos que melhorar o conhecimento das mulheres sobre seus corpos incentivaria o uso de condoms e do diafragma. Também sabíamos que elas tinham aversão a “distribuidores de condoms”:

“Eles nos tratam como doenças, não é? Vem aqui só para distribuir preservativos, nem sequer nos olham na cara.”

Uma grande quantidade de profissionais do sexo tinha problemas associados com o uso rotineiro de duchas vaginais para se “limpar” depois do sexo com seus clientes, para “refrescar” a vagina após penetrações repetidas ou para se livrar do que chamavam de “cheiro de camisinha”. Também descobrimos um amplo uso de algodão, esponja e enchimento de colchão para bloquear a menstruação para que pudessem trabalhar, o que poderia causar corrimento

anormal, infecção vaginal e cervical crônica e doença inflamatória pélvica, resultando algumas vezes em histerectomia. Isso poderia incapacitá-las para o trabalho, devido à dor durante a relação e o mau odor decorrente das infecções. Vaginose bacteriana (VB) também era mais frequente entre aquelas que utilizavam algodão e duchas.²² Além disso, verificamos o uso contínuo de contraceptivos hormonais para evitar a menstruação, frequentemente associado com grande consumo de cigarros, aumentava o risco cardiovascular. Sugerimos as mulheres o uso do diafragma para coletar o sangue menstrual. As profissionais do sexo aprenderam com muito entusiasmo sobre o diafragma, que juntamente com os exercícios vaginais se tornou uma das grandes atrações do programa.

“Porque não inventaram isso antes, eu perdi meu útero por causa do algodão”

Entre outros problemas, identificamos uma alta taxa de rompimento de condom, por conta do ressecamento vaginal causado por repetidas penetrações e uso inadequado de lubrificantes, incluindo condicionador de cabelo, óleos e cremes vaginais. Fornecemos lubrificantes a base de água, visando convencer o poder público a providenciá-los para as profissionais do sexo (este item tem sido disponibilizado apenas para homens que fazem sexo com homens).

Informamos as mulheres sobre os serviços públicos de saúde disponíveis na região para atender as suas demais necessidades de saúde, incluindo testagem e tratamento de DSTs/HIV. O Coletivo publicou um guia de bolso com informações sobre saúde e detalhes de 56 serviços públicos e não governamentais disponíveis na cidade, com o objetivo de facilitar o acesso a assistência à saúde e assistência jurídica, direitos trabalhistas e seguridade social, treinamento profissional e proteção contra violência.

Realizamos cursos e treinamentos sobre esta abordagem para mais de 100 profissionais

das secretarias de saúde municipal e estadual que trabalhavam em programas para profissionais do sexo mulheres e travestis (projeto Tudo de Bom).²³

O projeto continuou com a orientação para clientes masculinos e treinamento para profissionais da saúde. Um dos mais importantes resultados desse projeto foi que quatro das educadoras de pares treinadas por nós, criaram uma ONG chamada *Altervida*, cujo objetivo é ajudar prostitutas no seu planejamento financeiro e a encontrar alternativas de renda para profissionais do sexo idosas; já conseguiram financiamento para ambos projetos.

Discussão

Nossa experiência com esses dois projetos – ambos originalmente focados na prevenção de DST e HIV – nos ensinou que apesar das mulheres profissionais do sexo terem necessidades específicas em relação a prevenção de DST/HIV, também apresentam as mesmas necessidade das mulheres em geral, que são ignoradas por muitos programas. Tanto em São Paulo quanto Belo Horizonte, percebemos que a falta de conhecimento sobre o corpo resulta em práticas populares de auto-cuidado que podem ser mais prejudiciais do que benéficas.

Por necessidades sexuais e reprodutivas, entendemos a carência de informações e aconselhamento sobre sexualidade, prevenção e tratamento de DSTs e AIDS, acesso a contracepção e dupla proteção, aborto seguro, pré-natal, cuidados no parto e pós-parto, assistência social e legal, assim como atenção a problemas psicossociais que afetam a capacidade de auto-cuidado das mulheres, como problemas de saúde mental, abuso de álcool e drogas e a violência por parte dos clientes, parceiros, polícia e outros.²⁴ Assim como outras mulheres, as profissionais do sexo também se beneficiam de um aconselhamento não crítico sobre sexualidade e o cuidado com seus corpos.

Condoms devem estar disponíveis e acessíveis, juntamente com lubrificantes a base de água. Além disso, práticas seguras para o uso do condom devem ser ensinadas. Condoms femininos podem ser mais aceitos com parceiros do que os masculinos e em casos onde os clientes rejeitam o preservativo ou tem dificuldades de usá-lo, como por exemplo, clientes mais velhos.²⁵ É preciso melhorar o acesso ao condom feminino. O custo dos condoms masculinos também é uma questão que deveria ser abordada nos serviços públicos, uma vez que as mulheres relataram comprar condoms de baixa qualidade, contrabandeados no Paraguai para economizar dinheiro.

Para as profissionais do sexo, o diafragma é um importante acessório para melhorar a saúde sexual e reprodutiva devido ao seu valor contraceptivo, além de estar sob o controle das mulheres e poder ser utilizado de forma segura junto com o condom sem o parceiro notar.²⁶ Um diafragma também ajuda a reduzir a exposição a DSTs cervicais^{21,27,28} e reter o sangue menstrual, facilitando o trabalho durante a menstruação. Outra vantagem do diafragma é a possibilidade do auto-exame durante a inserção e remoção. Incentivamos o uso contínuo do diafragma (removendo e lavando uma vez por dia, reinserindo-os sem espermicida), pela alta aderência do uso e por poucos efeitos adversos.²⁶

Profissionais do sexo necessitam de um ombro amigo para dar apoio ao sofrimento emocional relacionado ao gênero e estigma profissional, e reduzir sua vulnerabilidade ao abuso de substâncias e violência por parte de seus parceiros, cafetões e da polícia. Desejando

ou não largar o trabalho sexual, muitas necessitam de acesso a atividades geradoras de renda e treinamento profissional. Existe uma demanda significativa de informação sobre seus direitos como trabalhadoras, mães e cidadãs. Muitas são arrimos de família e necessitam de ajuda para aprender como gerenciar suas finanças, mesmo as mais pobres.

Os programas para profissionais do sexo deveriam ir além da abordagem estreita da prevenção de DST/HIV para se tornar um meio de fortalecer a saúde e direitos desse grupo. Para tanto, é importante entender o que é específico para profissionais do sexo e o que é comum a todas as mulheres em relação a necessidades de saúde sexual e reprodutiva. Acreditamos que esse entendimento seja necessário para construir estratégias efetivas de promoção da saúde das mulheres, sem penalizá-las por serem profissionais do sexo. Por fim encorajamos as feministas, especialmente as ativistas pelos direitos sexuais, a buscar um diálogo mais profundo e significativo com as organizações de profissionais do sexo, para reduzir barreiras e incompreensões de uma interação que tem sido fortemente prejudicada para ambos.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a Maria Jucinete Machado e Ana Flávia Coelho Lopes pelos comentários nas versões anteriores desse artigo. Agradecemos também aos organizadores e participantes do encontro do Open Society Institute que nos inspirou a escrever esse artigo: *Fostering Enabling Legal and Policy Environments for Sex Workers' Health and Human Rights*, Johannesburg, 22–24 Junho 2006.

Referências

1. Brasil Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/AIDS. Report on the conclusions and recommendations of the National Seminar on AIDS and Prostitution, 6–8 March 2002. Em: <www.aids.gov.br/final/ novidades/prof_sexo_relatorio.htm>. Acessado em 8 de Março de 2007.
2. Osis MJ. The comprehensive women's health care program

- (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil. *Cadernos de Saúde Publican*. Em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=es&nrm=isso>. Acessado em 23 de Fevereiro de 2007.
3. Brasil Ministério da Saúde, Serviço de Vigilância Sanitária / Coordenação Nacional de DST/ AIDS. *Revista Resposta + 2006: experiências do Programa Brasileiro de AIDS*. Brasília, 2005. Em: <www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B1331B9A4-EBEA-4B3B-9821-58A14B0691E%7D/CD%2004b_port.pdf>. Acessado em 8 de Março 2007.
 4. Davida – Prostituição, Direitos Civis e Saúde. *Protagonismo, igualdade e diversidade*. Em: <www.davida.org.br/index.Swf>. Acessado em 8 de Março de 2007.
 5. Brasil Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/ AIDS. “Sem vergonha, garota. Você tem profissão”. Brasília, 2002. Em: <www.aids.gov.br/final/prevencao/campanha_profissionais.htm>. Acessado em 8 de Março de 2007.
 6. Brasil Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/ AIDS. *AIDS: a magnitude do problema. A epidemia no Brasil. Características do Programa Brasileiro de AIDS. Resultados de 20 anos de luta contra a epidemia no Brasil*. Brasília, 2003. Em: <www.aids.gov.br/final/biblioteca/metadados/metadados.pdf>. Acessado em 8 de Março de 2007.
 7. Brasil Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde / Programa Nacional de DST/ AIDS. *Avaliação da Efetividade das ações de Prevenção dirigidas às Profissionais do Sexo, em Três Regiões Brasileiras. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n87, Ministério da Saúde, 2004*.
 8. Brasil. Código Criminal Brasileiro. Capítulo V, artigos 227–232.
 9. Guimaraes K, Merchan-Hamann E. Commercialising fantasies: social representations of prostitution, dilemmas of the profession and the construction of citizenship. *Revista Estudos Feministas* 2005;13(3):525–44. Em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300004&lng=en&nrm=isso>. Acessado em 21 de Fevereiro 2007.
 10. Jana S, Basu I, Rotheram-Borus M, et al. The Sonagachi Project: a sustainable community intervention program. *AIDS Education and Prevention* 2004; 16(5):405–14. Em: <www.guilford.com/pr/jnai.htm>. Acessado em 22 de Fevereiro 2007.
 11. Open Society Institute. Concept Paper for a SHARP/Law and Health Gathering: Fostering Enabling Legal and Policy Environments for Sex Workers’ Health and Human Rights. Johannesburg, 22–24 June 2006. Em: <www.soros.org/initiatives/health/focus/sharp/events/fostering_20060622/paper_20060622.pdf>. Acessado em 20 de Fevereiro de 2007.
 12. Saraswathi Seshu M. Sex work and HIV/AIDS: The Violence of Stigmatization. UNAIDS Global Reference Group on HIV/AIDS and Human Rights. Em: <http://data.unaids.org/Topics/Human-Rights/hr_refgroup2_11_en.pdf?preview=true>. Acessado em 8 de Março de 2007.
 13. CLADEM. Prostitución: ¿STra-bajo o esclavitud sexual? Lima, Diciembre 2003. p.78.
 14. Ministério da Saúde. Agência de notícias da AIDS. Brasil rejeita subsídios de quarenta milhões de dólares da USAID. Em: <www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=64030>. Acessado em 8 de Março de 2007.
 15. Chacham AS. Sexual rights, gender rights. Paper presented at IV National Meeting, Brazilian Feminist Network for Reproductive and Sexual Rights. Caeté, 16 May 2002.
 16. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. Gender and reproductive rights. What is a rights-based approach. Em: <www.who.int/reproductive-health/gender/rights.html>. Acessado em 8 de Março de 2007.
 17. Overs C. Sex workers: part of the solution. An analysis of HIV prevention programming to prevent HIV transmission during commercial sex in developing countries. Em: <www.nswp.org/pdf/OVERSSOLUTION.PDF>. Acessado em 8 de Março de 2007.
 18. Stadler J, Delany S. The ‘healthy brothel’: the context of clinical services for sex workers in Hillbrow, South Africa. *Culture, Health and Sexuality* 2006;8(5):451–63.
 19. Delvaux T, Crabbé F, Seng S, et al. The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):88–95.
 20. Diniz SG. *Fique Amiga dela*. 2. ed. São Paulo: Edições Coletivo Feminista, 2003. Em: <www.mulheres.org.br/Fiqueamigadelas>. Acessado em 8 de Março de 2007.
 21. Minnis AM, Padian NS. Effectiveness of female controlled barrier methods in preventing sexually transmitted infections

- and HIV: current evidence and future research directions. *Sexually Transmitted Infections* 2005;81:193-200.
22. Diniz SG. Gênero e prevenção das DST/AIDS. São Paulo, 2001. Em: <www.mulheres.org.br/fiqueamigadela/relacoesdegenero.pdf>. Acessado em 22 de Fevereiro de 2007.
23. Secretaria Municipal de Saúde. DST/AIDS. "Tudo de Bom! - Parcerias de prazer, saúde e direito". Em: <www10.prefeitura.sp.gov.br/dstaid/ novo_site/projetos/projetos.php?id=9>. Acessado em 22 de Fevereiro de 2007.
24. Sexual and reproductive health needs of women and adolescent girls living with HIV. Em: <www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/619_filename_srh-offhiv-positive-women.pdf>. Acessado em 8 de Março de 2007.
25. Dias PR, Souto K, Page-Shafer K. Long-term female condom use among vulnerable populations in Brazil. *AIDS and Behavior* 2006;10(Suppl.4):S67-75.
26. Ferreira AE, Araujo MJ, Regina CH, et al. Effectiveness of the diaphragm, used continuously, without spermicide. *Contraception*. 1993;48(1):29-35.
27. Mench TR, Chipato T, Padian NS. Preventing disease by protecting the cervix: the unexplored promise of internal vaginal barrier devices. *AIDS* 2001;15:1595-602.
28. Ellertson C, Burns M. Reexamining the role of cervical barrier devices. *Outlook* 2003: 1-8. Em: <http://www.path.org/files/eol20_2.pdf>. Acessado em 22 de Fevereiro de 2007.

Abstract: *The sexual and reproductive health needs of sex workers have been neglected both in research and public health interventions, which have almost exclusively focused on STI/HIV prevention. Among the reasons for this are the condemnation, stigma and ambiguous legal status of sex work. This paper describes work carried out by two feminist NGOs in Brazil, Mulher e Saúde (MUSA) in Belo Horizonte and Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde in São Paulo, to promote sexual and reproductive health for sex workers. MUSA's project "In the Battle for Health", was begun in 1992; sex workers were trained as peer educators and workshops were offered on self-care for sex workers and their clients. In São Paulo, the Coletivo project "Get Friendly with Her", begun in 2002, offers clinic consultations and self-care workshops on sexuality, contraception, STI/HIV prevention and self-examination. Health care needs during menstruation and unhealthy vaginal practices led to promotion of the diaphragm as a contraceptive, for prevention of reproductive tract infection and to catch menstrual blood. Meeting the sexual and reproductive health needs of sex workers depends on the promotion of their human rights, access to health care without discrimination, and attention to psychosocial health issues, alcohol and drug abuse, and violence from clients, partners, pimps and police.*