

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA  
EM ASSOCIAÇÃO AMPLA DE IES (UFC/UECE/UNIFOR)**

**RENATA MOTA RODRIGUES BITU SOUSA**

***“NÃO SEI ASSIM DIREITO COMO É, EU SÓ SEI QUE É AIDS”:*  
INCENTIVOS E BARREIRAS AO TESTE DE HIV/AIDS ENTRE PROFISSIONAIS  
DO SEXO**

**FORTALEZA**

**2013**

**RENATA MOTA RODRIGUES BITU SOUSA**

*“NÃO SEI ASSIM DIREITO COMO É, EU SÓ SEI QUE É AIDS”:*  
INCENTIVOS E BARREIRAS AO TESTE DE HIV/AIDS ENTRE PROFISSIONAIS DO  
SEXO

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade de Fortaleza e as Universidades Estadual do Ceará (UECE) e Federal do Ceará (UFC) com Associação de IES – Ampla, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

OrientadorA: Profa. Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

S696n Sousa, Renata Mota Rodrigues Bitu.  
“Não sei assim direito como é, eu só sei que é AIDS” : incentivos e barreiras ao teste de HIV/AIDS entre profissionais do sexo / Renata Mota Rodrigues Bitu Sousa. – 2013.  
154 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Associação de IES Ampla - UECE/UFC/UNIFOR), Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientação: Profa. Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr.

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. Prostituição. 3. Sorodiagnóstico da AIDS. I. Título.

---

CDD 616.9792

RENATA MOTA RODRIGUES BITU SOUSA

*"NÃO SEI ASSIM DIREITO COMO É, EU SÓ SEI QUE É AIDS"*  
INCENTIVOS E BARREIRAS AO TESTE DE HIV/AIDS ENTRES PROFISSIONAIS DO  
SEXO

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva por Associação Ampla de IES  
(UNIFOR/UFC/UECE), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde  
Coletiva.

Aprovada em: 06/08/2013

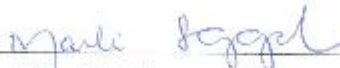
BANCA EXAMINADORA



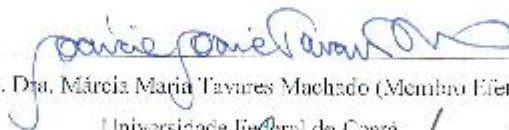
Prof.ª. Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará



Prof.ª. Dra. Raimunda Magalhães da Silva (Membro Efetivo)  
Universidade de Fortaleza



Prof.ª. Dra. Mari Terezinha Gimenez Galvão (Membro Efetivo)  
Universidade Federal do Ceará



Prof.ª. Dra. Márcia Maria Tavares Machado (Membro Efetivo)  
Universidade Federal do Ceará



Prof. Dr. Carl Kendall (Membro Suplente)  
Toulane University – EUA

Às mulheres profissionais do sexo que lutam diariamente pela dignidade de acessar seus direitos sociais, humanos, sexuais e reprodutivos ...

## AGRADECIMENTOS

A gratidão é uma das grandes capacidades humanas e espirituais de sermos melhores, portanto, muitas pessoas eu devo evocar aqui, se não for nominalmente, será sempre pelo coração.

À minha família, especialmente minhas filhas, Maria e Julia, e meu glorioso companheiro, Fabrício Bitu, que estruturaram um arsenal de apoio cotidiano a esta transformação que nos faz renascer chamada doutorado. Não imagino como ter vivido tudo o que vivi até aqui sem o apoio incondicional e dedicado de vocês. O amor que nos une nesta existência foi alimento fundamental, afetividade que significou arcabouço imprescindível para o aprendizado.

Aos meus queridos pais, que de todo modo contribuíram para que eu sempre cultivasse na minha vida o ato de perseverar, de lutar e de ser resiliente diante das dificuldades da vida.

À minha orientadora, Professora Lígia Kerr que, sempre de forma extremamente cordial, confiou em mim, e esteve ao meu lado nesta caminhada. Agradeço pelos ensinamentos, pelo carinho e pelos conhecimentos adquiridos neste processo.

Ao meu coorientador, Professor Carl Kendall, com quem tive a oportunidade de ampliar o olhar no campo da saúde, e exercitar a capacidade de compreensão dos problemas de saúde sob uma perspectiva para além do óbvio.

À minha companheira de todas as horas, amiga fiel, incondicional, verdadeira, sincera, assertiva, querida socióloga e pesquisadora Camila Castro. Sua inteireza ao meu lado permitiu que eu pudesse caminhar com o apoio necessário para superar as dificuldades e validar as minhas potencialidades.

A toda a equipe da coordenação de DST/Aids e do Ponte de Encontro, da Secretaria de Saúde e de Direitos Humanos da Prefeitura, disponíveis, engajados, comprometidos e afetados pelas vulnerabilidades dos territórios onde trabalham. A energia de vocês nos fez estar nas zonas de prostituição com outros olhares, ao mesmo tempo, em segurança, e próximos de quem as mulheres que trabalham ali realmente são.

A todas as mulheres profissionais do sexo que participaram da pesquisa e contribuíram de forma essencial para realização deste trabalho.

À Professora, pesquisadora e socióloga Monalisa Soares que tanto contribuiu com a revisão deste trabalho, pela realização de uma leitura crítica e esclarecedora de tamanho desafio.

Agradeço especialmente às professoras que aceitaram participar da Banca Examinadora, Professora Márcia Machado, Marli Galvão, Raimunda Magalhães, as quais, tenho certeza, farão importantes contribuições às minhas pesquisas e aprendizados futuros.

Precisamos realizar uma hermenêutica do encontro entre sujeitos no campo da saúde, que visa construir objetos e instrumentos capazes de produzir o que as pessoas precisam, em cada situação, para alcançarem seus projetos de felicidade.

(Ayres, 2004)

## RESUMO

O diagnóstico precoce do HIV no Brasil ainda se configura como um desafio. Estima-se que cerca de 30% das pessoas que vivem com o vírus não conhecem sua sorologia; 43% da população chega aos serviços de saúde com diagnóstico tardio, em condições clínicas já relacionadas à aids. Neste cenário, mulheres profissionais do sexo – PS - são consideradas mais vulneráveis com taxa de prevalência do HIV de 4,8%, enquanto que entre mulheres na população em geral, a prevalência é de 0,4%. Deste modo, objetivou-se compreender os incentivos e as barreiras que envolvem a realização do teste de diagnóstico do HIV entre mulheres profissionais do sexo na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Foi construída uma análise de suas realidades que buscou contribuir para redução das vulnerabilidades associadas à infecção pelo HIV/Aids. Utilizou-se abordagem qualitativa por meio da metodologia “*Rapid Assessment*”(RA), a partir dos pressupostos antropológicos. Realizaram-se entrevistas junto a 36 mulheres PS, observação do campo e análise de documentos. A decisão de realizar o teste de HIV é determinada pelo cruzamento de fatores individuais, sociais, programáticos, ligados às desigualdades sociais. A desconexão entre senso comum e conhecimento científico, atrelada à influência de crenças religiosas, se constituiu como barreira à realização do teste. O pré-natal se configurou como processo que possibilita a realização do teste, mas não incentiva a sua regularidade fora do período gestacional. A maioria das entrevistadas afirmou o uso contínuo do preservativo com seus clientes, no entanto, não utilizava com seus parceiros fixos. Em geral, as mulheres desejam realizar o teste, no entanto a principal barreira tem sido a dificuldade de acesso aos serviços. A integração das populações mais vulneráveis ao HIV nos serviços de saúde depende do modo de organização do sistema de saúde. Faz-se necessário considerar suas demandas e necessidades, de forma estratégica e coletiva com as próprias usuárias.

**Palavras-chave:** Aids; Prostituição Feminina; Teste HIV; Vulnerabilidades.



## ABSTRACT

Early diagnosis of HIV in Brazil still represents a challenge. It is estimated that about 30% of people living with HIV do not know their HIV status. 43% of the population comes to health services with late diagnosis in clinical conditions as AIDS-related. In this scenario, female sex workers - SW, are considered the most vulnerable, with HIV prevalence rate of 4.8%, while among women in the general population, the prevalence is 0.4%. Thus, the aim of this work was to understand what incentives and barriers that involve performing diagnostic testing of HIV among female sex workers in the city of Fortaleza, Ceará. It built an analysis of their realities which tried to contribute to the reduction of vulnerabilities associated with HIV/AIDS infection. We used a qualitative approach using the methodology "Rapid Assessment" (RA) from the anthropological presuppositions. We conducted interviews with 36 SW women, field observation, and document analysis. The decision to perform an HIV test is determined by the intersection of individual, social, programmatic factors, linked to social inequalities. The disconnection between common sense and scientific knowledge, linked to the influence of religious beliefs, constituted as a barrier to testing. The prenatal was configured as a process that enables the test but does not encourage its regularity in non-pregnant time. Most respondents spoke of continued use of condom with their clients, however, do not use it with their steady partners. Women often want to do the test, however the main barrier is the difficulty of access to services. The integration of the populations most vulnerable to HIV in health care depends on the mode of organization of the health system. It is necessary to consider their demands and needs, strategically and collectively with their users.

**Key words:** AIDS; Female Prostitution; HIV testing; Vulnerabilities.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANRS - *Agence Nationale de Reserches sur le sida et les hépatites virales*

ANRS - *Agence Nationale de Reserches sur le sida et les hépatites virales*

APROCE - Associação das Prostitutas do Ceará

APS - Atenção Primária em Saúde

CDC - Centers of Disease Control (USA)

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

GRAB - Grupo de Resistência Asa Branca

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

HSH - Homens que fazem sexo com homens

IAS - International Aids Society

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

ONGs - Organizações Não Governamentais

ONUSIDA - Programa Conjunto das Nações Unidas para o SIDA

PS - Profissional do Sexo

PSF - Programa Saúde da Família

RAA - Avaliação Antropológica Rápida

RDS - Respondent Driven Sampling

SAE - Serviços de Atendimento Especializado

SDH - Secretaria de Direitos Humanos

SDH - Secretaria Municipal de Direitos Humanos

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

UDI - Usuários de Drogas Ilícitas

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

UNGASS - Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas

WHO - *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1.1 Delimitando o objeto do estudo</b> .....	14
<b>1.2 Cenário epidemiológico da epidemia da aids</b> .....	18
<b>1.3 Diante da diversidade existente, de que “prostituição” estamos falando?</b> .....	19
<b>1.4 Interfaces entre aids e prostituição: cruzamentos entre o que preconizam as políticas públicas e o que é produzido socialmente</b> .....	21
<i>1.4.1 Do conceito de risco à análise de vulnerabilidade</i> .....	25
<b>1.5 Política de DST/HIV/Aids no Brasil e diagnóstico precoce do HIV em contextos de prostituição</b> .....	31
<b>1.6 O Sistema de Saúde e a política de testagem para o HIV em Fortaleza</b> .....	37
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	40
<b>2.1 Geral</b> .....	40
<b>2.2 Específicos</b> .....	40
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	41
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	41
<b>3.2 Locais do estudo</b> .....	43
<b>3.3 População do estudo</b> .....	47
<b>3.4 Técnicas de coleta de dados</b> .....	47
<b>3.5 Aprofundando o processo de construção das entrevistas e seus entornos</b> .....	48
<b>3.6 Processo de construção dos temas</b> .....	53
<b>3.7 Estruturação do modo de análise</b> .....	54
<b>3.8 Aspectos éticos</b> .....	56
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	58
<b>Processo de identificação e construção das categorias de análise</b> .....	59
<b>4.1. A mulher de casa e a mulher da rua</b> .....	60
<b>4.1.1 Ser a mulher da rua: autopercepção de risco para o HIV</b> .....	63
4.1.1.1 Barreiras ao teste HIV relacionadas à autopercepção de risco .....	65
4.1.1.2 Incentivos à realização do teste relacionados à autopercepção de risco.....	68
<b>4.1.2. Territórios: podem proteger ou conformar maiores situação de risco</b> .....	70
<b>4.1.3. Estratégias de prevenção e cuidados de si nas diversas práticas da mulher da rua</b> .....	72
<b>4.1.4 Ser mulher de casa: o risco está fora do contexto familiar</b> .....	75
4.1.4.1 Entre o cliente e o marido, a prostituta e a mulher de família.....	77

4.1.4.2 Em casa, o prazer; na rua, o dinheiro .....	79
<b>4.2 Conhecimentos e informações: “não sei assim direito como é, eu só sei que é aids”</b>	
.....	84
<b>4.2.1 A produção dos conhecimentos e a relação entre aids e prostituição</b> .....	84
<b>4.2.2 Relação entre os diferentes tipos de conhecimento e a realização do teste de HIV: incentivos e barreiras</b> .....	86
4.2.2.1 Incentivos .....	87
4.2.2.2 Barreiras .....	91
<b>4.2.3 Interações entre o “senso comum”, o “conhecimento científico”, o “conhecimento religioso” e a aids</b> .....	95
4.2.3.1 Desconexões entre ciência e religião que interferem no cuidado.....	96
4.2.3.2 Sexo, gênero, religiosidade e prostituição: sinergia de vulnerabilidades em relação à aids .....	99
<b>4.2.4 Os usos e conhecimentos sobre o preservativo e sua relação com o teste de HIV</b> .....	103
<b>4.3 Estigma, o alicerce das barreiras: “você saber que está com aids, vai sabendo que vai morrer”</b> .....	106
4.3.1 A ideia de culpa e o estigma da aids.....	111
4.3.2 Desdobramentos da discriminação em relação ao HIV: a punição .....	114
4.3.4 Estigma e isolamento social .....	117
4.3.5 Estigma e revelação do resultado .....	119
4.3.6 A doença do ‘outro’: aproximações e distanciamentos do diagnóstico precoce do HIV .....	121
<b>4.4 Acesso ao diagnóstico precoce no SUS: “era para ter teste de HIV em todos os postos”</b> .....	122
4.4.1 Incentivos e barreiras ao teste HIV na atenção à saúde no SUS .....	122
4.4.2 Doação de sangue: ao mesmo tempo, um incentivo e um risco ‘camuflado’ .....	128
4.4.3 As mulheres sabem o que precisam: apontamentos para qualidade da atenção à saúde na prostituição .....	130
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	133
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	137
<b>APÊNDICES</b> .....	148
<b>ANEXOS</b> .....	156

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a UNAIDS, até 2012 existiam em todo mundo cerca de 34 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids, com média de 2,5 milhões de novas infecções ao ano, sendo 1,4 milhões na América Latina (UNAIDS, 2012).

No Brasil, foram notificados 608.230 casos de Aids entre os anos de 1980 e 2012, a cada ano cerca de 35.000 novos casos são identificados, o que aponta para uma epidemia não controlada (BRASIL, 2012a).

Há, ainda, neste cenário, epidemia concentrada nas populações mais vulneráveis: mulheres profissionais do sexo - PS, homens que fazem sexo com homens – HSH, usuários de drogas injetáveis e população presidiária (BRASIL, 2012a). Este estudo foi realizado tendo em vista esse contexto, junto a mulheres que se prostituem, na tentativa de construir análise de suas realidades que possibilite contribuir para redução das vulnerabilidades associadas à infecção pelo HIV/Aids.

Ao longo dos anos, a epidemia de Aids no mundo vem se delineando em uma série de contextos que mudam de acordo com os avanços em relação à prevenção e ao tratamento da doença. Estima-se que cerca de 30% das pessoas que vivem com HIV no Brasil não sabem a sua sorologia, o que denota a urgência de voltar atenção das políticas de prevenção para o diagnóstico precoce do HIV, tanto para população em geral quanto para as populações consideradas mais vulneráveis, pela elevada prevalência do vírus, particularmente em HSH e mulheres profissionais do sexo<sup>1</sup> (PASCUM; SZWARCOWALD; BARBOSA JÚNIOR, 2010; SZWARCOWALD et al., 2011; BRASIL, 2012b).

Nesse contexto, é importante destacar que a epidemia de Aids se constitui também a partir de um conjunto de tendências, dentre estas, a feminização. Resguardadas as diversidades regionais, a prevalência nacional do HIV entre as mulheres profissionais do sexo é de 4,8%, enquanto que entre mulheres em geral, o percentual é 0,4%. As taxas de incidência de aids entre as mulheres apresentam desaceleração no crescimento, contudo, nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, mantêm-se em níveis elevados (SZWARCOWALD et al., 2011).

---

<sup>1</sup> Neste estudo, o modo como se refere às mulheres profissionais do sexo foi refletido a partir da análise dos relatórios da consulta nacional sobre DST/aids, prostituição e direitos humanos, ocorrido em 2008 no Brasil. Neste momento, foi consensuado que o termo mais inclusivo, mediante à diversidade de prostituições, fosse “pessoas que exercem a prostituição”, e como reconhecimento das especificidades das mulheres, propôs-se o seguinte tratamento: *prostitutas e profissionais do sexo* (BRASIL, 2008a).

Desse modo, considera-se que a inclusão das mulheres PS no sistema de saúde tem se configurado como desafio. Segundo estudos de avaliação de acesso ao diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), no nordeste brasileiro, a precariedade de atendimento para estas mulheres é maior do que em outras regiões (BRASIL, 2004; PASCUM; SZWARCOWALD; BARBOSA JÚNIOR, 2010).

O modo como a prostituição está moralmente inserida no cotidiano da sociedade brasileira não favorece a constituição efetiva de políticas públicas específicas que enfrentem esta concentração de casos de HIV entre esse grupo (PASCUM; SZWARCOWALD; BARBOSA JÚNIOR, 2010).

A Aids é uma doença repleta de significados que ultrapassa o limite biomédico e aciona identificações diversas que imprimem conotação social, cultural, religiosa e identitária à transmissão de um vírus. Logo, entende-se que essas questões devam ser envolvidas no momento de formulação das políticas públicas de saúde e prevenção (MARTIN, 2003).

Consoante à última Conferência Internacional de Aids, em 2012, a relação entre o acúmulo de avanços científicos na área biomédica e a diminuição de preconceito associado à população infectada pelo HIV não ocorrem na mesma proporção. Embora ainda seja também extremamente necessário promover o acesso universal à assistência e o tratamento da doença de forma qualificada, o trabalho em torno do enfrentamento dos estigmas socialmente produzidos em relação à aids também deve ser intensificado (IAS, 2012).

O momento da descoberta da sorologia positiva está associado a um impacto na prevenção, no tratamento e nas despesas de saúde. A realização do teste no início da infecção propicia identificação rápida dos que estão infectados, resultando em uma taxa de sobrevivência mais alta, diminuição do período de hospitalização e melhor cumprimento dos tratamentos (PALELLA et al., 2003; UNAIDS, 2012).

Pesquisas também apontam a redução da transmissão do vírus circulante quando o indivíduo testado se reconhece em uma sorologia positiva (FRANÇA JÚNIOR et al., 2008). No entanto, no Brasil, o diagnóstico do HIV ainda ocorre de forma tardia, com 43% nada população brasileira chegando ao serviço em condições clínicas agravadas relacionadas à aids (GRANGEIRO et al., 2011; DOURADO et al., 2013).

A priorização do diagnóstico precoce do HIV nas unidades de saúde, de forma sistemática, ocorre, mesmo que de forma precária, centrado no período gestacional (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008). Paradoxalmente, as recomendações nacionais e internacionais preconizam que as profissionais do sexo, enquanto população mais vulnerável, sejam

incluídas nestes territórios locais como modo especial de contenção da infecção pelo HIV na população em geral (BRASIL, 2006; UNAIDS, 2009-2012).

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, o teste de HIV deve estar disponível o mais próximo possível das pessoas, expandido para além dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Está predisposto também que as unidades primária em saúde devem ofertar o teste para além do pré-natal e realizar ações descentralizadas em espaços sociais que aglutinem populações mais vulneráveis, incluindo zonas de prostituição (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010a).

Os documentos oficiais do Ministério da Saúde sugerem a implantação do cuidado integral junto às PS, que inclui o reconhecimento e mapeamento dos espaços de sociabilidade sexual no território, distribuição ampla de preservativos, consultas regulares de prevenção ginecológica, testagem sistemática para HIV, sífilis e hepatites e tratamento imediato de alguma DST (UNAIDS, 2009; BRASIL, 2004). Estas ações e serviços propostos também são condizentes com as características de organização longitudinal e territorializada da atenção primária (CUNHA; GIOVANELA, 2011).

No entanto, as constatações apontadas nesta pesquisa e em outros estudos (PASCOS, 2010; MARTIN, 2003; CAMPOS, 2005) têm demonstrado que a implantação de uma política de cuidado integral à saúde de mulheres profissionais do sexo não vem ocorrendo nesta mesma direção.

A invisibilidade social e programática da prostituição, aliada ao preconceito associado à ideia de grupos de risco e da própria infecção pelo HIV a partir destes contextos, desencadeia um processo de exclusão relativa de populações mais vulneráveis nas unidades de saúde, em especial nas unidades de atenção primária (PEDROSA; CASTRO, 2008).

Diante desse cenário, este trabalho discute sobre as barreiras e os incentivos identificados pelas profissionais do sexo em Fortaleza para realização do teste de HIV, Buscando relacionar essas identificações ao modo como estas compreendem a organização das ações e dos serviços de saúde nos diversos pontos de atenção à saúde no SUS.

## 1.1 Delimitando o objeto do estudo

Este estudo situou-se em um projeto mais amplo, financiado pelo Ministério da Saúde, CNPq e *Agence Nationale de Reserches sur le sida et les hépatites virales (ANRS)*<sup>2</sup>. Em grande escala, o estudo maior teve abordagens quantitativas e qualitativas, trabalhando com um conjunto de faixas etárias da população em geral, e mais duas populações específicas, homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres profissionais do sexo (PS), na cidade de Fortaleza. A investigação presente referiu-se à abordagem qualitativa dos incentivos e das barreiras referentes ao teste de HIV entre mulheres PS.

A decisão de aprofundar os conhecimentos do acesso ao teste junto a este grupo específico apoiou-se também em nossos anseios de contribuir para reflexões em torno da atenção à saúde de mulheres que exercem a prostituição em Fortaleza, mais especificamente sob o aspecto de ampliação da testagem ao HIV, do acesso à prevenção, ao tratamento da aids e de outras DST.

Nesta direção, considera-se ainda que, mesmo a relação entre aids e prostituição sendo amplamente discutida em todo o mundo, ainda há pouca efetivação concreta em ações e serviços de saúde que atuem diretamente por parte do poder público<sup>3</sup> para mudança do curso da epidemia nos diversos municípios brasileiros junto às mulheres que trabalham comercializando o sexo com o próprio corpo.

Foi identificado no relatório da Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas (UNGASS) (2008b) que menos de 16% dos recursos eram investidos por parte dos governos em ações para populações mais vulneráveis, sendo ainda parte deste percentual apenas repasse de verbas para organizações não governamentais, havendo pouca relação direta dos governos com estas ações (BRASIL, 2008b).

O que tem sido desenvolvido em termos de prevenção com profissionais do sexo remonta o início da epidemia da aids (década de 1980), fortemente centrada na responsabilidade das organizações não governamentais. Desde esta época, iniciou-se a descrição da possibilidade maior de infecção em determinadas populações, dentre as quais as profissionais do sexo. Entretanto, diante da moral vigente atribuída à prostituição, configurou-se noção estigmatizada de grupo de risco associada a esta população (BRASIL, 2007).

---

<sup>2</sup> Edital MCT/CNPq no. 14/2009 – universal.

<sup>3</sup> Em termos de políticas públicas e ações governamentais diretas ainda há muitas lacunas, as ações ainda têm sido muito delegadas a organizações não governamentais através do repasse de verbas por convênios. Em termos de esforços coletivos, nos últimos anos, houve mobilização das organizações não governamentais, em Fortaleza, a de maior expressão foi a Associação das Prostitutas do Ceará (APROCE). O objetivo desta mobilização era desenvolver um trabalho de prevenção. Em decorrência deste conjunto de ações preventivas (ainda que frágil), muitas mulheres trabalhadoras do sexo que participaram da pesquisa reconheceram o uso da camisinha como ponto fonte de proteção.



A partir da referência estigmatizada, o tema abordado *a posteriori* busca também aprofundar nossos conhecimentos em torno da relação entre prostituição e aids. Neste contexto, foi importante saber o que ocorria de forma positiva e que impulsionava a realização do teste, como também de forma negativa e que distanciava as mulheres do diagnóstico precoce do HIV, mesmo em situações de alta possibilidade de infecção, delineadas por vulnerabilidades sobrepostas.

Por este aspecto, analisaram-se os incentivos e as barreiras para realização do teste de HIV a partir dos contextos de vulnerabilidades entre aids e prostituição em Fortaleza, com intuito de superar o foco isolado da concepção de grupos de risco. Para Martin (2003), esta não é somente uma questão de natureza médica ou comportamental, mas em sua essência, vai além, e demanda um olhar antropológico sobre os modos de organização social dos sujeitos envolvidos com a prostituição.

Optou-se por realizar a coleta e análise dos dados referentes às mulheres profissionais do sexo na perspectiva qualitativa pela insuficiência de estudos, políticas, projetos e movimentos em torno desta discussão no município de Fortaleza naquele momento.

No período da investigação, a autora estava coordenando o programa de DST/HIV/Aids da secretaria municipal de Fortaleza e, logo percebeu-se a necessidade de fomentar a implantação do cuidado em saúde nas zonas de prostituição mais vulneráveis da cidade. A pesquisa acontecia concomitante ao trabalho que estava sendo realizado junto à Secretaria Municipal de Direitos Humanos (SDH), no âmbito da intersetorialidade relacionado à saúde sexual e reprodutiva de pessoas que estavam na rua, morando ou trabalhando, como no caso dessas mulheres.

A interlocução com a SDH proporcionou perceber as questões da saúde a partir de outros referenciais e campos do conhecimento e da gestão. Embora fosse um trabalho institucional, as equipes da SDH estabeleciam outra dinâmica com os territórios mais excluídos de políticas públicas. Desta inserção, percebeu-se o quanto a prostituição ocorria à margem dos serviços e das ações ofertadas pelos equipamentos de saúde dos seus entornos. Observou-se que os trabalhadores da saúde, em geral, com exceção dos agentes comunitários de saúde, limitavam-se ao espaço físico das unidades, dos prédios. A proposta de conhecer a rua, compreender sua dinâmica e, somente a partir deste olhar, estabelecer modos de cuidar em saúde, não eram premissas da maioria das equipes de saúde.

A pesquisa mostrou-se então como forma de compreender como os serviços de saúde poderiam estar adequadamente conectados com a dinâmica dos territórios da prostituição, apontando incentivos e barreiras percebidas pelas próprias mulheres quanto à

prevenção e ao tratamento de DST, mais especificamente com foco na instituição do diagnóstico precoce do HIV.

Deste mesmo modo, para este estudo, a realização do teste de HIV não passa somente por questões individuais, no limite apenas da vontade pessoal de fazê-lo, teve-se como pressuposto um conjunto de dimensões, também de ordem social e institucional. Para analisar esta situação de modo contextualizado, as ciências médicas apresentam limites explicativos para dar conta de universos sociais do adoecimento, sendo necessário acessar às ciências sociais, o que motivou adentrar em alguns territórios da prostituição em Fortaleza com dispositivos de natureza antropológica.

Apenas os dados epidemiológicos, estatísticos e clínicos existentes não tem sido suficientes para explicar, por exemplo, a fragilidade da ampliação da testagem ao HIV, ou mesmo o acesso às unidades de saúde junto a esta população, considerada mais vulnerável. A compreensão dos limites e das potencialidades para que existam políticas públicas voltadas para mulheres profissionais do sexo, a partir de um contexto social a ser analisado com suas diversas dimensões, pode contribuir para redução de suas vulnerabilidades no universo das doenças sexualmente transmissíveis (MARTIN, 2003).

Um dos focos deste estudo foi compreender as razões e motivações associadas à testagem entre PS que estava sendo descoberto a partir dos questionários realizados no recorte quantitativo do projeto com o qual se estava envolvido<sup>4</sup>. A ideia foi partir para uma análise de contexto que incorporasse o risco como um dos fatores importantes, mas que está inserido em dimensões sociais e institucionais relacionadas aos serviços de saúde e ao modo como a prostituição é vivenciada pelas mulheres. É deste lugar que logo mais a frente serão discutidas o conceito de vulnerabilidades aplicado neste estudo.

Com intuito de promover maior visibilidade e integração das profissionais do sexo no sistema de saúde local, este estudo conectou-se com a ideia de que era importante a realização da pesquisa com a participação das PS, envolvendo também trabalhadores da saúde e dos direitos humanos. A relação com o território estudado ocorreu por meio de diálogo direto com as equipes locais de atuação do poder público, discutindo com os trabalhadores locais as lacunas encontradas e fomentando as potencialidades que surgiam a partir de suas próprias reflexões<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> A pesquisa faz parte de um projeto maior que engloba tanto populações mais vulneráveis, como HSH e PS, como também a população em geral. Este trabalho corresponde à abordagem qualitativa referente à testagem junto às PS, que ocorreu em consonância com a realização do estudo quantitativo, no qual surgiram questões aprofundadas aqui.

<sup>5</sup> As entrevistas e observações de campo foram realizadas com o envolvimento de pessoas advindas da área da saúde e dos direitos humanos que trabalhavam nos locais selecionados para o estudo. Este cenário se deu na fase de exploração do campo

Identifica-se também que, oficialmente, o Ministério da Saúde preconiza o diagnóstico precoce do HIV no Brasil, capilarizado em massa nos diversos territórios brasileiros, sendo foco de trabalho das equipes na ponta do sistema de saúde. Aos poucos um conjunto de indivíduos deveria ser incluído pelas equipes de saúde local como prioritários nesse processo, por apresentarem situações de maior vulnerabilidade (gestantes, pessoas com tuberculose, homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo) (BRASIL, 2007).

Anteriormente a esta pesquisa, ao trabalhar com a Rede de Atenção Primária à Saúde em Fortaleza<sup>6</sup>, observou-se que existia maior facilidade dos profissionais de saúde em priorizar os portadores de tuberculose e as gestantes. Tendo em vista também outros trabalhos e estudos realizados em Fortaleza<sup>7</sup>, foi possível apontar que uma das razões para dificuldade de inclusão efetiva dos HSH e das PS na atenção básica, estava relacionada às representações de estigma<sup>8</sup> e na referência moral negativa em relação às práticas sexuais e às sexualidades excedentes à norma social hegemônica, como a prostituição e a homossexualidade (FORTALEZA, 2009; PEDROSA; CASTRO, 2008).

No caso das mulheres profissionais do sexo, outros estudos apontam lacunas entre serviço de saúde e zonas de prostituição, desde diferenças concretas nos horários de funcionamento de cada um até falta de mapeamento das casas de prostituição como prioridade por parte das equipes de saúde. A insuficiente correlação direta entre trabalho sexual e necessidade de uma política de saúde bem definida para esta população específica pode influenciar a limitada percepção de risco ao HIV por parte das mulheres no exercício da prostituição (MARTIN, 2003).

Neste sentido, entende-se que um dos grandes desafios tem sido apontar e discutir esta possível invisibilidade em torno da prostituição, com foco na estruturação de ações e serviços que incluam de fato no cotidiano das unidades de saúde as populações mais vulneráveis ao HIV, no sentido de ampliação do acesso às políticas públicas com ênfase nas doenças sexualmente transmissíveis.

---

quando estas mesmas equipes levantavam a necessidade de se conhecer melhor as necessidades de mulheres profissionais do sexo dos referidos locais do estudo.

<sup>6</sup> Durante a pesquisa, a autora esteve coordenadora da política municipal de DST/aids de Fortaleza, trabalhava nesta direção de integrar a DST/Aids no cotidiano da atenção básica em Fortaleza, seguindo uma referência apontada nacionalmente pelo Departamento de DST/Aids, que é a inserção, de forma orgânica, das ações e serviços de DST/aids em todos os níveis de complexidade no SUS, não somente os serviços de infectologia da Atenção Especializada. Esta constatação junto aos profissionais da saúde advém do trabalho realizado de formação dos trabalhadores (cerca de 3.000 pessoas em quatro anos) em aconselhamento para qualificar a testagem para HIV em Fortaleza, foi neste contexto que se perceberam estas diferenças citadas.

<sup>7</sup> O acompanhamento de avaliação e monitoramento sistemático nas unidades de saúde realizados pela Coordenação Municipal de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e ainda estudos realizados pelo Grupo de Resistência Asa Branca (GRAB).

<sup>8</sup> Segundo Goffman (1963), estigma significa, em síntese, a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena, e pode ser usado em referência a um atributo profundamente depreciativo.

Este estudo interpela também as reflexões em torno do exercício do sexo e das sexualidades, conhecendo a realidade de parte das prostituições em Fortaleza, apontando, neste universo, fatores que colocam as mulheres em risco e outros que as protegem em relação ao HIV, tendo por referência o teste diagnóstico para o mesmo.

Analisa-se os incentivos e as barreiras para realização do teste de HIV a partir de dispositivos que permitiram explorar parte deste universo em Fortaleza, com intuito de contribuir para implementação de política pública de enfrentamento às DST/HIV/Aids<sup>9</sup> para mulheres que trabalham com sexo na cidade.

## 1.2 Cenário epidemiológico da epidemia da aids

Como explicitado, até 2012, existiam em todo mundo cerca de 34 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids, com média de 2,5 milhões de novas infecções ao ano. Na América Latina 1,4 milhões (1,2 – 1,6 milhões), com média de 83.000 novas infecções ao ano, taxa de prevalência entre adultos de 0,4% e média de 54.000 mortes por aids (UNAIDS, 2012).

No Brasil, foram notificados 608.230 casos de Aids, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino. A razão de sexo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1985, para cada 26 casos entre homens havia um caso entre mulher. Em 2010, essa relação foi de 1,7 homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2012a).

A taxa de prevalência da infecção pelo HIV, na população de 15 a 49 anos, é estimada em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens. Em relação aos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com mais de 18 anos, estudos realizados em 10 municípios brasileiros, entre 2008 e 2009, estimaram taxas de prevalências de HIV de 5,9% entre usuários de drogas ilícitas (UDI), de 10,5% entre homens (HSH) e de 4,8% entre mulheres profissionais do sexo (SZWARCOWALD et al., 2011; BRASIL, 2012a).

Ao seguir nesta discussão, desdobra-se melhor o que significam contextos de maior ou menor vulnerabilidade em relação ao HIV, com foco para situação das mulheres que trabalham com sexo.

Na região Nordeste, foram registrados no mesmo período total de 78.686 casos de aids, que corresponde a 12,9% do total de casos no Brasil. Em 2010, os casos de aids na

---

<sup>9</sup>A expressão é “Implementar” e não “implantar”, visto que esta não é uma questão nova para alguns gestores e mulheres trabalhadoras do sexo em Fortaleza, pois, mesmo que ainda muito incipiente, já desenvolviam este trabalho na cidade junto às prostitutas desde a década de 1980 através dos programas estadual e municipal de DST/aids no Ceará e em Fortaleza.

região Nordeste foram 6.702, o que corresponde a 19,6% do total no Brasil. No período de 1980 a 2011, o Estado da Bahia tem o maior número de casos de aids, com 19.290, correspondendo a 24,5% do total de casos da região, seguido pelo Estado de Pernambuco, com 18.215 casos (23,1%); e Ceará, com 12.936 casos (16,4%) (BRASIL, 2012a).

Em Fortaleza, capital do Ceará, entre 1983 e 2012, foram notificados 6.924 casos de aids, sendo 1.877 casos entre mulheres. Quanto à distribuição por Secretaria Regional de Saúde (SER) na cidade, os distritos sanitários com maior incidência de casos são os da SER II, SER V e SER VI, das quais as duas primeiras são foco deste estudo. Entre os anos de 2007 e 2012, o maior percentual de casos de aids situou-se na faixa etária de 20 a 49 anos, perfazendo 82% dos casos, dado este que também está em estreita relação com a faixa etária das mulheres envolvidas na pesquisa.

Quanto aos testes convencionais realizados no município, entre 2003 e 2012, cerca de 300.000 testes foram realizados em Fortaleza, advindos das unidades básicas de saúde, sendo em sua maioria referentes ao pré-natal, considerando que nascem em média 40.000 pessoas por ano na cidade, seriam 360.000 testes, os demais foram complementados no período perinatal, durante o parto (FORTALEZA, 2012).

Com relação aos testes rápidos, desde a sua implantação em Fortaleza, entre 2010 e 2012, foram realizados 10.102 testes no CTA, destes, 4.351 foram do sexo feminino. Do total de testes realizados, houve 377 sorologias positivas, 57 testes rápidos positivos para HIV entre as mulheres. A partir da avaliação da equipe do serviço, constatou-se que a procura é bem maior por parte dos homens, ao contrário do perfil de testagem nas unidades básicas que têm foco de testagem prioritário no pré-natal (FORTALEZA, 2012).

### **1.3 Diante da diversidade existente, de que “prostituição” estamos falando?**

A prostituição é um fenômeno social que existe há vários séculos, em cada momento histórico assume características distintas e hoje necessita de olhar acurado sobre as redes de determinantes interconectados. Com o aumento das desigualdades sociais e o advento da Aids, tem-se um conjunto de mulheres envolvidas nesse fenômeno com graus diferenciados de liberdade e autonomia sobre este processo. Desta relação, resultará maior ou menor exposição aos riscos impostos pela própria condição de existência da prostituição (FURTADO; OLIVEIRA, 2002).

Para Gaspar (1994), a prostituição feminina é um contínuo de relações possíveis entre homens e mulheres que combinam sexo e dinheiro sem passar pelo casamento e nem

pela procriação. De acordo com Lins (1999), a prostituição, economia sexual presente em todas as civilizações, demanda não somente uma reflexão sobre o fenômeno como dado histórico e social, mas abordagem contextualizada de um dos comportamentos humanos mais comuns e ao mesmo tempo invisíveis ao longo dos tempos. Não se pode negar que o corpo passa a ser uma mercadoria e a atender às necessidades intrínsecas a oferta e procura, assim como na lógica da produção e centrada na satisfação do cliente. Dependendo do grau de autonomia da “dona” do negócio (o próprio corpo), os “lucros” (que não são somente os financeiros, mas também a satisfação pessoal) serão maiores ou menores no exercício desta ocupação. Quanto mais desiguais são as oportunidades, maior será a inclusão de populações excluídas socialmente em situações de risco e vulnerabilidade.

A prostituição de mulheres no Brasil é uma realidade, com a inserção de milhares de jovens que buscam esse tipo de trabalho, principalmente como forma de sobrevivência, e também como maneira de acessar outros sonhos pelos quais os salários tradicionais do mercado não permitiriam acessar (FURTADO; OLIVEIRA, 2002).

Neste estudo, aborda-se o cruzamento da prostituição com a desigualdade social em Fortaleza, focando o trabalho de pesquisa junto às mulheres que atuavam em regiões cuja prostituição agregava maior vulnerabilidade social. Este cenário ocorre por um conjunto de fatores existentes: baixo custo dos programas (variando entre R\$ 5,00 a R\$ 30,00), exercício da prostituição na rua em zonas periféricas (entorno da Avenida Osório de Paiva e Avenida principal da Barra do Ceará) com maior susceptibilidade a violência; ou em bares periféricos<sup>10</sup> de Fortaleza (como no caso do Mucuripe (área do Serviluz), e no Centro da cidade); em sua maioria, possuía escolaridade baixa e fazendo com que as mesmas recebessem um salário insuficiente para sobreviver e sustentar suas famílias (segundo relatos das próprias mulheres envolvidas que, ao descrever sua entrada na prostituição, em sua maioria trabalhavam como empregadas domésticas)<sup>11</sup>.

Em muitas cidades, cujo crescimento econômico e social faz aumentar as injustiças sociais, os pobres ficam mais pobres e os ricos mais ricos, a inserção de indivíduos na prostituição é um fato comum, principalmente, se não houver, por parte dos gestores, a implantação de políticas públicas, inclusive de saúde, capazes de oferecer empoderamento/poder às pessoas diante do processo de desenvolvimento econômico, o qual privilegia algumas classes sociais (FURTADO; OLIVEIRA, 2002).

---

<sup>10</sup> Refere-se aqui ao termo periférico para sinalizar bares que, mesmo estando em locais de melhores condições sociais, segundo dados do IBGE (2010), não são frequentados pelas classes sociais mais altas, e as condições de uso são bem precárias.

<sup>11</sup> Esta caracterização das áreas será melhor descrita no capítulo de metodologia, aqui cabe ressaltar aspectos relacionados a algumas especificidades dos contextos de prostituição.

Portanto, a exclusão social pode ser considerada um dos determinantes que poderá facilitar o ingresso no mundo da prostituição, assim como a violência doméstica e sexual de adolescentes (FURTADO; OLIVEIRA, 2002).

Para área da saúde, a prostituição tem estreitas relações com a possibilidade de infecção pelo HIV, tanto pelo aspecto concreto da transmissão, dada à variabilidade de parceiros sexuais, quanto pelas conotações morais envolvidas em ambos os contextos (MARTIN, 2003; PELÚCIO; MISKOLCI, 2009). As profissionais do sexo constituem uma população historicamente estigmatizada que, com a epidemia da aids, engendrou um debate sob alguns pontos de vista, aqui estão destacados dois.

No primeiro deles, associado estreitamente à noção de “grupo de risco”, a prostituição é reconhecida por sua intimidade com a difusão da epidemia, sendo tratada como ameaça à sociedade. Esta posição, muitas vezes, tem como pressuposto a repressão e negação da prostituição como modo de conter a epidemia, invisibilizando ou estigmatizando ainda mais o seu exercício, fato este que distancia o acesso aos serviços de saúde (MARTIN, 2003).

O segundo ponto de vista dessa relação entre aids e prostituição é aquele que não condena ou moraliza a atividade, ao contrário, procura inseri-la em um contexto de cidadania (MARTIN, 2003). Neste sentido considera-se, neste trabalho, a prostituição como ocupação, e deste modo, as doenças sexualmente transmissíveis tornam-se riscos ocupacionais e o uso do preservativo, bem como a realização dos testes HIV são estratégias de manter a segurança no trabalho.

#### **1.4 Interfaces entre aids e prostituição: cruzamentos entre o que preconizam as políticas públicas e o que é produzido socialmente**

Existem situações muito concretas na relação entre aids e prostituição que podem provocar a formação de contextos de alta vulnerabilidade por cruzar um conjunto de situações complexas e que não podem ser analisadas separadamente, gerando impacto na decisão de fazer ou não o teste HIV, a seguir:

1. A transmissibilidade sexual do HIV é bem estabelecida cientificamente (TALBOTT, 2007), contudo a discussão sobre práticas sexuais nos serviços de saúde ainda é frágil;
2. A existência do cenário epidemiológico da doença aids evoluiu de forma muito diversificada, com números expressivos e concentrados em determinadas populações, sendo uma delas as profissionais do sexo (SZWARCOWALD et al., 2011);

3. O lugar do sexo na sociedade sob uma perspectiva que aciona embates associados aos valores morais que o estimula pelas diversas mídias como modo de consumo, mas não discute uma produção social das diversas sexualidades menos desiguais entre homens e mulheres, por exemplo (WEEKS; LOURO, 1999);

4. O próprio exercício da prostituição em contextos desiguais de classe social e de gênero, muitas vezes tido como invisível em relação às políticas públicas, dentre elas a de saúde (MARTIN, 2003).

Essas questões interpela a buscar as conexões que envolvem vulnerabilidade, prostituição e aids. Sabe-se que esta se tornou uma das doenças mais estudadas no mundo, por consequência, a transmissibilidade do HIV é muito bem conhecida, e está estreitamente vinculada ao sexo (acima de 95% dos casos). A epidemia assume perfis muito diferenciados em todo o mundo, podendo sua prevalência variar em até 500 vezes, por exemplo, entre Hungria (0,06%) e Suazilândia (33,4%) (TALBOTT, 2007).

Nessa diversidade de epidemias, altas taxas de prevalência de HIV têm sido associadas a grupos sociais bem determinados. A epidemia brasileira de aids é considerada concentrada de acordo com a definição da UNAIDS (2010), pois ocorre inferior a 1% na população em geral (SZWARCOWALD; SOUZA JÚNIOR; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2007), e apresenta elevada prevalência em populações mais vulneráveis (BARBOSA JÚNIOR et al., 2009), como homens que fazem sexo com homens (HSH) (10,5%) e mulheres profissionais do sexo (PS) (4,8%) (SZWARCOWALD et al., 2011). Durante as últimas três décadas, tem sido desafio transformar o estigma em torno destes inicialmente chamados “grupos de risco”, em análises de contextos para populações específicas consideradas mais vulneráveis (CAMPOS, 2005; BRASIL, 2009).

Em números, com referência às mulheres, essa concentração do HIV se expressa da seguinte maneira: entre mulheres profissionais do sexo, a taxa de prevalência do HIV é de 4,8%; entre mulheres grávidas na população em geral, a prevalência do HIV é de 0,4%, muito abaixo de 1% (SZWARCOWALD et al., 2011). Estes achados compõem um dos aspectos da feminização da epidemia que vem se concretizando ao longo do tempo, na medida em que no final da década de 1980 existia cerca de um caso de aids entre mulheres para cada 15 casos entre homens, sendo, em 2009, a razão de sexo estabilizada em 1,5:1 (M:F) - 15 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2009).

Embora haja esta concentração de casos, as políticas públicas ainda são bem incipientes em termos de abrangência e não incorporam as PS como população prioritária. Do



contrário, seriam impactantes em termos de efetividade se fossem ampliadas, segundo mostram os estudos a seguir.

Pesquisas que avaliaram as iniciativas existentes, em termos de políticas públicas, têm mostrado diferença expressiva entre profissionais do sexo que participam de intervenções educativas e as que não participam (BRASIL, 2004). Há lacuna entre a política pública voltada para este segmento, os serviços de saúde e o próprio conhecimento sobre seus direitos em alguns contextos. No caso da pesquisa realizada em dez cidades brasileiras, com 2.523 profissionais do sexo, somente 34,2% sabiam que a prostituição era uma ocupação reconhecida pelo Ministério do Trabalho e, o conhecimento sobre alguma ONG que atue em defesa dos direitos das mulheres profissionais do sexo foi mais baixo ainda: 14% (SCWARCOWALD et al., 2011).

Em 2008, o Ministério da Saúde brasileiro realizou a 1ª Consulta Nacional em direitos humanos, DST/aids e prostituição. Houve conjunto de recomendações para o desenvolvimento de política brasileira que contemple o enfrentamento da feminização da epidemia, com foco para mulheres mais vulneráveis, como as profissionais do sexo. Um dos pontos destacados foi a necessidade de considerar os contextos de vulnerabilidade quando tratar do tema prostituição, evitando identificação simplista entre o exercício da prostituição e um maior risco às DST/HIV/Aids centrado nos comportamentos individuais das mulheres envolvidas. O documento também refere que a descrição e análise destes contextos de vulnerabilidade perpassam a questão de gênero, em sua maioria concretizada como desigualdade entre homens e mulheres, e ainda que para maior efetividade desta política seja fundamental a participação ativa das mulheres envolvidas (BRASIL, 2009).

A política de Aids brasileira tem histórico de significativos avanços por ações como ser um dos primeiros países a oferecer gratuitamente e de forma universal a terapia antirretroviral (TARV) (BRASIL, 2012c).

No entanto, atualmente, com relação à garantia dos direitos humanos como ferramenta fundamental de enfrentamento da epidemia, apontada na última conferência internacional da aids em 2012 (IAS, 2012), no cenário brasileiro, tem-se despontado questões controversas que demonstram política de retrocesso.

Em 2013, a campanha de prevenção, construída em parceria com o movimento de mulheres profissionais do sexo no Brasil para o dia 2 de junho (dia internacional das prostitutas), “Eu sou feliz sendo prostituta”, foi vetada por dar visibilidade à prostituição como zona de direitos sociais e possibilidade de reconhecimento como uma ocupação de trabalho.

O Ministério da Saúde propôs mudança no escopo original da campanha, que deixou de privilegiar o enfrentamento do estigma e preconceitos como estratégia de prevenção às DST e Aids” para focar-se apenas no incentivo ao uso da camisinha, tornando-se “higienizada e descontextualizada (DOMINGUES, 2013).

A proposta reivindicada pelo movimento era de que, para além das questões e informações biomédicas, o gozo de direitos básicos, autoestima e cidadania constitui condição imprescindível para promoção da saúde, especialmente em grupos considerados sob maior vulnerabilidade social em razão do estigma, preconceito e discriminação social (DOMINGUES, 2013).

Um conjunto de outras intervenções que desrespeitam os direitos humanos vem acontecendo no país no que se refere às duas populações mais vulneráveis, homossexuais e profissionais do sexo. Tem sido registrado cenário contraditório, o de atuação, Departamento de Aids que representou durante muito tempo uma proposta progressista para as ações de prevenção e ultimamente tem realizado ações consideradas por movimentos sociais e pesquisadores como significativo retrocesso.

Questões como essas relacionadas aos “vetos” do governo em torno de campanhas de prevenção acionam o embate em torno dos Direitos Humanos e a eficácia e compromisso das políticas públicas. Situação que deflagra os componentes estruturais que comprometem o direito à saúde, principalmente entre as populações mais vulneráveis.

Diante deste contexto de estigma e discriminação, alta concentração de casos em algumas populações, dentre elas as de mulheres profissionais do sexo com foco para aquelas que vivem em situação social e econômica precária e em comunidades empobrecidas, aliada à baixa percepção geral de cuidado associada ao teste de HIV, delineou-se o presente estudo.

A questão central desta pesquisa foi saber o que pode ser considerado como incentivos e barreiras à realização do teste de HIV para mulheres profissionais do sexo em Fortaleza. Investigou-se como estas questões se relacionam com seus conhecimentos sobre HIV/aids, suas práticas de prevenção e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Correlacionou-se também as interseções com o estigma da Aids, e ainda quais as interdependências entre as suas vidas profissional e pessoal e a prevenção do HIV, as relações que constroem com parceiros/as e clientes.

### ***1.4.1 Do conceito de risco à análise de vulnerabilidade***

Trabalhou-se com o conceito de vulnerabilidades, buscando analisar a relação entre a realização ou não do teste HIV e os comportamentos e práticas sexuais individuais, a existência de políticas públicas neste universo e o modo de produção social da relação entre aids e prostituição.

O conceito de vulnerabilidades pode ser entendido aqui como conjunto de aspectos individuais, sociais e programáticos, que quando observados de forma integrada, com suas interdependências, consegue guiar na ideia de que há fatores que protegem e outros que colocam em suscetibilidade indivíduos e comunidades a um adoecimento (AYRES et al., 2008; MANN; TARANTOLA, 1996).

Diante da necessidade de construção de respostas à epidemia do HIV/Aids, emergiu, na saúde pública contemporânea, o termo vulnerabilidade, embora algumas construções conceituais em torno dele não sejam exatamente novas. Ainda na década de 1980, a partir das análises epidemiológicas, a identificação da etiologia da doença, percebeu-se que havia um conjunto de subgrupos populacionais com maior chance de se infectar com o vírus da aids se comparado com a população em geral, mas que seria muito simplista aplicar individualmente, de forma isolada, a responsabilidade pela infecção. Nesta direção, buscou-se desenvolver conjuntos explicativos que pudessem relacionar modos de vida e trabalho, bem como contextos sociais e institucionais específicos às questões do comportamento em relação à infecção pelo HIV (AYRES et al., 2008).

O quadro epidemiológico no início da epidemia já identificava uma concentração de casos de aids em populações específicas como usuários de drogas injetáveis, homossexuais masculinos e profissionais do sexo feminino. Pelo avanço rápido da epidemia e sua relação com as concepções morais sobre as homossexualidades e as prostituições historicamente produzidas socialmente, o risco identificado neste cenário epidemiológico não era traduzido apenas como medida de probabilidade estatística, mas condição social concreta e desfavorável, constituindo identidade social recheada de estigma, traduzida na conformação dos chamados grupos de risco (FOUCAULT, 2007; PAIVA, 2007).

As estratégias de prevenção inicialmente estabelecidas a partir da ideia de grupos de risco provocaram isolamento social por centrar a transmissão do vírus no comportamento individual, o que desencadeou tentativas de destituir as pessoas infectadas do convívio social e focando as ações de prevenção em abstinência sexual. Mais especificamente, foi sendo delineado um cenário marcado pela discriminação e pelo preconceito em torno das diversas

sexualidades, tema aprofundado mais à frente. O movimento homossexual com abrangência internacional reagiu e iniciou um deslocamento da proposta de isolamento social pelo conceito de redução de riscos e ênfase no uso dos preservativos. Sabendo-se então que a epidemia não acometia somente grupos de pessoas, a estratégia foi trabalhar com ênfase nos comportamentos de risco, centrando as ações mais nas práticas do que na culpabilização dos indivíduos.

Mas outras dimensões, que não somente as individuais, mesmo sendo estas ainda muito fortes na abordagem baseada em comportamentos, passaram a ser pensadas com base na consolidação das tendências da epidemia. A desigualdade de gênero, por exemplo, tem sido apontada como fator estruturante para feminização da epidemia, e ainda de acordo com a idade, esta se junta à juvenização, o que tem colocado as mulheres adolescentes em maior situação de risco do que de proteção, gerando contextos de alta vulnerabilidade.

As diferenças sociais entre homens e mulheres não são apenas produzidas por questões comportamentais de cada pessoa. A influência sociocultural e política sobre as relações de gênero ainda são muito excludentes. Negociar o uso preservativo para algumas mulheres ainda é uma situação complexa, dependendo da idade, da classe social, do grau de autonomia e escolaridade, assim como de raça/etnia (BRASIL, 2007).

Ao produzir modelos explicativos sobre a infecção pelo HIV que estejam focados na análise de vulnerabilidades, considera-se que um conjunto de mútuas interações ocorre entre o vírus HIV em si, o modo de produção de subjetividade das pessoas, e o modo de vida e trabalho das mesmas. Este mesmo movimento de determinantes não ocorre de forma estática e invariável, importando apenas para determinar como ocorreu a infecção pelo HIV de forma estanque, há continuidade processual de constituição destas relações, atravessada de estigma e preconceito que interfere durante toda a vivência e convivência com o HIV. O que determina o contexto vivido como de maior ou menor vulnerabilidade é o equilíbrio entre o que pode colocar a pessoa em risco e o que pode protegê-la, não somente individualmente, como também sob o aspecto social em geral e das instituições públicas, ou seja, programático, como os serviços de saúde (AYRES et al., 2008).

O modo de organização dos serviços implica determinação do processo de adoecimento e de saúde. Paiva, Ayres e Buchalla (2012) colocam que esta dimensão, a programática, não é apenas a solução do problema ao concretizar tratamento clínico, em uma outra ponta, pode também gerar mais vulnerabilidade quando reproduz violências já consolidadas socialmente, discriminação correlata aos diversos modos de produção e expressão sexual, como homofobia e machismo.

Concorda-se, ainda, com Paiva, Ayres e Buchalla (2012) quando afirmam que não existe agente etiológico, como o vírus HIV, que seja em si mesmo agressor. O agente somente existe em relação às pessoas, que também estão inseridas em contextos culturais e sociopolíticos não estáticos, e com estreitas afinidades com as relações de poder.

Considerar a existência de grupos de risco significa estar focado muito mais em comportamentos individuais e na construção de políticas públicas de culpabilização e isolamento, do que quando se considera a análise da vulnerabilidade em todas as suas nuances, desde as dimensões individuais até as programáticas, e as sociais (TALBOTT, 2007; AYRES et al., 2003).

Segundo Figueiredo e Peixoto (2010), é importante considerar paralelo a este contexto social que há também o cruzamento entre prostituição, condições socioeconômicas precárias e desigualdade de gênero, o que influencia diretamente no poder de negociação do preservativo, conseqüentemente, havendo maior possibilidade de exposição ao HIV. Os mesmos autores também ressaltam que a este fator somam-se, muitas vezes, o uso de drogas (álcool, cocaína e crack), a falta de assistência ginecológica adequada e o pouco uso de preservativo por “clientes”, que varia conforme o preço pago. Em 2004, foi realizada pesquisa em Santos (SP), com 1.047 prostitutas, em que se verificou que 7% tinham HIV, valor que crescia para 37% entre as usuárias de drogas injetáveis (GRAVATO, 2004).

Em 2010, o Ministério da Saúde apresentou o retrato do contexto de vulnerabilidade das mulheres na prostituição<sup>12</sup>. Dentre as características sociodemográficas destacaram-se: 38% na faixa etária de 18-24 anos; quanto à raça, 66% se reconheciam como pardas ou negras e apenas 23% como brancas; das entrevistadas, 20% apresentavam relação estável; apenas 15% possuíam ensino médio completo (o que dificulta a possibilidade de ingressar no mercado formal de trabalho) e cerca de 59% tinham o ensino fundamental incompleto; 71% relataram ter parceria fixa, e somente 21% usou preservativo em todas as relações sexuais com os mesmos, mas no caso de ser cliente, o percentual de uso de preservativos elevou-se para 69% (SZWARCOWALD et al., 2011).

Ao analisar o Estado do Ceará, o estudo de Macena (2003), com 809 mulheres, mostrou o perfil socioeconômico e cultural a seguir: população muito jovem (65% até 28 anos), com baixa escolaridade (56% apenas com o ensino fundamental completo), de baixa renda (78,4% classe D e E), tendo sob sua responsabilidade outros familiares para sustentar e por isto muitas dificuldades em negociar o uso de preservativos com alguns clientes. Em

---

<sup>12</sup> Refere-se à última pesquisa realizada sobre comportamento sexual e perfil sociodemográfico de mulheres trabalhadoras do sexo no Brasil, foram entrevistadas 2.523 mulheres em dez cidades brasileiras.

relação ao comportamento, o estudo mostrou que o uso do preservativo é mediado pela característica da relação: a possibilidade da efetivação da prática sexual segura ocorre com maior frequência se for comercial, mas se for amorosa/pessoal há comportamento análogo ao de mulheres que não trabalham com sexo, o de não usar com seus parceiros fixos. Os achados apontaram o uso frequente de álcool e outras drogas, provavelmente, devido às condições adversas de atuação da PS, tanto nos ambientes abertos (ruas e praças), quanto nos locais fechados (bares, bordéis e boates).

Estudos com prostitutas em Fortaleza têm demonstrado que o uso inconsistente de preservativos nesses grupos está também relacionado à vida sexual com parceiros estáveis não clientes (namorado, marido, companheiro) (MOURA et al., 2010).

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. Mas, em geral, as condições de trabalho muitas vezes ainda são estabelecidas de forma desigual, exploratória, com violação de direitos, sendo esses aspectos de grande impacto para saúde física e mental das prostitutas (BRASIL, 2007).

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, sendo reconhecidas como vulnerabilidades programáticas. Tais atitudes 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 relativas às violações sofridas, como violência física, de gênero, sexual, que são reforçadas pela violência institucional<sup>13</sup> (BRASIL, 2007).

Tais questões, centrais para pensar a prostituição, permanecem ainda invisíveis para grande parte da população geral. Constata-se ainda essa invisibilidade pela ausência na agenda dos conselhos deliberativos ou consultivos que atuam na formulação e controle de políticas públicas, em âmbito municipal, estadual ou federal (BRASIL, 2007).

---

<sup>13</sup> Esta violência, pode ser entendido como a que é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Outras pesquisas também apontam como um tipo de violência o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando em uma cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas (DINIZ; CHACHAM, 2006; DINIZ, 2001).

Nessa direção, faz-se necessário compreender os contextos de vulnerabilidade em que as mulheres trabalhadoras do sexo possam ser compreendidas a partir de seus contextos individuais, institucionais e sociais, considerando que seu trabalho é a própria via prioritária de transmissão do HIV, associado ao contexto de prostituição no Brasil. À superação do conceito de grupos de risco inserem nesta discussão as vulnerabilidades sociais e programáticas para pensar os serviços de saúde (AYRES et al., 2003).

Portanto, no caso da prostituição, além de um possível comportamento de risco individual (como o de não usar o preservativo), há vulnerabilidade social que se expressa a partir dos estigmas e invisibilidades em torno do trabalho com sexo, dentre outras questões socioculturais, econômicas e religiosas. Desta situação, ocorre a discriminação social que, por toda a sua complexidade, gera dificuldade de acesso aos serviços de saúde atravessados pelo preconceito, o que já se configura como vulnerabilidade programática. Consequentemente, a mulher que exerce esta atividade pode ter sua vulnerabilidade aumentada ao HIV não somente pelo seu comportamento individual, mas também por ter dificuldades no acesso ao teste HIV, aos preservativos e aos tratamentos de DST (recorrentes pela própria natureza do seu trabalho).

A vulnerabilidade programática, segundo Ayres et al. (2003), corresponde ao contexto institucional no qual as populações envolvidas estão inseridas, no caso em discussão aqui, refere-se ao sistema de saúde, que no caso do Brasil pressupõe acesso universal. Portanto todo cidadão e cidadã têm direito à saúde pública e gratuita, bem como a ser tratado em suas especificidades pela equidade. Quando estas mesmas especificidades promovem desigualdades sociais e estigma dentro dos próprios serviços de saúde, constitui-se a vulnerabilidade programática, prejudicando o acesso e a qualidade do atendimento.

Embora seja conhecido e aceito que trabalhadoras do sexo constitua população vulnerável no âmbito da epidemia de HIV, a maioria dos países do mundo não sabe o tamanho dessa população, sendo este um dos fatores que geram a invisibilidade e o não estabelecimento de políticas públicas voltadas à redução das diversas vulnerabilidades associadas. Estimar o tamanho das populações de trabalhadoras do sexo nos diferentes países do mundo é um objetivo ambicioso. Dependendo do país, além das questões morais religiosas atreladas à prostituição, pode haver até impedimentos jurídicos, servindo de barreira para que se consiga dimensionar este universo (VANDEPITTE et al., 2006).

O número também muda constantemente ao longo do tempo e lugar, há um movimento de mulheres dentro e fora do trabalho do sexo de acordo com as necessidades financeiras destas, elas migram das zonas rurais para urbanas, seguem o fluxo turístico na

mesma cidade, ao longo das estradas, ou ainda entre países. Na África subsaariana, a prevalência de trabalhadoras do sexo nas capitais variou entre 0,7 e 4,3 %, e em outras zonas urbanas, entre 0,4 e 4,3%. A prevalência nacional na Ásia variou entre 0,2 e 2,6 %, na Federação da antiga Rússia, entre 0,1 e 1,5%, na Europa Oriental, entre 0,4 e 1,4%, na Europa Ocidental entre 0,1 e 1,4%, e na América Latina entre 0,2 e 7,4%. Estimativas de áreas rurais são ainda mais escassas (VANDEPITTE et al., 2006).

No Brasil, estima-se que as trabalhadoras do sexo representem 1% da população feminina de 15 a 49 anos de idade, o que significa mais de meio milhão de mulheres (DAMASCENA et al., 2011).

Assim, a prostituição tem sido uma das variáveis que tem apresentado expressiva consonância com a prevalência de HIV/Aids em diversos países, ao lado das desigualdades de gênero e de indicadores de pobreza como a escolaridade. A UNAIDS<sup>14</sup>, em 2009,<sup>15</sup> indicou a necessidade de se formular políticas públicas que considerem a estreita relação entre a transmissão sexual do HIV (em mais de 95% dos casos) e a existência do trabalho centrado no exercício do sexo comercializado, também em grande escala no mundo. Neste mesmo documento, afirma-se que menos de 1% do financiamento global vem sendo gasto com prevenção direta junto a trabalhadoras do sexo no mundo, e que para reverter isto, é preciso ressignificar o conceito de acesso universal para estas mulheres.

O acesso universal significa tanto um compromisso concreto, quanto uma renovada vontade entre as pessoas de todo o mundo para inverter o curso da epidemia. Isso não significa que haverá, ou deveria ser, 100% de utilização das ações e serviços de prevenção e tratamento em relação ao HIV, por todos os indivíduos. Em vez disso, devemos avançar no sentido de um maior nível de cobertura para as intervenções mais eficazes, necessárias para gerenciar a diversas epidemias entre os países, com foco em populações mais vulneráveis (UNAIDS, 2009, p. 31).

A ONUSIDA em relatório de 2008 sobre a epidemia global de aids informa que 60,4% trabalhadores do sexo foram alcançados com os serviços de prevenção do HIV<sup>16</sup>, o que representa aumento acentuado nos anos anteriores. No entanto, como esta informação é baseada em relatos de apenas 39 países, com diferentes taxas de cobertura em saúde, este valor pode não ser representativo (UNAIDS, 2009).

---

<sup>14</sup> A Sigla significa UNAIDS significa *the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* e, constitui-se de uma organização macro que reúne outras grandes organizações e programas no mundo em torno da Luta Contra a aids (como a Organização Mundial da Saúde).

<sup>15</sup> Em 2009, houve a publicação na UNAIDS de um guia sobre enfrentamento da epidemia de aids entre trabalhadores(as) do sexo, enfatizando a necessidade de se efetivar acesso às políticas de saúde sexual e reprodutiva.

<sup>16</sup> Definida como a proporção dos que sabem onde eles podem fazer um teste de HIV e receberam preservativos nos últimos 12 meses.



Outros dados indicam níveis mais baixos de cobertura, por exemplo, a revisão anual de 2006 dos estados que integram a *International Aids Alliance* que mostrou percentual de apenas 16% dos trabalhadores do sexo, acessando prevenção e tratamento ao HIV (UNAIDS, 2009), o que configura em uma análise panorâmica, a vulnerabilidade programática.

A análise da relação entre a prostituição e a epidemia da aids demanda integração do conjunto de fatores envolvidos desde as dimensões individuais, sociais e institucionais ou programáticas.

Neste trabalho, focou-se também na análise da vulnerabilidade programática referente à dificuldade de acessar aos serviços de saúde locais e recursos que deveriam proteger as mulheres, tendo como questão principal o diagnóstico precoce ao HIV.

Partiu-se do pressuposto de que reduzir vulnerabilidades ao HIV, ampliando o acesso ao diagnóstico do HIV junto a esta população, incluiria qualificar o acolhimento nas unidades de saúde para demandas em saúde sexual com as devidas especificidades do trabalho com sexo, reduzindo o estigma e construindo visibilidade afirmativa.

### **1.5 Política de DST/HIV/Aids no Brasil e diagnóstico precoce do HIV em contextos de prostituição**

Discutiu-se a necessidade de conhecer os diversos contextos de prostituição para promover a saúde sexual de mulheres que trabalham comercializando o corpo e o sexo. Dentre as ações e os serviços fundamentais nesta área, considera-se que o diagnóstico precoce do HIV deve ser analisado no contexto de suas dificuldades e facilidades para que possa se constituir como indicador de qualidade de acesso à política de prevenção e controle das DST entre PS.

Desde que a aids passou a ser considerada doença crônica, com o desenvolvimento tecnológico dos antirretrovirais, as pessoas passaram, de fato, a viver com HIV, com queda substancial da mortalidade, aproximadamente a partir de 1996 (SOUZA JÚNIOR; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2007). Apesar de ocorrer em diferentes graus, nas distintas regiões do Brasil, a mortalidade apresenta-se estabilizada, mesmo que em patamares elevados, e aponta para análise de outros fatores que ainda alimentam sua curva, como as condições de vida e trabalho, a adesão aos medicamentos e ao diagnóstico precoce do vírus HIV (BRASIL, 2008a). No período entre 1996 e 2006, em Fortaleza, a curva do coeficiente

de mortalidade apresenta-se estável para o sexo masculino, porém foi descrita uma curva ascendente de mortalidade para as mulheres (SOUSA; KERR, 2009).

Nesse elenco de fatores, a descoberta precoce do vírus HIV pode representar importante estratégia de redução de novas infecções e melhoria da qualidade de vida das pessoas que se descobrem portadoras do HIV. Autores aliam a descoberta precoce do HIV a expressivas mudanças de comportamento em relação à adesão ao sexo mais seguro e ao tratamento (MARKS et al., 2005).

O número de pessoas em Terapia Antirretroviral (TARV) aumentou de 125 mil, em 2002, para 217 mil, em 2011. A cada ano, mais de 30 mil pessoas iniciam a TARV no Brasil. Os medicamentos antirretrovirais (ARV) são distribuídos pelo SUS em 716 unidades dispensadoras, no território nacional. O Brasil tem oferecido os medicamentos mais recentemente desenvolvidos no mundo. O número de Serviços de Atendimento Especializado (SAE) para pessoas vivendo com HIV/aids aumentou de 636, em 2007, para 712, em 2010 (BRASIL, 2012b).

Existem no país 90 laboratórios que realizam exames de CD4 e 80 de carga viral. A implementação das análises de genotipagem dos vírus tem acarretado importante aumento dos níveis de indetecção viral em pacientes com 12 meses de tratamento: de 63,8%, em 2006, para 73,3%, em 2010. A média de sobrevivência após o diagnóstico de aids passou de 58 meses, em 2000, para mais de nove anos, em 2007, refletindo a estruturação da resposta nacional no campo da atenção. Publicação de novas diretrizes de tratamento, considerando seu início mais precoce e a oferta de TARV para casais sorodiscordantes, potencializando seu emprego na redução da carga viral comunitária (BRASIL, 2012b).

O Brasil tem investido anualmente R\$ 800 milhões na aquisição de antirretrovirais, garantindo o tratamento a todos os que dele necessitam. São distribuídos mais de 20 antirretrovirais pertencentes a cinco classes terapêuticas, dos quais 11 são produzidos nacionalmente (BRASIL, 2012b).

Mesmo com toda estrutura e investimento, a universalidade da Terapia Antirretroviral (TARV) no Brasil ainda não garante que todos os indivíduos infectados se beneficiem desta terapia em sua total efetividade, visto que o diagnóstico precoce também ainda não ocorre de forma ampliada. Neste sentido, o diagnóstico tardio constitui um dos fatores apontados como determinantes para os elevados níveis de taxas de mortalidade por aids nas regiões menos favorecidas, como é o caso do Nordeste (DOURADO, 2006; DOURADO et al., 2013; GRANGEIRO et al., 2011).

No Ceará, mais de três quartos dos pacientes com mais de 50 anos realizaram o teste do anti-HIV somente após o adoecimento ou óbito por aids, revelando o diagnóstico tardio (ARAÚJO et al., 2007). A morbidade em torno do diagnóstico tardio compromete também o tratamento, com maior mortalidade e aumento da possibilidade de transmissão para outras pessoas (PALELLA et al., 2003).

Com a implantação do acesso universal aos medicamentos, outras demandas surgiram e passaram a aparecer como indicadores de vulnerabilidade. O foco dado à prevenção desde o início da epidemia da aids em relação ao uso do preservativo, tornou esta questão mais amplamente reconhecida como estratégia de proteção do que o estímulo para realização do teste de HIV, algo que se entende como compreensível diante da necessidade de contenção do vírus.

Conforme pesquisa do Ministério da Saúde sobre comportamento sexual da população brasileira, 95% da população sabiam sobre a importância do uso do preservativo (BRASIL, 2010b). Por outro lado, pesquisas recentes apontam as consequências dessa priorização focada somente no uso do preservativo, demonstrando baixa testagem no Brasil e pouco acesso a este serviço. Com o diagnóstico precoce, o risco de morrer diminui 53 vezes, quando a testagem ocorre precocemente se comparado ao diagnóstico tardio (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008; GRANGEIRO et al., 2011; DOURADO et al., 2013).

A cobertura de teste de HIV na população brasileira passou de 28%, em 2004, para 36,5%, em 2008, sendo maior entre as mulheres devido à oferta de testagem durante o pré-natal. O diagnóstico pode ser realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), além dos 515 Centros de Testagem e Aconselhamento para DST e Aids (CTA) (BRASIL, 2012b).

Ao descrever de forma minuciosa o percentual de testagem citado, constata-se que destes, 36,5% da população de adultos sexualmente ativos, entre 15 e 64 anos, que já fizeram o teste alguma vez na vida, cerca de 43%<sup>17</sup> apresentam necessidade imediata de tratamento, o que condiz com diagnóstico tardio, embora ainda permanecessem assintomáticos (GRANGEIRO et al., 2011). Neste universo, as mulheres apresentam maior percentual de testagem em todas as faixas etárias, contudo muito centrado no período gestacional (45,6% de mulheres(M) já fizeram o teste de HIV, no Brasil, em contraste com 27,2% dos homens(H)), com maior diferença entre 15 e 24 anos (45,7% (M), e 16,1%(H)). Desmembrando ainda por faixa etária, percebeu-se que o maior percentual de testagem entre as mulheres (65,1%)

---

<sup>17</sup> Segundo o estudo de Grangeiro et al. (2011), foi considerado diagnóstico tardio a contagem de CD4+ abaixo de 500 células/mm<sup>3</sup>, de acordo com as recomendações mais recentes do Ministério da Saúde brasileiro.

ocorreu na faixa etária entre 25-34 anos de idade, o que representa o ápice da idade reprodutiva, o que pode ser responsável pelo incentivo à testagem no pré-natal (PASCOM; SZWARCOWALD, 2011).

Embora o percentual para realização do teste tenha sido maior entre as mulheres, sob outros aspectos, a desigualdade de gênero se expressa desfavorável para estas. Foram evidenciadas diferenças por sexo nas práticas relacionadas à infecção pelo HIV, sempre com maior vulnerabilidade associada às mulheres. Apesar de as mulheres apresentarem menor taxa de atividade sexual, iniciam a vida sexual mais tardiamente e, no geral, têm menos parceiros casuais do que os homens, também usam menos o preservativo (40,2%-H, e 29,7%-M). Há discrepância ainda maior na faixa etária entre 15-24 anos (65,1%-H e 44%-M). Neste mesmo estudo, 1,7% das pessoas no Brasil, na faixa etária entre 15 e 64 anos fazem sexo por dinheiro. A faixa etária de maior percentual em situação de prostituição é de 15 a 24 anos, sendo 2,7%-H e 2,4%-M (PASCOM; SZWARCOWALD, 2011).

A ampliação do diagnóstico precoce do HIV tem sido meta institucional, estima-se que, em 2010, o Ministério da Saúde gastou R\$ 65 milhões com oferta de teste em todo o país (BRASIL, 2008b). A oferta de teste de HIV pelo SUS passou de 3,3 milhões, em 2003, para 5,1 milhões de unidades em 2011 (BRASIL, 2012b).

Para enfrentar o desafio da implantação do diagnóstico precoce, documentos internacionais e nacionais (IAS, 2012; UNAIDS, 2012; BRASIL, 2008b) recomendam que seja implantado o teste para HIV na rede de atenção primária para as gestantes e pessoas que procuram os serviços para tratamento de DST, além das populações mais vulneráveis, entre elas, as trabalhadoras do sexo.

Sobre as barreiras e os incentivos que permeiam este desafio de ampliar efetivamente a realização do teste HIV, destacam-se a seguir alguns estudos.

No sentido de compreender a baixa adesão ao teste, França Júnior, Calazans e Zucchi (2008) perguntaram as razões pelas quais as pessoas realizavam ou não o teste de HIV, e fizeram análise entre dois estudos, nos anos de 1998 e 2005. Enquanto para as mulheres em geral o motivo principal para se submeter ao teste foi o pré-natal em ambos os anos, para os homens foram doação de sangue (40%), em 1998; e iniciativa própria (37%) e doação de sangue (36%), em 2005. Esses dados mostram diferenças significativas nos motivos entre homens e mulheres para realização do teste de HIV. Entre as pessoas que nunca se testaram, as razões foram: 72% declararam ser pouco provável à exposição ao HIV; 4,7% não sabiam onde fazer o teste; 2,5% relataram que não queriam pensar sobre HIV; 2% tinham medo de o resultado ser positivo; e 1,7% tinham medo de agulhas. Ainda, 0,7% achavam que

os resultados não eram confidenciais; 0,36% relataram medo de perder o emprego, família e amigos; e 0,01% tinham medo que o nome fosse notificado ao governo, em caso de soropositividade.

Em Fortaleza, testes HIV foram oferecidos durante a coleta dos dados de um inquérito financiado pelo Departamento-DST/Aids, mas a aceitação dos mesmos foi relativamente baixa. Em 2005, somente 15% dos homens que fazem sexo com homens (HSH) concordaram em realizar o teste (KENDALL et al., 2008; KERR, 2006).

Campos (2005), ao estudar as motivações de homens e mulheres para repetição voluntária de teste HIV em um CTA de Fortaleza, encontrou como principal motivação para sucessiva testagem a percepção que se tem do parceiro, se é “de confiança”, e não apenas a ocorrência de uma relação sexual desprotegida. As outras motivações foram a ruptura de uma relação de confiança ou como estratégia de prevenção a despeito do uso da camisinha em situações de parceria fixa como modo de se certificar que seu parceiro não tem o vírus. Ainda, foi visto que o sexo sem preservativo é realizado, muitas vezes, por necessidade de prazer, embora a sensação de insegurança esteja presente devido ao conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus. A autora conclui que os discursos construídos no início da epidemia vigoraram nos dias atuais, dificultando que as ações de prevenção sejam praticadas no cotidiano.

O aconselhamento pré-teste pode também ser uma barreira para testagem, pois muitas vezes os discursos dos aconselhadores são coercitivos, desrespeitosos, pouco acolhedores, variando entre a disciplina e o liberalismo sexual, baseados na heteronormatividade e monogamia, nem sempre condizentes com a realidade da pessoa a ser testada (SOUZA; CZERESNIA, 2007). Além disso, o aconselhamento pode nem sempre ocorrer nos serviços de saúde, como mostra a pesquisa de França Júnior, Calazans e Zucchi (2008). Os autores revelaram que 55% das mulheres entrevistadas em 2005 não receberam aconselhamento e 1,6% delas não sabiam que estavam sendo testadas para HIV.

Esses estudos mostram que o teste pode estar sendo realizado sem o consentimento das pessoas e sem aconselhamento, independente do motivo da prescrição, desconsiderando os princípios supracitados que orientam a prática da testagem. De modo semelhante, mais da metade de homens e mulheres, em 2005, não receberam qualquer orientação pré ou pós-teste. Entre os que receberam, a orientação foi fornecida em sessão individual. Entre um e 2,5% não sabiam que estavam sendo testados para HIV.

Na tentativa de responder a estas demandas, o Ministério da Saúde iniciou proposta que visa focalizar a resposta nacional e a intensificação das estratégias de

diagnóstico, prevenção e assistência para populações em situação de maior vulnerabilidade, como as profissionais do sexo. Essas estratégias deveriam ocorrer buscando melhorar o impacto na qualidade de vida, na sobrevivência e redução da incidência do HIV junto a essas populações (BRASIL, 2012b).

O objetivo dessas orientações, de acordo com o Ministério da Saúde, seria evitar novas infecções e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV através do diagnóstico precoce. Mas, conforme sugerido anteriormente, ao pensar o que torna essas populações mais vulneráveis, além da questão comportamental, confronta-se com as raízes profundas da vulnerabilidade social na discriminação gerada pela invisibilidade ou mesmo na visibilidade negativa da prostituição.

Em pesquisa realizada pelo MS sobre comportamento sexual da população brasileira nas regiões mais pobres do Norte e Nordeste aponta para o aumento do comportamento sexual de risco para infecção pelo HIV, diminuição das taxas de uso do preservativo, redução dos percentuais de conhecimento sobre a Aids e percentual de testagem sistemática ainda muito baixo (PASCUM, 2010; PASCUM; SZWARCOWALD; BARBOSA JÚNIOR, 2010; BRASIL, 2012b).

Especificamente com a população de profissionais do sexo, foi apontado que 65% das mulheres tinham realizado o teste de HIV pelo menos uma vez na vida, sendo o medo (36%) e a desinformação de onde realizar o teste (20%) os principais motivos pelos quais as demais não o fizeram. A baixa percepção de risco também se apresentou como barreira importante, uma vez que 12% não se sentem sob risco e 15% não veem motivo para fazê-lo. A principal motivação para as que fizeram o teste foi o pré-natal (38%), e apenas 18% das mulheres relataram estar fazendo porque se sente sob risco pela natureza do seu trabalho (SZWARCOWALD et al., 2011).

Portanto, para compreender porque as mulheres que trabalham com sexo, mesmo depois de tantos avanços de natureza médica na prevenção, no diagnóstico e tratamento da Aids, ainda não acessam o serviço de testagem, é preciso voltar estudos ao campo das ciências sociais e humanas, compreender quais barreiras estão instituídas na sociedade e no sistema de saúde para que estas mulheres façam o teste para HIV em sua rotina médica e incorporem de fato o uso do preservativo no cotidiano de trabalho.

Martin (2003), estudando o universo da prostituição em Santos/SP em 1995, coloca que a compreensão do risco é rápida e pouco profunda por parte das próprias mulheres e também do sistema de saúde, presente no discurso politicamente correto, mas distante na prática, dependendo da situação imposta. Como exemplo, pode-se pensar que é possível

ocorrer falha na proteção e aumento da vulnerabilidade individual quando o programa (sexo comercializado) vale mais se for sem preservativo. Ou ainda quanto à vulnerabilidade programática, a lacuna pode ocorrer quando, por exemplo, a unidade de saúde não inclui dentre suas prioridades territoriais as zonas de prostituição.

Agregando-se a este contexto, a construção social e moral da prostituição como realidade posta, mas negada, configura-se um território permeado por diversificadas barreiras, não somente para que o teste HIV seja feito de forma sistemática, como também ao cuidado em relação à saúde sexual como um todo.

Martin (2003) atenta ainda para as incongruências entre os esforços empreendidos para prevenção sob o aspecto médico (foco expressivo em questões comportamentais somente) e incorporação destes preceitos no cotidiano real da prostituição (nas possibilidades, nas necessidades e nos desejos das mulheres, dos clientes, ou mesmo dos comerciantes - donos de boates e bares). A autora faz referência à existência dos universos sociais do adoecimento, os quais as ciências médicas, de forma isolada, não conseguem dar conta, necessitando que haja incorporação de outros modos sistematizados de fazer leituras da realidade, no caso, trabalhar com a antropologia.

Afinal, a decisão de fazer o teste para HIV é pessoal e intransferível, mas o contexto de cada indivíduo e das populações atravessa esta decisão de maneira muito diversificada, influenciando para maior ou menor facilidade de acessá-lo. Estudar os incentivos e barreiras ao teste HIV, com foco no diagnóstico precoce, implica compreender os atuais e propor novos contextos que reduzam os diversos graus de vulnerabilidade destas mulheres às DST.

## **1.6 O Sistema de Saúde e a política de testagem para o HIV em Fortaleza**

No sentido de contextualizar a discussão sobre diagnóstico precoce no território estudado, foi descrito, de forma breve, como o Sistema de Saúde de Fortaleza estava sendo proposto na ocasião da pesquisa.

De acordo com dados oficiais fornecidos pela coordenação municipal de DST/HIV/Aids de Fortaleza, o sistema de saúde na cidade estava organizado, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde(SUS), em cinco redes assistenciais (RA.): R.A. Básica, R.A. Especializada, R.A. Hospitalar, R.A. Urgência e emergência, R.A. Saúde Mental. A Política municipal de DST/HIV/Aids é compreendida como transversal a todas estas redes assistenciais, segundo os seguintes princípios fundamentais e organizativos: integralidade,

controle social, resolutividade, organização das demandas por complexidade, referência e contrarreferência, intersetorialidade e educação permanente (FORTALEZA, 2009).

Assim, para se pensar na ampliação da testagem para o HIV, era preciso reconhecer o papel dos serviços implantados em cada rede assistencial, desde a Estratégia Saúde da Família e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) na rede básica, até os Serviços de Atendimento Especializados (SAE) em DST/HIV/Aids, instaurados na rede especializada.

Esse desenho foi implantado em Fortaleza a partir de 2005, deste modo, pela integralidade e transversalidade da Política Municipal de DST/aids em Fortaleza, desde a Atenção Básica até Atenção Hospitalar complexa existiam ações e serviços que podem ser acessados pela população tanto para prevenir o HIV/Aids quanto para o tratamento (FORTALEZA, 2009).

Assim, o acesso livre a preservativos, o tratamento primário de alguma DST e a realização do teste HIV são serviços de baixa complexidade clínica que devem ser acessados nos Centros de Saúde da Família (Rede de Atenção Básica<sup>18</sup>). Mas, em outros pontos do sistema, a população também pode acessar o teste, como no CTA, em que foi disponibilizado, desde 2009, o teste rápido para HIV, e nos SAE, em 2010 havia cinco ambulatórios municipais de atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids<sup>19</sup> (FORTALEZA, 2012).

Em todos estes locais, deveria haver orientação para realização da testagem, a qual deve incluir a oferta do exame e o consentimento livre e esclarecido para realização do mesmo, através da técnica de aconselhamento antes e depois do teste para HIV, segundo preconiza o Ministério da Saúde (MS) brasileiro. A recomendação especificada em protocolos do MS para testagem do HIV é referente ao pré-natal (realização de dois testes, nos trimestres 1º e 3º da gestação), em caso de acidentes ocupacionais junto a profissionais da saúde, violência sexual, pacientes com tuberculose e populações mais vulneráveis (pelo menos uma vez ao ano, ou em caso de ocorrência de relação desprotegida) (FORTALEZA, 2012).

---

<sup>18</sup> Sobre a atenção básica, em 2006, a Estratégia Saúde da Família teve ampliação de cobertura, saindo de 15% para 50%. Atualmente, são 300 equipes trabalhando em 92 Centros de Saúde da Família.

<sup>19</sup> SAE - Centro de Especialidades Medicas Jose de Alencar (CEMJA);  
SAE – Hospital Municipal Gonzaga Mota do José Walter;  
SAE – Hospital Municipal Gonzaga Mota de Messejana;  
SAE – Hospital Municipal Nossa Senhora da Conceição;  
SAE - NAMI



Os desafios para implantação de fato de uma política específica de testagem para populações mais vulneráveis precisam ser discutidos no Sistema Único de Saúde, a partir dos entraves e potencialidades existentes não somente no âmbito da clínica, mas, fundamentalmente, por suas dimensões sociais. Entende-se que a partir do referencial deste estudo, é possível acessar parte destas inquietações, e espera-se contribuir para construção dessa política específica, focada e efetiva para mulheres profissionais do sexo em Fortaleza.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Compreender os incentivos e as barreiras para realização do teste de HIV sob o ponto de vista das profissionais do sexo feminino (PS), acima de 18 anos, na cidade de Fortaleza, CE, Brasil.

### **2.2 Específicos**

- Compreender comportamentos, práticas sexuais e modos de prevenção na vida profissional e pessoal;
- Investigar os conhecimentos sobre transmissão do HIV, os benefícios do teste e o tratamento em HIV/Aids, focando nos incentivos e nas barreiras ao teste de HIV;
- Explorar as interfaces entre estigma, discriminação e teste HIV;
- Decrever o que as mulheres profissionais do sexo apontam como modo de organização dos serviços de saúde para o cuidado integral com a saúde sexual.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudo

O presente estudo é resultante de uma pesquisa qualitativa<sup>20</sup> e esteve integrado ao projeto: “Incentivos e barreiras para realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa<sup>21</sup>”, financiado por três agências de fomento a pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Ministério da Saúde Brasileiro e *Agence Nationale de Recherches sur Le sida et Les hepatites Virales* (ANRS/França), vigente no ano atual<sup>22</sup>.

No universo dos sujeitos pesquisados no projeto maior referido, no qual este estudo esteve inserido, população em geral e populações mais vulneráveis, Homens que fazem sexo com homens (HSH) e Profissionais do sexo (PS), optou-se por desenvolver análise junto às mulheres PS. Este foco foi motivado pela necessidade de apontar questões como fomento para ampliação do acesso ao teste HIV pelas mulheres trabalhadoras do sexo em Fortaleza, como parte importante do enfrentamento à feminização da epidemia de aids em Fortaleza<sup>23</sup>.

Para este propósito, utilizou-se a metodologia *Rapid Assessment (RA)* a partir de pressupostos antropológicos. A Avaliação Rápida (tradução RA) é uma metodologia qualitativa focada em uma área adstrita, sendo realizada em um período curto de tempo, tem como característica a aplicação de múltiplas técnicas, dentre as quais, para este estudo, aplicaram-se entrevistas semi estruturadas e observação de campo, baseadas em uma temática específica em saúde, como as razões e motivações para realizar o teste de HIV (SCRIMSHAW et al., 1991).

Dentre as principais características do RA, destacam-se: utilização de técnicas mistas, incluindo, por exemplo, entrevistas semi estruturadas e abertas com membros da comunidade afetada, além de observação de campo e entrevista com pessoas envolvidas com

---

<sup>20</sup> Segundo Minayo & Sanches (1993), a pesquisa qualitativa está centrada no campo da subjetividade e constituição de universos simbólicos. A metodologia qualitativa aborda as dimensões sociais e particulares de forma interativa, compreendendo esta relação como passível de investigação, tomando as diversas linguagens, dentre elas a fala e seus contextos como matéria-prima desta abordagem quando analisadas junto às práticas e concepções sociais.

<sup>21</sup> Ainda na mesma referência acima, os autores colocam que para se ter maior aproximação da realidade, é preciso construir relações de complementariedade entre métodos qualitativos e quantitativos.

<sup>22</sup> Edital MCT/CNPq no. 14/2009 – Universal.

<sup>23</sup> O Departamento de Aids no Ministério da Saúde tem fomentado um conjunto de ações, junto aos estados e municípios brasileiros que foquem no avanço dos casos de aids entre mulheres. Para este feito, foi construído em cada estado, o Plano de enfrentamento a feminização da epidemia de aids e outras DST (BRASIL, 2007), em que dentre outras prioridades, há recomendações específicas com relação à vulnerabilidade aumentada de mulheres trabalhadoras do sexo.

o entorno da população em foco; foco na diferença entre uma meta do sistema de saúde local e a realidade da comunidade investigada (CHOPRA et al., 2006).

Esta metodologia permite entendimento compreensivo dos tópicos e aumento da confiabilidade e validade dos dados por permitir coletar informações através de diferentes meios que poderão ser compreendidos em contexto (SCRIMSHAW et al., 1991). A RA enfatiza o relacionamento entre os pesquisadores e a comunidade, bem como o surgimento de novas ideias a serem identificadas e exploradas através do processo de trabalho de campo. Por este aspecto, decidimos trabalhar com uma equipe de entrevistadores, com intuito de incluir membros ativos no território estudado em torno da prostituição. Mais adiante, descreve-se o processo de constituição desta equipe que foi composta por educadores sociais que estavam inseridos no contexto investigado.

O método também facilita a pesquisa comparativa, uma vez que instrumentos são compartilhados através dos diversos locais de aplicação<sup>24</sup> (NEEDLE et al., 2003). Neste estudo, em virtude do cotidiano observado ser também parte do trabalho contínuo dos entrevistadores, no decorrer do trabalho de campo, houve uma série de momentos em que se compartilharam conhecimentos e informações sobre o campo que impulsionaram possibilidades concretas de intervenção em relação ao contexto de saúde das trabalhadoras do sexo.

Dentre ações e serviços que foram disparados no desenrolar da pesquisa, citam-se ampliação do acesso aos preservativos e maior incentivo à testagem com realização de campanhas descentralizadas com o teste rápido. Estas ações e serviços foram realizados pela equipe do consultório de rua que trabalhava em duas áreas estudadas, o centro da cidade e na região do Serviluz, no bairro do Mucuripe.

A finalidade da utilização da avaliação antropológica rápida (RAA) foi facilitar a construção e a melhoria da relação com os serviços de saúde e práticas educativas em contextos culturais específicos, como o da prostituição. Esta tecnologia auxiliou, de forma sistemática, na compreensão dos significados das pessoas envolvidas em relação ao diagnóstico do HIV. De acordo com as características do método proposto por Herman e Bentley (1993), os resultados poderão servir como subsídios para formulação de estratégias governamentais e comunitárias que sejam intrínsecas às necessidades e potencialidades locais. Neste caso, a atenção voltou-se para análise e apresentação de resultados mais relevantes, baseados no modo como as mulheres pensam, bem como no modo como equipamentos de saúde disponíveis se organizam em torno destas necessidades.

---

<sup>24</sup> O método usado na RAA depende do propósito do estudo, do tempo e das fontes disponíveis para o mesmo.

### 3.2 Locais do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza<sup>25</sup>, capital do Estado do Ceará. Foram estudadas quatro áreas diferentes, com perfis diversos de exercício da prostituição, a saber:

1. Praça José de Alencar e Praça do Passeio Público no Centro da cidade – áreas constituídas historicamente como zonas de prostituição;
2. Área do Serviluz – zona portuária no bairro Mucuripe;
3. Av. Osório de Paiva – rota de caminhoneiros no caminho para uma das rodovias estaduais (CE-095);
4. Região da Barra do Ceará - zona litorânea na periferia.

Quando se reflete sobre a prostituição feminina, precisa-se atentar sobre os espaços territoriais. Esse olhar se faz necessário para compreender os contextos que colaboram para uma vivência da prostituição com maior vulnerabilidade para saúde e violações dos direitos sexuais das mulheres.

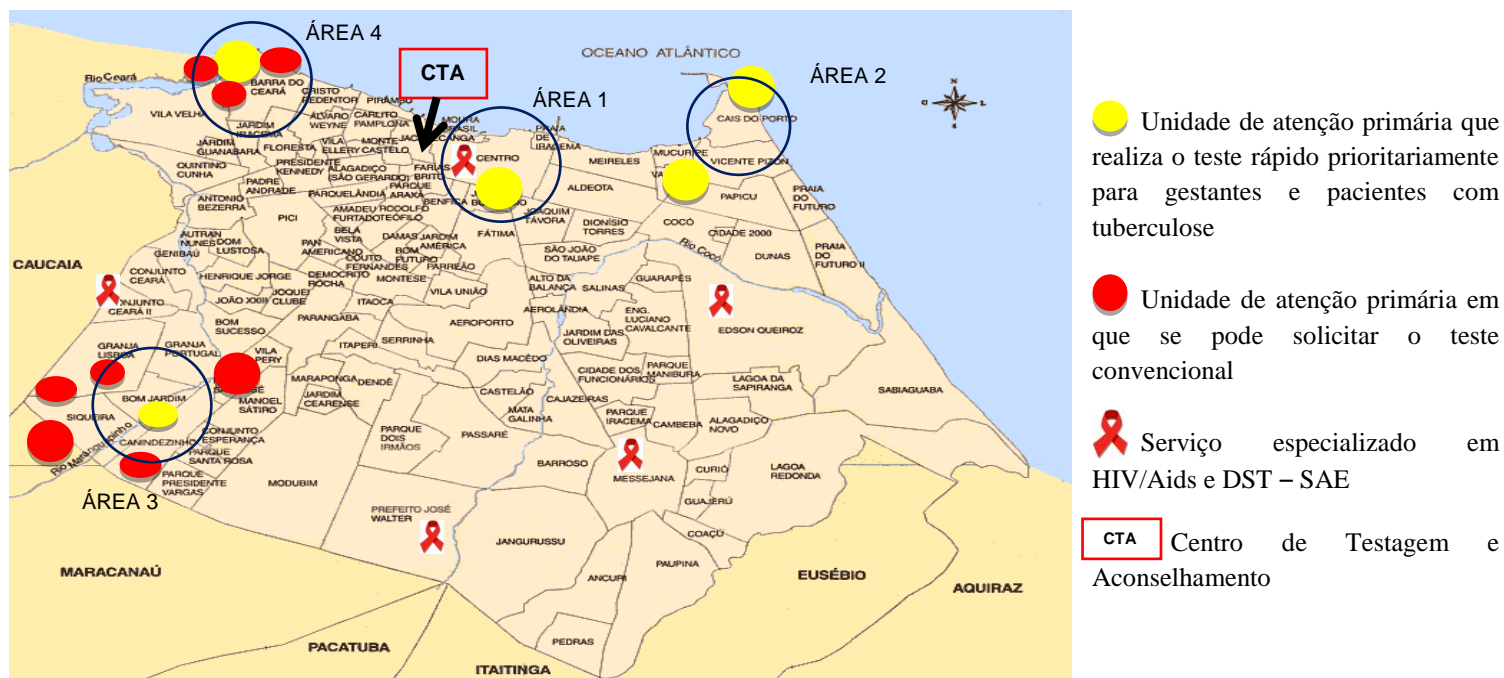
O território da pesquisa foi composto por: 1) Centro de Fortaleza (Passeio Público e Praça José de Alencar, praças históricas na configuração da prostituição no centro da cidade); 2) zona portuária no bairro Mucuripe (onde está inserida a localidade Serviluz); 3) entorno da Av. Osório de Paiva (rota de caminhoneiros) que perpassa os bairros Parangaba, Vila Pery, Siqueira e Canindezinho; 4) zona litorânea da periferia do bairro Barra do Ceará. Considerando a divisão administrativa de Fortaleza, apresentam-se características de quatro Secretarias Executivas Regionais da cidade, são elas: I, II, IV e V, mais especificamente dos bairros e áreas acima citados.

---

<sup>25</sup> Território da cidade de Fortaleza.

Fortaleza é um município brasileiro, capital do Estado do Ceará. Está localizada no litoral Atlântico, com 34 km de praias, a uma altitude média de 21 metros, 313,8 km<sup>2</sup> de área, e 2.447.409 habitantes, sendo a capital de maior densidade demográfica do país, com 8.001 hab/km<sup>2</sup>. É a cidade mais populosa do Ceará, a quinta do Brasil e a 91<sup>a</sup> mais populosa do mundo. A Região Metropolitana de Fortaleza possui 3.655.259 habitantes, sendo a sexta mais populosa do Brasil, e a segunda do Nordeste. Em recente estudo do IBGE (2010), Fortaleza aparece como metrópole da terceira maior rede urbana do Brasil em população.

Atualmente, são 116 bairros e seis "Secretarias Executivas Regionais" (SER), unidades administrativas diretas da prefeitura, responsáveis pela execução dos serviços públicos em cada área (Fortaleza, 2011). Esta divisão administrativa da cidade apresenta elevada importância para implantação das redes de cuidado em saúde a que este trabalho pretende fomentar. A partir destas unidades administrativas (as Regionais), as políticas públicas são executadas.



**Figura 1** - Unidades de saúde na abrangência das áreas de prostituição estudadas, em 2010.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Em Fortaleza existiam 92 unidades de atenção primária à saúde (posto de saúde) na época do estudo, destas, 13 estavam na área de abrangência da pesquisa. Quanto à possibilidade de acesso ao teste, entre as unidades apontadas no mapa, 05 haviam iniciado a oferta de teste rápido (teste no qual o resultado diagnóstico sai em 40 minutos) prioritariamente para mulheres gestantes em acompanhamento pré-natal, e pacientes com diagnóstico de tuberculose. As outras 08 unidades de atenção primária apresentavam uma cota mensal para solicitação de testes convencionais para HIV (exames em que o resultado sai em média entre 15 dias e um mês), mas também ainda sendo ofertado prioritariamente no período gestacional (FORTALEZA, 2011).

Sobre a atenção especializada (nível de atenção à saúde no SUS que trata de doenças e agravos de maior complexidade clínica), havia cinco serviços de atendimento em HIV/Aids e DST na rede municipal onde também era possível acessar o teste HIV e tratamento para alguma doença sexualmente transmissível (FORTALEZA, 2011).

No município havia apenas um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), localizado no bairro do Jacarecanga (conforme o mapa) onde era possível realizar tanto a testagem rápida como o teste convencional de forma direta, com menor grau de burocracia institucional, aberto a todas as populações (FORTALEZA, 2011).

Fortaleza, segundo o censo 2010, é uma capital com 2.452.185 habitantes, dos quais 1.304.267 (53%) são mulheres (IBGE, 2010). Ressalta-se que a Barra do Ceará, um dos

bairros cenário da pesquisa, ocupa a segunda posição entre os dez bairros mais populosos da cidade.

Quando se verificaram os dados por sexo com relação ao território da pesquisa, constatou-se que a porcentagem era praticamente igual ao da cidade, sendo do total de 309.030 habitantes, 52% da população são do sexo feminino, em termos absolutos 162.239 mulheres. Esse quantitativo superior em relação aos homens demonstra a importância de resignificar as relações de gênero, no sentido de emancipação feminina e, portanto, de diminuição dos contextos de vulnerabilidade que atinge em níveis diferentes, mas, a todas as mulheres, independente de classe social, nível escolar, cor/etnia, orientação sexual e profissão (IBGE, 2010).

Com relação à escolaridade, mesmo Fortaleza apresentando índices de alfabetização melhores do que o restante do Estado, e existir desempenho levemente superior de mulheres, somente o bairro do Centro está entre os que têm melhores taxas, os demais apresentam índices menores. Os bairros do Siqueira, Canindezinho (entorno da avenida Osório de Paiva) e Cais do Porto (Serviluz) estão entre os vinte com piores índices de alfabetização, o último com menor taxa entre as mulheres (MEDEIROS; MENEZES, 2012).

Em termos de renda, a capital cearense ocupou, em 2010, a nona posição no *ranking* das capitais com o maior número de pessoas na classe baixa (pessoas com renda per capita de até R\$ 290,00), isso retrata que mesmo com o crescimento da classe média, ainda existe índice de pobreza elevado. As menores rendas se concentram em bairros das periferias, entre eles, destacam-se alguns incluídos na pesquisa: Barra do Ceará, Siqueira e Canindezinho, os dois últimos com renda per capita abaixo de R\$ 350,00 (MEDEIROS; MENEZES, 2012).

Fortaleza é uma cidade com dificuldades em relação à distribuição de renda e, portanto, apresenta abismo ainda considerável entre os que são bem remunerados e os que se apresentam em situação de miséria. Segundo o IBGE (2010), fazendo recorte de gênero, a desigualdade permanece ao ver que as mulheres têm renda menor do que os homens. Em nenhum bairro de Fortaleza, entre os com melhores ou piores rendas essa situação se inverte, demarcando aqui desigualdade de acesso entre homens e mulheres.

A violência em Fortaleza, como nos demais centros urbanos, tem crescido. Segundo, o mapa da violência 2012, a cidade ocupa o 12º capital brasileira com maior índice de homicídios geral e 16ª posição quanto ao índice de homicídios femininos (WAISELFISZ, 2012).

Nos quatro primeiros meses de 2013, foram registrados 634 homicídios dolosos, destes, 91 ocorreram nos nove bairros que correspondem ao território da pesquisa. Ou seja, 14% dos assassinatos em Fortaleza foram registrados em 8% dos bairros de Fortaleza, o que apresenta o caráter violento dessas comunidades e reforça o estigma de “bairros violentos”. Ocupa a 16ª posição entre as capitais com maior taxa de homicídios femininos (CEARÁ, 2013).

De modo geral, o território da pesquisa apresenta, em decorrência das questões da baixa escolaridade, pauperização, índices elevados de violência e desigualdade de gênero, contextos de vulnerabilidade significativos. O resultado dessa mistura de limites nas questões econômica, social e cultural refletem negativamente na saúde da população.

Em cada lugar foram investigadas as relações entre os incentivos e as barreiras ao teste do HIV, a partir do ponto de vista das profissionais do sexo, acessando também alguns donos de estabelecimentos, outros comerciantes e, eventualmente, alguns profissionais da saúde nas respectivas áreas de abrangência.

Sobre as zonas de prostituição em Fortaleza, alguns autores também já descreveram aspectos diversos do modo como se constroem estas relações na cidade. Segundo Sousa (1998), em estudo sobre a prostituição em Fortaleza, ao longo dos séculos XIX e XX, houve a formação das zonas de meretrício na cidade, seguindo padrões estrangeiros, com a finalidade de separar duas morais: a da casa e do prostíbulo. Neste mesmo estudo, em que a autora investiga sob o ponto de vista dos clientes, houve cruzamento em relação às zonas definidas para este estudo. A escolha das áreas foi determinada pela alta concentração de mulheres trabalhando, como também do conjunto de vulnerabilidades agregadas por se tratarem de locais de maiores precariedades sociais.

Ainda por esta via, Segundo Nicolau (2008), em 2005, estimava-se que das 3.500 mulheres que estavam cadastradas na Associação das Prostitutas do Ceará, 500 trabalhavam no Centro da cidade. Em relação ao bairro do Mucuripe, reconheceu-se o Serviluz como zona que agrega um conjunto de estabelecimentos, em que várias mulheres praticam a prostituição, por se tratar de zona portuária.

Decidiu-se, também, por estudar no entorno da Avenida Osório de Paiva, considerando que as forças convergiam para o forte exercício da prostituição eram as precárias condições de vida e trabalho. Estas, mais fortemente estabelecidas pela proximidade com a rodovia (095-CE), culminando então como rota de muitos caminhoneiros. Com mesmo intuito, foi definida a região da Barra do Ceará, zona litorânea da periferia, tendo ainda como



especificidade a relação direta com um estabelecimento (Motel Chamonix) para realização dos programas.

As áreas escolhidas para o estudo também foram definidas depois de realizar várias conversas junto com os educadores sociais envolvidos na realização das entrevistas, em que se conseguiu determinar outros contextos de prostituição que estão para além do território espacial, potencializando as precariedades sociais em que vivem essas mulheres.

Essa discussão ocorreu com base nos dados referidos pelo Departamento de Aids no Plano nacional de enfrentamento a feminização do HIV, mais especificamente quando afirma que a pobreza e a situação de violência sexual e doméstica são vulnerabilidades estruturantes para infecção pelo HIV (BRASIL, 2007).

### **3.3 População do estudo**

Foram entrevistadas 36 mulheres que trabalhavam tanto na rua quanto em bares, e em casas de prostituição. A faixa etária estudada variou entre 18 e 50 anos de idade. Em relação às parcerias fixas, a maioria das mulheres tinha namorado ou marido, mas houve relatos de parceria afetiva com outras mulheres, o que caracterizou no grupo de entrevistas também mulheres bissexuais. Mais da metade das mulheres entrevistadas tinham a prostituição como atividade principal, mas ocorreram casos de ser apenas complementar e temporária. Todas afirmaram crença religiosa, em sua maioria a religião era católica. No Apêndice C, segue tabela que agrega um conjunto de outras informações sobre as mulheres do estudo, incluídas de acordo com a área estudada.

### **3.4 Técnicas de coleta de dados**

Para este estudo, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e abertas. Antes e durante o desenvolvimento das entrevistas, das visitas de exploração do campo e de mobilização das participantes, foram realizadas observações de campo, com efetiva constituição de um diário, em que os entrevistadores anotavam impressões sobre o campo, situação vivenciada pelas mulheres que se prostituíam. Registrou-se também o contexto e a descrição dos locais em que ocorria a conversa, bem como impressões sobre aquela realidade, buscando interpretar o modo como elas vivenciavam aqueles contextos junto às informações que forneciam nas entrevistas.

Essas interpretações foram construídas com base nos pressupostos metodológicos da etnografia interpretativa. Essa metodologia permite investigação mais profunda devido à necessidade de envolvimento com o campo e a proximidade com os atores que se busca compreender. Esse processo investigativo requer imersão profunda no âmbito da realidade a ser conhecida. Tal imersão busca o entendimento sobre o ponto de vista do “outro”, como indica Geertz (2002).

Geertz (2002) explicita suas linhas metodológicas afirmando que esse entendimento é um processo “hermenêutico<sup>26</sup>” e o que se faz ao ir a campo é buscar entender o outro, suas percepções e interações com a realidade, esse entendimento acontece por meio de uma interpretação:

[...] transformando em antropologia formulações sobre aquilo que considero as implicações mais gerais destas interpretações; e um ciclo recorrente de termos – símbolos, significado, concepção, forma, texto.... cultura – cujo objetivo é sugerir que existe um sistema na persistência, que todas essas perguntas [...] são inspiradas por visão estabelecida de como devemos proceder para construir um relato da estrutura imaginativa de uma sociedade (GEERTZ, 2002, p. 13).

Isso é particularmente importante em se tratando da sexualidade, entendendo que não necessariamente se compreende o outro como ele compreenderia a si, mas se objetivou com esta pesquisa chegar próximo de entender o sentido que essas mulheres atribuem à possibilidade de realizar o teste de diagnóstico do HIV.

As informações coletadas foram utilizadas para desenvolver a análise, bem como para interpretar e contextualizar as descobertas. Também foram analisados os documentos oficiais e relatórios de projetos realizados com esta população nos últimos cinco anos, em parceria com a coordenação municipal de DST/Aids de Fortaleza.

### **3.5 Aprofundando o processo de construção das entrevistas e seus entornos**

Buscou-se identificar, nos territórios propostos para o trabalho, pessoas que tivessem relação de continuidade com o local, tanto para ter maior inserção com as mulheres, como para refletir sobre suas práticas. Por este aspecto, seria possível desenvolver um trabalho de intervenção para além das entrevistas, que promovesse retornos concretos para as

---

<sup>26</sup> Por hermenêutico compreende-se aqui o processo vinculado a uma teoria da interpretação voltada para compreensão de “rede de significados” constitutiva de uma dada realidade.

participantes em torno dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva. Esta intenção gerada ao pensar a formação da equipe de trabalho no campo esteve em estreita relação com os pressupostos da metodologia utilizada RAA. Destes, ressalta-se a necessidade de confrontar metas<sup>27</sup> do sistema de saúde local com a realidade da comunidade investigada, além de provocar reflexões e mudanças por parte das pessoas envolvidas no espaço estudado que emergem com o próprio processo de investigação (CHOPRA et al., 2006; HERMAN; BENTLEY, 1993).

Formou-se uma equipe de cinco entrevistadores que estavam no período da coleta de dados inseridos no trabalho cotidiano com pessoas que moram ou trabalham nas ruas, tanto com foco na prostituição, como no uso abusivo de drogas, através da Secretaria de Direitos Humanos (SDH) da Prefeitura de Fortaleza<sup>28</sup>.

Como parte do processo cotidiano de apropriação daquele lugar que correspondia ao contexto de trabalho dos entrevistadores, foi possível descrever o ocorrido de forma muito menos neutra, por este aspecto, também muito mais contextualizada. As análises foram apresentadas a partir de dois focos, tanto do conteúdo das entrevistas quanto de observações realizadas para além do que estava sendo gravado.

Conforme Velho (1978), é preciso reconhecer a necessidade do estranhamento sobre o nosso próprio cotidiano que, neste caso, cruza-se com o território estudado. Segundo o autor, quando ocorre esta sobreposição de contextos (o do trabalho e o da pesquisa), é distância mínima que garanta ao investigador condições de objetividade em seu trabalho, em busca de imparcialidades no olhar sobre a realidade, evitando envolvimento e julgamentos que possam obscurecer e deformar os resultados.

Dialogou-se sobre esta questão com a equipe de entrevistadores antes e durante o trabalho de campo. Propôs-se que o local do trabalho se tornasse um lugar ainda com muitos aspectos a se conhecer. Mesmo não sendo pesquisadores profissionais, dispuseram-se a estranhar o campo, o qual já conheciam para se reapropriarem de outra realidade possível, a da prostituição, com foco na saúde sexual e reprodutiva, em especial voltadas para as questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis.

A pesquisadora responsável pela coleta e análise dos dados também procurou manter distanciamento possível dessa realidade, buscando a conversão do olhar que

---

<sup>27</sup> Destas metas a que estudada era a ampliação ao diagnóstico precoce do HIV na população de profissionais do sexo.

<sup>28</sup> A equipe de cinco entrevistadores correspondiam a integrantes de um Programa chamado “Ponte de encontro” (SDH) que realiza trabalho contínuo de articulação entre as pessoas em contextos de vulnerabilidade social na rua e os equipamentos públicos e sociais de apoio em um conjunto de territórios em Fortaleza.

permitisse compreender melhor o modo como as mulheres entrevistadas se relacionavam e atribuíam sentido à prostituição, aos cuidados com saúde e o HIV/Aids.

No momento da pesquisa, a autora estava coordenando o programa de DST/HIV/Aids da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, e junto com a equipe fez trabalho de reflexão sobre o território de modo distanciado do cotidiano da gestão. Estabeleceu um programa de vivência e sociabilização nos espaços de prostituição estudados, com observações de campo semanais e sistemáticas de interação com o contexto pesquisado.

Os entrevistadores foram selecionados tanto por manifestarem interesse em participar quando foi apresentada a proposta<sup>29</sup>, quanto por já terem participado de outras pesquisas com utilização de técnicas de observação e entrevistas<sup>30</sup>.

Iniciou-se com oficinas de treinamento entre os pesquisadores, dialogando sobre o tema, o método e o território. Realizou-se um conjunto de encontros no período que antecedeu à fase de campo, discutiu-se o roteiro de pesquisa, explorando cada tema e questionando conceitos, focando no contexto que se pretendia construir sobre os incentivos e as barreiras para realização do teste de HIV.

Integrava a proposta da entrevista um conjunto de materiais que subsidiariam a realização da pesquisa: roteiro semiestruturado de entrevista, termos de consentimento livre e esclarecido, gravador digital e um diário de campo que deveria ser preenchido com observações e percepções dos contextos de cada entrevista, descrevendo e analisando como foi cada dia, identificando potencialidades e dificuldades.

Depois de uma semana de entrevistas realizadas, os pesquisadores se reuniram, conversaram novamente, com base no que estava escrito no diário de campo e na escuta das gravações, revendo fragilidades e avaliando os retornos ao campo, se necessários. Estiveram envolvidos com o processo devido à aproximação da equipe com o território. Em alguns momentos, iniciavam construções analíticas sobre o território que, embora eles já conhecessem, a partir do início da pesquisa, estavam percebendo-o de outro modo.

Nesta direção, ocorreu uma situação durante a pesquisa em que uma entrevistadora perguntou: *mas ela (a mulher entrevistada) não se acha sob risco para o HIV sendo prostituta? Meu Deus, como não? Eu não tinha dimensão do quanto ainda temos que fazer pontes delas com os serviços de saúde.*

---

<sup>29</sup> Através do trabalho exercido pela coordenação municipal de DST/Aids na Prefeitura de Fortaleza em parceria com o grupo Ponte de Encontro (SDH), foi possível realizar alguns encontros de formação sobre prevenção às doenças sexualmente transmissíveis. Esta formação tinha como intuito contribuir para que os educadores envolvidos olhassem para seu território e identificassem zonas de vulnerabilidades para as DST, e foi sendo percebido pelos educadores o quanto as áreas de prostituição inseriam-se neste contexto, por isso o interesse deles em participar da pesquisa.

<sup>30</sup> Os entrevistadores selecionados trabalharam com professora Glória Diógenes na pesquisa intitulada “Sete Sentimentos”, com foco em exploração sexual infantil.

Os pesquisadores estavam elaborando novos processos de interação com o território, gerando estranhamentos. Todos eram trabalhadores e gestores como parte do território e estavam adentrando a ocupação dos espaços de prostituição. Embora os entrevistadores já estivessem imersos nos espaços de prostituição por estarem cotidianamente trabalhando nesses lugares<sup>31</sup>, ao acionar a possibilidade de realização de uma entrevista (aprofundando sobre o que e como se faz), eles interpelavam as relações e construíaam junto a elas o estranhamento daquela realidade.

Ao analisar as questões associadas à relação de trabalho com o território estudado, é cediço que as mulheres entrevistadas viam os pesquisadores como representantes do poder institucional, isso não foi necessariamente um empecilho para pesquisa. O que ocorreu foi que elas também os viam como dignos de confiança, assim, creditados pela possibilidade de concretamente foi possível desenvolver intervenções no campo da prevenção e da assistência, porque já existiam vínculos.

Esses laços com o território, também, por sua vez, não eram os que tradicionalmente os espaços institucionais estabelecem<sup>32</sup>. O grupo Ponte de Encontro tem metodologia de trabalho a partir de envolvimento com produção de subjetividade das pessoas, com características de longitudinalidade<sup>33</sup>, o que gera vínculo e confiança. Constataram-se algumas falas das profissionais do sexo envolvidas na pesquisa que demonstravam estes aspectos: *os meninos (os entrevistadores) aqui a gente confia, eles chegam de mansinho, conversam com a gente, num vão logo dizendo o que a gente tem que fazer e vão embora.*

Para Perlongher (1984), urge reconhecer a necessidade de estranhar-se enquanto pesquisadora do (a) outro (a), a primeira condição para falar sobre o outro é diferenciar-se dele. Diz o autor que há uma relação hierárquica, desigual, assimétrica, que se estabelece entre os sujeitos envolvidos em uma investigação, fazendo referência à limitação do olhar sob um dos pontos de vista, no caso, o da investigadora.

O autor propõe então que em seguida ao estranhar-se se aproxime novamente, mas agora no sentido de *mimetizar-se* ao território, uma das questões pelas quais se trabalhou com entrevistadores que já faziam parte do contexto investigado.

---

<sup>31</sup> Mesmo sendo um espaço do poder público, o trabalho deles em relação à prostituição ainda era muito incipiente, na verdade, eles ainda não conheciam as reais demandas das mulheres, gerando vulnerabilidades institucionais.

<sup>32</sup> Refere-se à relação de distanciamento que muitos equipamentos públicos estabelecem com a comunidade do entorno, com normas que não engrenam com a dinâmica local, e modos destoantes de operar em relação à expectativa de quem procura o serviço.

<sup>33</sup> Longitudinalidade entendida aqui como atributo da atenção primária em saúde discutido por Starfield (2002), referindo-se à relevância do vínculo entre o serviço de saúde e o profissional, roubado aqui para ilustrar o modo de relação estabelecida entre os educadores sociais e o território em seu aspecto de continuidade no tempo.

Outra questão colocada por Perlongher (1984) como forma de estreitar os olhares é reconhecer alguns aspectos identitários relativos ao território, como a *identidade sócio sexual* dos sujeitos envolvidos. No caso dele o estudo era com homens em situação de prostituição, em São Paulo, e para este aspecto ele remontou o conceito de michê. Reportando ao estudo em questão, realizou-se discussão sobre como as mulheres se reconheciam dentre tantas denominações no campo das diversas prostituições femininas. Um conjunto de termos colocados por elas designou as suas várias identidades sócio sexuais: garotas de programa, prostitutas, profissionais do sexo, mas de forma repudiada, não houve consenso com o termo puta, conforme colocou uma das entrevistadas: *Puta é nome feio, a gente está aqui para trabalhar, não para ser humilhada.*

Discutir contextos que se constituem a partir dos universos simbólicos, culturais e políticas das sexualidades, tem estreita relação com a existência de “sujeitos” alocados nas ditas zonas abjetas e marginais, dentre elas as zonas de prostituição (BUTLER, 2001). Em outros dizeres: há sujeitos tipificados a partir de constituições morais que os caracterizam por aspectos negativos, estigmatizantes e/ou pejorativos, no nosso caso, as prostitutas.

Butler (2001) é uma das teóricas que trabalha com esta noção de abjeção ligada à perspectiva de gênero pautada nesta existência ambígua. Para a referida, a abjeção reflete aquelas zonas inóspitas e inabitáveis da vida social, que são, não obstante densamente povoadas por aqueles que não gozam do *status* de sujeito [...]. Este, então, é constituído através das forças de exclusão e de abjeção (BUTLER, 2001). Sob este referencial, os corpos e as identidades das prostitutas são atravessados por uma construção discursiva fora de uma suposta zona de inteligibilidade social e ilegitimidade de suas existências, gerando invisibilidade social. Este conceito relaciona-se com todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas ‘vidas’ e cuja materialidade é entendida como ‘não importante’ ou inumana.

Ainda com a intenção de inteirar-se no território proposto a estudar, Perlongher (1984) sugere recomposição do lugar de se prostituir em um contexto urbano, na cidade, o qual chama de descrição da “região moral”. Em seus estudos, o centro da cidade de São Paulo constituiu-se como zona de poder e comércio durante o dia, sendo a prostituição neste período considerada a “margem”, e a noite se converteu em local de “*vício e boemia*”, sendo chamada pelo autor de *centro da cena*.

Em outra direção, em Fortaleza, de acordo com as zonas estudadas, o que é "margem", em determinados momentos, converte-se em “centro”, dependendo de acordos tácitos locais. Em Fortaleza, a prostituição não ocorre somente à noite, mas ajusta-se à

dinâmica do centro da Cidade, da zona portuária e rota de uma das rodovias, dependendo da dinâmica dos clientes, comerciantes locais, donos de bares e motéis e a polícia.

Nesse sentido, as entrevistas aconteceram em momentos diversificados, durante o dia e a noite, dependendo da dinâmica local e dos acordos com as mulheres envolvidas.

De acordo com a demanda, discutiu-se a necessidade de voltar ao campo com visitas e discussões semanais, em dias alternados a cada semana (para entender melhor a dinâmica no território em dias diferentes), realizando as entrevistas nos próprios locais de trabalho das profissionais do sexo, em horários acordados com elas.

Um relatório final foi elaborado e um encontro para divulgação e discussão dos dados foi realizado com as organizações participantes e as comunidades.

### **3.6 Processo de construção dos temas**

Para explorar os incentivos e as barreiras ao teste de HIV, delineou-se um conjunto de temas que seguiu uma lógica em torno do objetivo principal. Os mesmos foram organizados em um roteiro que foi aplicado nas entrevistas propostas e constituiu-se das seguintes temáticas:

1. Conhecimento sobre HIV/Aids, tratamento e medicamentos;
2. Teste: acesso, conhecimento, vantagens e desvantagens;
3. A relação entre vida pessoal e profissional das mulheres investigadas (tanto para o uso de preservativo como para realização do teste);
4. Estigma e discriminação em relação ao HIV/Aids;

O roteiro (Apêndice A) foi construído e analisado com toda a equipe para alcançar os objetivos deste estudo. Como produto, teve-se um guia para entrevistas, extensamente revisto e aplicado em campo<sup>34</sup> para verificar se as questões estavam adequadas e se as informações das entrevistas contemplavam a meta do estudo. Antes de ir ao campo, os entrevistadores foram treinados para aplicar o instrumento. Após algumas revisões e entrevistas preliminares, o guia apresentou-se mais diretivo e viável de ser aplicado.

Salienta-se que o cuidado em construir um roteiro serviu para nortear os entrevistadores sobre as informações que deveriam obter ao final da entrevista. No entanto, os pesquisadores de campo foram incentivados a, durante a entrevista, explorar os tópicos

---

<sup>34</sup> No próximo tópico, após a metodologia, estão discutidas algumas direções preliminares que ajudaram a compor esta tese de forma mais consistente, os quais serão apontamentos para discussão futura.

relevantes identificados no guia e a modificar ou fazer novas perguntas, caso percebessem necessidade, visando aperfeiçoar os objetivos do estudo.

### **3.7 Estruturação do modo de análise**

As entrevistas foram analisadas de acordo com a análise de compreensiva por trabalhar com contextos histórico-sociais e produção de significados. Adotou-se aqui a análise compreensiva proposta por Max Weber (1972), a qual indica que o estudo sobre as relações sociais deva ser empreendido por meio da análise da experiência humana, buscando compreender os significados de experiências e considerando o contexto histórico e as relações com o aspecto da realidade que se deseja investigar. Deste modo, Weber (1972) propõe deslocar os estudos do social, das dimensões de sociedade, da coletividade e das associações com as ciências exatas, propondo não uma análise absolutizada, mas uma análise compreensiva. Neste sentido, buscou-se entender os caminhos possíveis e procedimentos necessários para analisar as representações que as entrevistas conferem aos serviços de diagnóstico do teste de HIV.

Também foi considerada a análise de vulnerabilidade de Ayres et al. (2008), pois concorda-se com Parker (1994), Mota (1995) e Ayres (2003) que é necessária reflexão ampliada acerca da epidemia da aids, considerando além de comportamentos individuais, os diversos elementos estruturais existentes no contexto, que são fundamentais para compreender sua evolução e realizar avaliações de efetividade reais acerca das ações preventivas e terapêuticas em HIV e Aids.

Ademais, o conceito de vulnerabilidade de Ayres et al. (2008) possui convergências com os pressupostos da Saúde Coletiva, que conforme Sánchez e Bertolozzi (2007), analisa como os fatores estruturais influenciam o processo saúde-doença, considerando os determinantes sociais. Diante da complexidade do objeto de estudo, consideram-se diferentes aportes teóricos e metodológicos, bem como inclui o olhar de vários atores e saberes para melhor compreensão do fenômeno em estudo; considera a dimensão subjetiva, dando lugar aos significados e às representações que os indivíduos possuem acerca de algum evento da vida para entender atitudes e comportamentos diante do mesmo.

Sobrepujando a relação tecnocrata entre o conhecimento individual e práticas de saúde, a vulnerabilidade é definida como:



[...] a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES et al., 2008, p. 127).

Desse modo, o processo saúde-doença, sob a ótica da vulnerabilidade, deve ser compreendido contextualmente, por meio da avaliação dos seguintes eixos ou componentes: individual, social e programático ou institucional, sintetizados no Quadro 1.

**Quadro 1** – Descrição dos eixos individual, social e programático que compõem a análise das vulnerabilidades.

<b>Individual</b>	<b>Social</b>	<b>Programático</b>
<p>Grau de informação que as pessoas possuem sobre o problema.</p> <p>Capacidade de elaborar as informações e incorporá-las em suas ações cotidianas.</p> <p>Interesse e a possibilidade de transformar a informação em práticas protetoras.</p> <p>Os comportamentos individuais são compreendidos não como voluntários, mas em relação com o meio social no qual foram construídos.</p>	<p>Acesso aos meios de comunicação, escolarização.</p> <p>Disponibilidade de recursos materiais.</p> <p>Acesso às condições de bem-estar social, como moradia e bens de consumo e aos recursos materiais.</p> <p>Poder de influenciar decisões políticas.</p> <p>Possibilidade de enfrentar barreiras culturais.</p> <p>Estar livre de violência e coerção ou poder e saber se defender delas.</p>	<p>São todos os esforços dos programas nacionais, estaduais e municipais para disponibilizar, de modo efetivo e democrático, os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos.</p>

Fonte: Ayres et al. (2008)

Ademais, ao analisar um fenômeno a partir da perspectiva da vulnerabilidade, devem-se considerar as seguintes características: a multidimensionalidade, significando que em uma mesma situação se está vulnerável a alguns acontecimentos e não a outros, e um aspecto que pode deixar suscetível a um evento pode proteger a pessoa de outro; o *continuum* de suscetibilidades, ou seja, pessoas sempre vulneráveis a alguns fatores em diferentes graus, que influenciarão na maior ou menor vulnerabilidade; a dinamicidade, isto é, a vulnerabilidade varia em dimensões e graus ao longo do tempo. Portanto, a vulnerabilidade não é uma identidade, é um estado sempre presente na vida em algum grau e em certo tempo e espaço. Perpassando todas essas características, há o pressuposto de que a vulnerabilidade

somente existe enquanto relação a algo ou alguém e, portanto há responsabilidade bilateral de ambas as partes (AYRES et al., 2008).

É válido ressaltar que a análise de um fenômeno a partir do conceito de vulnerabilidade não desconsidera a análise epidemiológica de risco na compreensão da epidemia em um determinado contexto, embora as diferenças conceituais e analíticas entre elas sejam bem demarcadas. Por isso, Ayres et al. (2008) recomendam uma vigilância terminológica para que vulnerabilidade e risco não sejam utilizados como sinônimos.

Diferente das análises de risco, o objetivo dos estudos de vulnerabilidades é estabelecer relações plausíveis entre elementos abstratos que possam ser associados aos processos de adoecimento por meio de coerência empírica e evidência prática e, a partir da conexão das partes com o todo, elaborar construções teóricas acerca desses nexos e suas influências sob o processo saúde-doença. Em outras palavras, eles produzem conhecimento a partir de relações que identificam “os potenciais’ de adoecimento\ não-adoecimento relacionados a ‘todo e cada um dos indivíduos’ que viva em um certo conjunto de condições” (AYRES et al., 2008, p.132), a fim de intervir sobre suas suscetibilidade ao fenômeno em estudo.

### **3.8 Aspectos éticos**

A pesquisa “Incentivos e barreiras para realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa” foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará, conforme protocolo nº 263/09.

Antes de coletar as informações, explicaram-se os objetivos da pesquisa a todas as entrevistadas e, após aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo informações sobre a pesquisa, bem como o direito de recusa e desistência da mesma ou de responder a qualquer pergunta que gerasse constrangimento. Também, constaram os telefones da professora pesquisadora responsável e do COMEPE para dirimir eventuais dúvidas que surgissem.

Os resultados foram apresentados ao Departamento de DST/Aids do Ministério da Saúde brasileiro através de relatórios. À comunidade de ativistas (no caso deste trabalho, em especial à Associação Cearense de Prostitutas – APROCE - e ao Fórum cearense de mulheres) foi proposta apresentação dos dados e acesso aos relatórios. Aos trabalhadores envolvidos

diretamente na pesquisa, propôs-se oficina de socialização e discussão dos dados. À comunidade científica, os resultados foram apresentados na forma de resumos, em congressos nacionais e internacionais, e na construção de artigos científicos. Foram realizadas recomendações específicas à Secretaria Municipal de Saúde para orientar na definição das novas políticas voltadas à realização do teste, visando, entre outros aspectos, prevenção de novas infecções e diagnóstico, particularmente entre profissionais do sexo.

A participação das entrevistadas foi confidencial, e as informações sobre ações e serviços disponíveis foram disponibilizadas ao final de cada entrevista.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se neste tópico os resultados analisados de forma integrada com a discussão da literatura identificada com a temática da pesquisa. As categorias emergiram dos contextos estudados, e foram dispostas a seguir de forma dialogada com os principais autores referenciais para cada uma delas, com foco nas motivações e dificuldades para realização do teste de HIV.

Foram entrevistadas 36 mulheres, na faixa etária de 18 a 50 anos, das quais, 61% concluíram ensino fundamental I, 69% tinham relacionamento afetivo-sexual fixo, dentre estas, 76% não usavam preservativo com seus parceiros fixas. A maioria das mulheres (56%) referiu uso de álcool e outras drogas, 20% para uso de crack e 60% para consumo de álcool (Apêndice C).

Sobre a realização do teste, seis mulheres nunca realizaram o teste de HIV, 30 já tinham feito alguma vez na vida e, destas, apenas três afirmaram realizar o teste de forma sistemática por se considerarem vulneráveis à transmissão do HIV devido à prostituição (Apêndice C).

Com relação aos principais motivos para realização do teste, destaca-se: nove devido ao pré-natal; duas fizeram no pré-natal e repetiram o teste por se reconhecerem em alguma situação específica de risco; nove fizeram por se sentirem pontualmente em risco, em situação vulnerável (buscas pontuais pelo diagnóstico de HIV por diversos motivos relatados, como a camisinha rasgar, conhecer alguém com HIV, cliente com aparência dos sintomas da Aids, e outros); uma fez depois de participar de uma pesquisa sobre saúde e prevenção; duas fizeram devido às ações específicas dos serviços de saúde nos locais de prostituição; duas fizeram por solicitação médica durante a consulta ginecológica; uma relatou ter feito o teste somente uma vez por cuidados com a saúde; e quatro afirmaram fazer o teste regularmente como rotina de prevenção (Apêndice C).

Quanto ao local de realização do teste, 30% fizeram no 'posto de saúde' (Unidade de atenção primária à saúde), dentre estas, 64% foi pelo acompanhamento pré-natal. Em relação aos demais locais, ressalta-se também que 47% foi realizado em serviços especializados para tratamento de DST/HIV/Aids (Apêndice C).

Partindo deste perfil, seguindo com análise compreensiva dos diversos contextos vividos por estas mulheres, realiza-se a discussão a seguir. Os dados estão discutidos abaixo a partir de contextos de maior ou menor proteção, considerando os diversos fatores que podem influenciar na constituição das vulnerabilidades vivenciadas por estas mulheres.

## Processo de identificação e construção das categorias de análise

As categorias de análise construídas partiram das falas e dos contextos vivenciados no trabalho de campo, além da inclusão de definições e conceitos que nortearam o processo de discussão dos achados da pesquisa. Cada tópico estruturado abaixo foi selecionado por suas relevâncias que emergiram dos diversos contextos de entrevistas e observações de campo, conectados com os objetivos do estudo e com foco na influência exercida para realização ou não do teste de HIV.

As categorias dessa análise estão divididas em quatro: 1) a mulher da casa e a mulher da rua; 2) conhecimentos e informações: não sei assim direito como é, eu só sei que é Aids ; 3) estigma, o alicerce das barreiras: você saber que está com Aids, vai sabendo que vai morrer ; 4) acesso ao diagnóstico precoce do HIV no SUS: eu acho que era para ter teste de HIV em todos os postos.

Na primeira, evidenciou-se a demarcação explícita de modos diferentes de atuar das mulheres com relação à saúde sexual de acordo com o contexto vivido, se a rua, pelo exercício da prostituição, ou a casa, em suas vidas pessoais e amorosas. O surgimento da epidemia da aids para os contextos de prostituição teve significados importantes na tomada de decisão em busca do diagnóstico do HIV. A ideia de marginalidade<sup>35</sup> em relação à infecção foi desenvolvida em torno dos conceitos iniciais de “grupos de risco”. Ainda na década de 1980, delineou-se estreita relação entre a concepção social de ser prostituta e da possibilidade de viver com HIV como sendo contextos aproximados do conceito de promiscuidade<sup>36</sup>. Para um conjunto de autores esta relação tem sido desfavorável como tópico de desmotivação para realização do teste de HIV (MARTIN, 2003; DE MEIS; VASCONCELOS, 1992). Na direção oposta, o risco nos âmbitos familiares, com as parcerias fixas, torna-se velado pelos mesmos aspectos (foco em grupos de risco), abrindo lacunas de susceptibilidade ao HIV nas relações amorosas também.

---

<sup>35</sup> Marginalidade é uma noção que invoca a concepção de centro/periferia. O conceito de marginalidade surgiu nos anos de 1920/30, buscando elucidar comportamento, atitudes e modos de vida dos emigrantes que residiam em Chicago. Marginal é aquele que se situa nas margens em termo de acesso e usufruto das riquezas e benefícios disponíveis, o que lhe confere as qualidades de inferioridade e subalternidade (PRIBERAM, 2010).

<sup>36</sup> Promiscuidade entendida aqui como valor moral, muito vinculado à ideia de sujas e repugnáveis, às questões relacionadas ao sexo extraconjugal, à multiplicidade de parcerias sexuais, ao sexo casual em função do prazer, portanto, segregador para um conjunto de pessoas que excedem à norma social religiosa que preconiza o sexo após o casamento, a monogamia obrigatória e a supremacia da sexualidade masculina (DE MEIS; VASCONCELOS, 1992).

Para construção das demais categorias, destacam-se, nos tópicos seguintes, os desencontros entre os conhecimentos e as informações existentes, e a percepção de risco de infecção pelo HIV que desembocam na constituição de cenários atravessados pelo estigma e pela discriminação. Estes contextos foram descritos a partir das motivações para realização ou não do teste HIV, e da análise por vulnerabilidades.

A partir dessas identificações em torno da relação entre aids e prostituição, alcançou-se o último tópico com relação ao modelo de oferta e diagnóstico estabelecido, fundamentalmente, vivenciado pelas mulheres no SUS. Nesta última categoria, foi construído um paralelo entre os incentivos e as barreiras para realização do teste HIV ressaltados pelas entrevistadas e o que está posto oficialmente como políticas públicas de ampliação do diagnóstico precoce. Para apontar caminhos para um programa da saúde voltado para profissionais do sexo, analisou-se, nas falas dessas mulheres e a partir da realidade que vivenciam, o modo como concebem os serviços e em suas proposições como estes poderiam estar mais acessíveis.

#### **4.1. A mulher de casa e a mulher da rua**

O modo como as mulheres se percebem no lugar da prostituição pode influenciar a decisão de realizar o teste. Com diferenciações marcantes entre a ‘mulher de casa’ e a ‘mulher da rua’, a necessidade de fazer o teste esteve muito mais identificada com o ser prostituta: *Quando a camisinha estourou (com o cliente), eu me senti enojada de mim mesma, preocupada, fui logo fazer o teste,..., porque quem vive numa área dessas (prostituição), está sujeito qualquer hora pegar (HIV), em casa é diferente, é com marido da gente,..., um tempo a gente até acredita que é diferente...* (Haída, 32 anos).

Por este aspecto, existem dois mitos com respeito ao status da mulher na sociedade brasileira: o da mulher da rua e o da mulher de casa. Esta questão reflete a divisão que, frequentemente, encontra-se em sociedades tradicionais, cujas ideias de bem e mal, puro e impuro, são fundamentais. Ou seja, há entendimento social de que quando uma mulher se torna prostituta, ela está entrando em um caminho marginal que está “fora” de contextos sociais dignos, como os da ‘família’, portanto, sob maior risco (DE MEIS; VASCONCELOS, 1992).

Estas relações construídas por mulheres que fazem do corpo e o sexo sua forma de trabalho perpassam as idealizações em torno do que é “romântico”, “sagrado” e “confiável” (referente ao marido ou parceiro fixo), e o que é “profissional”, “profano” e “desconfiável” (no caso, o cliente). Tais concepções interpelam as possibilidades das práticas sexuais

protegidas ou não, bem como os cuidados com a saúde, tendo em vista o modo como essas mulheres compreendem e identificam seus parceiros sexuais e seus riscos (MOURA et al., 2010).

Essa diferenciação determinada entre o homem cliente, habitante cotidiano do universo de trabalho das profissionais do sexo, e o homem que transita na sua vida pessoal, seja pelo aspecto da paixão, seja pela segurança de ter um “marido”, vem sendo descrita como um dos contextos mais significativos de vulnerabilidade ao HIV para esta população no Brasil (SOUSA, 1998).

O imaginário social<sup>37</sup> em torno dessa questão é tão forte, que quando mulheres e homens aderem ao padrão social protetor (estar casado/a, ter filhos como símbolo constituído de família, e “socialmente” heterossexual), mesmo que haja desvios<sup>38</sup> (relações extraconjugais, exercício da prostituição), se estes forem invisíveis<sup>39</sup>, a ideia de proteção se fortalece e, conseqüentemente, a autopercepção de risco inclina-se (GUIMARÃES, 2008).

Em 2010, o Ministério da Saúde apresentou dados do contexto de vulnerabilidade das mulheres em exercício da prostituição no Brasil. Sobre os aspectos relacionados aos tipos de parcerias foi encontrado que 69% das mulheres profissionais do sexo no Brasil usaram preservativo em todas as relações sexuais com clientes nos últimos 12 meses da pesquisa. Na direção oposta, foi encontrado também que 71% das mulheres entrevistadas tinham parceria fixa, mas que somente 21% usaram preservativo em todas estas relações sexuais com os companheiros afetivo-sexuais (SZWARCOWALD et al., 2011).

A construção dessa classificação quanto às relações entre o sexo no trabalho e fora dele não perpassa somente a dimensão individual das mulheres no exercício da prostituição, ocorre um processo de separação destes lugares que é também sociohistórico e cultural, em torno do que se concebe como família e prostituição. Essas concepções envolvem também as questões de gênero associadas ao que se estabelece socialmente sobre ser mulher neste cenário, e todos esses aspectos são atravessados pelas representações sobre o sexo (MARTIN, 2003).

Esse modo de pensar pode partir tanto dos clientes quanto dos maridos e das próprias mulheres em situação de prostituição. Neste caso, existe um sonho entre algumas delas de

---

<sup>37</sup> O imaginário social é algo que faz parte do cotidiano dos indivíduos e se faz tão presente quanto aquilo a que atribuímos o valor de real ou considerado como algo concreto. Uma sociedade partilha de conteúdos de pensamentos produzidos em âmbito coletivo, interiorizados nos indivíduos, sem que seja necessário explicitá-los (BACZKO, 1984).

<sup>38</sup> “Desvios” entendido aqui como conceito interno à moral religiosa cristã que somente reconhece um determinado tipo de família padronizada em torno da heterossexualidade e da monogamia de forma obrigatória, e ainda pautada na lógica do sexo como fator exclusivo de reprodução da espécie humana. Toda esta esfera atravessa a leitura do que seja risco ou não (TRASFERETTI, 2005).

<sup>39</sup> Invisíveis no sentido de que quando não se conversa sobre o assunto, mas se sabe que está acontecendo.

encontrar um homem que faça a transição dela ‘mulher da rua’ para ‘mulher de família’, deixando este homem de ser o cliente para ser o marido, como relataram algumas mulheres: *Ela (amiga) tinha o sonho de sair dali (situação de prostituição), achava que ia ter a casa dela, ter a família dela através dele (um cliente), um dia ela foi cobrar dele, ela soube que ele estava de casamento marcado, ela não acreditou, ficou desesperada, aí olhou para ela e disse assim, ‘você acha que você é mulher para casar?...você é mulher para eu me divertir’, ela ficou arrasada...* (Amanda, 45 anos). *Os únicos namorados que eu arranjo são aqui no trabalho mesmo, já aconteceu de eu conhecer alguém e gostar e me convidar para sair dali, mas a gente gosta, mas a gente também sabe que não vai dar certo porque a maioria dos homens ali é casada e não podem assumir duas mulheres, uma das duas vai sofrer, bem mais fácil ser uma de nós (prostitutas)* (Martênia, 50 anos). *Aqui às vezes a gente pode até sentir um pouco de atração, mas se apaixonar não dá não, só louca para se apaixonar por aqui (com clientes)* (Ana Cláudia, 45 anos).

As reflexões desenvolvidas em torno dessas questões apontam para compreensão sobre como a classificação que as mulheres aqui entrevistadas fazem sobre as relações da casa e da rua, do parceiro fixo e do cliente, estão imbuídas de contextos socioculturais que potencializam situações de maior vulnerabilidade para infecção pelo HIV e outras DST (DA MATTA, 1991).

Ainda sobre estas referências sociais sobre como deva ser a mulher de casa e a mulher da rua (prostituta), houve relato específico sobre esta demarcação, sendo feita a partir das práticas sexuais. Uma das mulheres participantes do estudo, ao relatar as práticas sexuais com os clientes, fez essa diferenciação ao discorrer sobre o que era a ‘mulher completa’: *Os homens chegam aqui procurando a ‘mulher completa’, mulher que dá a bunda (faz sexo anal), mulher que faz posição, eles procuram a mulher que chupa direito, sem camisinha, coisas que as esposas deles não vão fazer, dizem eles que isso é coisa de fazer com a mulher da rua,..., e a gente faz mesmo, a gente está ali é para trabalhar mesmo...* (Romélia, 46 anos).

Ao analisarmos o contexto geral da entrevistada acima, embora Romélia saiba descrever de forma prática a diferenciação destes espaços, com relação a sua saúde, afirmou nunca ter realizado o teste por não ter efetivamente se sentido em risco alguma vez na vida. Considera-se descuidada com a saúde, mas reconhece o uso contínuo do preservativo com os clientes como forma de proteção, e não o teste.

Para analisar estas questões de modo abrangente, é preciso considerar ainda que esta pesquisa ocorreu em uma região metropolitana do nordeste do Brasil, na América Latina, contextos em que sexo e religiosidade estão profundamente imbricados com a condição do gênero feminino. Neste sentido, cabe salientar que as concepções sobre prostituição, “amor”, família e religiosidade interpelam a feminização do HIV e o modo como as mulheres idealizam seus parceiros, suas práticas e seus chamados “papéis” sociais.



Ao considerar o marido ou parceiro fixo em uma classificação do que é sagrado e romântico, a camisinha deixa de fazer parte da relação, passando a ser vista como um mecanismo que institui a desconfiança. Em uma relação afetiva, construída com a influência dos padrões familiares do cristianismo tão recorrente no Brasil, o amor romântico deve ser um momento de entrega sem interferência dos dispositivos de proteção, e desse modo cria-se esfera de suposta proteção na relação com parceiro afetivo, em que se permite abandonar a utilização do preservativo.

#### ***4.1.1. Ser a mulher da rua: autopercepção de risco para o HIV***

Ao analisar as experiências de cada mulher no âmbito da prostituição e buscar compreender como as necessidades se processam em cada história de vida, percebeu-se que os riscos são avaliados pelas mulheres de forma singular, e que podem incentivar ou desmotivar a realização do teste de HIV. Assim, cabe considerar de que modo essas mulheres compreendem os riscos em que podem estar inseridas ou não. E, ainda, de que modo estas flutuações interferem na procura pelo cuidado e diagnóstico do HIV.

Em sentido amplo, percepção de risco significa a capacidade de conhecer e administrar os riscos a que as pessoas estão expostas. A noção de risco, no senso comum, é simples e remete a uma infinidade de conotações no cotidiano de uma sociedade urbana e moderna, estando relacionadas à exposição aos diversos perigos existentes (MARTIN, 2003).

Para Spink (1998), “risco”, no contexto da aids, foi e continua sendo (a despeito do surgimento do conceito de vulnerabilidades) um conceito central e que deve ser problematizado em análises contextuais. Central no que se refere a questões fundantes da epidemiologia<sup>40</sup>, como a probabilidade estatística para que um evento ocorra, e analisado de forma integrada com outras dimensões, migrando do nível macro da análise de dados populacionais (epidemiologia) para dimensão social da vida, sendo necessária incursão política e cultural em cada contexto social. Deste modo, se analisado de forma isolada, acaba por gerar um cenário potencialmente discriminatório no que diz respeito às orientações sexuais, como no caso das homossexualidades, ou ocupacionais, como no caso das profissionais do sexo.

Essa é uma questão bastante significativa devido aos percentuais de prevalência em aids para populações mais vulneráveis. O Ministério da Saúde brasileiro reconhece as dificuldades de tratar socialmente a concentração de casos de aids entre homossexuais (10,5%

---

<sup>40</sup> Campo do conhecimento tão estreitamente relacionado com a epidemia da aids.

desta população vive com HIV), e entre mulheres profissionais do sexo (4,8%), contrastando com 0,4% entre mulheres em geral, e 0,8% entre homens na população brasileira. Como socialmente, tanto a homossexualidade quanto a prostituição geram situações de preconceito e discriminação em suas essências, os números, quando analisados isoladamente, tendem a reforçar esta visão, e em vez de gerar maior reforço em torno do cuidado para estas populações, com base na análise de vulnerabilidades, provoca isolamento, medo e culpa.

Por um conjunto de pessoas, os números são tratados de forma isolada para definir o risco, e ocorre reforço da noção de que, de fato, apenas algumas pessoas é que efetivamente podem se infectar. Estas situações tem reverberado de forma direta para realização do teste, ora incentivando as mulheres profissionais do sexo por efetivamente imaginarem-se sob risco, ora colocando-as distante pelo medo de fazer, ou por sentirem-se seguras fora do lugar da prostituição, como em casa, com o marido, por exemplo.

Almeida Filho (1998) descreve risco como a probabilidade de um membro de uma população definida desenvolver uma dada doença em um período de tempo. Por meio de uma análise crítica do conceito de risco, Almeida Filho (1998) revela que tanto no senso comum como nos discursos científicos, os usos do conceito de risco na epidemiologia não podem ser interpretados de maneira unívoca<sup>41</sup> e limitada, dependendo do contexto, podem adquirir significados diversos. No caso da epidemiologia, apesar da objetividade supostamente inerente, o autor identifica ambiguidades, contradições e generalizações.

Com relação à epidemia da aids no Brasil, a epidemiologia representa o ponto de partida das intervenções, sendo o conceito de risco um dos mais importantes nesta área, por isto também a importância de reconhecer suas limitações enquanto análise única quanto à ocorrência ou não dos fenômenos (MARTIN, 2003).

As análises com base em percentuais de risco isolados sofrem da ineficiência de pensar um dado como instrumento neutro de mensuração do risco a ser enfrentado. Essa análise pode ser objetivada em exemplo pelo impacto negativo causado com a noção de “grupos de risco” criada a partir da interpretação dos primeiros casos de aids. Essa ideia foi disseminada e compreendida socialmente como modelo de prevenção, em que as pessoas automaticamente se percebem fora do risco caso se imaginem fora dos “grupos de risco” (GUIMARÃES, 2008).

A autopercepção de risco conecta-se com esta discussão e o modo como as questões relacionadas ao tema são produzidas socialmente. Douglas (1966), ao abordar o

---

<sup>41</sup> Aquilo que é susceptível a uma única interpretação (PRIBERAM, 2010).

conceito de risco para as ciências sociais, afirma que é necessário compreendê-lo dentro de suas implicações morais e políticas, e estas demandam análise cultural e contextualizada.

Ainda nesse âmbito, Douglas (1992) coloca que a percepção de risco não pode ser imaginada unicamente pela perspectiva individual, como relativa a um modo de pensar a neutralidade na sociedade. A autora destaca os limites das teorias da probabilidade e da escolha racional, colocando que estes universos, com referência aos indivíduos em relação com o mundo, não são livres dos valores da cultura. Essa abordagem mostra como uma decisão aparentemente individual, como a de usar ou não preservativo, está inserida em um contexto muito maior, em que o sentido dessa decisão é também conformado culturalmente. Portanto, a análise de contextos individuais contemplando suas dimensões sociais é fundamental para descrever e compreender as estratégias de intervenção e proteção que se adequam a cada realidade estudada.

No âmbito desta pesquisa, perceber-se dentro deste contexto entre aids e prostituição desencadeou atitudes que oscilaram entre incentivo e barreira para fazer o teste.

#### 4.1.1.1 Barreiras ao teste HIV relacionadas à autopercepção de risco

Uma das entrevistadas que nunca fez o teste afirmou que não sentiu necessidade de fazê-lo por usar camisinha sempre, ao ser indagada sobre quem tem mais risco de contrair HIV, ela recorreu à ideia dos grupos de risco, identificando gays, travestis e usuários de droga: *Para mim quem tem maior risco são os gays, os travestis, alguma mulher que faz programa sem preservativo, eu acho também quem usa droga, porque aquelas agulhas que eles ficam se furando pode estar contaminada, e também uma amiga minha me falou que tem Aids na droga, na verdade eu sei pouca coisa, eu não me informo muito não* (Romélia, 46 anos).

Entende-se que para muitas dessas mulheres, vivenciar a possibilidade de infecção iminente pela própria condição de trabalho na prostituição, não motivou muitas delas a procederem ao teste mais de uma vez, pela dificuldade de enfrentar o diagnóstico positivo tão de perto, por não considerar as possíveis vulnerabilidades associadas à realidade do risco de se infectar no trabalho ou muitas vezes devido à desinformação e ao acesso ao serviço também (tema que será aprofundado mais a frente): *Eu fiz o teste porque eu tenho um filho, e quando eu estava grávida e disse para o médico que fazia programa, ele pediu logo, disse para mim que era arriscado, que quem transa com muita gente diferente tem perigo de ter, aí eu fiquei louca, fiz morrendo de medo, mas graças a Deus deu nada não, e eu me apavorei para querer saber mais não, eu uso camisinha sempre não, às vezes o homem paga mais, se eu não fiz nada naquela noite, eu vou, eu tenho medo, mas prefiro num saber mais não, Deus me livre...* (Larissa, 20 anos). *Eu acho sim que tem é muito incentivo, mas o povo é que não quer ir*

*fazer mesmo o teste, eu digo é muito aqui: 'gente vai fazer o teste do HIV, é gratuito', sabe o que elas dizem: 'ah, prefiro não saber, pode ser mesmo que a gente tenha. 'Elas tem medo, simplesmente medo (Haída, 32 anos). As meninas aqui que transam sem camisinha, às vezes nem quer fazer o teste porque já acha é que tem mesmo (Jane, 24 anos).*

Dependendo do contexto de prostituição vivido, a forte associação entre aids e o trabalho com sexo pode afastar da decisão de fazê-lo, configurando-se como barreira atrelada a uma certeza fatalista de que “grupos de risco não têm saída”: *A gente trabalha fazendo sexo, muitas delas (falando das outras profissionais do sexo) tem tanto medo de ter (HIV) por serem garota de programa que preferem nem saber (da sua sorologia), dizem elas... (Lis, 22 anos). Com a vida que eu levo aqui (zona de prostituição), se eu chegasse a saber que estava com aids, nossa senhora me defendia, eu era a primeira a me suicidar,..., muitas pessoas não seguem esta recomendação aí do governo de fazer o teste sempre, porque a gente vive num comportamento de risco, têm pessoas aqui (zona de prostituição) que pensam que se souberem que tão doente vão é se aprofundar mais (cair, desanimar) (Adélia, 34 anos).*

A maior parte das mulheres deste estudo, embora estivesse na prostituição como atividade principal, não se reconheceu de forma confortável neste lugar. Estar na prostituição não constituiu motivo de orgulho pessoal, e sim mobilizador para deixar de sê-lo na maioria das vezes, segundo colocam as mulheres: *uma vida dessa não é para gente não, eu pretendo voltar para minha vida de doméstica, de dona de casa, de babá, eu tenho uma decepção assim, minha filha nem sonhar, a decepção que minha filha vai ter sabendo que a mãe faz programa, do jeito que ela é esperta, Deus me livre (Dária, 20 anos). Tem cliente que é fácil, mas tem cliente tão chato, que às vezes eu me lembro dessa frase que todo mundo diz: que é dinheiro fácil, mas em compensação, tem muito homem ruim, às vezes eu penso nessas horas difíceis, quando está muito ruim aqui, a gente quer mesmo é procurar um emprego, mas eu não tenho estudo, já trabalhei em casa de família, quero mais não, aí a gente vai levando (Eveline, 35 anos).*

Entender o significado social e cultural da prostituição em determinados contextos, como o deste estudo, integra o processo de compreensão dos limites e das potências com relação à realização do teste HIV. Quanto maior a negação em torno deste lugar, maior a vulnerabilidade ao HIV. Quando tratado de modo invisível para o cuidado em saúde (por ser considerado marginal em âmbito social) o lugar da prostituição reveste-se de vulnerabilidades.

A prostituição tem sido historicamente percebida como condição não desejada para muitas dessas mulheres. A ideia da mulher que está disponível para ser usada incomoda, e pode aumentar a vulnerabilidade neste campo de trabalho: *É assim, têm horas que você pode pegar um homem ruim, que pode lhe matar no quarto, ele chega aqui, a gente combina um programa, chega no quarto, o homem pega e quer fazer coisa além, você está arriscando sua vida, na hora ele tira a camisinha sem você ver, se for um homem ruim, pode lhe matar sem você e nem ninguém perceber, ninguém está preocupado com você ali não, ali você é puta... eu não gosto dessa vida não, eu só estou aqui por falta de opção mesmo,..., não gosto mesmo, acho tudo isso muito humilhado, você sair com uma pessoa que você não gosta, só por*

*dinheiro?!! Um horror...só estou aqui mesmo porque tenho que sustentar minha filha, mas é uma vida muito difícil, muito melhor você trabalhar no trabalho em que você tem valor, do que estar numa vida dessas (Fátima, 32 anos). Não é todo mundo que aguenta uma vida dessas aqui (zona de prostituição), não, têm coisas muito difíceis, eu não conhecia o mundo antes de chegar aqui, eu cheguei bem novinha, eu tinha 13 anos, meu pai morreu e a gente perdeu tudo, fui abusada para conseguir comida para minha mãe, eu chorava tanto, levei a minha irmã para se prostituir também, Já tive momentos bem perigosos, tipo já pulei de um carro andando para viver (Amanda, 45 anos). Aqui eu não sou feliz não, toda vez de manhã não dá nem vontade de vir, é só por causa do dinheiro mesmo, essa vida não é para gente, por isso eu quero sair, meus filhos estão crescendo, aí vê eu assim, podem dizer: `vixe mãe, vivendo essa vida`, ..., têm uns clientes que é até legal, mas outros que é a maior ignorância também, aí eu sou muito mais pior, dá certinho os dois (Marieta, 22 anos).*

A entrevistada conecta a invisibilidade da prostituição também com a possibilidade de violências, que ocorrem em situações íntimas e que estão muito sujeitas ao controle do homem, na dependência de suas intenções. Para Garcia (1998), em uma cultura em que ainda acontecem tantas situações de desigualdade de direitos entre homens e mulheres, a prostituição decorre de uma construção social em que é necessário satisfazer a suposta superioridade da sexualidade masculina. Ao mesmo tempo, esta invisibilidade é gerada socialmente, já que a prostituição tende a ser moralmente condenada por conta de todo estigma em torno das questões do sexo e das sexualidades (MORAES, 1996; SANTOS, 2012).

A posição marginalizada em determinadas situações é ainda mais precária, é preciso considerar que prostituição e violência se entrelaçam em face de negociações estabelecidas entre a mulher e o homem, com contratos formalizados verbalmente, sem testemunhas ou garantias, e cujo objeto de contrato é a própria mulher, com a finalidade de proporcionar prazer sexual ao contratante (MOREIRA; MONTEIRO, 2012). Houve relatos sobre esta questão, identificando situações de constrangimentos por este aspecto de submissão da mulher (considerando o poder aquisitivo do cliente em relação à prostituta e a condição de desigualdade de gênero) para obtenção do prazer masculino: *Tem uns clientes que a gente vai para quarto só com a visão do dinheiro mesmo, não é porque goste da pessoa não, mas já têm uns que as pessoas vão porque gostam, mas têm deles que são muito chatos, muitas vezes eles querem que a gente se sujeite a fazer o que a gente não quer (Martênia, 50 anos).*

Atrelada a essa situação, a concepção social da prostituição apareceu nas falas associada a algo “sujo”, o que influencia muito a percepção de risco de forma desfavorável. Muitas mulheres afirmaram formalmente a existência do risco, mas em contrapartida não estabeleceram planos de cuidado em saúde focado nesta percepção. A entrevistada reconheceu a necessidade do uso da camisinha quando garantiu ao marido que usava sempre nos programas. Ela afirmou que este era um pacto entre eles por conta do “risco” que era

exercer a prostituição, mas na prática ela não concretizava, isentando-se do uso em qualquer uma das relações: *Com o meu marido eu sinto prazer, com os outros, eu sinto nojo, a gente já se conhece há mais tempo, a gente não usa camisinha não, ele já fez o teste (HIV), porque quando eu estava grávida, eu tive aquela doença sífilis, mas eu não uso camisinha nem com os clientes e nem com ele, aqui a gente pode pegar doença de todo jeito mesmo, eu prefiro nem pensar, mas eu digo para ele (o marido) que uso com os outros (clientes) aqui no trabalho, na pista, ele “sabe” que com cliente a gente nunca sabe...e ele transa só comigo sem camisinha...diz ele...eu acredito né, confio em Deus...(Larissa, 20 anos).*

O resultado disso é esconder-se quanto à sua ocupação (ser prostituta invisível ou para família, ou sociedade circundante em seus cotidianos, incluindo os serviços de saúde), outra estratégia é “rezar” para que nada de mal aconteça e protelar os cuidados efetivos em saúde (como fazer o teste por exemplo, esta mesma mulher que não usava preservativo no trabalho, só realizou o teste HIV na vida porque esteve grávida) que possam remeter este risco real, como não fazer o teste com medo do resultado.

A construção social da prostituição fortemente associada à ideia de algo socialmente condenável e repulsivo contribui para invisibilidade deste universo no âmbito das políticas públicas, atuando muitas vezes como barreira importante ao teste HIV (MARTIN, 2003).

Em outra direção, destaca-se também que na análise dos resultados da pesquisa, encontraram-se outros fatores relacionados à autopercepção de risco que foram considerados como incentivo à realização do teste.

#### 4.1.1.2 Incentivos à realização do teste relacionados à autopercepção de risco

Para entender como ocorre o reconhecimento do próprio risco e a tomada de decisão por estratégias que as coloquem em maior situação de proteção, como usar preservativo e fazer o teste HIV, é preciso desdobrar como estas mulheres se percebem enquanto grupo e enquanto profissionais do sexo (MARTIN, 2003). A pesquisa evidenciou correlações positivas entre aids e prostituição, dependendo do modo como algumas mulheres vivenciam este cenário. Percebeu-se que esta associação direta entre prostituição e infecção pelo HIV pode incentivar a realização do teste quando associada a contextos de maior proteção: *Sim, eu me acho uma pessoa prevenida, faço os procedimentos de prevenção corretamente, uso camisinha sempre, até no sexo oral, informo ao médico que corro risco por ser garota de programa. Eu sei que é arriscado, por isso decidi fazer o teste de aids (Lis, 22 anos).*

Analisando o caso de Lis, percebeu-se sua capacidade de conduzir de forma mais autônoma seu contexto de prostituição. Ela apresentava singularidades que lhe

proporcionavam maior acesso à informação e capacidade de autoproteção. A entrevistada concluiu o ensino médio, estava solteira na época, era independente financeiramente, trabalhava em um bar (neste caso, local considerado mais seguro que a rua, pois o índice de violência era inibido pela própria presença do dono do estabelecimento comercial), e tinha relações familiares de apoio ao seu modo de viver enquanto prostituta.

Haída, uma das entrevistadas que também estava inserida em um contexto de maior proteção, estava há mais tempo na prostituição (quase 20 anos), ocupava uma posição de coordenadora dos trabalhos no bar em que as mulheres se prostituíam na sua área (rota de caminhoneiros, entorno da Avenida Osório de Paiva), reconhecia a importância da autonomia e liberdade para maior segurança na prostituição: *As pessoas podem até optar em fazer programa, mas precisa ter a clareza da importância do seu próprio corpo, usando sempre o preservativo e fazendo o teste de aids com frequência* (Haída, 32 anos).

Na mesma direção, a autopercepção de risco foi compreendida como importante no sentido da proteção, quando Jane afirmou que quem ‘tem mais risco’ é justamente quem não se percebe sob risco: *As pessoas mais fracas têm mais facilidade de pegar (HIV), porque tem gente aí que cede, acaba não usando camisinha, eu penso que quem tem mais risco é exatamente quem acha que não tem risco* (Jane, 24 anos).

A estreita associação entre prostituição e aids para algumas mulheres contribuiu para motivar a realização do teste, como no caso de Fabíola e Helena, que já fizeram o teste mais de uma vez por reconhecerem as situações a que estavam expostas no exercício da prostituição, mesmo afirmando que usavam preservativo em todas as relações sexuais com os clientes: *Aqui a gente tem mais risco sim, é assim, tem uma hora que você pode pegar um homem ruim, que pode lhe matar no quarto, você chega aqui você vai fazer um programa, chega lá (no quarto) o homem pega e quer fazer coisa além do que você combinou, você está arriscando sua vida, tem homem que pode furar a camisinha, ou então você está coisando (sendo penetrada) e a camisinha estoura, de todo jeito você está arriscando a vida, um homem ruim, drogado, ele mata você e nem acontece nada, eu não gosto dessa vida não, eu só estou aqui por falta de opção mesmo, não gosto acho isso tudo muito humilhado, você sair com uma pessoa que você não gosta, só por dinheiro?... Horrível!! Por isso que eu me cuido, tenho uma filha para criar, é uma vida difícil, tem é que se prevenir mesmo, vale a pena não...* (Fátima, 32 anos). *Quem vive numa área dessas (prostituindo-se) está sujeito a qualquer hora pegar (HIV), porque transam e às vezes a camisinha estoura, porque ninguém nunca sabe quem é que tem aids e não pega só na relação, eu faço exame sim, tem que fazer, a gente corre risco* (Haída, 32 anos).

Outro contexto que influenciou de forma positiva para realização do teste e o cuidado consigo foi a ideia de ter um projeto de vida. Identificaram-se algumas mulheres que buscavam a prostituição como alternativa a situações mais arriscadas, como a prisão, ou mesmo para buscar suprir outros desejos na vida, como o de conseguir um complemento de

renda para terminar uma faculdade e ‘subir na vida’, como também ter amigos, divertir-se, aventurar-se, ser livre. Estes contextos foram descritos por algumas mulheres que tinham a ideia do teste incorporada como um aspecto importante de proteção para que estes objetivos fossem alcançados: *Eu decidi fazer o teste porque eu queria saber de mim mesmo, não foi por causa de cliente não, eu estou nessa de programa só há sete meses, como você sabe, eu fazia outras coisas (roubava e estive presa), então como eu não quero me prejudicar e nem ir para aquele inferno de novo mais, eu resolvi ficar nessa, então quando eu fiz o teste, eu fiz antes de começar aqui, para saber se eu tinha, para me prevenir melhor, eu já transei com namorado sem camisinha, e a camisinha também já estourou, então eu fiz logo...eu quero sim uma vida melhor... (Karla, 27 anos). Às vezes eu ia para a pista não era nem para eu fazer programa não, era só para eu ter alguém, para eu conversar com alguém, para eu rir com alguém e quantas meninas dessas não estão nem aí, não tão nem querendo fazer programa não, querem só conversar, querem só ser ouvidas, é verdade, porque isso acontecia comigo porque que não acontece com as meninas de hoje, acontece porque só muda o lugar e o tempo, mas as dores são as mesmas, o ciclo é o mesmo, mudou o tempo, mudou o ano, mas a coisa é a mesma, vai lá de onde ela veio porque que ela está lá, porque ela está rindo, está gostando, porque é legal, é também por causa disso, porque ela se diverte, porque ela ri, porque ela tem aventura, e isso nos seres humanos sendo ou não de programa, a gente é impelida para a aventura, faz parte, nós temos o nosso senso de animal, nós também somos sensíveis, nós precisamos de colo, a gente precisa de palavras, e precisa também de tapa na cara, isso tudo me faz querer me cuidar melhor, eu me previno por isso, estou cuidando da minha saúde, para eu sair daqui feita na vida, estou fazendo faculdade, eu vou sim ter um superior... (Amanda, 45 anos). Eu não gosto daqui não, mas é melhor do que roubar, se a gente rouba, a gente vai presa, o nome da gente fica sujo, é a maior besteira, aqui pelo menos a gente dá as coisas para os filhos da gente (Marieta, 22 anos).*

Assim, para cada contexto de prostituição estudado, a temática da aids reverberou de forma singular. As ideias sobre o exercício da prostituição e sua proximidade com o entendimento do que seja a infecção pelo HIV, associado a um contexto de maior proteção, visibilidade afirmativa e projetos de futuro influenciaram de forma positiva a realização do teste.

#### **4.1.2. Territórios: podem proteger ou conformar maiores situação de risco**

Analisa-se aqui o local onde ocorre a prostituição, lugares sociais que podem constituir situações de maior vulnerabilidade ou contexto de maior proteção para as profissionais do sexo. Deste modo, analisa-se a situação das mulheres que trabalham em bares e o modo como são organizados esse ambientes.

Existem dois tipos de contexto, o que protege e o que está centrado no cliente e na exploração da mulher. O primeiro caso ocorre quando a dona ou o dono do estabelecimento permite a distribuição do preservativo, e ainda estabelece relação de parceria com o serviço de



saúde mais próximo, como no caso do Serviluz (zona de prostituição na região portuária). Quando isto ocorre, a possibilidade de acesso ao teste torna-se mais ampliada, e a responsabilidade pelo cuidado em saúde não é somente do âmbito particular da vida destas mulheres, adentra-se em uma dimensão programática que exerce uma força maior para efetivação do diagnóstico: *Aqui no bar, as moças do posto vinham aqui, a dona abria as porta da casa para gente ter mais cuidado com a saúde, a moça trazia o teste, fazia palestra, todos os anos ela vinha, aí a gente sempre se prevenia...* (Martênia, 50 anos).

Sobre o segundo caso, em que os donos dos estabelecimentos têm menor esclarecimento sobre o assunto, ou mesmo estão totalmente focados no lucro, a situação de exploração da mulher profissional do sexo torna-se mais vulnerável, ficando a questão da prevenção restrita a sua disponibilidade e motivação individual, segundo o relato abaixo: *Eu não posso falar com os clientes sobre este assunto (se fez o teste alguma vez na vida) aqui não, eu uso preservativo porque eu que pego, aqui ninguém fala desse negócio de aids não, eu não converso assim não que às vezes as donas não gostam, elas querem que fique falando sobre isso aqui não, quem quiser que se cuide...* (Marieta, 22 anos).

Adentrando no contexto da entrevista de Marieta, percebeu-se a responsabilização individual pela realização do teste em sua vida, configurando-se como barreira. Ela ressaltou que sabia onde fazer, reconhecia a importância de fazer exames para se cuidar, proferiu discursos politicamente corretos, colocando que todas as pessoas devem fazer o teste, mas não buscava o cuidado contínuo. Na administração dos seus horários, não organizava espaço para ir até a unidade de saúde, inclusive porque percebia este lugar como distante e de difícil acesso: *É difícil eu ir ao posto, eu nunca fiz esse teste não, só na minha gravidez mesmo, mas eu sei que é bom fazer né, toda pessoa precisa fazer os exames,..., eu conheço o local, até sei onde fazer, lá no posto tem, eu preciso é tirar um tempinho e ir fazer mesmo né,...é porque é difícil ir lá, conseguir consulta, ou eu estou aqui (zona de prostituição), ou eu estou cuidando da minha filha...eu tenho uma preguiça de ir no posto sozinha, mas eu sei que a gente que vive nessa vida fazendo programa é importante se cuidar...mas eu uso camisinha sempre, sempre, e eu nunca peguei um homem desse não* (refere-se a um possível homem com aids) (Marieta, 22 anos).

Na direção contrária, houve relato de um bar que funcionava no Serviluz, em que a dona do bar aderiu à ideia de prevenção como um dos pontos fortes de divulgação positiva do local. Deste modo, a partir do momento que o estabelecimento foi reconhecido como espaço produtor de saúde pelo proprietário, que valorizava a atuação das mulheres com segurança no trabalho, o acesso ao preservativo e ao teste foram facilitados. A dona do bar abriu as portas para as equipes de saúde, e o acesso ao teste foi ampliado, atuando como grande incentivo: *A dona daqui do bar ajuda muito a gente, ela trouxe os profissionais de saúde para aqui dentro, aqui mesmo a gente já fez a testagem, sempre tem camisinha aqui, ela se preocupa com o andamento do negócio dela, a gente acaba tendo mais oportunidade de se cuidar* (Martênia, 50 anos).

Percebeu-se, assim, relação entre o local de exercício da prostituição e suas relações com a prevenção às DST. Realizar um trabalho direcionado para os donos de estabelecimentos de sociabilidade erótica, como as casas de prostituição, constitui ação importante no sentido de ampliação ao diagnóstico precoce do HIV nesta população.

#### ***4.1.3 Estratégias de prevenção e cuidados de si nas diversas práticas da mulher da rua***

Quando se aprofundou nesta compreensão de contextos reais de proteção nesta diversidade de prostituições, observou-se que em relação ao uso do preservativo, por exemplo, o processo de negociação transcende à negociação inicial. Foi descrita por mais de uma mulher a situação em que o cliente aceita inicialmente o uso da camisinha para não perder o programa, mas dentro do quarto, ocorrem constantes tentativas de retirá-la sem que a mulher perceba.

Foi feita referência a esta situação como ocasionadora de tensionamentos constantes durante as relações sexuais no trabalho, consideradas violentas por também estarem atravessadas por desconfiança e medo de forma tão concreta. O uso do preservativo foi considerado como processual mediante a necessidade de negociação no trabalho, além de muito centrado na força individual da mulher em se prevenir, afinal, no quarto o domínio irá se estabelecer entre ela e o cliente, bem como não há regulação estatal ou social que esteja envolvida com o exercício desta prática. Dependendo do grau de autonomia, consciência e esclarecimento sobre esta questão, ela estará mais ou menos protegida: *Eu uso camisinha sempre com os meus clientes. O que acontece é que não é só isso, já aconteceu até dele querer tirar sem eu ver, aí pronto eu fico louca, tensa, porque fazer sem preservativo, não... quando eu percebo que está tirando, termina o programa. Não tem mais programa, acabou o programa. Eu já fico atenta porque eu já sei, quando fala não gosto de camisinha, mas tem que usar, e já fico atenta naquilo ali, a minha preocupação já é naquilo ali, porque sei que tem muito homem sem vergonha, eu tenho medo dele está querendo contagiar eu e nessa hora tem ninguém por nós não, só nós mesmos...na prostituição é assim minha filha, se você não for por você, tem ninguém mais não viu (Ana Claudia, 45 anos).*

No cruzamento entre prostituição e aids, a marginalidade do cotidiano interfere de forma direta no modo de constituir proteção. Como não há estruturação social que regule o exercício desta ocupação, nem pelo aspecto moral, nem pelo aspecto legal, fica a critério do acúmulo subjetivo de cada mulher. Inclui-se neste acúmulo tanto condições materiais para manter sua sobrevivência quanto à capacidade imaterial acumulada de refletir e se posicionar diante da pressão social (por parte dos clientes), tanto pelo não uso da camisinha para “sentir mais prazer” quanto pela aquisição de dinheiro para dar conta de sua vida material cotidiana.

Neste sentido, muitas mulheres relataram suas estratégias de prevenção adotadas, e dentre elas, percebeu-se que quanto maior sua capacidade de se proteger com relação ao uso da camisinha, maior também a motivação em fazer o teste de HIV espontaneamente<sup>42</sup>: *Quando fico com medo do cliente tirar a camisinha (muitas entrevistadas relatam a prática de que o cliente às vezes tenta tirar a camisinha sem que elas percebam), então eu faço uma posição de dominação no sexo, uma posição que eu fique por cima e/ou de frente para me proteger... Quando o cliente não quer usar, não tem programa, eu já negocio antes, ainda na mesa do bar, o programa inclusive é pago antes também. Já tive problema quando o cliente usou droga, aí acordou tudo bem direitinho no salão, pagou o programa sabendo que era com camisinha, quando chegou ao quarto, por causa da droga não quis usar, nesses casos, se ele já tiver me visto nua, não devolvo o dinheiro não, mas o fato é que não há programa sem camisinha (Lis, 22 anos). Tem gente (refere-se a mulheres e clientes) que não se preocupa. Tem homem aqui que bota mais dinheiro para não usar camisinha, eu não vou mesmo, uma pessoa dessa não se confia, tem homem aqui que sai do quarto com raiva porque eu vou logo colocando a camisinha, já caio de boca com ela, e mesmo que já tenha feito o acordo com ele lá fora de usar a camisinha, lá dentro ele acha que vai enrolar a gente. Se o cliente não quiser usar, eu saio do quarto, já foi combinado, ele já sabia, já pagou mesmo, tem menina que não tem força e faz, acostuma mal o cliente (Margarida, 23 anos).*

As identificações dessas mulheres com a prostituição (com o risco) reverbera na manipulação e incorporação de estratégias<sup>43</sup> de prevenção de acordo com o local e as pessoas com as quais interagem (DE CERTEAU, 1996). A narrativa de Lis e Margarida sobre esses diferentes modos de atuar em determinadas situações consideradas de risco encenam subversão desse lugar da prostituição como “fatalmente o lugar da falta de proteção”. Outra mulher, Penélope, também descreveu o modo como dominava o programa em termos de tempo e segurança falando de suas práticas ‘táticas’: *A prática sexual para mim mais comum que eu faço é de quatro, os homens gostam, ficam loucos, gozam logo e pronto, acaba logo o programa, desço e pego outro (Penélope, 29 anos).*

Esse processo de reorganização das estratégias e de reinvenção das situações foi proposto por De Certeau (1996), o autor disserta sobre a elaboração de diferentes possibilidades de socializar-se e interagir com estas questões. A partir desta capacidade de articular modos diferenciados de proteção que deveria ser trabalhado o incentivo ao teste.

Retoma-se a seguir uma parte do discurso de Ana Cláudia (entrevistada da pesquisa) que também relata sobre estas estratégias de prevenção, como terminar o programa, caso o cliente tente tirar a camisinha, e estar atenta ao cliente que não gosta de usar preservativo: *Eu uso camisinha sempre com os meus clientes. O que acontece é que não é só isso, já aconteceu até dele querer tirar sem eu ver, aí pronto eu fico louca, tensa, porque fazer sem preservativo não dá*

<sup>42</sup> O que estamos considerando como espontaneamente é o fato de não estar atrelado ao pré-natal, mais a frente, no capítulo sobre políticas públicas, será discutida esta relação de modo mais detalhado.

<sup>43</sup> “Estratégias”, de acordo De Certeau (1996), podem ser entendidas como maneiras de se subverter o espaço e a situação dada, buscando meios de manter o domínio ou poder sobre tal situação ou de reverter essa situação a seu favor.

... quando eu percebo que está tirando, termina o programa. Não tem mais programa, acabou o programa. Eu já fico atenta porque eu já sei, quando fala não gosto de camisinha, mas tem que usar, e já fico atenta naquilo ali, a minha preocupação já é naquilo ali, porque sei que tem muito homem sem vergonha, eu tenho medo dele está é querendo contagiar eu (Ana Claudia, 45 anos).

A questão da higiene também foi identificada como um modo de se proteger caso haja intercorrência inesperada durante o ato sexual, como o preservativo furar. A lavagem dos órgãos sexuais foi deliberada como estratégia de cuidado, sendo a realização do teste desmotivada pela não percepção de risco em virtude da aparência do cliente: *Eu só fiz teste quando estava grávida da minha última menina, há três anos, depois desses anos eu não fiz mais, só uma camisinha rasgou, mas eu nem fiz o exame, fiz foi me aciar (lavar-se) bem rápido e pronto, confiar em Deus, pensando que podia está tudo bem também porque o cliente não tinha cara de doente não...* (Eveline, 35 anos).

Para a maioria das prostitutas, enfrentar essas situações de vulnerabilidades em suas diversas práticas de prostituição requer negociação, vigilância e compreensão da própria condição de vulnerável. A partir desses relatos, constatou-se que algumas delas se sentiam expostas, devido à complexidade posta, mas que também estavam superando estas dificuldades pela adoção de estratégias que subvertem esta ordem. Compreende-se então que essas mulheres buscam formas de driblar essas situações sociais de invisibilidade na prostituição de forma relativizada. Pode ser que ela tenha clientes que sejam mais ou menos violentos, acostumados ou não ao uso do preservativo, por exemplo. Mas, em busca de prever essa possibilidade, esses sujeitos bricolam<sup>44</sup> com o contexto de socialização, buscando estratégias de reinventar a experiência cotidiana, no exercício da prostituição (DE CERTEAU, 1996).

A capacidade de reinvenção das situações, através da criação de estratégias de prevenção que burlam contextos desfavoráveis e arriscados na prostituição constituiu neste estudo um potencial incentivo para realização do teste de HIV. As cinco mulheres citadas acima já fizeram alguma vez na vida para além da questão do pré natal. Na busca de maior proteção, em geral no exercício profissional, as mulheres desenvolveram capacidade reflexiva que pode impulsionar a vontade de saber sua sorologia e estabelecer plano pessoais de autocuidado.

---

<sup>44</sup> O termo bricolage tem origem no vocabulário francês *bricolage*, que é definido como uma “colagem” de fragmento. Trata-se do ato de remontar algo sem uma técnica ou norma predeterminada. De modo que a pessoa que bricola executa algo sem um projeto preconcebido, resignificando possibilidades e inventando caminhos por meio do improvisado. O entendimento sobre bricolagem, para De Certeau (1996), constitui-se como ação de “colagem”, invenção de formas, possibilidades e combinações de procedimentos que possibilitam múltiplas maneiras de vivenciar o cotidiano.

#### 4.1.4 Ser mulher de casa: o risco está fora do contexto familiar

Atribuir o risco de contágio por doenças sexualmente transmissíveis em contextos familiares não têm feito parte dos discursos sociais, ou mesmo individuais de muitas mulheres sobre prevenção do HIV, independente das condições de relacionamento e de trabalho (MARTIN, 2003).

Muitas mulheres casadas, por não se sentirem sob risco, não buscam o diagnóstico precoce do HIV. No caso em estudo foi identificada uma destas histórias, em que a irmã de uma das mulheres entrevistadas somente se descobriu soropositiva para o HIV depois que o marido morreu: *Eu tenho uma irmã que ela tem (HIV), mas ela só tem o vírus, ela soube porque o marido dela foi descoberto, mas ele já morreu, ele descobriu, passou só dois meses e morreu logo, internou e morreu, mas eu num sei muito mais nada não, minha irmã disse que dá muita febre, muita tosse, gripada, é o que ela diz assim, ela nunca imaginou, ela era casada! Nunca tinha feito nada errado não...Ah, mas eu sofri viu quando eu soube, eu chorava todo dia, passei muito tempo sofrendo mesmo, nem vinha fazer meus programas, só bebendo, só chorando, porque ela é minha irmã mais nova, e essa menina nunca foi mulher de programa, ela casou direitinho, e pegou dele...o povo diz que ele saía com homem...eu não sei, mas hoje em dia, eu já me acostumei com a doença dela, já está com oito anos* (Rosalba, 48 anos).

A ideia da doença sexualmente transmissível como algo errado, em determinadas circunstâncias, faz com que homens e mulheres ainda construam modelos de explicação a partir da noção de grupos de riscos estreitamente relacionados com o HIV nas últimas décadas, sendo a prostituição e a homossexualidade consideradas como “vias únicas” de transmissão, e que ocupam lugares distintos da compreensão sobre família, lar e casa (AYRES et al., 2004). Deste modo, a percepção de risco no âmbito da família diminui, por consequência, atua como barreira ao teste.

Foi descrita por uma das entrevistadas que nunca fez o teste, uma situação hipotética, em que a possibilidade de transmissão foi cogitada por envolver fortemente estes universos, dos chamados ‘grupos de risco’. Ela descreveu o percurso de uma possível infecção envolvendo ela e seu parceiro. Ao ser indagada sobre como aconteceria a transmissão do HIV, Naira descreveu um exemplo de um possível cliente que, *ao sair com outros homens é que pode se infectar e transmitir o vírus para mulher profissional do sexo que, por consequência, leva a doença para dentro de casa, infectando o marido: Esse vírus pega é com homem aí fora que trepa com homem, depois vem aqui, e se ele tiver aids, transmite para nós...não vou mentir, eu num sei muito isso não...* (Naira, 20 anos).

A mesma entrevistada ratifica o modo de perceber o risco no trabalho quando afirma de forma incisiva a necessidade de uso do preservativo ao comercializar o próprio

sexo, mesmo que o cliente ofereça mais dinheiro: *Às vezes acontece deles insistirem para não usar a camisinha, agora, eu que não vou não, num vou mentir, às vezes têm pessoas que diz 'não, vamos fazer'...mas eu não, ele quer o quê? Que a gente pegue doença? Vou não viu, sem camisinha não vou mesmo, aqui (na zona) não (Naira, 20 anos).*

Ocorre que, para Naira, no contexto familiar (sexo com o marido), esse uso consistente do preservativo como sinônimo de prevenção relatado acima se desfaz, dando lugar a outras estratégias de proteção, como o “amor”. O uso do preservativo equipara-se ao exercício do amor, considerados como formas concretas de proteção, e Naira, que no instante atrás era categórica no uso de camisinha no trabalho, agora adere ao padrão social da mulher casada que projeta seus sonhos em uma determinada concepção de família, espaço este supostamente “isento” de risco para o HIV (de forma imaginária) por conta do afeto: *com o meu esposo eu não uso camisinha porque é bom demais do que aqui (zona de prostituição). Em casa é diferente daqui, com ele (o marido) eu não boto não, a gente se gosta, se conhece, vive junto (Naira, 22 anos).*

Fechando a linha de pensamento construída pela entrevistada ainda sobre a transmissão do HIV, Naira faz referência à preocupação do marido para que ela não “traga” doença para casa, destacando novamente como foco de infecção o exercício da prostituição: *Ele só fala assim para mim 'tenha cuidado de usar camisinha para não trazer doença para casa (Naira, 20 anos). Mesmo que ele (o marido), no lugar do padrão social hegemônico de “homem casado”, também tenha relações extraconjugais: Eu nem sei o que ele faz na rua por aí não...mas homem é frouxo, num pode ver um rabo de saia, prefiro nem pensar... (Naira, 20 anos).*

Afinal, para Naira, mesmo que haja suspeita sobre o comportamento sexual do marido com outras mulheres, sua hipótese de infecção pelo HIV levantada esteve estreitamente relacionada com a sua condição de trabalho, atrelada a homens (clientes) que tenham feito sexo com outros homens. Este modo de construção do risco a distanciou da realização do teste, pois quando indagada sobre os motivos pelos quais nunca tinha feito o teste, afirmou: *Eu nunca até agora arranjei um assim não, Deus me livre de eu ficar com um homem desses, nunca transei com homem que gosta de homem não, nunca transei com homem que tem aids não, mesmo assim, eu uso camisinha, ninguém nunca sabe, se eu achasse, eu fazia esse teste aí... (Naira, 20 anos).*

A relação estreita entre risco de infecção pelo HIV e homossexualidades e prostituição vem sendo construída desde o início da epidemia da aids. O quadro epidemiológico no início da epidemia já identificava uma concentração de casos de aids em populações específicas como usuários de drogas injetáveis, homossexuais masculinos e profissionais do sexo feminino. Pelo avanço rápido da epidemia e sua relação com a concepção moral sobre as homossexualidades e as prostituições vigentes na sociedade, o risco identificado neste cenário epidemiológico não era traduzido apenas como uma medida de

probabilidade estatística, mas uma condição social concreta e desfavorável, constituindo identidade social recheada de estigma, traduzida na conformação dos chamados grupos de risco (PARKER, 1994; PAIVA, 2002).

As estratégias de prevenção estabelecidas a partir deste modo de conceber a infecção HIV provocaram isolamento social por centrar a transmissão do vírus no comportamento em determinados grupos, destituindo-os do convívio social e focando as ações de prevenção restritas a estes universos, isentando os espaços familiares.

Historicamente, foi sendo delineado cenário marcado pela discriminação e pelo preconceito em torno das diversas sexualidades. O movimento homossexual com abrangência internacional reagiu e iniciou um deslocamento da proposta de isolamento social para o conceito de redução de riscos e ênfase no uso dos preservativos. Sabendo-se então que a epidemia não acometia somente alguns grupos de pessoas, a estratégia foi trabalhar com ênfase no conjunto de vulnerabilidades, saber mais das práticas e dos contextos do que culpabilizar os indivíduos (AYRES et al., 2008).

Desse modo, neste estudo, a ideia da doença transmitida pelo sexo ainda fica relativamente restrita aos territórios considerados de ‘risco’, no caso, a prática da prostituição e da homossexualidade. Este fato contribui para diminuição da autopercepção de risco e aumento das vulnerabilidades para o HIV diante da invisibilidade destas questões em casa, no ambiente considerado da família. No lugar da mulher casada, as profissionais do sexo neste estudo, em sua maioria, não se perceberam sob risco, sendo assim identificadas barreiras à realização do teste.

#### 4.1.4.1 Entre o cliente e o marido, a prostituta e a mulher de família

A separação entre a proteção excessivamente pronunciada no trabalho e a não adesão ao preservativo e nem ao teste nas relações afetivo-sexuais na vida pessoal parece estar mais relacionada com o que se pensa social e culturalmente sobre o conceito de família e prostituição do que apenas com uma postura individual de cada mulher (MARTIN, 2003). Parte das mulheres entrevistadas reconheceu o risco de infecção pelo HIV no universo pessoal como maior do que no lugar da prostituição. Essa diferença foi relatada por Gláucia, uma das entrevistadas.

Gláucia, quando se referiu à diferença entre a mulher prostituta que usa preservativo e a mulher de casa que não usa, reconheceu o risco das mulheres/esposas dos seus clientes: *Eu acho que as pessoas que fazem programa podem até ter risco, mas não só a mulher que faz*

*programa, a mulher de casa também, porque hoje em dia os homens que vivem com mulheres dentro de casa são pior, do jeito que as prostitutas se previnem, as mulheres de casa deviam fazer a mesma coisa. No trabalho eu só tenho relação com camisinha, toda vida eu uso, se o cliente não quiser usar, eu não faço o programa, acho uma imundície* (Gláucia, 29 anos). Mas quando ela falou de si, em casa, com o namorado, sua postura foi igual a das “mulheres casadas” que ela mesma criticava acima: *Quando eu tinha namorado eu não usava (camisinha) com ele não, eu fazia o teste, dava negativo, pronto, já estava certo que ele não tinha, ele era meu marido* (Gláucia, 29 anos).

Esse modo de organizar estratégias próprias de proteção, quando estão em dissonância com o que está comprovado cientificamente, é considerado proteção imaginária (MENDÈS-LEITE, 1995). Quando o homem faz parte do seu universo pessoal, independente do seu compromisso com a fidelidade, a sensação de segurança se estabelece, dispensando de forma muito constante o uso do preservativo: *o certo mesmo era até com namorado ser com camisinha, mas aí a gente arrisca porque a gente gosta, ele é nosso homem* (Lauriane, 25 anos). *Porque o companheiro da gente fica sem camisinha porque a gente gosta, e são diferentes os homens de programa, com eles a gente vai por dinheiro, o companheiro que vive comigo, eu gosto dele, então eu não vou usar, já os homens de fora (do programa) eles podem gostar de outra pessoa* (Rosalba, 48 anos).

Ao serem instituídos, o lugar da família e o da prostituição aparecem na construção social de modo diametralmente opostos (MORAES, 1996). Essa dissociação tem força social tão grande que pode influenciar diretamente os modos de se cuidar, incluindo a realização do teste HIV. No caso de Rosalba, ela conhece a história da irmã (que se infectou com o marido sem nunca ter feito programa), está na prostituição há quase 20 anos, reconhece a necessidade do uso consistente do preservativo com os clientes, mas não se previne com o marido, e nem realiza o teste sistematicamente, somente fez uma vez durante o pré-natal.

Para muitas mulheres nesta investigação, o trabalho com sexo não se constitui de forma natural e agradável, relatam que a condição de comércio do próprio corpo é violenta também pelo aspecto simbólico, e muitas almejam a saída desta realidade. Lauriane, quando questionada sobre sua felicidade, coloca que *‘essa vida aqui (prostituição)’ não lhe completa, mas que em casa, tudo é diferente: Nessa vida aqui eu não sou feliz... porque é uma vida velha, desgraçada ... me sinto muito bem não ... meu destino é terminar logo, tomar banho, e sair de dentro do quarto, me sinto suja ... em casa, com meu marido, aí é outra coisa, me sinto direita* (Lauriane, 25 anos).

Quando Lauriane afirma o lugar do sexo com o marido como *‘direito’*, ocorre uma distinção entre o que socialmente aceito como correto ou não, se comparado com o lugar na prostituição. Para Martin (2003), parece não haver forma de conectar estes universos, família e prostituição, pela contradição e desestruturação que isto causaria pela falta de controle sobre a monogamia e o ser mulher nas famílias em geral.



A possibilidade de transmissão pelo HIV não parece perpassar o lugar familiar, considerado “*do bem*”. O risco está associado ao desvio do que é considerado um padrão social, no caso, a prostituição, associada à falta de vergonha, vida fácil, excedente ao padrão social de controle das relações (MORAES, 1996). Também não há lugar para assumir os riscos de infecção pelo HIV perante o amor, irrevogável por abstração, mas tão contestável na prática. Segundo Costa (1995), o amor romântico é a ferramenta mais potente para controlar e submeter às mulheres, especialmente nos países em que são cidadãs de plenos direitos e onde, legalmente, não são propriedades de ninguém.

A despeito das conquistas sociais e dos dispositivos legais que postulam a igualdade de direitos entre homens e mulheres, as discriminações ditadas pelo patriarcado<sup>45</sup> ainda são uma forma de violência de gênero e violação dos direitos humanos das mulheres. Essa questão está em estreita relação com os conceitos de família e casamento hegemônicos. Faz-se necessário resignificar estas concepções, considerando que não são realidades eternas e imutáveis, mudando socialmente o caráter sagrado e intocável das mesmas, considerando-as como dinâmicas (NARVAZ; KOLLER, 2006).

Estas concepções aliadas às proteções imaginárias colocam as mulheres em maiores contextos de risco em suas relações amorosas porque, na prática, o casamento monogâmico pode se constituir apenas como formalidade (COSTA, 1995).

Recorrer à história de como se constituiu socialmente os conceitos de família e de amor remete ao modo como as mulheres projetavam o significado de se prostituir. Estas análises contribuíram para problematização dos contextos de maior ou menor proteção em relação ao HIV.

#### 4.1.4.2 Em casa, o prazer; na rua, o dinheiro

As práticas sexuais apareceram nas falas das mulheres deste estudo de formas distintas, dependendo de diversos contextos. Sobre a questão espacial destes contextos, DaMatta (1997) remete a estes universos, o da casa e o da rua. O contraste entre os dois conceitos é abrupto: a casa é o espaço da compreensão, do diálogo, da individualidade. A rua é o espaço da impessoalidade, do isolamento.

A casa, sobretudo, fala de relações harmoniosas e quando “somos postos para fora de casa”, acaba-se por relacionar a rua a alguns aspectos negativos, em que não se é mais

---

<sup>45</sup> Refere-se ao modo de dominação do homem sobre a mulher no exercício de seus papéis sociais em diversas instâncias da vida cotidiana, construído historicamente na perspectiva da superioridade masculina perante as mulheres (NARVAZ; KOLLER, 2006).

pessoa e sim indivíduo regido por regras e leis impessoais submetidos a cumprir. A rua e seus espaços são lugares do anonimato, da “consequência dos seus atos” e por isso, tende-se a relacioná-la a um espaço perigoso (DAMATTA, 1997).

A partir desse referencial, realizou-se recorte sobre as questões relacionadas ao sexo dentro e fora de casa. Explicitam-se algumas situações que aumentam ou diminuem a proteção com relação às doenças sexualmente transmissíveis por conta desta separação social entre o que é próprio do espaço de casa e o que é próprio do espaço da rua, como as diferenças marcantes entre o uso do preservativo com parceiros fixos (a casa) e com clientes (a rua).

Das 36 mulheres entrevistadas, quatro usavam preservativos com seus parceiros fixos e com os clientes, 29 afirmaram uso consistente<sup>46</sup> somente com os clientes e três afirmaram não usar preservativos frequentemente nem em casa e nem no trabalho.

DaMatta (1997) coloca ainda que estas relações não são estáticas, e é possível pensar um movimento de trânsito entre estes conceitos. Um exemplo nesta mesma perspectiva seria, neste estudo, quando os limites entre a casa e a rua podem ser estabelecidos pelo grau de intimidade e interdependência entre a mulher profissional do sexo e seus clientes, quando parte deles torna-se marido ou amante fixo. Outra referência desta transdisciplinaridade entre a casa e a rua, no caso da prostituição, é quando a família não sabe ou não aceita esta condição, e a mulher se sente muito mais identificada no espaço da rua, demonstrando a transitoriedade dessa divisão. Houve referência na pesquisa, traduzindo a rua como sendo parte do que se esperava no ambiente familiar, desvelando as relações de afeto também no exercício da prostituição: *às vezes eu ia para a pista não era nem para eu fazer programa não, era só para eu ter alguém, para eu conversar com alguém, para eu rir com alguém e quantas meninas dessas não tão aí, não tão nem querendo fazer programa não, querem só conversar, querem só ser ouvidas, é verdade, porque isso acontecia comigo, porque que não acontece com as meninas de hoje, acontece porque só muda o lugar e o tempo, mas as dores são as mesmas, o ciclo é o mesmo, mudou o tempo, mudou o ano, mas a coisa é a mesma, vai lá de onde ela veio porque que ela está lá, por que ela está rindo, está gostando, porque é legal, é também por causa disso, porque ela se diverte, porque ela ri, porque ela tem aventura, e isso nos seres humanos sendo ou não de programa, a gente é impelida para a aventura, faz parte, nós temos o nosso senso de animal, nós também somos sensíveis, nós precisamos de colo, a gente precisa de palavras, e precisa também de tapa na cara* (Amanda, 45 anos).

Traduzindo esta diferenciação, também se evidencia que para um conjunto de mulheres entrevistadas, o sexo no trabalho/na rua tem características completamente diferentes do que em casa com o companheiro. Um dos principais aspectos destacados foi a

---

<sup>46</sup> As mulheres afirmavam ‘uso consistente’, mas ao avançar nas entrevistas e observações de campo, percebeu-se nos próprios relatos delas a fragilidade desta afirmação com relação ao uso contínuo, mais a frente será discutida esta questão.

questão do prazer sexual. O elenco de práticas sexuais no trabalho é definido e mediado pelo dinheiro, em casa essa escolha passa pela intensidade do sentimento existente pelo companheiro e, ainda, para algumas mulheres, é possível incluir o uso do preservativo na relação amorosa: *Essa profissão é monótona, com um tempo fica tudo normal, fazer sexo anal, oral, como vaginal, está entendendo... para mim é tudo normal, porque a gente vai mais pelo dinheiro, não pelo prazer* (Adélia, 35 anos). *Quando eu estava com esse meu último parceiro, que eu convivi com ele, que eu morava com ele, nós tínhamos um sexo sem tabu... Existe uma grande diferença entre o programa e a minha vida pessoal, é totalmente diferente... uma disparidade muito grande de uma coisa para outra, não existe a mistura, por incrível que pareça, você pode até pensar que existe, mas não, a gente consegue separar... tudo é diferente, no modo de beijar, no sentimento, no modo de acariciar, no modo de ser acariciada, no modo de você ser pegada, mas nem por isso, eu deixo de usar camisinha não, já sou escolada, um dia eu não usei, mas hoje a vida me ensinou, com qualquer um, com amor, por dinheiro, só se for de camisinha* (Amanda, 45 anos). *Aqui (zona de prostituição) é diferente, eu faço por dinheiro mesmo, com o meu namorado, é diferente, porque eu gosto dele, eu gosto de fazer com ele, esses homens daqui eu não sinto nada (prazer), mas mesmo com ele (namorado), eu uso camisinha, para evitar pegar menino, eu já tenho três* (Januária, 30 anos).

A ideia do uso de preservativo no trabalho é bem estabelecida, mesmo que na prática ainda não seja totalmente efetivo em ‘todas’ as relações sexuais (dependendo do cliente e do movimento do dia, algumas delas aceitam fazer sem preservativo), de um modo geral, elas o afirmam como indispensável: *Eu só faço se for de camisinha aqui, às vezes, eu perco o programa por causa disso também, tem umas aqui que vão, eu não vou sem, eu acho assim, uma gravidez é nove meses, uma doença é pelo resto da vida, então aqui, eu só trepo de camisinha* (Adélia, 35 anos). *Não rola por dinheiro nenhum no mundo sem camisinha, porque eu gosto de me prevenir, eu me cuido, aqui (zona de prostituição) só mesmo se for de camisinha* (Januária, 30 anos). *Fazer sem preservativo nunca* (com cliente) (Ana Cláudia, 45 anos).

Mas, uma das mulheres acima, Adélia, ao referir-se ao companheiro em sua vida íntima, revelou que iniciou a relação se prevenindo, mas que com o tempo, e a confiança, deixaram de usar o preservativo: *É, antes eu usava* (com o namorado), *tinha medo, mas de lá para cá, a gente foi se gostando, passamos a não usar mais a camisinha porque agora eu me sinto segura e ele também* (Adélia, 35 anos).

Mesmo em contextos mais favoráveis de proteção, como o de Amanda que cursava o ensino superior, também trabalhava em outro local (já não tinha mais a prostituição como atividade principal), tinha experiência de lidar com homens (mais de 20 anos se prostituindo), ainda assim a negociação do uso da camisinha era um entrave. Ao ser indagada sobre a diferença entre estar com o cliente e com o companheiro discorreu sobre esta complexidade do processo de negociação do uso do preservativo com o último companheiro afetivo-sexual (namorado ou marido): *Existe diferença sim, eu vou te dizer quando você está com uma pessoa, um cliente é só hoje, um companheiro é muito difícil, o último companheiro que tive* (no momento estava

solteira), *ele não aceitava preservativo, 'você é minha mulher', você é minha esposa, eu sou o seu marido, para quê isso?'*, e eu sempre tentando conscientizá-lo, *ele pegou e disse: 'tu quer que eu faça o teste para ver que eu não tenho Aids?'*, é que ele leva logo para esse lado, e eu digo: *'não, não é isso, é porque é melhor, a gente evita filho...'*, e ele volta dizendo: *'é só tomar comprimido'*, existe muito assim, o homem ele encontra milhões de desculpas para não usar preservativo... se você argumenta, ele já se acha ofendido. É muito difícil a conscientização do seu parceiro no dia a dia, a pessoa que você ama, que você quer, que você gosta, que acha bom estar com você, é muito difícil convencê-lo de que é natural usar camisinha, antes eu não usava não, eu tinha esse negócio de confiar por causa da paixão, mas hoje, eu sei que tenho que usar, mesmo com ele (Amanda, 45 anos).

O que separa a proteção em casa da proteção na rua é o imaginário de que em casa é o lugar naturalizado da segurança sexual pela 'confiança', na rua é diferente. As questões relacionadas ao uso do preservativo no cenário de casa estão estreitamente associadas à ideia de confiança, gestada pela construção do "amor" ou da paixão, e/ou da concepção social de lar/família. Em outra direção, as condições de uso no trabalho foram problematizadas pelas mulheres mesmo quando a negociação do uso termina de forma positiva no momento de negociar, mas no instante do uso (no quarto) este pacto pode ser quebrado.

No exercício da prostituição, a desconfiança sobre este e outros aspectos é imperativa. Foi relatada por algumas mulheres a possibilidade de serem enganadas pelos clientes, que primeiramente aceitam o uso para não perder a transa, mas, no quarto, no exercício do sexo, ele pode retirar sem que elas percebam.

As ciências sociais vêm apontando a complexidade dos fatores ligados à administração dos riscos ligados à transmissão do HIV. Sob essa ótica, esses trabalhos observam como diferentes contextos e diversas interações sociais e individuais podem influenciar os comportamentos e as práticas sexuais. O que pode ser decisivo nesse contexto é o fato de esses trabalhos não apontarem necessariamente para um comportamento irracional, mas, antes disso, para uma outra forma de racionalidade (DAVIES; HICKSON; WEATHERBURN, 1993).

A respeito dessa questão, o trabalho realizado por Mendès-Leite (1995) é particularmente esclarecedor, ao descrever o fenômeno que ele chamou de proteções imaginárias. Esse fenômeno mostra que a maioria dos indivíduos conhece a necessidade da administração dos riscos, está convencida da sua importância e realiza práticas preventivas determinadas. No entanto, muitas vezes esses indivíduos procedem a uma reapropriação das normas de prevenção, deslocando seu sentido para outra perspectiva, ainda que sob a ótica deles, o objetivo preventivo permaneça o mesmo.

Ocorre manipulação simbólica das práticas preventivas, aproximando-as do que a pessoa entende como socialmente seguro. Um exemplo disto, é que grande parte das mulheres do estudo busca proteção no fato de “conhecerem” a pessoa, o que pressupõe para este caso a sua conduta sexual ou proximidade da condição afetiva da pessoa desejada (namorado, marido, amante).

A ideia de “proteções imaginárias”, desenvolvida por Mendès-leite (1995), conforme explica Funari (2003), esclarece que os indivíduos conhecem determinados riscos ou situações que não remetem ao exercício do sexo de forma considerada segura ou preventiva do HIV/Aids, entretanto, reapropriam os modos como concebem a prevenção para uma perspectiva em que, em suas concepções, continuam sendo seguras.

O que ocorre, nesse sentido, é “uma manipulação simbólica” das práticas preventivas ao torná-las mais próximas de seu quadro cognitivo, o que lhe permite readaptá-las, guardando a impressão de não se colocar sob risco (FUNARI apud MENDÈS-LEITE, 2003).

Ao acionarem essas proteções imaginárias, os sujeitos acabam abrindo mão do uso do preservativo ao estabelecerem parceria que consideram permanentes, ou ao realizar uma avaliação do parceiro e concluir que este não oferece “risco”, o parceiro fixo, por exemplo.

Neste estudo, de modo geral, ter um relacionamento amoroso tem se configurado como modo muito singular e subjetivo de se proteger, em certo sentido constituindo-se como proteções imaginárias. Em muitos casos, esse ‘conhecimento da pessoa que se ama’ é formal, ou mesmo estabelecido a partir de parâmetros subjetivos. As próprias mulheres não submetem seus pensamentos para serem validados no diálogo com o parceiro, mesmo que seja fixo, mesmo que reconheça o risco, optam pela estratégia ‘cega’ de proteção que é a ‘confiança não discutida’: *Eu acho que eu tenho risco, porque às vezes a gente gosta de alguém e acaba confiando, deixa de usar a camisinha, mas aqui na zona (de prostituição) não compensa não, aqui, até no oral eu uso* (Jane, 24 anos).

Será que o que se pensa sobre proteção é a mesma coisa entre as pessoas que se relacionam amorosa e sexualmente? Como saber, se a tecnologia do diálogo franco não está posta entre casais? Afinal, expor situações de desejos múltiplos, de relações sexuais extraconjugais e realização de fantasias sexuais foge ao padrão de governabilidade das relações fixas ‘tradicionais’.

Um dos pontos altos de contradição neste sentido é que de forma subliminar, em geral, pela própria constituição da cultura machista, as mulheres também tendem a desconfiar

de seus parceiros, aplicando o princípio social de que a virilidade masculina opera naturalizando a relação extraconjugal para o homem, portanto, o termo confiança ocorre em âmbito superficial e imaginário: *Sempre uso camisinha, nunca faço sem preservativo, só com o namorado mesmo e é depois de seis meses que eu começo a ficar com ele, e ainda é com medo ... não deixo de usar camisinha com o namorado jamais, assim no comecinho não, só depois de um bom tempo ... e ainda tem cliente meu que basta um tempo, uns três, cinco anos, aí eles ficam aperreando para não usar, porque a gente já se conhece, e ele só transa com a mulher dele, mas eu não aceito...* (Eveline, 35 anos).

Assim, Mendès-leite (1995) considera que os modos de prevenção não podem ser estudados se não a partir das representações da doença, do que seja felicidade, sexualidade e sexo propriamente dito. Para o autor, as pessoas vão interpretar os preceitos preventivos de acordo com seu contexto sociocultural, neste caso, relacionado ao sexo, dando-lhes um sentido, que é perfeitamente racional, mesmo que paradoxal e imaginário. O objetivo maior que dá conta desta racionalidade faz parte do discurso preventivo dominante: evitar contato desprotegido com pessoas infectadas, o aspecto paradoxal e imaginário por este aspecto corresponde ao modo de determinar quem realmente possa estar infectado.

## **4.2 Conhecimentos e informações: “não sei assim direito como é, eu só sei que é aids”**

### ***4.2.1 A produção dos conhecimentos e a relação entre aids e prostituição***

A aids é uma das doenças mais estudadas no mundo. Motivados pela pressão do movimento social, pela gravidade dos sintomas agudos diante da ausência de tratamento no início da epidemia, e ainda pela própria indústria de medicamentos, o financiamento de pesquisas em todo o mundo proporcionou avanços muito significativos no âmbito da história clínica da doença. Dentre estes avanços citam-se: investidas na destruição do material genético do vírus HIV em sua fase de latência<sup>47</sup> (RASMUSSEN et al., 2013); 2) avanços na descoberta de vacinas<sup>48</sup> (HAYNES; MCEL RATH, 2013); o diagnóstico e o tratamento com antirretrovirais precoce podem induzir o organismo a debelar a infecção para cerca de 15% dos pacientes, podendo suspender a medicação sem aumento da carga viral<sup>49</sup> (SAEZ-CIRION et al., 2013).

<sup>47</sup>O estudo ressalta uma nova técnica que “remove” o vírus a partir do DNA humano e, em seguida, o destrói permanentemente pelo sistema imunológico do paciente (RASMUSSEN et al., 2013).

<sup>48</sup>O estudo conseguiu rastrear pela primeira vez como o corpo produz os chamados anticorpos amplamente neutralizadores, capazes de desabilitar variadas cepas de HIV (HAYNES; MCEL RATH, 2013).

<sup>49</sup>Pesquisadores da França afirmaram que o tratamento rápido logo depois da infecção pelo HIV pode ser suficiente para causar, em até 15% dos pacientes, uma "cura funcional", quando o vírus da Aids, apesar de não desaparecer do organismo, entra em remissão (redução da infecção) e o paciente pode não precisa mais tomar medicamentos antirretrovirais.

Mesmo diante de todo este arcabouço científico em plena atividade no mundo, o que se percebe é que a produção deste tipo de conhecimento, para este estudo, tem reverberado pouco efeito mediante a concepção social geral da doença, fortemente influenciada pelo modo de se conceber o sexo e as sexualidades na sociedade. Ainda ocorre muito desconhecimento efetivo<sup>50</sup> sobre modos de prevenir, viver e conviver com HIV, e isto se reverte em diferentes estratégias de proteção que cada pessoa estabelece dependendo de seus contextos.

Para este estudo, a decisão de fazer o teste HIV foi atravessada pela qualidade da informação adquirida e pelos conhecimentos produzidos a partir do que se assimila individualmente em consonância com os modos de se vivenciar a prostituição e suas conexões com a aids.

No caso da prostituição, compreender este universo significa aproximar-se desta lacuna entre o contexto vivenciado pelas mulheres que trabalham com sexo e o que está comprovado cientificamente como norteador de políticas públicas. Existe lacuna entre a necessidade de avançar no diagnóstico precoce do HIV, e o que efetivamente as mulheres acessam em seus cotidianos para este fim (MARTIN, 2003).

Para compreender melhor a questão dos conhecimentos produzidos neste universo acima, e suas interações, define-se aqui o que se entende por conhecimento.

No sentido literal, a palavra conhecimento significa ato ou efeito de conhecer, ideia ou noção de alguma coisa, pode implicar relação de familiaridade, mas não necessariamente de intimidade, denota também saber, instrução e cabedal científico (PRIBERAM, 2010; MENEGUETTI, 2008).

Essa definição foi utilizada neste texto de modo interativo, analisando os conhecimentos e as informações existentes (colocados pelas mulheres do estudo) de forma integrada com o modo como estas concebem socialmente o exercício da prostituição e a aids. Para esta discussão, considera-se que o conhecimento referido pelas pessoas sobre aids é produzido socialmente (PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012). Mais a diante, será debatidos os tipos de conhecimentos que interferem diretamente nesta produção.

Nesse âmbito, foi relatado por algumas mulheres a relação de familiaridade com o tema da aids (socialmente produzida), mas que não necessariamente representa conhecimento aprofundado (real) sobre o assunto: *Olha para ser bem sincera eu não sei muito sobre isso (Aids) aí não, apenas eu fiz o exame* (por força do pré-natal, e não pela condição de profissional do sexo), *graças a Deus deu*

---

<sup>50</sup>Mais a frente será discutido sobre o que se denomina de efetivo ao analisar os diversos tipos de conhecimento, em especial o senso comum que se torna pouco efetivo quando se distancia do que realmente está comprovado cientificamente.

*tudo normal, mas para ser sincera, não sei assim direito como é, eu só sei que a aids pega se transar sem camisinha, se tiver com corte no braço e sangrar passa para o outro, tenho pouca orientação sobre isto (Adélia, 34 anos).*

Em geral, e que as mulheres ‘sabem’ não é exatamente o que os profissionais da saúde ‘transmitem’. Nesse processo, dado que as pessoas pensam, sentem e se comunicam, o conhecimento articula sentimentos e pensamentos transmitidos por meio da linguagem simbólica. As informações são incluídas nos contextos vividos, e são processuais, não basta uma palestra com ‘informações corretas’ para gerar mudança de comportamento. A linguagem pode ser oral ou escrita, verbal ou não verbal, mas é processual e pode ser influenciada por questões relacionadas a crenças, vivências, valores morais e religiosos, e descobertas científicas (CORREIA, 2006; CHARLOT, 2000).

É por meio dessa relação dos sujeitos com o mundo, da qual resultam informações, conhecimentos e saberes, que o ser humano busca compreender, representar e explicar os objetos com os quais convivem em sua vida prática (CORREIA, 2006).

Nessa perspectiva, para esta pesquisa, o que interessa é este conhecimento “em relação com o mundo”, tanto o que está conectado com informações atualizadas<sup>51</sup> sobre aids, o conhecimento científico, quanto o que está impregnado pela compreensão mais comum e popular sobre aids, o que grande parte da população pensa sobre a doença independente de ter comprovação científica ou não, como a compreensão sobre os modos de transmissão do vírus HIV.

#### ***4.2.2 Relação entre os diferentes tipos de conhecimento e a realização do teste de HIV: incentivos e barreiras***

Encontraram-se nos relatos da pesquisa conhecimentos e informações que produziram tanto motivação em fazer o teste de HIV quanto para o distanciamento do mesmo. O modo como as informações adquirem sentido na vida das pessoas é que determina o uso da mesma em função de melhorar seus cuidados com a saúde (CUNHA; GIOVANELA, 2011).

A compreensão da relação entre o conhecimento e as práticas preventivas em saúde têm contribuído para formulação de medidas preventivas para o combate à aids. O Ministério da Saúde realizou pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira em 2008, e foi encontrado que 95% da população brasileira entre 15 e 64 anos sabiam que usar preservativo é a melhor forma de prevenir o HIV, mas somente 45%, em relações

---

<sup>51</sup> Em relação à aids, há muito investimento e interesse em pesquisa, deste modo, o fato de ser atualizada tem peso diferenciado para informação.



casuais, usavam-no constantemente. Houve menor conhecimento por parte das profissionais do sexo sobre as formas de transmissão do HIV em comparação à população geral feminina, mostrando a necessidade de reformulação das políticas de prevenção dirigidas a essa população (PASCUM, 2010).

As questões relacionadas com a sexualidade humana têm várias dimensões, moldadas tanto pelo discurso/conhecimento popular, quanto pela ciência (Kendall, 1995).

Portanto, mesmo que 95% da população brasileira já saiba que a melhor forma de se prevenir é usando o preservativo, somente 45%, em média, usam em todas relações casuais. Por quê? A seguir descrevem-se alguns destes cruzamentos, entre informações e modos de viver, destacando o que pode incentivar ou desmotivar o cuidado à saúde, mesmo quando a informação está posta.

#### 4.2.2.1 Incentivos

### **O cuidado de si aumenta quando há relação com projetos de vida**

Ayres (2004), ao discutir a relação entre os modos de ser humano e as estratégias de cuidado com a saúde que se estabelecem a partir disto, reitera necessidade de incluir na organização dos serviços de saúde a composição de projetos de vida e felicidade por parte dos pacientes/sujeitos. A transmissão de conhecimentos sobre o que seja ou não correto no que diz respeito à saúde isolada dos contextos de vida das pessoas surte poucos efeitos na sistematização de estratégias de prevenção positiva. O autor coloca a importância de construir junto com as pessoas (pacientes), em seus planos de tratamento, aspectos relacionados às motivações positivas da vida cotidiana que podem influenciar em decisões de maior proteção com relação à saúde, principalmente quando se relaciona com cuidados crônicos.

Neste estudo, algumas mulheres demonstravam conhecimentos “corretos” sobre o HIV/Aids, mas era a relação destas informações com seus projetos de vida que impulsionavam a realização sistemática do teste de HIV. Uma das mulheres relatou seus conhecimentos (importância do diagnóstico precoce) atrelando-os a uma situação de cuidado de si por força de um amor, e que isto favorecia sua busca pela realização do teste: *sei que ele (o teste) é muito bom para todas as pessoas, principalmente para a gente (profissional do sexo), para gente saber como se cuidar. Eu mesma faço o teste sempre porque sei que tem que descobrir cedo se tiver (com o vírus), eu sou muito nova ainda e minha namorada também fala para a gente cuidar da gente, já que a gente se ama...eu sou feliz com ela...*(Ana Cássia, 23 anos).

Para Ana Cássia, o efeito do acúmulo de informações mais detalhadas sobre o teste e a Aids foi um maior número (03) de testagens realizadas. Sua motivação esteve atrelada ao reconhecimento da sua condição de trabalho com sexo como situação arriscada e que, portanto, não deveria comprometer seu modo de viver e “ser feliz” junto com sua companheira.

Ao analisar o contexto de vida da entrevistada, percebeu-se que um conjunto de fatores contribuía para sua maior proteção. Ana Cássia tinha melhor escolaridade (ensino fundamental II completo), considerava como ocupação remunerada principal o exercício da prostituição (reconhecia a necessidade de preservar sua saúde ocupacional), considerava-se solteira, mas afirmava ter um relacionamento com uma mulher (no caso dela, o relacionamento influenciava de modo positivo para proteção). Sua companheira sabia que ela fazia programa como modo de obter seus recursos financeiros, portanto, ao conversarem abertamente, e tendo conhecimentos básicos sobre o assunto, pactuaram os cuidados que deveriam ser estabelecidos entre elas, os quais seriam: o uso da camisinha em todas as relações sexuais no trabalho e a realização do teste de HIV.

Ainda neste caso específico, outras mulheres também demonstravam saber sobre a importância do diagnóstico precoce do HIV, aliando estes saberes com contextos positivos em suas vidas. Isto motivou a estruturação de uma rotina de testagem para Carol, por exemplo, que já fez o teste quatro vezes, inseridas em seu cotidiano como estratégia de proteção com referência no cuidado com os filhos: *É importante fazer (o teste) logo e saber cedo se tem a doença, é bom fazer sempre para poder saber, porque a gente não sabe daqui dos clientes quem tem e quem não tem, hoje nem sempre as pessoas parecem que tem (Aids), pode ter só o vírus e nem saber, por isso eu faço sempre o teste. Preciso me cuidar, meus filhos dependem de mim, quero que eles tenham uma vida melhor que a minha...* (Carol, 24 anos).

No caso de Carol, o conhecimento adquirido que se reverteu em prática de maior proteção também esteve em relação com o seu modo de vida. Seu nível de escolaridade era melhor do que as demais (ensino fundamental II completo), e a preocupação com os filhos influenciava de forma significativa. Afirmava também que o cuidado com a sua saúde estava vinculado com o fato de ter conhecimento que, ela sendo garota de programa, estava sob maior risco pela transmissibilidade sexual do HIV e a quantidade de parceiros que o desempenho na prostituição requer.

Nos casos citados, a diferenciação na frequência da realização do teste em relação às demais ocorreu pelo conhecimento adquirido sobre a importância do diagnóstico precoce do HIV, estreitamente relacionada com o reconhecimento prático e consciente da relação

entre a variabilidade de parceiros e a possibilidade de infecção pelo HIV inerente ao exercício da prostituição. Mas, não somente os conhecimentos adquiridos influenciavam o cuidado em saúde como rotina, associado a estes saberes existia também um projeto de vida (para uma o cuidado com os filhos, para outra a relação amorosa com sua parceira).

Historicamente, a biomedicina vem se orientando por um horizonte centrado no que se “deve fazer” para se ter saúde de forma normativa e restritiva em muitos casos. Fazendo analogia ao teste de HIV, seria como se somente o fato de saber que ele existe e quais suas vantagens fosse suficiente para sua adesão como rotina. Mas, na realidade, junto com estes conhecimentos também estão as experiências vividas influenciando de um modo interativo as concepções de saúde e os horizontes de felicidade de cada pessoa. Para Ayres (2004), o caminho para superação dos limites atuais das práticas de saúde (segundo para uma direção de cuidado mútuo e ao longo do tempo, com participação efetiva da pessoa enquanto sujeito) é o do desenvolvimento científico-tecnológico pautado em valores humanistas da atenção à saúde.

### **Conhecer pessoas vivendo com HIV/Aids incentiva a procura pelo teste**

Ao focalizar nesta importância do conhecimento produzido em relação com o mundo, identificou-se, também, entre as mulheres entrevistadas, que a motivação ocorre pela convivência delas com histórias de pessoas que vivem com HIV: *Eu não tive só essa minha amiga que aconteceu isso com ela, eu tive um amigo meu também homossexual que faleceu também de aids e tudo isso, o sofrimento dele foi muito grande, eu fui várias vezes ao São José visitá-lo quando ele estava na fase terminal ... quando eu vi o meu amigo morrendo ali no real, foi que eu tomei consciência ... eu vi que eu não queria aquilo para mim, eu estava me expondo, eu estava lá e eu fiz o exame, eu falei com os médicos de lá e disse que eu tinha uma vida promíscua... (Amanda, 45anos). O HIV eu acho assim que não é uma doença de outro mundo, as pessoas tem que se tratar igualmente, se eu tivesse eu não me mataria, eu ia me cuidar ... eu aprendi isto quando conheci uma amiga que tem HIV há vinte anos, trato ela com amor e carinho, amiga mulher mesmo, ela vive super bem, trabalha incluída no meio da sociedade, ninguém a discrimina ... como eu já sabia dela, faço o teste sem medo... (Haída, 32 anos).*

O conhecimento adquirido pela convivência com histórias de outras pessoas faz parte do universo simbólico e está conectado com a capacidade humana de pensar e problematizar o entorno físico e cultural. Esse contexto é que interfere de forma direta na capacidade de pensar, sentir, problematizar e agir atravessando o processo de produzir informações, conhecimentos e saberes (CORREIA, 2006). Neste estudo, este processo influenciou de forma positiva para realização do teste de HIV.

### **Mesmo que de forma paradoxal ao diagnóstico precoce, o aparecimento de sinais e sintomas incentivaram a realização do teste HIV**

Neste estudo, identificaram-se que algumas mulheres associavam a aids ao aparecimento de sintomas, e que embora a procura por sinais e sintomas explicita a falta de informação sobre a fase assintomática da condição de portador e potencial transmissor do vírus, houve motivação maior tanto para o uso da camisinha quanto para a testagem junto àqueles clientes que apresentassem estereótipo aproximado do imaginário popular de quem tem Aids está bem debilitado fisicamente: *Aqueles clientes mais magros eu pergunto se já fez o teste alguma vez. Eu fico assim na dúvida sabe, aí eu pergunto, eu fico com medo, tem uns que tem cara de sintoma de soropositivo, com eles eu tomo todo cuidado do mundo para a camisinha não estourar* (Karla, 27 anos).

Ao aprofundar na análise de contextos, percebeu-se que Karla não só tinha dificuldades de acesso a informações mais atualizadas, quanto seu modo de vida e trabalho também eram consideravelmente complexos para adoção individual de práticas preventivas e protetoras em relação ao teste. Ela era egressa do sistema penitenciário e usuária de drogas (crack), estava afastada dos filhos devido ao uso constante de drogas, e ainda vivia em situação de violência com o marido por pressão sob a mesma para fazer programas e conseguir dinheiro diariamente para o consumo de drogas do casal. Envolvida nesta teia de vulnerabilidades, ela colocou que ao fazer o teste uma vez (porque houve um acidente de trabalho e ela desconfiava da aparência do cliente), entendeu formalmente que deveria fazer outras vezes se aparecessem outros clientes ‘desses’, com a ideia de proteção centrada na procura de pessoas que aparentavam sintomas.

Esta situação de doença instalada, produzindo sintomas, se tornar uma motivação para realização do teste se repetiu. Para Larissa, outra participante desta pesquisa, a concretude de contrair uma doença sexualmente transmissível expressa por algum sintoma também pôde motivar a procura do cuidado e por consequência gerar a necessidade de se fazer o teste HIV: *Se um dia a gente pegar outros tipos de doença aí a gente faz (o teste), como inflamação, essas coisa aí* (apontava pra sua região genital), *aí a gente se sente obrigada a fazer o teste ... eu num tenho vontade de fazer (o teste) não, só mesmo com uma doença aparecendo* (Larissa, 20 anos).

Seguindo o delineamento das proteções imaginárias<sup>52</sup>, a aparência se constituiu em um incentivo ao teste mas que desprotege, não somente a busca de sintomas, mas a

---

<sup>52</sup> Conceito de proteção imaginárias (Mendês-leite, 1995) já foi discutido na categoria A mulher da casa e a mulher da rua.

escolha por homens com ‘cara de limpo’, ‘direito’, desmotivando a realização do teste caso não haja riscos aparentes: *já aconteceu uma comigo que quando a camisinha estourou, foi ruim, porque eu não conhecia o rapaz, era a segunda vez que eu saía com ele, mas aí pela aparência, lógico que ninguém vai pela aparência, mas aí eu confiei que ele parecia limpo, direitinho, me acomodei e não fui fazer o teste, eu não me interessei mesmo, achei que o menino não tivesse* (Eveline, 35 anos).

Zani (2002) e Stroebe (1995) descrevem as principais teorias explicativas da adoção de determinado comportamento por parte dos indivíduos no que se refere a este domínio. Segundo os autores, a percepção da ameaça, o quanto o sujeito se sente vulnerável e a gravidade das consequências que uma determinada doença pode ocasionar, explicam parte do comportamento preventivo. Mas, embora a percepção de possíveis sintomas motive isoladamente a realização do teste, esta vai ocorrer pelo conjunto de informações incompletas e atravessadas pelo estigma produzido ainda no início da epidemia, quando as pessoas procuravam sintomas para estabelecer o que eram contextos seguros.

#### 4.2.2.2 Barreiras

##### **O medo e o preconceito foram mais fortes que o conhecimento existente**

Neste trabalho, o medo e o preconceito foram mais evidentes mesmo quando os conhecimentos sobre a existência e a necessidade do teste estavam presentes. Essa questão apareceu como barreira ao teste, muito vinculado a um modo de se pensar socialmente a aids distante de contextos moralmente considerados como corretos, por exemplo. Uma das entrevistadas fez referência a isto: *A sociedade não aceita, mas o vírus não mata, a sociedade é que tem muito preconceito, aí o povo não faz (o teste) com medo do preconceito que o povo ainda tem muito. Ser garota de programa ou ter aids ainda é coisa de gente que está fazendo coisa errada, assim fica difícil...* (Odete, 35 anos).

Deste modo, compreende-se que ter a informação não necessariamente determina que hajam contextos mais seguros, a produção dos conhecimentos é contextualizada. É importante descrever o acúmulo de conhecimentos e informações sobre o HIV/Aids entre mulheres profissionais do sexo e analisá-los de forma integrada com seu modo de produção individual, social e programático (PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012).

### **Informações desconexas ou ausentes atuam como entraves para realização do teste**

O desconhecimento demonstrou a existência de cenários desfavoráveis ao diagnóstico precoce do HIV. Em determinadas situações, apareceram barreiras ao teste relacionadas aos conhecimentos ultrapassados, informações erradas ou imprecisas, favorecendo a construção de mitos e medos, ocasionando o distanciamento da testagem. No caso a seguir, a entrevistada foi indagada sobre maiores riscos de transmissão e respondeu: *As pessoas que têm mais risco de pegar (Aids) são os diabéticos, também as que não usam camisinha, a pessoa que come na mesma vasilha, pelo copo que a pessoa bebe, só o que eu sei é isto* (Ana Cláudia, 45 anos).

A mesma mulher que se sente em risco por estar no exercício da prostituição, e fez o teste uma primeira vez por este motivo, de imediato se desestimula em testagens subsequentes por demonstrar desconhecimento sobre a importância do diagnóstico precoce do HIV. Depois de passar pela experiência da primeira testagem, que não ocorreu de forma positiva, aliada à falta de informação, afirma que saber precocemente induz a “piora” no quadro da doença: *Eu fiz o teste HIV porque eu tive receio, porque quem vive numa vida dessa que nós vivemos, a gente fica tendo um receio de uma má notícia mesmo, mas também eu nem fiz mais porque eu acho que você sabendo, você se acaba mais rápido, eu acho que você tendo uma doença dessas, você não sabendo que está com ela, pronto, na sua hora você vai embora,..., agora se você souber que está logo você vai embora mais rápido, porque vai acabar tudo, acaba com a sua vida, com o seu lazer, num instante você se acaba, rapidinho* (Ana Cláudia, 45 anos).

O cenário onde mulheres que trabalham com sexo têm conhecimento superficial sobre aids, e mais especificamente sobre o teste, demonstrou-se como barreira ao estabelecimento de um processo de cuidado em saúde que incorpore a realização sistemática do teste de HIV, para além do período pré-natal. Ao analisar os discursos das mulheres de forma contextualizada, percebeu-se que as informações desconexas aumentam as vulnerabilidades.

Uma das mulheres reconheceu a diferença entre ter o vírus e desenvolver a doença, mas ao desdobrar esta informação, constatou-se que esta associação se concretiza de forma equivocada. Para ela, apenas portar o vírus apresenta menor risco de transmissão, e somente a partir do momento que a pessoa passa a desenvolver os sintomas é que realmente a doença é que pode ser transmitida. E esta entrevistada relatou que em um determinado momento de sua vida, já ocorreram situações de o preservativo rasgar, e ela ponderou a realização do teste ou não de acordo com a aparência do cliente, como ele não ‘parecia’ estar doente, ela decidiu por não fazer o teste, apenas quando estava grávida, então foi que passou pela experiência de se testar: *Eu sei que transmite pelo sexo sem camisinha, também quando a pessoa está*

*doente mesmo, ela tem febres repentinas, gripe, diarreia, quando ela só com o vírus ela não sente nada, eu sei que tem diferença sim, quando a pessoa está só com o vírus é mais difícil transmitir, ela não tem nada, não aparenta nada, mas quando é a doença mesmo, aí já tem mais facilidade de transmitir ... já aconteceu de a camisinha estourar, aí eu fiquei doida, eu não conhecia o rapaz, era a segunda vez que eu saía com ele, mas aí pela aparência dele, lógico que eu sei que ninguém vai pela aparência, mas ele parecia direitinho, eu me acomodei e não fui (fazer o teste) (Eveline, 35 anos).*

Desse modo, percebe-se a importância de programas de educação em saúde que promovam espaços de discussão dos conhecimentos de forma contextualizada, em que as pessoas possam externar como na verdade compreendem as informações que estão sendo apenas “repassadas”. Os profissionais devem compreender que se faz necessário criar espaços de diálogo e troca de informações e experiências, e contextualizá-las no tempo e nos espaços, pois a via de constituição do conhecimento é interativa. Sobre esta função social da produção de conhecimentos, pode-se então dizer que "conhecer é elaborar modelos de realidade" a partir de contextos que agregam informações e vivências (CYRINO; PENHA, 1992, p. 13).

Apesar de se ter ciência que o grau de informação de um indivíduo sobre formas de transmissão do HIV e situações de risco não é suficiente para que este passe a adotar comportamento protetor, as desinformações básicas também contribuem para aumentar a vulnerabilidade (PERUGA; CELENTANO, 1993). Sobre estas informações básicas, encontrou-se na pesquisa mulheres com pouca informação efetivas sobre aids: *Só apenas escuto as pessoas falarem que tem tal de coquetel que as pessoas aplicam injeção para poder ajudar eliminar um pouco as dores, dizem que sentem dor, mais eu não sei (Adélia, 34 anos). As pessoas que têm mais risco de pegar são os diabéticos, as que não usam camisinha...essas dão chance pra doença... (Ana Cláudia, 45 anos). Muitas pessoas me diz que a aids é transmitida pelo beijo, pela transa, pelo o que a pessoa come na mesma vasilha, pelo copo que a pessoa bebe, só o que eu sei é isso (Lauriane, 22 anos). Não, eu sei que a vida é muito triste, quem tem HIV, que não pode pegar a pessoa descasca todinha, a pessoa não pode triscar que os coros caem, queima, cai os cabelos, tanta coisa (viu na televisão, não conhece ninguém com HIV). Um fim de mundo, Deus me livre, deve ser uma vida muito sofrida de uma pessoa dessas (Dária, 20 anos).*

Além da ausência de noções corretas sobre a doença, muitas vezes ocasionada pela falta de acesso à informação<sup>53</sup>, interpelando sobre a saúde a informação como direitos fundamentais e que estão sendo continuamente negados a essas mulheres em várias dimensões de suas relações com os serviços públicos de saúde e educação, outros aspectos importantes de ordem coletiva e social constituem o conhecimento popular, o chamado senso comum.

---

<sup>53</sup> Esta questão será novamente reportada no capítulo sobre políticas públicas para desmembrar as questões relacionadas a esta falta de acesso a informações precisas e corretas.

Evidenciaram-se nestas falas que as informações e os conhecimentos das mulheres sobre aids e teste são diversos. Ao pensarmos suas relações interativas com o mundo conseguimos buscar interpretações que favorece ou distancia estas mulheres da realização do teste. Das mulheres acima citadas, todas já fizeram o teste alguma vez na vida, mas nenhuma o tinha incorporado como rotina. Das que tinham informações mais desconexas, como o exemplo de Dária, que reconhece pessoas diabéticas como de maior risco ao HIV, somente tinha feito o teste uma vez por causa do pré-natal.

Outras situações contraditórias apareceram nesta direção. Rosalba, que ao longo do seu discurso durante a entrevista, demonstrou certo conhecimento sobre o HIV no âmbito da transmissão, da janela imunológica e da importância do diagnóstico precoce, reconhecia a existência de tratamento, conhecia pessoas bem próximas que vivem com HIV, sabia que uma delas, sua irmã, se infectou na relação conjugal, suspeitava que o seu próprio marido também tivesse relações extraconjugais, e mesmo com todo este arcabouço de informações e vivências, não usava preservativo com o marido, e somente fez o teste uma vez, quando estava grávida: *eu sei que pega na relação sem camisinha, eu sei que a pessoa tem o vírus e ainda não tem a doença, se descobrir cedo é muito melhor ... eu só vou com camisinha aqui (zona de prostituição) porque eu tenho medo, penso logo na minha irmã que pegou do marido dela ... eu só fiz o teste mesmo quando eu estava grávida, eu disse que fazia programa aí acharam melhor pedir para criança não ter nada ... o companheiro a gente fica sem camisinha porque é a pessoa que a gente gosta, e são diferentes os homens de programa a gente vai por dinheiro,..., eu às vezes fico meio assim porque no fundo eu nem sei com quem ele (o marido) anda...* (Rosalba, 48 anos).

Na mesma direção, uma das mulheres que nunca fez o teste, descreveu uma série de informações sobre a questão da transmissão, da janela imunológica, mas que não se reverteu em estímulo à realização do teste: *Eu sei que a gente precisa usar preservativo, porque pega pelo sexo, e que a pessoa pode pegar e ficar no mínimo cinco, dez anos guardado, mas também quando ela começar a sair, as pessoas começam a tomar o remédio, mas não fica boa, então tem que ter cuidado* (Romélia, 46 anos).

A realização do teste, quando ocorreu, em muitos casos, foi motivada por informações incorretas, imprecisas ou fora de contexto, mas a sistematização desta prática como rotina nos seus cotidianos não se concretizou. A procura pelo teste mostrou-se pontual nestes casos, apresentando fragilidades quanto a real possibilidade de se conquistar o diagnóstico precoce pelo estabelecimento da testagem de forma sistemática.

Dessa forma, observou-se o quanto ações de políticas de prevenção que orientem melhor a população podem influenciar essa dinâmica. O modo de articulação entre



informações bem contextualizadas e a avaliação de sua possibilidade de estar em risco de infecção pelo HIV, pode ser um incentivo significativo para realização do teste.

#### ***4.2.3 Interações entre o “senso comum”, o “conhecimento científico”, o “conhecimento religioso” e a aids***

Estes três tipos de conhecimentos estão estreitamente imbricados na constituição do saber sobre aids, e dependendo das forças estabelecidas entre eles, analisaram-se os incentivos e as barreiras para realização do teste de HIV.

Tudo o que diz respeito à condução da vida social pode se tornar objeto a ser "explorado" e representado por senso comum como um dos modos de conhecer a realidade. As características desse tipo de saber compreendem a não sistematicidade, razão pela qual ele não é produzido com base em procedimentos metodológicos. O que resulta dessa relação é um saber que muitos chamam saber empírico ou vulgar (CORREIA, 2006).

Em relação à aids, esse tipo de conhecimento pode ocupar lugares bem distintos do que se tem de comprovação científica e também provocar a constituição de contextos desfavoráveis para proteção. Para algumas mulheres entrevistadas, desta situação emerge o medo como barreira para fazer o teste e se descobrir em proximidade com a morte, que durante muitos anos foi tão fortemente associada como caminho unidirecional para quem tem a doença: *O que eu sei é que aids é uma doença que mata as pessoas, eu tenho medo de morrer porque eu sou jovem, tenho filho, não queria morrer logo, tive um amigo que teve e se suicidou, eu senti muita pena dele porque ele era legal ... prefiro morrer sem saber mesmo (saber de sua sorologia) (Larissa, 20 anos). Se o meu exame tivesse dado positivo, ah, ia mudar tudo, eu queria era me matar. Eu ia me matar, ia me enforcar logo. Porque eu não queria vê eu com essa doença. É porque para mim eu não iria mais ser a mesma, e outra, eu não ia querer mais fazer programa, não queria ficar mais com ninguém, mesmo de camisinha, porque vai que acontece da camisinha estourar, vai ser um risco para a pessoa que eu estou (Karla, 27 anos).*

A produção social da ideia de morte intrinsecamente relacionada à aids, criada a partir da experiência vivida por muitas pessoas pelo diagnóstico tardio e pela falta de acesso integrado aos serviços de saúde, principalmente nos primeiros anos da epidemia, é interpretada como único caminho possível. Muitas pessoas não conhecem a diferença entre portar o vírus e desenvolver a doença. Distantes da importância real do diagnóstico precoce, as pessoas se afastam da realização do teste. Este tipo de informação ainda é muito restrito ao universo da produção científica, tendo menor capilaridade nas comunidades.

#### 4.2.3.1 Desconexões entre ciência e religião que interferem no cuidado

O científico é racional e é produzido mediante a investigação da realidade, seja por meio de experimentos, seja por meio da busca do entendimento lógico e sistematizado de fatos, fenômenos, relações, sociais e acontecimentos. O conhecimento científico possibilita ao ser humano elaborar instrumentos os quais são utilizados para intervir na realidade e podem transformá-la para melhor ou pior (CORREIA, 2006).

Continuando a análise deste emaranhado de informações e motivações para a realização do teste, destacam-se os cruzamentos entre o senso comum e o conhecimento científico referido a partir também da influência social exercida pelo conhecimento religioso nestes cenários.

O conhecimento teológico fundamenta-se na fé. É dedutivo por partir de uma realidade universal para representar e atribuir sentido a realidades particulares. Deste modo, o conhecimento teológico parte da compreensão e aceitação da existência de um Deus ou de deuses, os quais constituem a razão de ser de todas as coisas. Logo, a razão científica “não precisa” compreender esses dogmas, mas aceitá-los (CORREIA, 2006).

Nesta direção, a percepção místico religiosa do processo de adoecimento e cura esteve representada nas falas das mulheres, que ao serem interpeladas sobre a possibilidade de cura da aids, demonstraram a sobreposição de suas crenças religiosas no que diz respeito aos seus conhecimentos científicos sobre a temática: *A minha tia foi curada. Ela era traficante, aí encontrou um rapaz, ficou com ele, transou com ele, saíram uns dois meses juntos, quando ela foi fazer o exame com nove meses, ela já era soropositiva, aí então ela não quis mais vender droga, rebolou toda droga que ela tinha dentro de casa, foi para uma igreja e até hoje ela é crente e Jesus a curou, hoje ela tem sete exames, todo ano e ela não tem mais, ela não é mais portadora* (Karla, 27 anos). *Eu conheço um caso de cura bem aqui na igreja do meu bairro, um rapaz tinha HIV e Deus curou, os exames dele deu tudo positivo, e Deus curou, o pastor o mandou ir ao hospital de novo fazer os exames e deu tudo negativo, até os médicos confirmaram, e ele dá o testemunho dele para quem quiser perguntar. Porque Jesus é o mestre dos médicos, ele dá e tira a vida, sabedoria do homem para Deus é loucura* (Haída, 32 anos). *Se a pessoa pedir com muita fé, cura sim (Aids), ave Maria, com certeza* (Marieta, 22 anos). *Se eu fosse soropositiva, eu ia pedir muito Deus que me desse a cura e a minha libertação, só quem pode curar é deus, ele é o mestre dos mestres, médico dos médicos, eu já vi pessoas várias na igreja com testemunho que se curaram* (Penélope, 29 anos). *A fé cura porque Deus é tudo, se você tem fé, Deus cura mesmo* (Jane, 24 anos).

De outro modo, de acordo com as relações estabelecidas historicamente entre algumas instituições religiosas e o Estado brasileiro, não se pode analisar estas relações somente do ponto de vista espiritual, de forma neutra e divina. Um conjunto de ações e inserções na política ao longo da história do Brasil tem demonstrado outras motivações e

associações por parte de grandes corporações religiosas com o poder estatal. A partir desta referência, a utilização dos preceitos religiosos em seu formato dogmático tem extrapolado as instituições religiosas e ocupado espaços de decisão na esfera pública, passando a comprometer a laicidade do Estado brasileiro. Em sua essência, o acesso ao poder estatal tem influenciado decisões políticas importantes ligadas à liberdade de vivência e expressão da sexualidade, prejudicando, em parte, as estratégias de prevenção relacionadas à aids. Essa limitação, na maioria das vezes, refere-se aos limites para expansão do uso do preservativo e o combate às discriminações originárias das questões de gênero e de orientação sexual, como o combate ao machismo e à homofobia (FREESTON, 2006).

Nesta pesquisa, foi identificada esta relação entre religiosidade e prevenção em algumas falas, no sentido de aumentar a proteção a partir da fé: *Eu não tenho medo de nada porque estou com Deus, encarei, fiz, e graças a Deus, Deus está comigo, ele sempre teve, não deu nada e se tivesse dado, seria a mesma pessoa lhe diria, sou portadora! Porque eu vou negar? Se a vida continua, com Deus no coração eu aguento* (Haída, 32 anos). *Eu não uso camisinha nem com os clientes e nem com ele (o namorado), mas eu digo para ele que uso com os outros, aqui no trabalho, na pista....e ele transa só comigo sem camisinha...diz ele...eu acredito né, confio em Deus...* (Lauriane, 20 anos).

Para as entrevistadas acima, a fé (resultante do conhecimento religioso acessado) exerce força importante na constituição imaginária de contextos mais seguros. Para Lauriane, a ‘confiança em Deus’ exercia um papel tão importante de prevenção quanto ao uso da camisinha. Sua consciência com relação à necessidade de se fazer o teste também era baixa, pois mesmo não usando preservativo, Lauriane fez o teste apenas uma vez no período da gestação.

O Brasil é um país com grande influência religiosa em sua conformação social, ao mesmo tempo, de grande expressão na política pública de assistência a saúde em aids e com forte associação com a produção científica no mundo, portanto, a constituição do senso comum ocorre a partir deste emaranhado de influências (DE MEIS; VASCONCELOS, 1992; PELÚCIO; MISKOLCI, 2009).

Dentre outros discursos que apareceram na pesquisa, o de Daniela apresentou um pouco desta dimensão. Ela fez o teste somente uma vez quando estava grávida, fazia programa em uma das zonas mais precárias das selecionadas pelo estudo (Entorno da Avenida Osório de Paiva - menores preços por programa, maior possibilidade de violência, programas feitos no meio da estrada/rua), era usuária de crack, tinha como atividade principal somente a prostituição, e ainda relatava não uso do preservativo de forma consistente. Quando indagada sobre seus conhecimentos sobre aids, colocou: *Esse negócio de aids o que eu sei é que a vida é muito triste de quem tem HIV, que não pode pegar em nada, a pessoa descasca todinha, a pessoa não pode*

*'triscar'(tocar) que os couros (pele) caem, queima, cai os cabelos, tanta coisa, é um castigo mesmo de Deus, coisa de gente errada mesmo, um fim de mundo, Deus me livre, me proteja, deve ser uma vida muito sofrida de uma pessoa dessas...Deus me livre, minha nossa senhora...(Dária, 20 anos).*

O que se tem avaliado na análise dessas falas é que a produção científica acumulada sobre aids ainda não é popularmente divulgada de forma atualizada, em tempo real, para uma grande parcela da população (CAMARGO; BOTELHO, 2007)<sup>54</sup>.

As desinformações comprovadas cientificamente para uma grande massa da população, atrelada à crença sobre o processo saúde e doença sob forte influência místico religiosa provocou distanciamento da necessidade de busca pelo diagnóstico do HIV para uma das entrevistadas. Pelos desconhecimentos precisos e completos, Romélia nunca fez o teste e colocou que a fé era mais importante na sua tomada de decisão: *Eu sabia que tinha uma diferença (entre portar o vírus HIV e estar doente de aids), o vírus ele é mais fraco, a aids original, ela vem forte e eu acho que tudo é ruim, tudo mata, mas eu não levo muito a sério, eu vivo mesmo é como Deus quer* (Romélia, 46 anos).

Nesse sentido, o senso comum em relação à infecção e ao viver com HIV, ao ser produzido em relação com o mundo (socialmente construído a partir de uma moral religiosa<sup>55</sup> desfavorável ao desenvolvimento da sexualidade em âmbito livre, autônomo, pelo contrário, produzida em um universo castrador e disciplinador dos corpos), está atravessado por um conjunto de ideias que consideram como desviante o sexo antes ou fora do casamento (fator muito associado à prostituição), as vivências e práticas sexuais não heterossexuais, e de um modo geral com tendências ao tratamento do sexo como um tabu<sup>56</sup> (LOURO, 2000). Houve relatos estreitos a esta questão: *Porque uma vida dessa não é vida para gente não, eu pretendo voltar a minha vida de doméstica, de dona de casa e babá, eu tenho uma decepção assim, minha filha nem sonhar, a decepção que a minha filha não vai ter uma mãe garota de programa, morro de medo de sair da boca da minha filha, do jeito que ela é esperta, como hoje ela quase não deixou sair de casa, chorando ... eu tenho vergonha, sei que não é coisa direita, me sinto suja, me sinto usada...não gosto nem de pensar que faço isso...Deus me livre de eu pegar uma doença dessas, eu me mato, ia me sentir muito culpada... Os meus relacionamentos são péssimos, que nem de homem eu gosto, eu fico porque eu estou precisando de dinheiro, tenho é nojo de homem.*

<sup>54</sup> Por exemplo, pode-se dizer que, de um modo geral e amplo, as pessoas ainda têm muitas dúvidas sobre os modos de transmissão do HIV reduzidos entre casais sorodiscordantes em acompanhamento e tratamento, sobre a importância do diagnóstico precoce totalmente diferenciada dos anos de 1980.

<sup>55</sup> Segundo José Ferrater Mora, os termos 'ética' e 'moral' são usados, por vezes, indistintamente. Contudo, o termo moral tem usualmente uma significação mais ampla que o vocábulo 'ética'. A moral é aquilo que se submete a um valor. As comunidades religiosas possuem em comum a prática da moralidade, nas quais seus membros possuem a mesma conduta e procuram não praticar aquilo que é condenado pela religião. A salvação para cada indivíduo depende das leis divinas. Tal ponto torna a moral religiosa como fator determinante no controle do indivíduo e da sociedade. Moral é um conjunto de regras no convívio. O seu campo de aplicação é maior do que o campo do Direito. Nem todas as regras morais são regras jurídicas. O campo da moral é mais amplo. A semelhança que o Direito tem com a Moral é que ambas são formas de controle social (FERRATER, 1978).

<sup>56</sup> Tabu significa proibição de determinada ação, de aproximação ou contato com algo ou alguém que é considerado sagrado. Lugar, animal, objeto, coisa ou ação proibidos por temor de castigo divino ou sobrenatural. Medo ou proibição de origem religiosa, social ou cultural. Assunto de que não se pode ou não se deve falar (PREBIRAM, 2010).

*Já engravidei duas vezes, mas foi de cliente. Mas mesmo assim, eu transo todo dia com homem, às vezes cinco, seis, às vezes nenhum. Não me sinto feliz (risos), dá vontade é de chorar, não sou feliz! (Dária, 20 anos).*

Para maior compreensão dos contextos referenciados acima, é preciso também considerar que no continente latino-americano as relações sociais são predominantemente patriarcais, com destaque para as desigualdades de gênero, principalmente relacionadas ao sexo. É de grande importância que a política de aids levante discussões sobre sexualidade para além do ponto de vista biológico, compreendendo que é necessário dar visibilidade aos aspectos socioculturais relacionados ao sexo e às sexualidades (KENDALL, 1995).

#### **4.2.3.2 Sexo, gênero, religiosidade e prostituição: sinergia de vulnerabilidades em relação à aids**

O grau de conhecimentos nesta área é também influenciado pelas questões associadas ao modo como são construídas as relações de gênero, religiosidade e sexualidade no Brasil. A discussão do uso ou não do preservativo é um bom exemplo. Muitas mulheres e homens contraem o vírus HIV devido à falta de diálogo com os parceiros, expressas na dificuldade real de negociação do uso, centrada na história sexual e nas dificuldades de tratar o sexo como algo que pode ser dialogado. A experiência do discurso do sexo, conforme Foucault, 2008, tem demonstrado estímulo a descrever a sexualidade para melhor regrá-la e discipliná-la e não dialogar sobre suas possibilidades, principalmente em uma relação desigual que evolui gênero e classe como tem sido muitas vezes na realidade das mulheres prostitutas. Para que a mulher tenha maior poder de convencimento do uso do preservativo com o cliente ou parceiro, primeiramente, ela precisa estar convencida da necessidade (TRASFERETTI, 2005).

Algumas mulheres fizeram relação positiva do uso de camisinha por conta do maior grau de informação acerca do assunto: *eu sei que transmite mais pelo sexo sem camisinha, que tem febre repentina, gripe, diarreia quando já está com a doença mesmo, quando está só com o vírus ninguém sente nada, disso eu sei, já ouvi falar muito sobre isto, tem nem perigo de eu fazer programa sem camisinha... Mas tem muita menina aqui que tem pouca instrução sobre isso e faz o que o cliente quer, porque acha que é o homem que decide, se ele quiser sem camisinha, ela faz...* (Eveline, 35 anos).

Essas questões relacionadas à questão de gênero, sexo e sexualidades tem também estreita relação com a cultura religiosa brasileira. A religião pode exercer efeito sob a vida das pessoas pelo aspecto positivo, no sentido do cuidado, do abrigo, do conforto espiritual para situações tão complexas como a aids. Nesta direção, a Pastoral da Aids tem realizado trabalho intenso tanto em relação ao apoio emocional quanto assistencial de inúmeras pessoas

excluídas do seu ambiente familiar após o diagnóstico positivo. Nesse âmbito positivo da associação entre aids e religião, uma das mulheres entrevistadas abordou sobre a força paralela ao tratamento que a espiritualidade e a fé em geral, incluindo todas as religiões, podem exercer para que o diagnóstico seja metabolizado de forma positiva na vida da pessoa: *Eu acredito muito, muito, muito em Deus, mas eu acho assim, a fé junto com o tratamento, eu acho que você pode chegar numa igreja católica, cristã, ou qualquer uma outra religião, porque eu respeito todas, chegar e ficar lá, porque a bíblia diz Deus faz por ti, Deus faz, mas você tem que fazer por você, está lá na bíblia, é bíblico. Então quer dizer que se você tem o vírus da aids, se você chega numa igreja e um pastor, um padre, um pajé sei lá, qualquer outra dimensão aí, um guru diz para você largar tudo de tratamento que você vai ficar boa? E a tua parte? Deus vai fazer a parte dele e a tua parte? A tua parte é tomar os remédios, então eu acho assim uma eleva o outro, o médico e o padre, o pastor...enfim, claro que você crendo em Deus, você se assegurando na fé, com certeza você vai ficar bem mais fortalecida, a fé cura assim, a partir do momento que você se sente fortalecido, você vai ter vontade de lutar, vai ter vontade de tomar os remédios, a cura na fé é isso* (Amanda, 45 anos).

No sentido oposto, o enfrentamento<sup>57</sup> religioso da aids também pode demandar julgamento moral e constituir um arcabouço favorável para a culpa, autopunição e preconceito. Há casos em que o enfrentamento religioso pode ser contraproducente ou fatal, como em religiões que facilitam a interpretação da doença como castigo pelo “pecado cometido” (PAIVA, 1998).

Houve relatos em que o conhecimento sobre aids esteve bastante associado ao referencial religioso e que isto dificultaria a realização do teste para o não enfrentamento da culpa diante de uma possível sorologia positiva: *Tem muita menina aqui que pensa que se pegar Aids foi por castigo mesmo, porque infelizmente estava fazendo coisa errada, e Deus castigou, existe uma culpa do ela está fazendo, tem menina que tem vergonha de ser prostituta, com nojo dela mesma, se descobrir que tem HIV então, aí é que ela se culpa mesmo, acho que é por isso que tem muita menina que não vai fazer o teste* (Amanda, 45 anos).

Douglas (1992) compara as noções de risco, pecado e tabu ao analisar as questões relacionadas à aids. O discurso dos “perigos” relacionados aos “pecados” mobiliza as pessoas a partir de uma determinada moral religiosa<sup>58</sup>. A antropóloga explica que estar “em risco” é quase equivalente a estar “em pecado” ou “sob tabu”. Se estar “em risco” é pecar contra alguém (ou a si), ou estar vulnerável a eventos causados por outros, estar “em pecado” significa ser a causa do próprio dano (DOUGLAS, 1992).

<sup>57</sup> Na definição de Pargament (1990), enfrentamento é o processo pelo qual as pessoas tentam entender e lidar com importantes exigências pessoais ou situacionais em suas vidas.

<sup>58</sup> Douglas (1992) utiliza o conceito de comunidade moral no sentido de mostrar que o risco, como uma maneira de pensar, é carregado de conceitos morais: justifica certos comportamentos e condena outros.

Nessas condições “perceber-se” em risco é reconhecer-se em “pecado”, o que tem um peso moral muito forte, criando esferas de maior vulnerabilidade dependendo dos contextos vividos. No caso das mulheres profissionais do sexo, pode haver maior carga de “desvio moral” imputada pela cultura, estando na prostituição, e por isto, ter maior proximidade com um possível diagnóstico positivo para o HIV (MARTIN, 2003). Essa percepção foi encontrada junto a algumas mulheres do estudo, como uma concepção geral, aplicada para o grupo do seu entorno, e isto se configurou como barreira a realização do teste HIV: *Muitas pessoas tem vergonha, tem medo, porque através desse teste (HIV) que a pessoa dá positivo, a pessoa fica com medo, fica com depressão, usa drogas, para elas a vida acabou, aí, como cada dia é cada dia, tem pessoa que não está nem aí, já tem pessoa que liga, por exemplo eu faço o teste quando eu acho que alguma coisa arriscada acontece (como estourar a camisinha), mas tem pessoa que fica muito doente com isso só de pensar, e acaba não fazendo o teste, principalmente porque pensa logo que fez ‘coisa errada’, ‘coisa suja’, principalmente para Deus...para mim coisa errada foi não se prevenir...* (Wilma, 19 anos).

Constata-se neste estudo que embora haja produção científica intensa sobre Aids, as informações científicas mais atualizadas têm força diferenciada e menor do que o senso comum e a moral religiosa conseguem abarcar. Ainda se tem a ideia popular de que a aids é devastadora como na década de 1980. A noção antiga de grupos de risco para o HIV também ainda está muito presente nos cotidianos brasileiros. Neste estudo, encontraram-se algumas referências a estas questões: *Não sei, mas acho que sim, uma pessoa que tem HIV tem culpa, acho que a pessoa está sendo castigada ... a pessoa não deveria trabalhar porque é risco para a vida dos outros, porque qualquer coisinha pode pegar na outra pessoa, menos esperar quem tem HIV, aí se contaminam, devem ficar em casa guardado ou só no hospital. A maioria dessas pessoas é tola, não usa camisinha, é abestada* (nome dado às pessoas tolas)! (Dária, 20 anos).

Contextualizando um pouco o relato acima, encontraram-se diferenças significativas de conhecimento de acordo com a região da cidade. No caso acima, na área estudada que correspondia ao entorno da Avenida Osório de Paiva, as condições de vida e trabalho eram mais precárias, e as mulheres apresentavam menor grau de escolaridade e acesso à renda. Nessa direção, segundo Barbosa Júnior (2009), as dificuldades para que as mulheres de baixa renda compreendam o que significa a aids também podem estar relacionadas com a distância do discurso biomédico (tecnicista), com o desconhecimento do próprio corpo e das representações de saúde/doença prevalentes nas camadas populares com menor nível de escolaridade (crenças religiosas, místicas, conformistas).

Pelo exposto, considera-se que o conhecimento senso comum sobre a doença não se constitui de forma natural, ele é produzido socialmente. O surgimento da aids desencadeou, no plano individual e social, teorias que combinam valores, crenças, atitudes e ações. Tura

(1998) observa que o fenômeno da aids é particularmente complexo, pois envolve a sexualidade, o afeto, o desejo, a necessidade de afirmação, além de normas, valores e informação. Neste contexto, convergem de forma sinérgica às crenças religiosas, relações de gênero e, ainda, interesses políticos e econômicos, que interferem nos programas de prevenção e no avanço da ciência. Situação que conforme se mencionou na introdução deste trabalho pôde ser avaliada na campanha de prevenção do Ministério da Saúde do Brasil de 2013, focada para mulheres prostitutas que desencadeou uma série de interpelações religiosas em contraposição a uma proposta de política de prevenção.

Na perspectiva de promover maior efetividade e divulgação das informações em aids, Schall e Struchiner (1995) defendem que as alternativas de comunicação devem estar baseadas em orientações, cujo objetivo seja a valorização da vida e a construção de opções preventivas com liberdade, responsabilidade e solidariedade, com cuidado específico para separá-las das questões religiosas.

Para enfrentar a influência social da moral religiosa, as políticas de prevenção da aids devem superar o discurso disciplinador que estrutura o entendimento social e popular sobre aids<sup>59</sup> (subjetividades marcadas pela culpa e pela impureza, sintetizadas nos seus desejos tomados como ameaçadores da ordem social). Para os autores, não significa romper de todo com ele, mas perceber que ele é histórico e espacialmente marcado (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009)<sup>60</sup>.

Reforçando a ideia de contexto, é preciso considerar que apenas informações sobre formas de transmissão e situações de risco podem ser insuficientes para adoção de comportamentos protetores. Ou seja, a transformação do conhecimento na adoção de práticas protetoras é mediada por questões de gênero, classe social, etnia e outros componentes sociais que não se localizam apenas na esfera individual. Assim, o poder do conhecimento na troca

---

<sup>59</sup> O discurso preventivo constitui parte fundamental do que Pelúcio e Miskolci (2009) chamaram de dispositivo da aids. Segundo Foucault (2007), um dispositivo é um “conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, filantrópicas e morais” (Foucault, 2000, p.138), ou seja, trata-se de uma trama formada por vários discursos e práticas que se materializam em saberes e poderes. O dispositivo raramente proíbe ou nega, antes controla e produz verdades moldando subjetividades. No caso da aids, são subjetividades marcadas pela culpa e pela impureza, sintetizadas nos desejos tomados como ameaçadores da ordem social.

<sup>60</sup> Um exemplo mais recente deste enfrentamento foi quando, em 2005, o governo brasileiro recusou-se a assinar acordo com o governo Bush, deixando de receber fundos no valor de US\$ 40 milhões, por não concordar com as diretrizes da *United States Agency for International Development* (USAID) – agência americana de financiamento para desenvolvimento internacional – de exigir de seus subsidiados a não promoção, ou legalização da prática da prostituição. Esta postura “antiabolicionista”<sup>60</sup> reflete certa permeabilidade às pressões dos movimentos sociais, como o das prostitutas e o das chamadas ONGs/Aids, um dos movimentos que mais se estruturaram nas últimas décadas no país (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009).



do comportamento depende das alternativas e perspectivas existentes para o indivíduo em uma determinada realidade social (FERREIRA, 2003).

#### **4.2.4 Os usos e conhecimentos sobre o preservativo e sua relação com o teste de HIV**

A ampla discussão sobre o uso da camisinha parece estar mais internalizada do que a própria necessidade de se fazer o teste de forma continuada. Algumas mulheres do estudo colocaram que o uso consistente do preservativo já é suficiente para sentir-se sob menos risco. Mesmo diante do cenário com múltiplos parceiros, reconhecendo a realidade em que o preservativo tem maior facilidade de rasgar por tantas relações sexuais no mesmo dia, muitas vezes sem lubrificação, ainda assim, elas não se sentem sob maior risco, e que por isto não fazem o teste com frequência, uma delas nunca fez (Romélia) e a outra fez de forma esporádica (Amanda): *As pessoas falam que aids é muito perigoso, que a gente precisa tomar cuidado, que a gente precisa usar preservativo, aí nós temos que ter cuidado mesmo, o cuidado é transar com camisinha, eu só faço aqui (zona de prostituição) com camisinha ... é realmente a gente não tem doença não, a gente sempre usa camisinha ... eu nunca fiz o teste de aids não, eu uso camisinha, eu nunca fiz porque eu me esqueço, eu também num tenho vontade de fazer não, é porque eu não preciso mesmo, eu não tenho medo não, eu sou desleixada mesmo com esse negócio de médico (Romélia, 46 anos). Eu fiz meu último teste há uns três anos, não fiz mais porque a partir desse momento que você se conscientiza do uso da camisinha, você não corre mais risco, não só para aids, como para DST... (Amanda, 45 anos).*

Continuando a análise de percepção de risco de Romélia, ao longo da conversa e das visitas no campo, ela relatou que já vivenciou situações em que o uso do preservativo falhou, e mesmo assim sua atitude não foi direcionada para realização do teste. Suas representações em torno da transmissão da doença pairavam sob dois aspectos que se configuravam como barreiras ao teste. O primeiro relacionava-se com a afirmação do uso consistente do preservativo como modo formal de sentir-se segura (sem ponderações sobre as várias possibilidades de rasgar). O segundo aspecto era que a sua necessidade de um dia fazer o teste estava centrada na busca por sintomas nos clientes, neste caso, estendendo-se também para Karla: *Aqueles mais magros eu pergunto se já fez teste de aids (risos) ... é que eu fico assim na dúvida, porque tem uns caras que têm os sintomas de soropositivo, aí eu tomo cuidado maior para que a camisinha não estoure (Karla, 27 anos). Quando a camisinha rasgou, eu pensei: 'e agora?', fiquei olhando para aquele homem e pensando: 'será que esse homem botou aids em mim?', fiquei pensando num bocado de coisa mais, mas ele era forte, tinha cara de doente não, eu me lembrei de fazer o teste, mas aí eu chego em casa, uma coisa e outra, eu vou me esquecendo, ..., que eu tenho medo de pegar aids eu tenho, por isso quando eu entrei nessa vida já foi confiando em usar a camisinha, mas eu tenho muito medo mesmo... (Romélia, 46 anos).*

Desse modo, cabe avaliar como as informações são apreendidas pelas mulheres sobre o uso da camisinha e a epidemia da aids, de que modo essas mulheres aprendem a exercitar a prevenção em seus cotidianos. Paiva (2000) salienta que o modo como se vem ensinando o uso do preservativo acaba condicionando que se construa uma ideia de “imposição” da camisinha e a necessidade de racionalizar e medicalizar a relação sexual, principalmente se tomar como exemplo a frase amplamente utilizada ao longo de muitas campanhas de enfrentamento da aids: “Use camisinha sempre”. Campanhas estas que não necessariamente repercutiram em práticas sexuais mais seguras. Em relação às profissionais do sexo, por exemplo, não se discute em programas educativos os modos de uso do preservativo em consonância com seus riscos inerentes à ocupação (rasgar, o cliente retirar no ato sexual e outras violências).

A ideia da camisinha como propulsora de proteção estava bem disseminada dentre as mulheres do estudo, mesmo que pouco problematizada nas diversidades de risco no seu uso, já a questão do teste não teve a mesma intensidade. Seguem abaixo os relatos de quatro mulheres que nunca fizeram o teste, mas afirmavam uso consistente do preservativo no trabalho: *Eu sei que a aids, se a pessoa pegar não tem cura, sei que a pessoa tem que usar camisinha, jamais deixar de usar, mas sempre tem um deslize, a gente sabe, nunca fiz o teste porque sempre existe aquele medo, eu vivo com uma dúvida, mas também eu não acredito que eu tenha não, porque eu sou muito saudável, e eu uso sempre camisinha ... a dúvida é mesmo pelos ‘pulinhos’ que eu dei (transou sem camisinha) (Selma, 35 anos). O que eu sei é que não pode transar sem camisinha, nem beijar na boca com dente furado, senão pega aids, mas eu nunca fiz esse teste aí, não sei onde é que faz, também nunca ninguém tinha falado para mim desse jeito está falando (Meire, 30 anos). Eu não tenho muito conhecimento dessa doença não, mas eu sei que com a vida que a gente leva tem que usar camisinha sempre, sempre, mas eu nunca fiz esse teste aí não porque eu nem sei onde faz, nem sei nada sobre ele (Ridna, 35 anos). Eu sei é que aids transmite pelo sexo, mas não sei nada do tratamento, só sei mesmo é que os cabelos caem, a pessoa emagrece, e que tem que usar camisinha toda vida, acabei ficando curiosa de fazer esse teste aí, mas eu acho que eu não tenho risco não porque sempre eu faço com camisinha (com o cliente) (Andréia, 18 anos).*

Percebeu-se que entre as mulheres que nunca tinham feito o teste, a ideia do teste foi afastada tanto pela exacerbação do uso do preservativo como a devida forma de se estar segura em relação à aids, quanto pela falta de informações de onde fazê-lo e do incipiente incentivo externo.

Nessa perspectiva, a relação entre a diversificação de práticas sexuais e o uso da camisinha no exercício da prostituição também foi descrito pelas mulheres, conformando um desenho de riscos inerentes ao trabalho com sexo. Mas, mesmo diante desta consciência do risco que determina o uso consistente do preservativo com os clientes, em ambas as situações

abaixo, Dária e Penélope somente fizeram o teste uma vez por causa do pré-natal e a outra de uma consulta de prevenção ginecológica, respectivamente: *fazendo programa a gente está sujeita a um monte de coisa, mas tem gente que não se cuida, não usa preservativo, transa sem camisinha, transa com qualquer um, qualquer cachorro que passa, eu acho que também o HIV não pega só nas partes íntimas, pega também na pessoa fazendo oral sem camisinha, de qualquer jeito se você não se cuidar, você pega, tanto faz fazer na frente (vagina) ou atrás (ânus), fazendo sem camisinha, pega...* (Dária, 20 anos). *Quem tem mais risco de pegar é quem faz sem camisinha na frente e atrás, mas eu também corro risco de pegar aids porque eu sou garota de programa, a camisinha pode rasgar, os homens furam a camisinha sem a gente ver, eles às vezes não querem usar a da gente (camisinha), querem usar da deles (camisinha que eles trazem consigo), eu fico pensando se eles já não trazem é furada* (Penélope, 29 anos).

Outro aspecto levantado por uma das mulheres entrevistadas foi a atribuição do risco em relação à idade do cliente, Rosalba fez referência aos homens mais novos como os de maior risco, afirmando que eles oferecem o dobro do valor do programa para não usar o preservativo, enquanto que muitos idosos/‘velhos’, por não terem mais ereção, não priorizam a penetração: *eu prefiro os velhos, porque os novos eles transam, e os velhos eles não transam, só fazem chupar, eu acho que os homens mais novos é que tem mais risco, porque eu vejo eles saírem daqui com todo tipo de pessoa, porque, por exemplo, eu faço meus programas quando ele vem dizendo logo, eu dou tanto sem camisinha, sempre os homens mais novos, agora os velhos não, mais os novos...* (Rosalba, 48 anos). Uma das entrevistadas, fez referência às situações de uso da camisinha, discutindo a relação entre risco, razão e prazer. Relatou que, embora se considere ‘*com pouca instrução sobre o assunto (Aids)*’, reconheceu a influência social do prazer nessa decisão de se proteger ou não: *A maioria do pessoal num tão nem aí se usa camisinha ou não, muitas pessoas o que importa é o prazer, tendo prazer é o que importa, aí depois está com a doença, não sabe porque... Cada um com suas coisas, é a vida, a gente não advinha se vai pegar uma doença amanhã ou não, se pegar, é porque tinha que acontecer, mas tinha como a pessoa evitar, mas não evitou porque muita gente só pensa no prazer, não na vida, não na saúde* (Wilma, 19 anos).

Em outra direção, percebeu-se também no discurso de algumas mulheres que o prazer pode ser reorientado pela razão, tanto por parte das mulheres, como por parte dos clientes. Romélia, embora nunca tenha feito o teste, ressaltou que questão do hábito é que torna o uso do preservativo consistente e a sensação de segurança é que consolida o prazer: *Se prevenir com camisinha não impede de fazer o programa normal, não tira a sensação, fica é mais tranquilo para os dois, mais a vontade, não tem problema fazer a putaria! A camisinha só tira o prazer se for aquele bicho ignorante que bote a camisinha de qualquer jeito, que não tem costume de usar, um homem ignorante já não vai dar certo, mas se prevenir com camisinha e fazer um carinho agradável, a camisinha não importa nada* (Romélia, 46 anos).

Considerando este cenário, entende-se que a compreensão somente centrada na necessidade de utilização frequente do preservativo muitas vezes aparece como barreira para

realização do teste, pois gera uma falsa ideia de proteção absoluta e camufla os riscos. Acredita-se que tal situação se constitui devido a uma intervenção dos programas de aids, muitas vezes pouco dialogado e mais imperativo no intento: “use camisinha”, de modo que essas mulheres consideram-se protegidas do HIV ao se apegarem muitas vezes de forma não efetiva ao uso constante do preservativo.

Mesmo com uso frequente, muitas vezes, as PS se encontram em situação de sexo não necessariamente seguro, quando a camisinha rasga ou o cliente retira durante a relação sexual. Deste modo, entende-se que a ampla disseminação da ideia “use camisinha” prosseguiu nas últimas décadas desacompanhada de informações mais detalhadas sobre saúde sexual e Aids, o que tem dificultado o acesso e a compreensão da importância da realização do teste por estas mulheres.

A discussão sobre risco, ao ser incorporada em programas educativos em saúde, nem sempre pondera a necessidade de interação com o modo como as pessoas interpretam o próprio risco (KENDALL, 1995).

#### **4.3 Estigma, o alicerce das barreiras: “você saber que está com aids, vai sabendo que vai morrer”**

Pelas seções anteriores, evidenciou-se que estigma relacionado à aids ainda é bastante recorrente, e embora a doença seja uma das mais estudadas no mundo, e com avanços significativos nos conhecimentos científicos sobre transmissão, prevenção, diagnóstico e tratamento, ainda se vivencia elevada discriminação social ao se descobrir em um diagnóstico positivo para o HIV. Este processo acaba resultando em um afastamento da busca pelo diagnóstico precoce, que pode ser atribuído ao acúmulo de representações distorcidas em torno do que realmente seja maior risco e melhor proteção (SEIDL et al., 2010).

Por esse referencial, este tópico emergiu para aprofundar a discussão sobre esta forte associação feita pelas mulheres do estudo entre o estigma da aids e o exercício da prostituição com a dificuldade de buscar a realização do teste HIV de forma contínua e sistemática. Nesta categoria de análise, de um modo geral, discorreremos sobre barreiras à aproximação com o diagnóstico precoce. Foi necessária construção deste tópico devido à carga de preconceitos que se configuraram no contexto de estudo.

Goffman (1988) fornece subsídios teóricos para compreensão das diversas formas de discriminação que ocorrem na sociedade. Segundo o autor, a estigmatização é uma

linguagem das relações sociais, em que algumas características pessoais ou condições sociais podem ser compreendidas como estigmatizantes por se configurarem como o oposto do que está definido como normal sob determinado parâmetro social.

Remontando a história, o termo “estigma” era usado na Grécia Antiga para designar sinais corporais que desqualificavam o cidadão marcado. Códigos corporais indicavam a moral do indivíduo publicamente. Demarcavam-se modos “normais” e “desviantes”, determinando convivências sociais distintas, mediadas pelo bem e pelo mal. O conceito atual é mais amplo ao considerar qualquer característica desviante, não somente física ou visível, mas reserva pressupostos idênticos no que diz respeito aos limites entre o que é aceitável moralmente, tido como certo, e o que é condenado, relegado ao desvio estigmatizante (GOFFMAN, 1988).

É importante considerar a relação de forma estreita das ideias construídas em torno do estigma com contextos socioculturais específicos, e não em um *vácuo social*. Segundo Parker e Aggleton (2001), faz-se necessário pensar amplamente nas relações sociais atravessadas pelas categorias de poder e dominação.

O estigma desempenha papel central na produção e reprodução das relações de poder e controle em todos os sistemas sociais. Faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e que outros se sintam, de alguma forma, superiores. Em última análise, portanto, estamos falando de desigualdade social. Para confrontar e entender corretamente as questões da estigmatização e da discriminação, seja em relação ao HIV e à aids ou a qualquer outra questão, é necessário, portanto, que pensemos de maneira mais ampla sobre como alguns indivíduos e grupos vieram a se tornar socialmente excluídos e acerca das forças que criam e reforçam a exclusão em diferentes ambientes (PARKER; AGGLETON, 2001).

Para agregar força neste contexto de estigma, a concepção de prostituição historicamente também vem atravessando limites estreitados com a criminalização e desmoralização do seu exercício. No início do século XX, paradoxalmente, conviviam-se com a ideia de prostituição como ‘um mal necessário’ e/ou um crime, caso fosse associada ao atentado ao pudor, ou à ‘vagabundagem’. Em paralelo, havia também trabalho de polícia médica através do controle da sífilis junto às profissionais do sexo da época (MAZZIERO, 1998).

A aceitação moral da prostituição esteve condicionada a situações em que a prática ocorria quando as mulheres se encontravam em condições precárias de vida, ou como forma de conter os diversos desejos sexuais masculinos que não condiziam com a estruturação familiar (MAZZIERO, 1998).

O modo como a prostituição foi sendo concebida influencia o modo como as mulheres se percebem neste contexto. Neste estudo, a autopercepção estigmatizada de desviante no exercício da prostituição esteve relacionada com estas questões referente à instituição da moral negativa da comercialização do sexo. Segundo relatos do estudo, o fato de não ser reconhecida como ocupação socialmente digna, pela moral negativa que carrega, gera uma série de situações de violência, como o estupro, por exemplo: *Essa vida é boa por ser o nosso modo de sobreviver, mas também é um horror porque pode colocar a gente em situações de muita humilhação. Eu mesma já fui estuprada duas vezes, na primeira vez, eu fui dizer para o homem que botasse a camisinha, ele puxou um revólver e fez o que quis comigo, do jeito que ele quis, disse que estava pagando, e 'puta' é para isso mesmo, como ele mesmo disse. Na segunda vez, o cliente me levou para um local onde tinham mais dois homens, que não estava combinado no começo do programa, eu quis desistir, eles me pegaram a força, dizendo de novo que era para isto que eu era 'puta' e fizeram do jeito que quiseram. Eu fiquei muito enojada de mim e desses homens que tratam a gente como uma 'coisa', para eles é normal, a gente tem que fazer tudo que eles querem porque tem momentos que não dá para dizer não, senão a gente morre, é perigoso. Nem a polícia eu procurei, com medo, eles também não aceitam o que a gente faz não, tem vezes que a gente sofre é mais violência quando procura eles (policiais), ou então eles nem ligam, para eles também a gente é 'puta' mesmo (Patrícia, 25 anos).*

Os impactos gerados pelo estigma de ser prostituta e o viver com aids se revertem no distanciamento do diagnóstico precoce do HIV pela baixa autoestima produzida pela violência simbólica<sup>61</sup>. Mesmo sendo profissional do sexo e sofrendo toda esta carga de violência, Patrícia somente acessou o teste duas vezes na vida porque esteve grávida, do contrário não acredita no direito à saúde sexual atrelada ao exercício da prostituição. Para Ramos e Holanda (2012), este tipo de violência interfere de modo direto na saúde das mulheres quando a referência é a desigualdade de gênero<sup>62</sup>. A violência de gênero pode se expressar de duas formas: simbólica e física.

A violência simbólica está pautada na demonstração de poder e hierarquia. É expressa com restrições, com atitudes e palavras constrangedoras, proferidas pelo agressor contra a vítima, com intuito de remetê-la a seu lugar social de subalterna e dependente. No

---

<sup>61</sup> Violência simbólica é um conceito elaborado pelo sociólogo Pierre Bourdieu. Forma de coação que se apoia no reconhecimento de uma imposição determinada, seja esta econômica, social ou simbólica. A violência simbólica se funda na fabricação contínua de crenças no processo de socialização, que induzem o indivíduo a se posicionar no espaço social, seguindo critérios e padrões do discurso dominante. Devido a este conhecimento do discurso dominante, a violência simbólica é manifestação deste conhecimento através do reconhecimento da legitimidade deste discurso dominante. Em Pierre Bourdieu, a violência simbólica é o meio de exercício do poder simbólico (ORTIZ, 1983).

<sup>62</sup> Para Paschoalick et al. (2006), gênero é a representação das características biológicas nas práticas sociais das civilizações ou dos indivíduos. Neste sentido, as relações de gênero se configuram como produto de um processo de aprendizado cultural, que tem início com o nascimento e continua presente nos diversos estágios de desenvolvimento do indivíduo, reforçando a desigualdade existente entre homens e mulheres. Tais relações podem causar problemas em todos os setores da vida humana, mas principalmente quando se trata da saúde física e psicológica.

lugar da prostituição, esta situação parece ser “socialmente aceitável” pela invisibilidade recorrente e culpabilização da mulher pela ocupação que exerce, o que reforça as consequências negativas. Apesar de não deixar evidências físicas, a violência simbólica é bastante eficaz, atingindo muitas vezes, de forma definitiva, a autoestima e a representação social da vítima (RAMOS; HOLANDA, 2012).

A violência física manifesta-se através de estupros, agressões físicas e sexuais, prostituição forçada, mutilação genital e assassinatos, em geral, com objetivo de demonstrar força e superioridade masculina, fragilidade e subserviência feminina. Genericamente, os agressores são em sua maioria os companheiros ou parceiros sexuais das vítimas (como no caso dos clientes) (RAMOS; HOLANDA, 2012).

A mulher, citada acima, somente realizou o teste HIV quando estava grávida, e afirmou ter medo também de procurar o serviço de saúde, tanto pela ideia de ser discriminada pela não aceitação por trabalhar com sexo, quanto pela possibilidade do teste dar positivo: *Deus me livre de fazer este teste de novo, quando eu estava grávida era mais fácil porque o médica já pediu na consulta normal por causa da criança, mas depois, eu ir no posto para fazer este exame dizendo o que eu faço? Não, prefiro usar camisinha e nem pensar mais nisso, não gosto nem de pensar que eu possa um dia ter essa doença, Deus me proteja, é uma coisa horrível demais, já basta o que eu vivo aqui (na zona de prostituição) (Patrícia, 25 anos).*

Nesse caso, mesmo a realização precoce do teste HIV, tendo reverberações fundamentais na melhor condução clínica da doença, uma das grandes barreiras nesta direção é de ordem social, suportada pelo cruzamento deste conjunto de estigmas entre o exercício da prostituição e o da possibilidade de se viver com HIV.

Tanto a violência física quanto a simbólica, exacerbadas pela continuidade das agressões, favorece o aumento da passividade feminina. A partir do comprometimento da autoestima, a mulher apresenta tendência a diminuição dos cuidados com a saúde, ocasionando depressão, dores pélvicas crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, além de doenças pélvicas inflamatórias e gravidez indesejada (RAMOS; HOLANDA, 2012).

Diante deste cruzamento de violências existentes no cotidiano social das mulheres, em geral, faz-se necessário ressaltar a história do estigma em relação à aids e a estruturação da política de testagem para o HIV.

Foi a partir de processos de discriminação sofridos desde o início da epidemia de aids que a estruturação do aconselhamento, a confidencialidade e a garantia da autonomia na decisão de fazer ou não o teste HIV foram estruturados como forma de garantir a liberdade e

equidade no acesso ao serviço de saúde diante de um cenário tão marcado por preconceitos (PARKER; AGGLETON, 2003).

Encontraram-se essas concepções em algumas falas: *Não admito ninguém ser destrutado por ser um homossexual, uma lésbica, um soropositivo, um aleijado, um cego, você sabe que o Brasil é cheio de preconceitos né, o preconceito leva o Brasil para trás, o Brasil não vai mais para frente por causa do preconceito dos ignorantes, porque ter preconceito para mim é um ignorante* (Haída, 32 anos). *Se eu fosse soropositiva mudaria tudo sim na minha vida, o povo brasileiro é muito preconceituoso, não quer ter amizade com quem tem HIV, tem gente que evita e fica comentando, sei lá, seria o fim da picada...Tem gente que acha que tem (HIV) e não querem justamente fazer por isso, se elas fizessem (o teste) isso acabava sendo uma coisa boa...* (Carol, 25 anos). O preconceito e a discriminação têm sido persistentes e um dos grandes entraves ao avanço da política da aids no mundo todo, ao longo de muitas décadas. Mann e Tarantola, desde 1987, já descrevia fases sociais diferentes e bem marcadas da infecção pelo HIV, oscilando desde a negação, condizente com a ausência de sintomas, até a vivência social de estigmas, quando do aparecimento da doença Aids em si (MANN; TARANTOLA, 1987).

Desde a década de 1980, os avanços com relação às descobertas científicas em torno do diagnóstico e do tratamento do HIV já corriam em uma velocidade completamente distinta do que a diminuição do valor social moral negativo da infecção.

Ainda no resgate do processo histórico, no ano 2000, o estigma era considerado como “*um bloco de pedra*” na melhoria da qualidade da resposta ao HIV. Em âmbito mundial, nas conclusões da 10ª reunião do grupo executivo da UNAIDS, o preconceito continuava sendo umas das cinco prioridades a serem enfrentadas e combatidas a partir de um esforço conjunto, com ramificações no mundo inteiro (UNAIDS, 2000).

Destaca-se aqui, nessa direção o que Parker e Aggleton (2001) ressaltaram sobre a permanência do estigma como uma das questões centrais a ser trabalhada no curso da epidemia. Para os autores, além da resistência social e governamental em dar visibilidade maior ao problema, ocorriam também lacunas quanto à existência de tecnologias eficazes para intervir nestes cenários:

Sendo biologicamente tão complexo como é o Vírus da Imunodeficiência Humana, essa complexidade se empalidece em comparação com a complexidade das forças sociais envolvidas na produção e reprodução do estigma em relação ao HIV e à Aids. Pelo menos em parte, a nossa incapacidade coletiva para enfrentar de forma mais adequada a estigmatização, a discriminação e a negação em relação ao HIV e à AIDS está ligada à disponibilidade relativamente limitada de instrumentos teóricos e metodológicos para lidarmos com o problema (PARKER; AGGLETON, 2001, p. 12).

Compreende-se nesta medida que se faz necessário entender a existência do estigma e da discriminação em torno desta questão para além de percepções individuais ou



limitações psicológicas das pessoas, é preciso compreendê-los como processos sociais ligados a estruturas de poder (PARKER; AGGLETON, 2001).

Percebe-se assim que mesmo depois de algumas décadas de convivência com a epidemia, a necessidade social e programática de inclusão dessa temática no cotidiano das políticas de enfrentamento da aids ainda persiste. Diante de toda esta força social, esta questão também atravessou o universo deste estudo, e nos tópicos seguintes desdobram-se como estes estigmas se concretizam nesses cotidianos demarcados por modos de vida e trabalho considerados como ‘desviantes’.

#### **4.3.1 A ideia de culpa e o estigma da aids**

O acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/Aids, ao longo do tempo, tem sido influenciado de maneira decisiva por sentimentos de culpa, ausência de informações e impossibilidade de confrontar suas vivências pessoais e o que é dito sobre a Aids e o HIV, por vezes, prejudicando a eficácia do cuidado em saúde (PARKER; AGGLETON, 2001; GUERRA; SEIDL, 2009).

A culpa, face ao HIV, envolve aspectos relacionados a julgamentos morais construídos e partilhados culturalmente sob uma determinada consciência de justiça, estabelecendo tipos de conduta e atitudes prescritos pela sociedade como corretos (CARVALHO; GALVÃO, 2010).

Ao longo da história, podem-se enumerar diversas representações negativas relacionadas à aids: “doença de gay”, “peste gay”, de comportamento “promíscuo”, de “drogado”, de mulher “da vida”. No início dos anos de 1980, houve forte associação com um “comportamento imoral” e que se tornou símbolo da propagação da epidemia da aids, com fortes reverberações de culpabilização das pessoas (SEIDL, 2010).

A ideia de “peste” e “desleixo” foi relatada nesta pesquisa por algumas entrevistadas ao se referirem às companheiras de trabalho que vivem com o HIV em sua zona de prostituição: *aqui têm muitas ‘amiguinhas’ minha aqui (zona de prostituição) que estão contagiosa (vivem com aids) e nem dizem nada, tão só botando os outros em perigo,...eu conheço uma menina aqui que pegou (aids), eu não tenho muita proximidade com ela não, mas eu sei e vejo que ela num está mais nem aí para vida dela, não sei o porquê ... eu fiquei triste, quando eu soube pensei logo que Deus me protegesse para mim nunca passar pelo o que ela está passando. O tratamento, ela nem está mais ligando para nada, ela também é dependente química, aí já se jogou mesmo, já se entregou, esperando só que Deus dê a hora dela, eu sei é que ela continua **empestando** os outros...está nem ligando de passar para os outros, está é querendo levar outros*

*junto com ela...eu tenho é medo (Ana Cláudia, 45 anos). Quando um homem diz que paga mais para não usar (preservativo), eu fico com medo sim, eu fico achando que é porque o homem já tem (Aids) e quer passar para nós, aí eu fico com medo, eu saio logo do quarto quando eu vejo que não tem camisinha, eu perco o dinheiro do programa, a gente pode pegar uma coisa mais grave, a gente não tem condição de se tratar, aí é melhor ficar sem fazer mesmo, esses homens de mente ruim, sem nada a perder porque já está com essa doença mesmo, eu não, Deus me livre... (Romélia, 46 anos).*

As palavras assinaladas acima em negrito não existem no dicionário, são denominações criadas a partir dos contextos de estigma discutidos. Destacam-nas para mostrar que há certos códigos de linguagem desenvolvidos pelas próprias profissionais do sexo em campo, identificando as portadoras de HIV como pessoas diferentes e/ou piores do que outras. As concepções acima relatadas demonstraram forte repulsa com relação à aids. No caso dessas mulheres, não reverberou de forma positiva, Ana Cláudia somente tinha feito o teste uma vez por ter vivenciado uma situação em que se sentiu sob risco (o preservativo rompeu) e Romélia nunca tinha feito o teste.

Há gradiente que se desenvolve neste jogo de estigmas, o preconceito, sendo desdobrado, pode ser maior ou menor dependendo do contexto analisado. Percebeu-se que a carga de discriminação aumenta quando, somado ao exercício da prostituição, ocorre a infecção pelo HIV.

A representação da aids em estreita relação com a morte também tem sido corrente nos relatos analisados, e funciona como alicerce para os contextos de culpabilização das pessoas. Algumas mulheres discorreram sobre este contexto de uma forma fatalista, construída ainda no início da epidemia, e que, com a força do estigma social da aids persistente ao longo de todos estes anos, ainda reverbera com tanta veemência: *Para ser sincera, a pessoa que tem aids para ficar curada? Curada fica amorzinho, mas dentro do cemitério, porque ela (aids) veio para matar todo mundo. Eu acho que para mim, Deus me livre (de ter sorologia positiva para HIV), minha nossa senhora pelas horas que são, prefiro uma boa morte, ou até mesmo uma má morte do que isso, acho que a partir do momento que eu fizesse o exame e eu soubesse que estava com aids, com certeza eu ia me decepcionar e jamais iria tá transmitindo para outra pessoa que não tem culpa... (Adélia, 34 anos). Se eu soubesse que eu era soropositiva (para o HIV), tudo mudaria na minha vida, tudo mesmo, acho que nem a capacidade de eu ter relação, eu nem teria mais coragem, eu acho que era melhor morrer antes, era melhor morrer logo, quando a pessoa sabe do resultado positivo, ela se acaba mais rápido, porque vai acabar com tudo, acaba com a sua vida, com o seu lazer, num instante você se acaba, rapidinho. A pessoa que tem aids está lascada, lógico que acabou a vida, já está morto, é questão de tempo,..., eu tenho muito medo da morte, eu tenho muito medo de perder minha vida (Ana Cláudia, 45 anos). Eu me sentiria uma morta viva, deve ser muito difícil superar um caso desse (Ana Karine, 27 anos).*

Essas três mulheres fizeram o teste uma vez na vida, por motivos pontuais, mas que não se concretizaram em cuidados contínuos por este aspecto. Nesta perspectiva, a

situação de viver com aids, com a possibilidade imaginária de morte iminente reforça em demasia a própria representação da culpa e, conseqüentemente, afasta as mulheres da decisão de saber sua sorologia.

Uma das participantes do estudo, ao ser questionada sobre a necessidade de punição para alguém que viva com o HIV/Aids, fez a associação direta, afirmando que estar com aids já é a devida punição: *Acho que nem precisa punir, a pessoa já tem aids, para quê maior punição?* (Karla, 27 anos).

Sobre a “intenção” de transmitir o HIV, ideia que ostenta a configuração de culpabilização para quem já vive com a doença, foi descrita também uma situação em que a pessoa que se infecta foi enganada por não saber da sorologia com quem teve uma relação sexual, e parece que este é que tinha a responsabilidade única pela prevenção: *Uma pessoa que pegou aids foi enganada, se ele pegou de alguém, essa pessoa enganou ele, transou sem camisinha e passou para pessoa* (Marlene, 50 anos).

Assim, percebe-se que dentro do próprio cenário vivido existe heterogeneidade e diferentes nuances de discriminação entre as mulheres que trabalham com sexo com relação à questão do HIV. Na realidade estudada, ocorre dupla discriminação pela sobreposição entre viver com HIV e prostituir-se.

A discussão sobre este tema é ainda dificultada pela força social que ele exerce e que atravessa a organização das respostas programáticas (governamentais) em torno desta questão. A desconstrução da culpa no âmbito institucional vem sendo contida também pela consciência social negativa sobre aids dos próprios trabalhadores e governantes na área da saúde (PARKER; AGGLETON, 2001).

A partir das discussões procedidas durante a pesquisa, e também do acúmulo relativo ao trabalho cotidiano da autora como coordenadora da política de aids em Fortaleza, no Brasil, pôde-se perceber que a Aids, assim como outros problemas de saúde pública, como o aborto, por exemplo, são marcados por barreiras institucionais de ordem valorativa em âmbito moral. E estas impedem inclusive a ampliação efetiva do acesso ao diagnóstico, por exemplo, via implantação concreta, de forma ampla e acessível (acolhedora), da testagem para o HIV para populações mais vulneráveis nas diversas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde.

### 4.3.2 Desdobramentos da discriminação em relação ao HIV: a punição

Diante da ideia de culpa frente ao HIV, discorrere nesta seção sobre a relação com a punição. Foucault (1977) coloca que, durante o final do século XIX e início do século XX, a violência física vai sendo substituída por modos socialmente determinados de sujeição das pessoas a determinadas ordens sociais, a partir da produção de parâmetros ‘normais’ ou ‘modos corretos de ser’.

O autor ressalta estigma como a produção social da diferença ou não adesão a estes padrões, o que Goffman (1988) chamou de desvio, ligados a parâmetros estabelecidos de produção de conhecimento e de ‘verdades’, portanto, exercícios de poder. Há regimes de poder embutidos nas diversas formas de produzir conhecimento, e estas exercem formas de controle sobre a vida das pessoas individualmente. Para o autor, é desta premissa que partem a consciência social punitiva para o que não estiver aderente ao que está posto como normal (FOUCAULT, 1977).

O estigma e a discriminação também podem resultar de uma variedade de reações da comunidade ao HIV e à aids. Indivíduos sob suspeição de infecção por HIV ou por pertencimento a um grupo específico, associado no imaginário popular à epidemia, como as profissionais do sexo, podem ser excluídos ou servir de ‘mal exemplo’. Estimulados pela intersecção de valores culturais, poder e diferença percebida conforme descrito acima, isso pode motivar acusações de culpa e, conseqüentemente, punições em circunstâncias extremas (PARKER; AGGLETON, 2001).

Historicamente, existe associação entre estigma e punição com relação à transmissão do HIV. Essa relação foi constatada na pesquisa e é fomentada pelo processo de culpabilização pela transmissão que decorre de um conjunto de informações distorcidas e concepções atreladas a ideias estigmatizantes de que quem tem o vírus, tem ‘a mente ou coração ruins’ ou ‘não está querendo ir só para o buraco’: *eu acho que uma pessoa que tem aids não deve trabalhar com criança porque tem gente que tem aids e tem a mente ruim, sei lá, vai e transmite para algumas das crianças, acho que isso devia ser era um crime uma coisa dessa...* (Carol, 25 anos). *Eu acho que quem vive com HIV não deve trabalhar com criança não, porque você contrata uma pessoa que você nem sabe que está com essa doença (aids), aí você sai para trabalhar, deixa seu filho, você vai confiar nessa pessoa? Você vai confiar nessa pessoa? Não é preconceito não, é que hoje em dia as pessoas têm o coração ruim* (Fátima, 32 anos). *Eu tinha uma amiga que tinha (HIV) e quando o povo soube ficava esculhambando ela e dizendo que ela era uma vagabunda que estava passando para os outros ... conheço também um outro caso de um amigo do meu padrinho que ele era homossexual e faz é transmitir para as outras pessoas, num faz nem questão de usar camisinha porque ele não quer ir só para o buraco, quer levar mais gente com ele, eu acho isso completamente*

*errado, devia ser crime (Carol, 25 anos). É muito arriscado 'uma pessoa dessas' trabalhar com crianças, é perigoso demais, sei lá, acho que pode pegar também (Januária, 30 anos).*

A ideia estigmatizante do viver com HIV aparecia de forma muito intensa, mesmo entre as mulheres que já haviam se testado com maior frequência (mas não como rotina), como as três acima citadas.

Essa questão da transmissão intencional do HIV vem sendo discutida também por desencadear processos discriminatórios que impactam na vida das pessoas, como relatado pelas mulheres do estudo. Sobre este fenômeno, vem sendo levantada a discussão sobre a criminalização do HIV, com base na contingência de estigmas e preconceitos em torno da aids.

Para Cameron (2009), a criminalização da transmissão do HIV e da exposição é um instrumento ineficaz para combater a aids. No combate à epidemia, deve-se destacar a proteção contra a discriminação, a redução do estigma, o empoderamento das mulheres e proporcionar o acesso universal a exames e tratamento.

Ressaltando o cruzamento de estigmas, na relação entre aids e prostituição, destaca-se também que a descriminalização do trabalho sexual, o desenvolvimento de políticas de apoio, a igualdade de gênero e o desenvolvimento econômico são questões fundamentais que precisam ser abordadas. Evidências apontam que abordagens baseadas em direitos humanos para prevenção do HIV são eficazes e que políticas ou leis moralistas, e restritivas em relação ao trabalho sexual, são prejudiciais e devem ser combatidas a partir dos programas de atenção à saúde, aumentando a abrangência da resposta ao HIV (SCHEIBE et al., 2012).

Em trabalho realizado por Kaufman (2011), foi verificado que a criminalização da prostituição na China tem limitado o crescimento de um conjunto de atividades coerentes e coesas, por parte de ONG e atores que trabalham com profissionais do sexo para prevenir a infecção pelo HIV.

Essas ideias de culpa, punição e criminalização também exerceram forte associação na pesquisa em questão a partir da necessidade imposta no discurso das mulheres pela revelação obrigatória e compulsória do diagnóstico. Situação que viola o sigilo pessoal, o que prejudica a realização do teste, configurando-se como barreira.

Para algumas mulheres do estudo, mesmo que o sexo ocorra pela vontade espontânea das duas ou mais pessoas, parece que a responsabilidade de se proteger recai de forma desigual e negativa para quem supostamente sabe de sua sorologia positiva. Portanto, a prevenção no ato sexual, como o uso do preservativo, por exemplo, concentra-se na pessoa

soropositiva para o HIV, em uma direção contrária à ideia de responsabilidade mútua pelo uso da camisinha, independente da sorologia: *Quando a pessoa tem aids, para mim ela fez sim algo errado, e deve ser punido se for de propósito né, a pessoa sabe que tem e não diz nada, chama para transar sem preservativo, aí tem sim que ter uma punição* (Eveline, 35 anos).

Segundo Rosalba, uma das participantes da pesquisa, a associação entre crime e infecção pelo HIV perpassa as relações do cotidiano, por isso o sigilo é tão significativo. Muitas pessoas tem receio de que outras pessoas saibam e tenham atitudes discriminatórias que possam complicar sua vida, como a ocupação de trabalho como cuidadora de crianças: *A minha irmã que vive com HIV cuida da minha filha, a gente tem o maior cuidado e pronto, sem problemas, mas é tão ruim quando as outras pessoas sabem, porque muitas pessoas tem medo de pegar essa doença, uma vizinha soube que minha irmã era doente (aids) e queria denunciar para polícia porque ela estava cuidando de uma criança, um horror!* (Rosalba, 48 anos).

Até aqui se constata que a influência das instituições (serviços de saúde, instituições religiosas, o ambiente familiar) sobre a discriminação é de grande importância, uma vez que a produção social de processos discriminatórios não perpassa somente universos individuais, a força destes sistemas sociais acima citados é fundamental para constituição de contextos de maior ou menor proteção com relação ao HIV. Conseqüentemente, o enfrentamento destas questões impacta na organização de serviços que propiciem a ampliação da testagem.

Portanto, quando um serviço de saúde, com garantia de direitos humanos, como confidencialidade e acolhimento, promove a inclusão das pessoas pelo discurso de cronicidade (e não de morte ou culpa) e convivência social segura em relação à aids, pode mudar a postura das pessoas diante do assunto, e o preconceito tende a ser diluído (GUERRA; SEIDL, 2009).

Nesse sentido, uma das entrevistadas fez uma referência positiva a um dos serviços municipais de testagem, localizado em um hospital que possui ambulatório de referência para HIV/Aids próximo ao seu local de trabalho. Na sua fala, Haída identifica o médico do atendimento pelo nome, descreve a situação do aconselhamento de forma esclarecedora e atrelada à experiência de conhecer uma amiga vivendo com HIV, demonstrando outra forma de conviver com esta situação e exercendo postura contrária à criminalização do HIV, o que se configura como incentivo à realização do teste, ela mesma já tinha feito duas vezes por ter se sentido sob risco: *Conheço uma amiga que tem HIV há vinte anos, trato ela com carinho, amiga mulher mesmo, ela vive super bem. Trabalha incluída no meio da sociedade, ninguém a discrimina, porque até é crime a discriminação, ninguém pode discriminar quem é soropositivo, eu aprendi nisso numa pesquisa sobre HIV ... eu já aprendi muito com as pessoas lá do serviço, o hospital Nossa*

*Senhora da Conceição, no Conjunto Ceará, na quarta etapa (bairro da periferia de Fortaleza, próximo à zona de prostituição), eu já fiz exame lá, fui maravilhosamente atendida, o Dr. Jarbas (nome fictício) foi o médico que me atendeu, e me disse tanta coisa que eu nem sabia, foi muito bom...meu exame não deu nada, eu fui atendida por uma psicóloga, fiz o teste rápido com ela, ela me disse que se desse positivo tinha os remédios, que hoje as pessoas se tratam, que quem tem e quem não tem morre do mesmo jeito... (Haída, 32 anos).*

Outros estudos também evidenciaram alguns cenários com registros importantes de respostas positivas a tal estigmatização. Mas, esses registros ainda continuam limitados em comparação com a ocorrência muito mais extensa do estigma que tem marcado a história da epidemia em todas as sociedades, principalmente com relação às populações mais vulneráveis, como as profissionais do sexo (PARKER; AGGLETON, 2001; IAS, 2012).

A ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV está em estreita consonância com a existência de serviços de testagem não estigmatizadores e que protejam as pessoas com relação à punição social. Deste modo, compreende-se que é necessário o desenvolvimento de estratégias efetivas e explícitas de redução do estigma e acolhimento baseado na equidade e na universalidade (BRANSON et al., 2006; MACCAULEY, 2004; GUERRA; SEIDL, 2009).

#### ***4.3.3 Estigma e isolamento social***

A epidemia de Aids no Brasil, de forma dinâmica, tem apresentado transformações epidemiológicas e sociais que lhe conferiram características distintas daquelas do início, em 1982. Este movimento deslocou a ocorrência da infecção pelo HIV para o cotidiano das pessoas em geral, e, de restrita a populações específicas – como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas – difundiu-se para pessoas socialmente consideradas não vulneráveis, como heterossexuais, mulheres ‘casadas’ (pressupostamente monogâmicas), idosos e crianças (OLIVEIRA, 2013).

Constata-se no estudo de Oliveira (2013) que, em certo sentido, houve mudança na representação da doença por parte dos profissionais da saúde. Isto ocorreu pela incorporação de novos modos de pensar a cronicidade da Aids e a possibilidade de convivência com a doença, associada à existência de um tratamento específico. Por outro lado, neste mesmo estudo, a autora evidenciou também a possível existência de ‘*permanências cognitivas*’, ainda vinculando à aids, em uma perspectiva negativa, a práticas homossexuais, ao uso de drogas e à morte, bem como a atitudes de preconceito, sentimentos de medo e isolamento social, com impactos sobre as práticas profissionais de saúde.

Em estudo realizado com profissionais da saúde que cuidavam de pessoas vivendo com HIV/Aids, verificou-se a expressão do isolamento social na relação entre os cuidados prestados e a representação dos pacientes como vítimas ou culpados pela infecção. No grupo de sujeitos representados como vítimas, o cuidado prestado foi descrito como igual aos demais, enquanto no segundo grupo, aqueles culpabilizados pela ‘contaminação’ (porque assim era tratada a infecção) de outros, eram discretamente isolados, mantidos à distância dos profissionais (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010).

A ideia distorcida dos modos de infecção pelo HIV no convívio social, além da imagem estigmatizada da doença como algo fatal e degradante ainda geram situações de isolamento social. Uma das mulheres participantes deste trabalho, Daniela, colocou estas questões em sua fala. Ao analisar de forma integrada seu contexto de vida, percebeu-se que este modo de pensar não contribui para a decisão de fazer o teste de forma sistemática, como rotina. O aparecimento de sintomas é que foi relatada como motivação e ainda que a decisão dela diante de uma sorologia positiva seria a de se suicidar: *Não acho seguro não que pessoas que têm HIV (ela não conhece ninguém, só ouviu falar na televisão) trabalhar com crianças, porque a criança vai acabar por pegar, HIV dizem que qualquer coisa se fura, uns pinguinhos de sangue, e a criança pode pegar, também acho que essas pessoas que têm isso não devem trabalhar não, sei lá qualquer coisinha pode pegar na outra pessoa, quando menos esperar quem tem HIV aí se contaminam, para mim deve é ficar em casa guardado, ou então só no hospital. Eu num sei não, mas a vida é muito triste a de quem tem HIV, que não pode pegar na pessoa, a pessoa descasca todinha, os couros caem, queima a pele, o cabelo cai, tanta coisa...eu já li sobre os sintomas, eu fico é com medo, se aparecesse qualquer coisa em mim, eu ia logo fazer o teste, e se desse positivo, eu fazia era me matar...graças a Deus eu fiz só uma vez quando eu estava grávida, e deu tudo certo....* (Dária, 20 anos).

A expectativa da solidão diante da possibilidade de um diagnóstico positivo tem sido relatada como barreira ao diagnóstico precoce. O preconceito foi colocado como um destes entraves. A partir da experiência de ser julgada negativamente por um possível diagnóstico positivo para o HIV, outra entrevistada ressaltou que não contava com redes sociais de apoio, e que esta era uma questão difícil de ser vivenciada coletivamente, o isolamento fez parte do seu discurso em vários momentos da entrevista: *preconceito existe e é muito, se você está com aquela doença (aids) e se uma pessoa souber, aquela pessoa tem nojo de você, pronto se eu tivesse, fosse fazer o exame amanhã, e se o resultado desse positivo, eu não ia dizer a ninguém, porque as pessoas iriam me julgar, iam jogar na minha cara, para que eu ir dar satisfação da minha vida para ninguém? Eu não, só dou satisfação só para Deus, minha consciência é só para ele só isso, eu não vou dizer para os outros para eles estarem me julgando não, o problema é meu, com uma coisa dessas a gente não conta com ninguém mesmo não, se vira sozinha...eu sou do tipo de pessoa que é cada um por si...não é com todo mundo que eu tenho amizade...* (Fátima, 32 anos).



O adoecer por HIV/Aids, mostrando no corpo a simbologia das múltiplas faces físicas da aids através do desenvolvimento de uma lipodistrofia<sup>63</sup>, associada ao preconceito e ao medo dos que o cercam, é exemplo clássico dos motivos que geram isolamento social. Atrelado a isso, a pessoa com HIV ainda vivencia o diagnóstico da soropositividade e as mudanças acarretadas no mundo do trabalho, como o preconceito, o estigma e o medo do desemprego, com graves repercussões na autonomia social e no significado dado ao trabalho. O adoecimento em decorrência da aids tem causado rupturas nos projetos, na perspectiva de futuro e despertado para necessidade de buscar formas de enfrentamento para um novo modo de viver, com fortes associações com o isolamento social (CECCON; MENEGHEL, 2012).

A partir das análises realizadas, reconhece-se que o isolamento social foi imputado como técnica metafórica de proteção pela carga de estigma associado com o HIV/Aids. As justificativas percebidas no estudo para que haja segregação das pessoas vivendo com HIV/Aids não estão necessariamente atreladas à condição de transmissão real da doença (sexual, compartilhamento de seringas, transmissão vertical mãe-filho). Apesar de a aids não ser uma doença de convívio social comprometido pelos modos de transmissão, viver coletivamente é extremamente influenciado pelos aspectos morais associados.

Nesta direção, se o caminho mais disseminado é do distanciamento do viver e conviver com HIV/Aids, conseqüentemente, acessar modos de diagnosticar esta situação na vida da maioria das pessoas tem sido impactante. Deste modo, o isolamento social constitui barreira importante para a busca espontânea e constante pela realização do teste de HIV.

#### ***4.3.4 Estigma e revelação do resultado***

O diagnóstico do HIV é um momento não somente de contato com a doença, mas também de desvelar ou reconhecer situações de violência. Em determinados contextos, é possível identificar experiências de adoecimento com a revelação do diagnóstico, pela carga social envolvida nesta questão (LIMA, 2012).

A revelação do resultado também é uma preocupação associada à motivação para fazer ou não o teste HIV. O estigma relacionado à doença ainda é muito grande. Desta forma, os indivíduos e as famílias que vivem com HIV/Aids sofrem severas conseqüências sociais e psicológicas. Isso motiva muitas famílias e pessoas a decidirem por manter o diagnóstico

---

<sup>63</sup> Lipodistrofia é uma distribuição anormal de gordura corporal, que no caso da aids, pode ocorrer pelo uso prolongado dos medicamentos antirretrovirais.

positivo em segredo. Dentre os principais motivos que levam a não revelação do diagnóstico estão: o medo de que as pessoas não consigam manter o sigilo, o preconceito, a não aceitação, a preservação de um emprego e a culpa (FARIA, 2013).

Quando as pessoas têm mais suporte social, seja a partir de familiares, seja a partir de outros espaços sociais como o trabalho, ter a segurança de poder contar com as pessoas tem relação direta com contextos de vida de maior proteção. Esta dificuldade foi relatada por algumas mulheres em estreita relação com o estigma social das doenças relacionadas ao sexo (DST): *eu acho que as pessoas não dizem não o resultado do exame, eu penso assim que tem muita gente que discrimina, se fosse eu contaria só para o povo de casa mesmo, porque as pessoas ficam com preconceito, ficam falando* (Lauriane, 25 anos). *Eu acho que o certo era para ser sigilo total, porque isso é uma coisa muito dura, muito de verdade, você saber que está com aids, vai sabendo que vai morrer...* (Adélia, 34 anos). *As pessoas não dizem para ninguém (o resultado do teste), já por causa da discriminação, eu nem me imagino com essa doença, eu acho que é porque geralmente o povo trata as pessoas com indiferença quando a pessoa tem algum tipo de doença sexualmente transmissível* (Gláucia, 29 anos).

Outras mulheres demonstraram maior apoio familiar e relataram essa segurança para revelar o resultado, com perspectiva de ajuda para enfrentar situações difíceis: *Se meu exame desse positivo, eu dizia para o doutor para mais ninguém, e também só para minha mãe, porque quando eu estou doente é ela que vem me visitar, que vive dizendo para eu deixar essa vida, tem cuidado comigo* (Marieta, 22 anos).

Revelar o resultado na prostituição pode ser um problema duplo caso ele seja positivo para o HIV. O resultado negativo, em algumas situações, representa motivo de orgulho misturado com alívio, constitui-se como certificado de qualidade do produto comercializado, o sexo. O resultado positivo tem dupla carga de estigma, além de vivenciar as dificuldades de aceitação no ser prostituta, acumule-se aí ainda a experiência do preconceito de viver com HIV. A junção entre o trabalho com sexo e uma doença estigmatizada como a Aids (tendo como modo principal de transmissão o sexo) tem dupla concentração de preconceito e discriminação. Algumas entrevistadas fazem referência a estas questões: *As pessoas revelam o resultado do seu exame, por exemplo, se você for fazer pela primeira vez e der negativo, lógico que a pessoa vai apresentar pra todo mundo, até pra dizer que tá limpa, o povo faz até propaganda, agora se der positivo ninguém vai mostrar de jeito nenhum, o povo aqui despreza logo por causa do medo de passar, tem mulher aqui que não usa camisinha, tem mulher aqui que não dispensa homem nenhum...* (Eveline, 35 anos). *Se eu pegasse HIV, eu acho que eu não ia mais me sentir bem, do jeito que eu estou agora, saber que eu estou com uma doença dessa, ninguém pode se sentir bem, ainda mais fazendo programa, ainda ter que mentir aqui (na zona), se não, está perdida* (Martênia, 50 anos).

A revelação do diagnóstico ocupa lugares diametralmente opostos na vida das pessoas quando elas têm alguma consciência em relação ao risco a que estão expostas. No

caso das mulheres profissionais do sexo, uma série de questões está envolvida frente a um diagnóstico positivo, como mostraram os relatos. Uma delas é o comprometimento no trabalho com sexo, por este ter como centro a ocorrência de relações sexuais múltiplas e constantes. Outra questão é a possibilidade de rejeição e abandono por parte da família, contrastando com a importância de se ter o apoio familiar para enfrentar os demais tipos de discriminação.

Por estes e outros motivos expostos, as mulheres do estudo, em geral, relataram esta questão da revelação do diagnóstico como aspecto importante que, em determinados contextos, atua mais como barreira ao teste de HIV do que como aproximação em busca de qualificar os cuidados com a saúde.

#### ***4.3.5 A doença do ‘outro’: aproximações e distanciamentos do diagnóstico precoce do HIV***

Para algumas mulheres a representação da aids tem sido geralmente a da doença que está no outro, longe de si, mesmo em situações contraditórias para elas, como no caso da prostituição. Embora algumas mulheres percebam que a aids pode atingir indiscriminadamente qualquer pessoa, isto não significa dizer que automaticamente percebam-se sob risco (VERMELHO; SIMÕES-BARBOSA; NOGUEIRA, 1999).

Nesta direção de atribuir perigo ao ‘outro’, distante de si, uma entrevistada, ao falar sobre uso consistente com os clientes, afirma-se em contextos mais seguros enquanto prostituta e pondera o alto risco que as esposas dos mesmos estão expostas, mesmo que ela, enquanto esposa, não use preservativo com o marido. Neste caso, a entrevistada coloca que a mulher de casa (‘outra’ que não é ela na hora em que está exemplificando, mesmo sendo casada e tendo marido) está sob mais risco que ela (enquanto prostituta) porque não usa o preservativo com o marido: *Eu acho que as pessoas que fazem programa pode ter risco sim, mas não é só a mulher que faz programa, porque a gente usa camisinha (com clientes), a mulher de casa está é mais em risco, porque hoje me dia os homens que vivem com mulheres dentro de casa, são pior ... eu digo por mim que me previno (só com clientes), estou bem, as mulheres de casa deviam fazer a mesma coisa (mas quando ela está no lugar da casa, ela age da mesma forma, e não tem sido esta situação que tem motivado Glória a fazer o teste) (Gláucia, 29 anos).*

Por este referencial, Gláucia já fez o teste duas vezes por prevenção, mas focada na sua relação de trabalho, e não com o marido. Destacaria essa parte como algo a ser ressaltado pelo jogo de identidades que essa informante apresenta. Incongruência interessante para falar sobre risco, confiança no parceiro e zelo com o trabalho. As várias identificações

que essas mulheres constroem de si vão conformando os espaços e as práticas onde se reconhecer como prostituta ou como a esposa muda sua compreensão sobre prevenção e a possibilidade de realização do teste.

Essas questões apontam o modo como a relação com as práticas sexuais são diversas, fluídas e inconstantes. E, muitas vezes, os projetos preventivos biomédicos não acessam essas questões. Em geral, os usos do preservativo e a possibilidade de realizar o teste estão imersos em contextos subjetivos plurais. Que são contornados por uma realidade de partilha de códigos culturalmente estabelecidos, mas que se reorientam e se ressignificam de acordo com experiências singulares e complexas.

#### **4.4 Acesso ao diagnóstico precoce no SUS: “era para ter teste de HIV em todos os postos”**

Um conjunto de ações foi sendo organizado para ampliar e qualificar o diagnóstico e o tratamento do HIV/Aids, ao longo destes anos, nos diversos pontos de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Iniciou-se pela rede especializada, ainda na década de 1980, com a estruturação da testagem para o HIV nos hemocentros e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), e o tratamento nos Serviços Ambulatoriais Especializados no tratamento do HIV/Aids (SAE) (GRANGEIRO et al., 2009). Posteriormente, implantou-se nas maternidades e na atenção primária, como protocolo da assistência pré-natal (BRASIL, 2007; CARNEIRO; COELHO, 2010). A partir de 2000, a vigilância de mulheres grávidas infectadas e crianças expostas tornou-se compulsória, através da portaria nº 993/GM (BRASIL, 2003).

Deste modo, constituíram-se, historicamente, as políticas públicas em DST/HIV/Aids de forma centrada nos serviços especializados, inicialmente, com foco na concepção de ‘grupos de risco’ e, posteriormente, modificando-se com o conceito de vulnerabilidades e expandindo-se para serviços básicos, mas ainda com restrições ao acesso universal devido ao foco restrito na atenção materno infantil.

##### ***4.4.1 Incentivos e barreiras ao teste HIV na atenção à saúde no SUS***

Constatou-se neste estudo que entre as mulheres que fizeram o teste na atenção primária (30%), a maior parte (64%) teve acesso ao teste HIV pela assistência pré-natal. Deste modo, identifica-se que a inserção do teste HIV como protocolo de cuidados clínicos no

período gestacional (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008) funcionou como incentivo. Mas, para demanda espontânea foi relatada maior dificuldade de conseguir atendimento no ‘posto de saúde’ (unidade de atenção primária) mais próximo da residência, ou na zona de prostituição. Sendo identificadas como barreiras tanto a falta de atendimento por demanda espontânea, além do pré-natal, como também o preconceito e a falta de sigilo por este aspecto: *Eu já fiz o teste de aids várias vezes, mas no posto perto da minha casa eu só fiz quando estava grávida ... porque é muito difícil conseguir uma ficha (atendimento), quando eu estava gestante aí era mais fácil, mas barriga!?! Se eu for lá dizer que eu quero fazer o teste porque eu faço programa nem sei o que vão dizer...nem prevenção eu faço lá, eu faço na Benfam (clínica especializada), prefiro um lugar longe de casa também, quero ninguém dando conta dessa minha vida aqui não (prostituição), ainda mais se der alguma coisa (HIV+)...os postos deveriam ser mais sensíveis a essas questões, para mim as garotas de programa se cuidam mais do que as dona de casa, mas os médicos não pensam assim... (Dejane, 25 anos).*

Percebeu-se nessa fala que o teste associado ao pré-natal é recorrente, o que demonstra a importância desse serviço. Contudo, retoma a discussão das barreiras de acesso mediante a falta de preparo das equipes de saúde da atenção primária para sistematização do teste HIV na rotina das mulheres que não estão grávidas, principalmente das profissionais do sexo.

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para efetividade dos sistemas de saúde e garantia de melhorias nas condições de saúde da população brasileira. Pesquisas apontam que o serviço, se funcionando efetivamente, contribui para redução das taxas de doença e internação e de mortalidade prematura por doenças evitáveis além de menores custos e maior equidade na oferta de serviços (WHO, 2004).

Este parâmetro de efetividade na atenção primária com relação à prostituição ainda é um grande desafio pela invisibilidade desta ocupação de trabalho nos diversos territórios de atuação dos serviços básicos de saúde (MARTIN, 2003).

Sobre esta invisibilidade, como fenômeno social urbano, a prostituição feminina inscreve-se em uma economia específica do desejo, característica de uma sociedade na qual predominam as relações de troca e todo um sistema de codificações morais. Neste contexto, ocorre centralização na união sexual monogâmica, na família nuclear, na virgindade e na fidelidade femininas e no papel reprodutivo da mulher, destinando, por conseguinte, um lugar específico, saturado de conotações moralistas e significados pejorativos para prostituição que atravessam as instituições, públicas e privadas (GERSHON, 2006).

As relações sociais construídas a partir deste referencial perpassam também as unidades de saúde, gerando invisibilidade programática, e a mulher somente passa a ser vista

como prioridade de atendimento quando ocupa lugares de maior aceitação social, como no caso, quando estão gestantes.

A estigmatização do trabalho sexual interpela várias interações sociais, comerciais e afetivas e constitui-se em importante obstáculo ao “empoderamento” dessas mulheres. Esse é um aspecto que requer centralidade ainda não incorporada pelas políticas públicas em DST/Aids e constitui fragilidade a ser superada (BRASIL, 2004).

No momento do pré-natal ocorre um apelo em torno da possibilidade da transmissão vertical do HIV que impulsiona a decisão de se submeter ao teste, sendo esta demanda do serviço e não necessidade posta pela mulher com referência a possíveis riscos cotidianos (LIMA et al., 2008). Assim, um percentual considerável de mulheres acessa ao teste via pré-natal, mas efetivamente este momento não tem se revertido como desencadeador de regularidade da testagem após o período gestacional: *Fiz o teste só quando eu estava grávida da minha menina. Achei muito importante, a assistente social falou que era bom fazer o teste para ver a saúde do bebê, para saber se tinha alguma coisa com ele* (Rochele, 28 anos). *Eu não sei nada disso não* (HIV, teste), *mas já fiz sim, uma vez, quando estava grávida, o médico pediu porque se tivesse HIV podia transmitir para a minha filha, deu negativo, se não fosse, ia prejudicar a saúde dela* (Dária, 20 anos).

Segundo as mulheres entrevistadas, muitos profissionais da saúde, no momento da assistência pré-natal, nem chegam a indagar sobre a vida sexual delas. Percebe-se que a oferta do teste neste momento é compreendida pelas profissionais do sexo apenas como parte da rotina de cuidados na gestação. Essa dificuldade de falar dessa tríade, sexo, prazer e prevenção, como parte da vida cotidiana das mulheres com vida sexual ativa (sendo prostitutas ou não), constitui vulnerabilidade ao HIV relacionadas à invisibilidade da sexualidade feminina.

Sob outro ponto de vista, tomando como incentivo para a realização do teste, cerca de 47% das entrevistadas, quando se sentiram sob risco, fizeram o teste em serviços de média e alta complexidade no SUS (hospitais ou serviços especializados), referenciando maior preparo e acolhimento para suas demandas do que na atenção primária à saúde: *Eu faço prevenção* (ginecológica) *de seis em seis meses, aí eu faço o teste também, lá no serviço do centro* (serviço de referência especializado em DST) *porque lá eu já estou acostumada, eles são especializados, devido ao nosso fluxo* (trabalho sexual), *as garotas de programa são mais susceptíveis, nós precisamos de atendimento sempre, no posto perto da minha casa não tem assim não, só quando a mulher está grávida* (Luíza, 25 anos).

Mais especificamente, das quatro mulheres que afirmavam realizar o teste como rotina, três faziam em serviços especializados e apenas uma no posto de saúde afirmando vínculo pelo acolhimento de uma profissional da unidade de saúde.

Conforme aponta Grangeiro et al. (2009), esta referência ainda segue o começo da epidemia em que a testagem para o HIV foi iniciada nos hemocentros e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), e o tratamento nos Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE). No Estado do Ceará, muitas pessoas ainda buscam os serviços de referência em tratamento em HIV/Aids para também fazer o teste de diagnóstico (ARAÚJO et al., 2007). O que aponta para necessidade de repensar o acesso aos serviços da atenção básica em relação à busca pelo diagnóstico de HIV.

A questão que interpela as análises é sobre o modo como essas profissionais do sexo percebem a atenção primária como um serviço próximo ou distante de suas necessidades, o que pode acarretar em uma barreira para o diagnóstico precoce do HIV, bem como para outras necessidades de cuidados com a saúde que elas possam vir a ter.

A testagem para o HIV na atenção primária passou a ser implementada 2003 junto à estratégia saúde da família, como protocolo da assistência pré-natal, dos portadores de tuberculose, de outras doenças sexualmente transmissíveis e de populações mais vulneráveis, como as profissionais do sexo, por exemplo (BRASIL, 2006- 2007; CARNEIRO; COELHO, 2010).

Portanto, o fato de as profissionais do sexo identificarem principalmente os serviços especializados como locais propícios à realização do teste quando se sentem sob risco segue na direção contrária da demanda apontada acima de ampliação do acesso universal na rede de atenção primária a saúde.

Desse modo, constituíram-se, historicamente, as políticas públicas em DST/HIV/Aids, de modo centrado nos serviços especializados, inicialmente, com foco na concepção de 'grupos de risco' e, posteriormente, modificando-se com o conceito de vulnerabilidades e expandindo-se para serviços básicos, mas, na prática, ainda com restrições ao acesso universal devido ao foco restrito na atenção materno infantil (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008).

Este fato demonstra contradição em relação ao processo de descentralização da política de DST/Aids, com foco nos territórios, que tem como premissa ampliar o acesso aos serviços de saúde e torná-lo mais próximos da população.

Essa diferença de identificação com o local de realização do teste impacta na realização sistemática, como rotina. A complexidade do serviço hospitalar é muito maior, e por força de organização do sistema de saúde, um teste sorológico, como o de detecção do HIV, deveria estar centrado no serviço de atenção primária, em tese, para ser mais acessível (BRASIL, 2010a). A seguir, uma das entrevistadas resalta essa contradição ao colocar sua

maior identificação com o hospital de referência: *Quando eu acho que teve algum perigo (camisinha estoura, por exemplo), eu procuro o São José (hospital de referência) para fazer o teste, porque lá eu sei que vou ser atendida, vou conseguir fazer o teste e pronto. Mas no posto? Nem em pensamento, lá acho que é só para gestante e olhe lá se todas acabam fazendo...* (Amanda, 45 anos).

A proximidade com o território vivido, os princípios de vínculo e longitudinalidade dos cuidados específicos da Estratégia de Saúde da Família (estratégia de organização da atenção primária no Brasil) é que poderiam qualificar melhor a sistematização e regularidade na realização do teste HIV (CUNHA; GIOVANELA, 2011).

No entanto o que tem ocorrido, segundo as mulheres envolvidas neste estudo, é que não tem sido construída essa proximidade territorial da unidade de atenção primária com o local de trabalho (casa de prostituição) e nem como o ambiente onde ela mora (seu bairro, sua casa). O que se tem avaliado é que o modo como o serviço da atenção básica é percebido por estas mulheres tem, ocasionado força de repulsão, funcionando como barreira.

Os argumentos são diversos: da falta de sigilo, o despreparo dos profissionais da atenção primária à saúde frente às questões relacionadas ao sexo e à sexualidade foram levantados como pontos que afastam as pessoas da decisão de fazer o teste de HIV na unidade mais próxima quando efetivamente se sentem sob risco, ou seja, para além do período gestacional.

Essa sensação de quebra de sigilo muitas vezes dificulta o acesso nas unidades mais próximas de casa. As mulheres do estudo, em geral, afirmaram que seria mais fácil realizar o teste de modo mais frequente se o preconceito e a discriminação não estivesse tão presente na relação com os serviços. *Muita gente tem medo de procurar o serviço e dizer que faz programa e não conseguir atendimento, ou mesmo já ter é uma notícia ruim (fazendo referência à possibilidade de quando procurar o serviço, receber a notícia de um teste positivo para HIV) (Haída, 32 anos). Deus me livre alguém saber que eu faço programa aqui, ou mesmo que eu chegue a ter o vírus, seria a morte para mim, perderia meu trabalho, minha vida ... no posto perto daqui eu ainda não senti confiança não, sei lá, eu nunca disse nada não* (Jane, 24 anos).

Segundo Rodrigues (2006), que discorre sobre o distanciamento entre profissionais da saúde e pacientes, fazendo analogia à relação entre razão e risco, o contexto da infecção pelo HIV a partir de uma análise da relação entre o pessoal médico e usuários apresentam certos “comportamentos de risco” que, no entendimento dos primeiros, possuem conotação estigmatizante.

As práticas sexuais são desse modo pouco discutidas em sua essência no âmbito da clínica em saúde, cujo discurso preventivo em sua maioria é unidirecional e pouco centrado nos contextos diversos em que as pessoas possam estar inseridas. A normatização



prescritiva do pressuposto ‘modo correto’ de se exercer o ato sexual torna a relação médico-paciente dissonante em grande parte das vezes na discussão sobre prevenção efetiva (COSTA, 1995; SILVA, 2012).

Quando há menção às mulheres que trabalham com sexo, essa dissociação é gerada principalmente pela invisibilidade da prática da prostituição nos serviços de saúde. Uma das entrevistadas da pesquisa segue seu raciocínio nesta direção, apontando modos de gerenciar o risco e de ampliar esta discussão com outras mulheres, ao mesmo tempo que identifica fragilidades no atendimento em saúde por este aspecto: *Eles (os médicos) poderiam ter muitas maneiras de fazer, quando a pessoa está lá, eles poderiam conversar com todo mundo, tem médico que conversa, tem médico que não conversa, tem muitas maneiras de ajudar, eles deveriam se comunicar com as pessoas, falando sempre, falando muito sobre isso, uma hora entra na cabeça delas (prostitutas), aí as pessoas vão sabendo cada vez mais as coisas...as pessoas também tem medo de falar e o médico dizer qualquer coisa (sobre a prostituição), dá vergonha (Luíza, 25 anos).*

Quando os profissionais da saúde, muitas vezes, não compreendem que as concepções de saúde, de risco, e de segurança dos seus pacientes podem apresentar perfeita coerência, mesmo que muito diferentes das que pressuponha a razão biomédica determinada pelo risco estatisticamente definido, ocorre maior distanciamento entre risco e razão, configurando-se barreiras entre os serviços e os usuários (RODRIGUES, 2006).

Outra barreira encontrada foi o acesso aos preservativos. Mais uma vez as mulheres apontaram dificuldades de acessar os serviços de saúde mais próximos dos seus territórios vividos (posto de saúde, nível de atenção primária). Uma parte das mulheres relatou a existência de comércio paralelo de preservativos distribuídos gratuitamente no posto de saúde.

Uma diversidade de vias clandestinas foi relatada como forma de atravessadores entre o posto de saúde e a profissional do sexo. Foram citados motéis, pessoas da comunidade que iam até à unidade de saúde (posto) com frequência e que traziam a comunidade por uma “ajuda de custo”, organizações não governamentais que argumentavam a necessidade de doações para continuarem fazendo os trabalhos de prevenção, de acordo com os relatos: *A gente compra do motel, compra da associação que vem aqui uma vez na vida, no carnaval, no natal, nas eleições, a gente compra tanto da farmácia quanto do governo, tudo pelo mesmo preço, um real, o cliente que paga, a gente bota no preço do programa ... é ruim, às vezes a gente quer um preservativo e não tem... (Eveline, 35 anos). A gente compra camisinha, tem um rapaz que sempre vende para gente porque ele sempre consegue no posto, ele vende para gente por um precinho melhor, tipo assim, um bocado de camisinhas ele vende por cinco ou três reais, só porque ele vai pegar, é como se fosse uma ajuda de custo, não é como a que a gente compra na mercearia (Martênia, 50 anos). As camisinhas, às vezes as meninas vem deixar aqui (de uma*

organização não governamental), *ou se não, a gente compra, no motel mesmo, o homem (cliente) compra, as do governo mesmo, é um real, o motel mesmo que vende* (Rosalba, 48 anos).

O Ministério da Saúde preconiza que haja o livre acesso ao preservativo, de forma gratuita e de acordo com a necessidade relatada por cada usuário que procura o sistema de saúde. De acordo com as recomendações, esta política deveria estimular as pessoas, principalmente as populações mais vulneráveis, a frequentarem a unidade de saúde de forma sistemática, e a partir desta ação, poderem acessar outros serviços como por exemplo, o teste HIV (BRASIL, 2010a).

Neste caso, o que deveria servir como estímulo, na pesquisa, tanto dificultou o uso da camisinha, pelo fato de ainda se ter de pagar para se ter acesso, como também se perdeu mais uma oportunidade de aproximação com o serviço para busca pela realização do teste. Portanto, o comércio de preservativos configurou-se tanto como aumento da possibilidade de infecção como barreira ao diagnóstico precoce do HIV.

Uma das formas de enfrentamento desta questão seria o cadastramento em massa dos estabelecimentos e das pessoas que trabalham com sexo na cidade, de uma forma discreta, sigilosa e sistemática, com distribuições mensais e supervisionadas intersetorialmente pelas equipes da prefeitura que estivessem em campo nos diversos territórios.

O acesso regular das profissionais do sexo ao serviço de saúde fica então comprometido diante da invisibilidade ou mesmo da não aceitação da prostituição como meio de vida e trabalho. Neste sentido, destaca-se a necessidade de investir na desconstrução do modo de identificar as zonas de prostituição nos diversos territórios como algo moralmente questionável.

Logo, entende-se que é necessário discutir a priorização do atendimento regular a esses grupos, principalmente por serem consideradas mais vulneráveis, como é o caso das prostitutas. Buscado dessa forma um efetivo controle das doenças sexualmente transmissíveis, desde o diagnóstico precoce até o tratamento contínuo em tempo imediato, reduzindo a cadeia de transmissão do HIV e ampliando o cuidado em saúde.

#### ***4.4.2 Doação de sangue: ao mesmo tempo, um incentivo e um risco ‘camuflado’***

O avanço das tecnologias de diagnóstico das doenças transmissíveis pelo sangue e o desenvolvimento da triagem clínica na seleção dos candidatos à doação de sangue tornaram a prática hemoterápica mais segura. Socialmente, há forte apelo para que a doação de sangue aumente devido à necessidade dos hemocentros. Para isto, o candidato deve passar por uma

triagem clínica, investigando suas práticas que possam envolver doenças transmissíveis pelo sangue, para que se obtenha o melhor produto possível. A doação de sangue, portanto, é considerada como um gesto solidário, não estando associada às práticas de risco, caso uma pessoa seja doadora de sangue, a ideia social é de que esta pessoa não apresenta restrições por estar possivelmente “livre” de doenças transmissíveis (ROHR et al., 2012).

A doação de sangue também apareceu como proteção imaginária no discurso de algumas mulheres como forma de demonstrar que estão ‘limpos’, segundo informam alguns clientes, por serem doadores frequentes: *Eles dizem, mas eu não acredito não, é só para ver se a gente vai na onda deles de não usar camisinha, bora sem camisinha, eu sou doador de sangue’, aí eu digo, ‘sim para ser doador, qualquer pessoa pode ser* (Eveline, 35 anos).

Essa experiência de buscar o diagnóstico em um hemocentro tem sido relatada como uma das formas de buscar o diagnóstico de um modo menos estigmatizante. A representação é que buscar a sorologia, neste caso, é a consequência de um ato de cuidado com ‘higiene’(limpeza), e não necessariamente será visto como uma pessoa sob risco. Uma das mulheres fez referência a esta questão: *Eles (os clientes) dizem que são doadores de sangue no HEMOCE (hemocentro estadual, localizado na cidade de Fortaleza, em que, ao doar sangue são realizados testagens), dizem que quem doa sangue está ‘limpo’, que doando sangue dá para saber que está tudo bem, mas eu não acredito não, é só para ver se a gente vai na onda deles, mas eu sei que para ser doador qualquer pessoa pode ser, tem essa de ser ‘limpo’ não, sem camisinha eu não vou* (Eveline, 35 anos).

Ainda por este sentido, quando as mulheres perguntavam aos seus clientes se eles já tinham feito o teste alguma vez na vida, alguns deles respondiam que sim, ‘*pode confiar sou doador de sangue*’: *eles (clientes) dizem que fazem é doar sangue, que a gente pode confiar em quem é doador, e graças a Deus nunca teve uma doença dessas...* (Januária, 30 anos).

A doação de sangue apresenta-se como um risco camuflado, pois a maior parte das pessoas que são caracterizadas como inaptas como no estudo de Rohr et al. (2012) estavam disponibilizando-se à doação com intuito de realizar testes sorológicos, e no caso dos homens, o motivo maior de recusa do sangue foi a multiplicidade de parcerias e o não uso de preservativos. No mesmo estudo, os autores concluíram que muitas pessoas omitem informações durante a entrevista para ter a oportunidade de realizar as testagens nos hemocentros, cujo estigma é menor, e a atitude é valorizada do ponto de vista da doação. O que garante a segurança do sangue para transfusão nos hemocentros atualmente é o elenco de testes laboratoriais aos quais as amostras são submetidas.

#### ***4.4.3 As mulheres sabem o que precisam: apontamentos para qualidade da atenção à saúde na prostituição***

No decorrer da pesquisa, as mulheres apontaram modos de reorganização da atenção em saúde, descrevendo como as ações e os serviços poderiam ser mais acessíveis de forma inclusiva com relação ao exercício da prostituição.

No caso da política de DST/HIV/Aids, o que seria mais produtivo e oportuno é que o teste, como uma prioridade, estivesse disponível o mais próximo, para as populações mais vulneráveis, portanto, na atenção primária, de forma fácil e acolhedora, sendo amplamente divulgado e estimulado em territórios diversos (BRASIL, 2006).

Não somente o Ministério da Saúde faz esta recomendação acima, como também algumas mulheres do estudo, representada aqui pela seguinte questão: *Eu acho que o posto de saúde tinha era que estimular que a gente fizesse (o teste). Tem mulher aqui (na zona de prostituição) que tem e não sabe, e ainda tem medo de fazer esse teste, de não ser bem recebida ... eu acho que o médico deveria estimular, deveriam dar muita orientação para gente, hoje em dia as pessoas não estão nem vendo, precisava ter mesmo um trabalho do posto com campanhas constantes, abordagem da gente na rua mesmo, na zona (Ridna, 35 anos).*

Como aponta a entrevistada, percebeu-se que para além das recomendações oficiais, é necessário compreender como as normas programáticas são vivenciadas no cotidiano da organização dos serviços, e de que modo as profissionais do sexo compreendem que o sistema de saúde poderia efetivamente incorporá-las na direção do cuidado integral.

A descentralização do atendimento apareceu na pesquisa como uma das estratégias de ampliação do diagnóstico precoce do HIV, concretizada na ideia de que vários pontos da rede de atenção deveriam ofertar o teste: *Eu acho que era para ter teste de HIV em todos os postos, não um hospital aqui e outro acolá (lugar distante), porque é muito difícil as pessoas não se interessarem, o certo era todo hospital, todo posto ter...* (Eveline, 35 anos).

Mas esta oferta, além de ser constante, deveria ser qualificada, com melhores condições de atendimento para as unidades de atenção primária. Os 'postos de saúde', segundo colocaram algumas mulheres, precisavam desburocratizar e facilitar o acesso, garantindo o sigilo e a rapidez, resultando em maior resolutividade e confiabilidade para aumentar a procura pelo serviço: *No meu ponto de vista, acho que nós deveríamos ir atrás de fazer esse teste sabe, e também na consulta, o médico perguntar se a gente quer fazer para incentivar, agora os nossos postos têm que melhorar muita coisa, porque ave Maria, tem muito posto de saúde aí precário demais, faltando aparelhos, as coisas, uma luta para conseguir uma consulta, devia chegar e pronto fazer o teste (Karla, 27 anos). Para melhorar o posto para a gente fazer o teste lá, é preciso tanta coisa, assim é difícil mulher, a gente ir num posto e madrugada, pegar uma ficha, nem sabendo se vai conseguir, tem que dar um jeito nisso, porque*

*ta uma bagunça, a gente precisava era chegar e ser atendido logo, é só um teste mulher, para gente fazer sempre, sempre, como você está dizendo aí (indagações de perguntas anteriores), só mesmo sendo mais fácil (Januária, 30 anos).*

A questão da demora na entrega dos exames foi reforçada como barreira na busca pelo teste de HIV no serviço público. Uma das mulheres, afirmou que, mesmo procurando a unidade para fazer prevenção ginecológica, não tem motivação de realizar o teste pela descrença no retorno hábil, e ressalta a busca pelo serviço particular para obter maior eficiência: *Eu faço minha prevenção no posto (unidade de atenção primária á saúde), mas o teste que me pediram na gravidez, eu preferi fazer particular, porque no posto demora demais, é capaz de eu ter tido a menina e não chegar, no particular é mais ligeiro, adianta (Dária, 20 anos).*

Outra questão levantada referiu-se ao local onde fazer o teste. Como o cruzamento entre aids e prostituição está imbricado em zonas de estigma e discriminação, a falta da criação de vínculos e de acolhimento em alguns desses locais conhecidos são fatores que interferem na mobilização pessoal em fazer o teste. A implantação do acolhimento foi ressaltada como importante ferramenta de aproximação e inclusão.

Uma das mulheres fez referência a esta questão, demonstrando que detém a informação de onde buscar a realização do teste, mas lhe falta motivação pela representação de como o serviço é pouco acolhedor neste sentido: *Eu conheço onde eu posso fazer esse teste aí (HIV), só que é difícil eu ir ao posto (unidade de atenção primária à saúde próxima de sua casa), eu preciso é ter vontade, eu sei que eu preciso fazer mesmo, toda pessoa precisa...eu preciso tirar um tempo e ir fazer, eu tenho uma preguiça também, porque não é tão fácil não, ir sozinha também é ruim, ter que falar dessas coisas pra enfermeira, que às vezes a gente nem tem tempo de falar, uma consulta difícil de conseguir, e o tempo é curto, tem coisa que a gente tem que ter confiança para falar né...eu acho importante a gente, que vive 'nessa vida' fazendo programa, fazer (o teste)... (Marieta, 22 anos).*

Desse modo, entende-se que quando os profissionais da saúde constroem vínculos com as pessoas e os estabelecimentos nas zonas de prostituição, com organogramas que facilitem o acesso, promovendo o encaminhamento para serviços gerais e de referência, as taxas de uso do preservativo, a realização do teste e o número de consultas ginecológicas aumentam (BRASIL, 2004).

A partir dos relatos acima, percebeu-se que uma das atitudes centrais de preparação das equipes da atenção primária em saúde para concretização do enfrentamento da epidemia de aids e outras DST nos seus territórios seria a instituição de um planejamento estratégico com envolvimento direto das mulheres em cada contexto vivido.

Para que se estabeleça um programa de cuidado integral e sistemático junto a profissionais do sexo, urge investir de forma ascendente no que as mulheres compreendem

sobre modos mais adequados de intervenção, conectados com as potencialidades e vulnerabilidades locais.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o cenário explicitado neste trabalho, destacam-se alguns pontos: avançar com o diagnóstico precoce ao HIV é uma necessidade mediante as conquistas estabelecidas com relação ao uso de antirretrovirais em estágios iniciais da infecção; mesmo que o percentual de pessoas testadas tenha aumentado ao longo dos anos, principalmente com relação às mulheres, a percepção sobre a importância de um diagnóstico precoce ainda é muito baixa, e o teste ocorre centrado na assistência pré-natal. O diagnóstico tardio ainda é uma realidade para cerca de 43% das pessoas soropositivas; há concentração de casos de Aids entre mulheres profissionais do sexo, sendo o percentual cerca de 13 vezes maior do que em mulheres em geral; existe uma lacuna entre o que está preconizado como políticas públicas para ampliação da testagem no Brasil e o que de fato as mulheres profissionais do sexo acessam em seus cotidianos.

Diante dessas concepções, a hipótese foi de que a decisão de realizar o teste de HIV é determinada pelo cruzamento de fatores individuais, sociais, programáticos, ligados às desigualdades sociais que delineiam os contextos de vulnerabilidade dos indivíduos, tornando-os, em maior ou menor grau, suscetíveis à aids.

Nesse sentido, objetivou-se compreender os incentivos e as barreiras individuais, sociais e programáticas que influenciam na busca do teste de HIV, e como as mulheres do estudo entendem e vivenciam as recomendações governamentais referentes ao diagnóstico.

O envolvimento da equipe da secretaria de direitos humanos que trabalhava nos territórios estudados foi de significativa importância pela capacidade de reflexão gerada a partir da investigação ocorrida. De acordo com a metodologia proposta, esta participação da comunidade na pesquisa pode contribuir para transformação do sistema local no âmbito do tema abordado.

A identificação das mulheres com o ser prostituta pode proteger ou afastar a decisão de realizar o teste. Quando esta relação esteve em consonância com a ideia de autopercepção de risco em contextos de maior conhecimento e informação sobre o HIV/Aids, o teste foi ressaltado como incentivo. Portanto, reconhecer a prostituição como ocupação de trabalho e traduzir as possibilidades de infecção pelo HIV pela frequência de relações sexuais e número de parceiros aumentados como riscos ocupacionais foram apontados como caminhos que impulsionam ao cuidado sistemático com a saúde.

Em outra direção, quando o ser a mulher da rua aliou-se à concepção moral de ‘promiscuidade’ associada à ausência ou imprecisão de informações sobre o HIV/Aids,

configurando-se a ideia de grupo de risco, foram evidenciadas barreiras ao teste. O estigma social produzido em torno deste universo fatalista da aids, mesmo quando as informações estavam presentes, a autopercepção de risco gerou afastamento do diagnóstico precoce do HIV.

Esse modo dicotômico como as mulheres identificam suas parcerias sexuais, a partir dos muros sociais criados entre a casa e a rua, produz contextos de menor proteção. Mesmo quando houve reconhecimento do risco no trabalho (na rua), quase que invariavelmente houve constituição de proteções imaginárias quando outros laços se efetivam, como ‘o amor’ e a convivência mútua com arranjos de família. Assim, a baixa percepção de risco na vida pessoal funciona como barreira ao teste de HIV.

O risco de infecção pelo HIV na rua foi reconhecido e reiterado com a afirmação maciça quanto ao uso da camisinha no exercício da prostituição. A partir da análise qualitativa na perspectiva da compreensão, foi possível identificar que, mesmo quando a maioria das mulheres afirma usar camisinha em todas as relações, há riscos inerentes às práticas sexuais no trabalho que demandam estratégias de proteção para além do ‘uso’ do preservativo. Esse dado teve relação com a necessidade posta socialmente do uso, mas de fato, no ato em si, uma série de situações arriscadas foram identificadas no contexto dos programas. Dentre estas, a facilidade de rasgar o preservativo, a constante intervenção do cliente para retirá-la sem que a mulher perceba e o comércio de preservativos que dificultam o acesso para que efetivamente elas usem em todas as relações que ocorrem em um mesmo dia, por exemplo.

Existe a necessidade de programa/espço educativo junto às mulheres que trabalham com sexo que discuta o uso do preservativo, desdobrando as estratégias seguras desse uso. Um processo de educação em saúde que proporcione universos em que as mulheres sejam sujeito da ação e possam discutir abertamente como as relações sexuais acontecem nos diversos tipos de programa que aparecem como demanda masculina. Os diversos tipos de violência de gênero, física ou simbólica, sofrida pelas mulheres nestes contextos precisam ser evidenciados nestes processos pedagógicos, gestando empoderamento, coparticipação e integralidade no cuidado em saúde.

Com relação à produção de conhecimento e obtenção de informações sobre HIV/Aids, houve incentivo associado ao melhor grau de escolaridade, e a relação contextualizada da produção destes saberes com projetos de vida e felicidade. Quando as mulheres associaram as informações que tinham disponíveis, como a importância do diagnóstico precoce, com a necessidade de cuidar dos filhos, ou a manutenção de uma relação amorosa, a busca pela testagem foi maior. A construção conjunta, incluindo os serviços e as



mulheres profissionais do sexo, dos planos de cuidado com a saúde que esteja conectada com os contextos de vida, pode contribuir para maior efetividade de intervenções contínuas.

Outro aspecto que atuou como incentivo foi a percepção de algum sinal ou sintoma reconhecido socialmente como aparecimento da aids. Embora seja contraditório, e decorra da falta de informações atualizadas sobre a doença quanto à importância do diagnóstico precoce, ainda em fase assintomática, este incentivo perpassou o universo das mulheres que buscaram o teste mais de uma vez fora do período gestacional.

Conhecer histórias de pessoas vivendo com HIV foi ressaltado como incentivo à realização do teste por despertar uma autoconsciência com relação ao risco.

A desconexão entre senso comum e conhecimento científico, atrelada à influência de crenças religiosas, produziram universos atravessados por informações desatualizadas, moralizantes e estigmatizantes, que atuaram como barreira expressiva à realização contínua e sistemática do teste.

Quanto à questão do acesso aos serviços de saúde, em geral, quase todas as mulheres entrevistadas relataram questões importantes que demonstram suas disponibilidades para realizar o teste, portanto, foi constatada intenção de fazer. A principal barreira, neste sentido, foi o modo de organização dos serviços, pouco incentivo programático.

Diferentes locais foram citados para realização do teste HIV em Fortaleza, o acolhimento eficaz na unidade de saúde foi o grande incentivo relatado em geral para que o teste fosse consentido. Entretanto, o simples fato de saber onde fazer o teste não foi suficiente para desencadear a necessidade sistemática. Dependendo do local referido e do que ele representa, bem como seus modos de acessibilidade, houve maior ou menor estímulo à testagem contínua, incorporada como cuidado inerente à ocupação com sexo e ao modo de vida.

A gravidez foi considerada como estímulo pela inclusão oficial do teste HIV no protocolo clínico da assistência pré-natal. Neste período, ocorre apelo em torno da possibilidade da transmissão vertical do HIV que impulsiona a decisão de se submeter ao teste, sendo esta demanda do serviço e não uma necessidade posta pela própria mulher com referência a possíveis riscos cotidianos. Assim, um percentual considerável de mulheres acessa ao teste via pré-natal, mas efetivamente este momento não tem se revertido como desencadeador de regularidade da testagem após o período gestacional. A vida sexual das mulheres não tem sido discutida em profundidade no período gestacional, a centralidade do discurso está na proteção da criança, não foi identificada a preocupação com a sistematização do cuidado com a saúde sexual feminina.

Os serviços de média e alta complexidade no SUS (hospitais ou serviços especializados) foram referenciados pelas mulheres por maior preparo e acolhimento para suas demandas do que na atenção primária à saúde. Historicamente, a implantação do teste no Brasil ocorreu a partir destes serviços e da referência.

Foram identificadas barreiras para ampliação do diagnóstico a partir da expansão deste serviço para as unidades básicas de saúde: a demora na entrega dos exames foi reforçada como desmotivação na busca pelo teste de HIV no serviço público; falta da criação de vínculos e de acolhimento em alguns desses locais conhecidos são fatores que interferem na mobilização pessoal em fazer o teste; pouco preparo das equipes de saúde para sistematização do teste HIV na rotina das mulheres que não estão grávidas, principalmente das profissionais do sexo (a mulher passa a ser vista como prioridade de atendimento quando ocupa lugares de maior aceitação social, como no caso, quando estão gestantes); o preconceito e a falta de sigilo na atenção primária (proximidade com o local de moradia e trabalho como barreira, demonstrando contradição em relação ao processo de descentralização da política de DST/Aids, com foco nos territórios mais próximos e para populações mais vulneráveis); A invisibilidade programática da sexualidade feminina dada pela dificuldade de falar dessa tríade, sexo, prazer e prevenção, como parte da vida cotidiana das mulheres com vida sexual ativa (sendo prostitutas ou não).

Este estudo aponta a necessidade de investir na pesquisa com foco para que os serviços de atenção primária incorporem a política de cuidado integral às doenças sexualmente transmissíveis a partir das potencialidades e vulnerabilidades de cada território. A integração das populações mais vulneráveis ao HIV, como as mulheres profissionais do sexo, nos serviços de saúde depende do modo de organização do sistema de saúde considerando suas demandas e necessidades, de forma estratégica e coletiva com as mulheres. Essa ação terá impactos significativos para efetiva realização sistemática do teste de HIV junto às profissionais do sexo em cada localidade.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia sem números**: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- ARAÚJO, V. L. B. et al. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do estado do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 10, n. 4. p. 548-552, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M. et al. **Adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids**: cuidado e promoção da saúde multiprofissional. São Paulo: Office, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, cap. 6, p.121-143.
- BACZKO, B. **Imaginação social**. Enciclopédia Einaudi. Memória e História. Lisboa: Imprensa Nacional e Casa da Moeda, 1984.
- BARBOSA JÚNIOR, A. et al. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980–2004. **Cad Saúde Pública**, v. 25, p. 727-737, 2009.
- BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 319-324, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Nascer**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção básica. n° 18. Série A. **Normas e manuais técnicos**. HIV/Aids, hepatites virais e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Mulheres Contra as DST Aids/Prostitutas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. **Relatório UNGASS – Resposta Brasileira 2005-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **PCAP 2010 Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST, Ano VIII - nº 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Brasileira de enfrentamento da Aids, resultados, avanços e perspectivas**. Brasília: Departamento de DST e Aids e Hepatites Virais, 2012b.

BRANSON, B. M. et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, v. 55, n. 14, p.1-17, 2006.

BUTLER, J. "Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo". Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. In: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2001. p. 151-172.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes sobre a proteção contra o HIV. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 61-68, 2007.

CAMERON, E. Criminalization of HIV transmission: poor public health policy. **HIV AIDS Policy Law Rev.**, v. 14, n. 2, p. 63-75, 2009.

CAMPOS, I. O. **Passando a vida a limpo**: a repetição de teste anti-hiv em centro de testagem e aconselhamento. 2005. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.

CARNEIRO, A. J. S.; COELHO, E. A. C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, suppl.1, p. 1216-1226, 2010.

CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G. Sentimentos de culpa atribuídos por mulheres com aids face a sua doença. **Rev Rene**, v. 11, n. 2, p. 103-111, 2012.

CEARÁ. Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social. **Relatório**: Crimes contra a pessoa 2013 [Internet]. Disponível em:

<http://www.sspds.ce.gov.br/informacaoDetalhada.do?tipoPortal=1&codNoticia=2505&titulo=Crimes%20contra%20a%20pessoa%202013&action=detail>. Acesso em: 26 jun. 2013.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N. HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1813-1814, 2012.

CHARLOT, B. **Da relação com o saber**: elementos para uma teoria. Trad. B. Magne. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CHOPRA, M. et al. 'Nothing new': responses to the introduction of antiretroviral drugs in South Africa. **AIDS**, v. 20, p. 1975-1986, 2006.

CORREIA, W. **Saber Ensinar**. São Paulo: EPU, 2006.

COSTA, J. F. A construção cultural da diferença dos sexos. **Sexualidade, Gênero e Sociedade**, v. 2, n. 3, p. 3-8, 1995.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, suppl. 1, p. 1029-1042, 2011.

CYRINO, H.; PENHA, C. **Filosofia hoje**. 2. ed. Campinas: Papirus, 1992.

DAMASCENA, G. N. et al. Risk Factors Associated With HIV Prevalence Among Female Sex Workers in 10 Brazilian Cities. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 57, p. 144-152, 2011.

DAMATTA, R. **A casa e a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1997.

DAVIES, P. M.; HICKSON, F. C. I.; WEATHERBURN, P. **Sex, Gay Men and AIDS**. London: Routledge Falmer Press, 1993.

DE CERTEAU, M. **A Invenção do Cotidiano**. Petrópolis: Vozes, 1996.

DE MEIS, C.; VASCONCELLOS, A. C. P. Suicídio e prostituição: tentativas de suicídio em uma população de prostitutas do baixo meretrício da cidade do rio de janeiro e seus possíveis determinantes. **J Bras Psiquiatr.**, v. 41, n. 1, p. 51-53, 1992.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprod.**, v.1, n.1, p.80-91, 2006.

DOMINGUES, R. C. **Direitos humanos de prostitutas, usuários de drogas e população LGBT e outros segmentos vulneráveis à epidemia de Aids** [Internet]. Disponível em: [https://secure.avaaz.org/en/petition/Direitos\\_Humanos\\_das\\_prostitutas\\_populacao\\_LGBT\\_u](https://secure.avaaz.org/en/petition/Direitos_Humanos_das_prostitutas_populacao_LGBT_u)

suarios\_de\_drogas\_e\_outros\_segmentos\_vulneraveis\_a\_epidemia\_HIVAIDS\_1/launch/. Acesso em: 25 jun. 2013.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. Lisboa. Edições 70, 1966.

DOUGLAS, M. Risk and Blame. **Essays in cultural Theory**. London/New York: Routledge, 1992.

DOURADO, I. et al. **Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado em HIV/Aids em Salvador/Bahia-** estudo ATASS [Internet]. 2013. Disponível em: [www.unaids.org.br/ações/sumário\\_executivo-ATASS](http://www.unaids.org.br/ações/sumário_executivo-ATASS). Acesso em: 05 mai. 2013.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de aids no Brasil após a terapia antiretroviral. **Revista Saúde Pública**, v. 40, p. 10, p. 9-17, 2006.

FARIA, E. R. et al. Intervenções psicológicas para crianças que vivem ou convivem com HIV/Aids. **Psico-USF**, v. 18, n. 1, p. 65-76, 2013.

FERRATER, M. J. **Dicionário de Filosofia**. Trad. António José Massano e Manuel Palmeirín. Lisboa: Dom Quixote, 1978.

FERREIRA, M. P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, sup. 2, p. S213-S222, 2003.

FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 63, p. 230-237, 2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Unidades de saúde na abrangência das áreas de Prostituição estudadas, em 2010** [Internet]. 2012. Disponível em: [www.sms.fortaleza.ce.gov.br](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br). Acesso em: 20 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Boletim epidemiológico de aids e outras DST** [Internet]. 2009. Disponível em: [www.sms.fortaleza.ce.gov.br](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br). Acesso em: 22 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Boletim epidemiológico de aids e outras DST** [Internet]. 2012. Disponível em: [www.sms.fortaleza.ce.gov.br](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br). Acesso em: 22 out. 2012.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E. M. Changes in HIV testing in Brazil between 1998 and 2005. **Rev Saúde Pública**, v. 42, suppl 1, p. 84-97, 2008.

FRESTON, P. **Religião e política, sim**; Igreja e Estado, não: os evangélicos e a participação política. Viçosa, MG: Ultimato, 2006.

FUNARI, S. L. Sexo oral e HIV entre homens que fazem sexo com homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1841-1844, 2003.

FURTADO, J. S.; OLIVEIRA, E. N. Prostituição de mulheres a interface com a atenção primária. **Revista Sanare**, v. 3, n. 2, p. 11-20, 2002.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; RIDENTI, G. U.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidades**. São Paulo: Editora Outras palavras, 1998. p. 31-50.

GASPAR, M. D. **Garotas de Copacabana**: prostituição em Copacabana e identidade social. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

GEERTZ, C. **Obras e vidas**: o antropólogo como autor. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

GERSHON, P. Profissionais do sexo: da invisibilidade ao reconhecimento. **Revista Sociologia Jurídica** [on-line], n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.sociologiajuridica.net.br/numero-2/168-profissionais-do-sexo-da-invisibilidade-ao-reconhecimento-> Acesso em: 20 jan. 2013.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1963.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GRANGEIRO, A. et al. Late Entry into HIV Care: Estimated Impact on AIDS Mortality Rates in Brazil, 2003–2006. **PLoS ONE**, v. 6, n. 1, e14585, 2011.

GRANGEIRO, A. et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. **Rev Saúde Pública**., v. 43, n. 3, p. 427-436, 2009.

GRAVATO, N. Fatores Associados pela Infecção do HIV em Trabalhadoras do sexo de Santos. 2004. Dissertação (Mestrado) – UNIFESP, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 2004.

GUERRA, C. P. P; SEIDL, E. M. F. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. **Paideia**, v. 19, n. 42, p. 59-65, 2009.

GUIMARÃES, C. D. “Mais Merece!”: o estigma da infecção pelo HIV/Aids em mulheres. **Estudos Feministas**, ano 2/96, p. 295-318, 2008.

HAYNES, B. F.; MCEL RATH, M. J. Progress in HIV-1 vaccine development. **Current Opinion in HIV and AIDS**, v. 8, n. 4, p. 326-332, 2013.

HERMAN, E.; BENTLEY, M. Rapid Assessment Procedures (RAP) To improve the Household Management of Diarrhea (Methods for Social Research in Disease). Boston, USA: INFDC, 1993.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010** [Internet]. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010). Acesso em: 29 mar. 2011.

INTERNATIONAL AIDS SOCIETY. **XIX Internatinal Aids Conference, julho de 2012**. Washington DC, USA. Evaluation Report. 2012. Availabele from: [www.aids2012.org](http://www.aids2012.org). Cited 30 May. 2013.

KAUFMAN, J. HIV, sex work, and civil society in China. **J Infect Dis.**, v. 204, suppl 5, p. S1218-1222, 2011.

KENDALL, C. et al. An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. **AIDS and Behavior**, v. 12, p. 97-104, 2008.

KENDALL, C. The construction of risk in Adis control Programs: Theoretical bases and Popular Responses. In: PARKER, R.; GAGNON, J. (Eds.). **Conceiving Sexuality: aproaches to sex research in a post modern world**. New York: Routeledge, 1995.

KERR, L. R. Avaliação de comportamento de populações vulneráveis: propostas de monitoramento. In: 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA E 11º CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2006. Rio de Janeiro. **Anais... ABRASCO**, 2010.

LIMA, B. G. C.; COSTA, M. C. N.; DOURADO, M. I. C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 17, n. 2, p. 125-127, 2008.

LIMA, M. **Vulnerabilidades de gênero e mulheres vivendo com HIV/Aids**: repercussões para a saúde. 2012. 212f. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2012.

LINS, D. **O dedo no olho**: micropolíticas do cotidiano. São Paulo: Annablume, 1999.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

MCCAULEY, A. P. **Equitable access to HIV counseling and testing for youth in developing countries**: a review of current practice. Washington, DC: Population Council, 2004.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. **AIDS in the World II**. New York/Oxford: Oxford University Press, 1996.

MANN, J. **Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly, 20 October**. New York: National AIDS, 1987.

MARKS, G. et al. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 39, n. 4, p. 446-453, 2005.



MARTIN, D. **Riscos na prostituição**. Um olhar antropológico. São Paulo: Humanitas FFLCH/USP, 2003.

MAZZIERO, J. B. Sexualidade Criminalizada: Prostituição, Lenocínio e Outros *Delitos* - São Paulo 1870/1920. **Rev Bras Hist.**, v. 18, n. 35, P. 247-285, 1998.

MEDEIROS, C. N.; MENEZES A. S. B. Instituto de Pesquisa e estratégia econômica do Ceará. Secretaria do Planejamento e Gestão. Governo do Estado do Ceará. **Perfil socioeconômico de Fortaleza**. 2. ed.. Fortaleza-CE: IPECE, 2012.

MENDÈS-LEITE, R. **Identité et altérité** – Protections imaginaires et symboliques au sida. Gradhiva, 1995.

MENEGHETTI, A. **Dicionário de Ontopsicologia**. 2 ed. rev. Recanto Maestro: Ontopsicologica Editrice, 2008.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MORAES, A. F. **Mulheres da vila**: prostituição, identidade social e movimento associativo. Petrópolis: Vozes, 1996.

MOREIRA, I. C. C. C.; MONTEIRO, C. F. S. A violência no cotidiano da prostituição: invisibilidades e ambigüidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 1-7, 2012.

MOTA, M. P. Análise de metodologia de investigação: homossexualidade. In: CZERESNIA, D.; SANTOS, E. M. et al. (Eds.). **AIDS: Pesquisa Social e Educação**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1995. p. 46-64.

MOURA, A. D. A. et al. O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 545-553, 2010.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S.H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 49-55, 2006.

NEEDLE, R. H. Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: an approach for timely community interventions. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 6, p. 970-979, 2003.

NICOLAU, A. I. O. et al. Perfil ginecológico e exame de prevenção de prostitutas de Fortaleza. **Rev Rene**, v. 9, n. 1, p. 103-110, 2008.

OLIVEIRA, D. C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n. esp., p. 276-286, 2013.

ORTIZ, R. (Org.). **Bourdieu – Sociologia**. São Paulo: Ática. Coleção Grandes Cientistas Sociais, 1983.

PAIVA, G. J. AIDS, Psicologia e Religião: O Estado da Questão na Literatura Psicológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 14, n. 1, p. 27-34, 1998.

PAIVA, V. **Fazendo arte com camisinha**: os dilemas da sexualidade dos jovens em tempos de AIDS. São Paulo: Summus, 2000.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção eo cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface - Comun Saúde Educ.**, v. 6, n. 11, p. 25-38, 2002.

PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidades e direitos humanos**. Prevenção e promoção da saúde. Livro I. Da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012.

PALELLA, F. J. et al. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strata. **Ann Intern Med.**, v. 138, n. 8, p. 620-626, 2003.

PARGAMENT, K. I. God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. **Research in the Social Scientific Study of Religion**, n. 2, p. 195-224, 1990.

PARKER, R. G. **A construção da solidariedade**: AIDS, sexualidade e política no Brasil; The construction of solidarity: AIDS, sexuality and policy in Brasil. São Paulo: Relume-Dumará, 1994.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2001. (Coleção ABIA. Cadernos de cidadania e direitos humanos).

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Soc Sci Med.**, v. 57, n. 1, p. 13-24, 2003.

PASCHOALICK, R. C. et al. Gênero masculino e saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 80-86, 2006.

PASCOM, A. **Práticas associadas à infecção pelo HIV na população feminina brasileira, em particular, em mulheres trabalhadoras do sexo**. 2010. 183f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

PASCOM, A. P.; SZWARCOWALD, C. L. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. **Cad Saúde Pública**, v. 27, suppl.1, p. 27-35, 2011.

PASCOM, A. R. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA JÚNIOR, A. Sampling studies to estimate the HIV prevalence rate in female commercial sex workers. **Braz J Infect Dis.**, v. 14, n. 4, p. 385-397, 2010.

PEDROSA, F; CASTRO, C. (Org.). **Juventudes Homossexuais e Sexualidades**: comportamentos e práticas. Fortaleza: GRAB, 2008.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 1, p.125-157, 2009.

PERLONGHER, N. **O contrato da prostituição viril**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

PERUGA, A.; CELENTANO, D. D. Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population. **Social Science and Medicine**, n. 36, p. 509-524, 1993.

PRIBERAM. Dicionário da Língua Portuguesa. **Significado da palavra conhecimento**. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=conhecimento>. Acesso em: 28 fev. 2013.

PRIBERAM. Dicionário da Língua Portuguesa. **Significado da palavra marginalidade**. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=marginalidade>. Acesso em: 28 fev. 2013.

RAMOS, D. K. S; HOLANDA, R. C. B. S. Influência das relações de gênero na saúde mental da mulher. **Revista TEMA**, v. 13, n. 18, 2012.

RASMUSSEN, T. et al. Comparison of HDAC inhibitors in clinical development: Effect on HIV production in latently infected cells and T-cell activation. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 9, p. 993-1001, 2013.

RODRIGUES, J.C. Razões do risco e riscos da razão. In: **Comunicação e significado - escritos indisciplinados**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio/Mauad X, 2006, p. 141-175.

ROHR, I.J; BOFF, D. LUNKS, D.S. Perfil dos candidatos inaptos para doação de sangue no serviço de hemoterapia do Hospital Santo Ângelo, RS, Brasil. **Revista de patologia Tropical**, v. 41, n. 1, p. 27-35, 2012.

SAEZ-CIRION, A. et al. **Post-Treatment HIV-1 Controllers with a Long-Term Virological Remission after the Interruption of Early Initiated Antiretroviral Therapy ANRS VISCONTI Study**. **PLoS, pathogens** [Internet]. 2013. Disponível em: <http://www.plospathogens.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.ppat.1003211>. Acesso em: 20 jan. 2013.

SANTOS, L. V. **Aborto, prostituição e saúde pública: uma questão silenciada**. 2012. 47 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

SCHALL, V.; STRUCHINER, M. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERESNIA, D. et al. (Orgs.). **AIDS, pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 84-105.

SCHEIBE, A.; DRAME, F. M.; SHANNON, K. HIV prevention among female sex workers in Africa. **Sahara J.**, v. 9, n. 3, p. 167-172, 2012.

SCRIMSHAW, S. C. et al. The AIDS Rapid Anthropological Assessment Procedures: a tool for health education planning and evaluation. **Health Educ Q.**, v. 18, n. 1, p.111-123, 1991.

SEIDL, E. M. F.; RIBEIRO, T. R. A.; GALINKIN, A. L. Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/AIDS: um estudo exploratório sobre preconceito. **Psico-USF.**, v. 15, n. 1, p. 103-112, 2010.

SILVA, L A V. Redução de riscos na perspectiva dos praticantes de barebacking: possibilidades e desafios. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 327-336, 2012.

SOUSA, F. I. **O cliente.** O outro lado da prostituição. Fortaleza: Secretaria do Desporto e Cultura. São Paulo: Annablume, 1998.

SOUSA, R. M. R. B.; KERR, L. R. F. S. A desigualdade no morrer: uma análise da mortalidade por aids em Fortaleza e São Paulo, 1996-2006. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2009, São Paulo. **Anais...** ABRASCO, 2009.

SOUZA JÚNIOR, P. R.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. **Clinics**, v. 62, n. 5, p. 579-584, 2007.

SOUZA, V.; CZERESNIA, D. Counseling discourse in anti-HIV testing services. **Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p. 531-48, 2007.

SPINK, M. J. P. Os contornos do risco na modernidade reflexiva. In: VI ENCONTRO REGIONAL DA ABRAPSO. **Anais...** Bauru, 1998. p. 35.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Governo Federal, 2002.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. **Psicologia social e saúde.** Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

SZWARCOWALD, C. L et al. Analysis of data collected by rds among sex workers in 10 Brazilian Cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 57, n. 3, p. 129-135, 2011.

TALBOTT, J. R. Size Matters: The Number of Prostitutes and the Global HIV/AIDS Pandemic. **PLoS ONE.**, v. 2, n. 6, e543, 2007.

TRASFERETTI, J. **CNBB Aids e governo:** tarefas para uma teologia da prevenção. Campinas: Editora átomo, 2005.

TURA, L. F. R. AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. (Orgs.). **AIDS e representações sociais:** à busca de sentidos (pp. 121-154). Natal: EDUFRRN, 1998. p. 121-154.

UNAIDS. **Guidance Note on HIV and sex work** [Internet]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2009. Disponível em: [www.unaids.org](http://www.unaids.org). Acesso em: 12 out. 2010.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Unaid Report on the global Aids Epidemic** [Internet]. 2012. Disponível em:

[http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS\\_GR2012\\_em\\_en.pdf](http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS_GR2012_em_en.pdf). Acesso em: 03 jun. 2013.

VANDEPITTE, J. et al. Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world. **Sex Transm Infect.**, v. 82, suppl 3, p. 18-25, 2006.

VELHO, G. Observando o Familiar. In: NUNES, E. O. **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 36-46.

VERMELHO, L. L.; SIMÕES-BARBOSA, R. H.; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 369-379, 1999.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Os novos padrões da Violência Homicida no Brasil. 1. ed. São Paulo: Instituto Sangari, 2012.

WEBER, M. A “Objetividade” do conhecimento na Ciência Social e na Ciência Política. In: WEBER, M. **Metodologia das ciências sociais**. Parte I. São Paulo: Cortez, 1992. p. 107-154.

WEEKS, J.; LOURO, G. L. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Geneva: WHO, 2004.

ZANI, B. Théories et modèles en psychologie de la santé. In: FISCHER, G. N. (Org.). **Traité de psychologie de la santé**. Paris: Dunod, 2002. p. 21-46.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você a participar de uma pesquisa intitulada “Incentivos e barreiras ao teste HIV entre mulheres profissionais do sexo em Fortaleza/CE”, que será realizada em Fortaleza, entre a população de mulheres profissionais do sexo, a partir de 18 anos de idade e que residam em Fortaleza. Os objetivos principais deste estudo são: conhecer e entender quais os incentivos e as barreiras existentes para alguém realizar o teste de HIV. Sua participação é importante porque acreditamos que você poderá nos ajudar a entender a situação da Aids em Fortaleza e suas informações contribuirão na reformulação e na construção de políticas de prevenção e assistência às DST e à AIDS mais condizente com a sua realidade, no intuito de melhorar o acesso ao cuidado com a saúde.

Realizaremos entrevistas individuais que têm perguntas sobre seus conhecimentos, comportamentos e crenças em relação à AIDS e ao teste de HIV, bem como sobre as motivações e as barreiras para a realização do teste. Pedimos sua permissão para gravar a sua entrevista a fim de utilizar os dados com maior fidedignidade.

**Garantiremos o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato.** Seu nome não será relacionado às respostas que você der. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder ou de pedir para não gravar as questões que não se sentir confortável e de parar de participar a qualquer momento desta pesquisa, sem nenhuma perda ou transtornos para você.

Em caso de dúvida, você poderá procurar **Ligia Kerr** nos telefones (85) 3366-8044 ou 3366-8050 ou o **Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.**

Portanto, eu \_\_\_\_\_ declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Entrevistador/a: \_\_\_\_\_

Assinatura do/a entrevistador/a: \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(1ª Via Entrevistador/Pesquisador; 2ª Via participante)



## APÊNDICE B - Roteiro Simplificado Para Pesquisa De Campo - RAA

**TÍTULO DA PESQUISA:** “Incentivos e Barreiras para a realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não-governamentais e comunidades em diferentes áreas do Brasil: uma abordagem quali-quantitativa”

### DADOS CADASTRAIS (elementos obrigatórios):

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Hora de início:\_\_\_\_\_ Hora do término:\_\_\_\_\_

Idade do participante:\_\_\_\_\_ Estado civil:\_\_\_\_\_ Sexo: M( ) F( )

Orientação sexual:\_\_\_\_\_ (perguntar ao da final da entrevista ou quando o vínculo estiver maior).

Autoclassificação raça/cor:\_\_\_\_\_

Atividade principal da Participante:\_\_\_\_\_

Escolaridade:\_\_\_\_\_

Local de recrutamento da participante:\_\_\_\_\_

### SEÇÃO 1: SISTEMA DE SAÚDE NA “SUA” COMUNIDADE (FORTALEZA/BAIRRO)

(Principais problemas de saúde, situação hiv/aids, serviços de saúde no bairro e em Fortaleza)

Quais são os principais problemas de saúde mais importantes em Fortaleza?

Como você descreve a situação do HIV / AIDS em Fortaleza?

Quais serviços de saúde você conhece em Fortaleza relacionados com HIV? Ou Em quais locais, em Fortaleza, as pessoas que tem HIV podem buscar ajuda ? NOME DO LOCAL – TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE- LOCALIZAÇÃO

### SEÇÃO 2: CRENÇAS E EXPERIÊNCIAS INDIVIDUAIS E DE COMUNIDADE

(Autocuidado em geral, conhecimento sobre Aids e medicamentos, vulnerabilidades e auto-risco)

Como você cuida da sua saúde? (explorar o histórico de doenças, exames, idas periódicas a consultas médicas, alimentação, exercícios, etc.)

O que você sabe sobre HIV/ AIDS? (Explorar como se pega o vírus, como se previne, se é curável, quais os sintomas, se ter o vírus HIV= ter AIDS).

O que você sabe sobre os remédios que atualmente são usados no tratamento das pessoas que vivem com HIV? (explorar se eles curam ou apenas tratam, gratuitos ou pagos? importância da disponibilidade, vantagens e desvantagens).

Saber que o medicamento existe e que será fornecido, interfere na sua decisão de realizar o teste? Ou de quando realizar o teste? Como? Por que?

Que tipo de pessoa ou grupo está mais vulnerável para contrair HIV? E em relação ao uso de álcool? E quanto ao uso de drogas? Que tipos de drogas podem estar relacionadas com maior vulnerabilidade ao HIV?

Você se acha uma pessoa prevenida em relação ao HIV? Corre riscos? Como? Em que situações corre mais riscos? Por que?

### ACONSELHAMENTO E TESTE HIV

O que você sabe sobre o teste de HIV?

Quantos locais existem em Fortaleza que realizam o teste de HIV? O que você acha desses locais? (Explorar a qualidade)

Você pode me descrever o que acontece quando uma pessoa vai fazer/faz um teste de HIV?

Pedir para falar sobre: Aconselhamento.

Em algumas partes do mundo, os médicos estão incentivando para a realização do teste compulsório. Isso significa que todos os pacientes são testados a cada visita ao médico em uma unidade de saúde. O que você acha disso? O que isso significa?

Já fez o teste de HIV? (Quando? Onde? Quantas vezes? Por quê?)

Você poderia citar vantagens de ter realizado (ou de realizar) o teste de HIV? E as desvantagens?

### **EXPERIÊNCIAS/COMPORTAMENTOS SEXUAIS**

O que significa relação sexual para você? (explorar as práticas que são vistas como definidoras de relação sexual: carícias, beijo, toques, relações orais, penetração, etc.).

Como seus familiares se comportavam ou se comportam em relação à sua vida sexual?

Como foram seus últimos relacionamentos? (estáveis, legais, traumatizantes, duradouros, rápidos, comprometidos...) Como eram seus parceiros?

Você já teve atração por pessoas do mesmo sexo? Já teve algum tipo de relação (completa ou só carícias) com pessoas do mesmo sexo? Como lidou com isso?

Você transa no primeiro encontro?

Com que frequência você transa?

Você usa preservativo? Com qual frequência? Quando você decide se usa ou não camisinha quando transa?

O que acontece se o parceiro (a) não quiser usar camisinha? Se não usa, o que faz quando

O que é aceitável e inaceitável numa relação sexual?

Que tipo de prática sexual pode acontecer durante uma relação que você se sente mal, mas não consegue evitar?

Durante uma relação sexual, o que para você é arriscado, mas gostoso de fazer?

**PREVALÊNCIA E REVELAÇÃO PARA O HIV** (Experiência geral resultado (positivo e/ou negativo, a quem contar, quando, como, porque e consequências, mudanças ocorridas na história)

Você acha que a maioria das pessoas que são soropositivas revelam para outras pessoas que ela tem HIV? Por quê? Por que não?

Para quem as pessoas contam que tem HIV? (para o cônjuge, outro(a) parceiro(a), os filhos, os familiares, o empregador, prestadores de saúde, os vizinhos, outro (quem?)?). Por que e em quais circunstâncias? Obs.: Preencher a tabela.

O que você acha que muda na vida da pessoa quando ela revela que tem HIV?

Você revelaria o resultado do seu teste? A quem? Por que? Em quais circunstâncias?

O que leva alguém a contar para outra o resultado do seu exame de HIV?

Se você fosse portador do HIV, como se veria?

**ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO** (História/discriminação por viver com HIV/Aids (descrição breve)

Você conhece alguém com HIV? Como soube? O que sentiu? Como você agiu? Qual seu contato com essa pessoa?



E você já viu alguém ser tratado de forma diferente porque ele era HIV +? O que você achou sobre a reação dessa pessoa?

As pessoas ou a mídia fazem algumas declarações sobre o HIV e a Aids. Eu vou dizer aqui algumas dessas declarações e gostaria que você me dissesse se você concorda, discorda ou se é neutro, ok? E para cada declaração, eu vou te pedir para dizer por que, certo?

“É seguro para as pessoas que têm HIV trabalhar com crianças”. (Concorda, discorda, neutro e por que)

“Uma pessoa que tem AIDS deve ter feito algo errado e merece ser punido”. (Concorda, discorda, neutro e por que)

“As pessoas que têm AIDS devem ser isolados”. (Concorda, discorda, neutro e por que)

“As pessoas que têm AIDS não devem trabalhar”. (Concorda, discorda, neutro e por que)

“A maioria das pessoas se tornam HIV positivo por serem fracas, ou tolas”. (Concorda, discorda, neutro e por que)

“Você tem que ser membro de um grupo de alto risco para estar em risco de contrair AIDS”. (Concorda, discorda, neutro e por que)

“As pessoas podem ser curadas da AIDS por meio da fé”. (Concorda, discorda, neutro e por que)

**APÊNDICE C – Perfil das entrevistadas**



## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 260/09

Fortaleza, 28 de agosto de 2009

Protocolo COMEPE nº 263/09

**Pesquisador responsável:** Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr

**Deptº./Serviço:** Departamento de Saúde Comunitária/ UFC

**Título do Projeto:** "Incentivos e barreiras para a realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 27 de agosto de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

*Mirian Parante Monteiro*

Dr. Mirian Parante Monteiro  
Coordenadora Adjunta do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/UC