

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

TRABALHADORAS DO SEXO E PROFISSIONAIS DA SAÚDE: PERCEPÇÕES
SOBRE OS PROCESSOS EDUCATIVOS RELACIONADOS À SAÚDE PRESENTES
NO TRABALHO SEXUAL

Flávia do Carmo Ferreira

SÃO CARLOS

2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

TRABALHADORAS DO SEXO E PROFISSIONAIS DA SAÚDE: PERCEPÇÕES
SOBRE OS PROCESSOS EDUCATIVOS RELACIONADOS À SAÚDE PRESENTES
NO TRABALHO SEXUAL

Flávia do Carmo Ferreira

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Educação da
Universidade Federal de São Carlos,
como requisito para obtenção do Título
de Mestre em Educação. Orientadora:
Prof. Dra. Maria Waldenez de Oliveira**

SÃO CARLOS

2006

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

F383ts

Ferreira, Flávia do Carmo.

Trabalhadoras do sexo e profissionais da saúde :
percepções sobre os processos educativos relacionados à
saúde presentes no trabalho sexual / Flávia do Carmo
Ferreira. -- São Carlos : UFSCar, 2010.
142 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2006.

1. Educação. 2. Educação popular. 3. Educação e saúde.
4. Prostituição. 5. Prostituição feminina. I. Título.

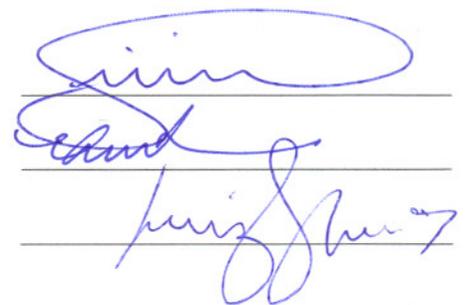
CDD: 370 (20^a)

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Waldenez de Oliveira

Profª Drª Elizabeth de Leone Monteiro Smeke

Prof. Dr. Luiz Gonçalves Júnior



The image shows three handwritten signatures in blue ink, each written on a horizontal line. The first signature is a cursive 'M' followed by 'aria Waldenez de Oliveira'. The second signature is a cursive 'E' followed by 'izabeth de Leone Monteiro Smeke'. The third signature is a cursive 'L' followed by 'uiz Gonçalves Júnior'.

RESUMO

Esta pesquisa objetiva analisar as similaridades e as diferenças nas percepções de trabalhadoras do sexo e profissionais do sistema público de saúde sobre os processos educativos que permeiam o trabalho sexual relacionados à saúde da trabalhadora do sexo. Pretende-se examinar, na perspectiva desses dois grupos sociais, como a trabalhadora educa e se educa nas interações entre elas. Com os profissionais de saúde busca-se suas percepções sobre os processos pelos quais a trabalhadora ensina e/ ou aprende conhecimentos, valores e/ ou posturas relacionados à saúde. As relações entre saúde e trabalho sexual também serão buscadas. A pesquisa ancora-se no referencial da Educação Popular, na perspectiva freireana. A primeira parte da metodologia teve inspiração na pesquisa participante. A segunda parte utilizou-se entrevistas com trabalhadoras do sexo e profissionais da saúde. Foram realizadas cinco entrevistas. Os resultados apontam que as trabalhadoras aprendem e ensinam saúde com as colegas de trabalho e no próprio espaço de trabalho. Já os profissionais da saúde apontam que as trabalhadoras ensinam e aprendem saúde com as amigas. Pretende-se contribuir para a desconstrução de estereótipos que sustentam visões preconceituosas da trabalhadora do sexo assim como para a construção de políticas de saúde que tomem este grupo social numa perspectiva de direitos e cidadania.

ABSTRACT

This work is focused on analysing the similarities and differences of the perceptions of sex workers and public health system workers about the educative processes that is within sex work related to the sex workers health. We aim to examine, in the point of view of both social groups, how the sex worker educates herself and others of her own class exchanging informations in the work group, with the client and with health worker seeking their perceptions about the processes which the sex worker teaches and/or learns health related knowledges, values or attitudes. We will also aim the relationship between health and sex work. This research is based on common sense definition according to Paulo Freire. It has been done with the support of the research methodology related with the participation of sex workers in interviews. Interviews are also done with health workers. We aim to contribute to destroy the stereotypes that keeps the prejudiced image of sex workers and also to help on constructing health politics that take this social group in a citizenship perspective.

SUMÁRIO

RESUMO	IV
ABSTRACT	V
1.2 Saúde	9
1.4 Trabalho sexual	38
3.1 Contextualização	73
Entrevista 1: Maria 30 anos	109
Entrevista 2: Sônia 28 anos	115
Entrevista 4: Dr Antônio, médico ginecologista	123
Anotações de Campo	134
Relatório de visita a Casa 06	136
Relatório de visita a Casa 06	143

INTRODUÇÃO

A idéia de estudar o tema trabalho sexual nasceu há exatamente cinco anos atrás quando vi, por um mero acaso, um cartaz no mural do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos. O cartaz chamava os alunos de graduação dos cursos de Terapia Ocupacional e Psicologia para participarem do grupo “Prevenção e Saúde” e, conseqüentemente, desenvolverem trabalhos junto as profissionais do sexo. Mesmo não pedindo alunos das Ciências Sociais resolvi participar de uma reunião, pois o assunto me despertava um enorme interesse. Fui envolvida por uma imensa curiosidade de conhecer esse “submundo”. É engraçado perceber que quando colegas ou até mesmo desconhecidos me perguntam sobre o tema de minha pesquisa e respondo que se trata de ‘prostituição’, o que gera comentários “engraçadinhos” como, por exemplo, “você vai a bordéis?” ou “como são essas mulheres?”.

Os comentários e as piadinhas evidenciam o quanto o assunto ‘prostituição’ é polêmico, o que resulta em discussões calorosas sobre o assunto.

Os vários sinônimos e o significado da palavra ‘prostituição’ são carregados de preconceitos. Segundo o dicionário Houaiss (2000), da língua portuguesa, significa: o conjunto dos indivíduos que se prostituem; estilo de vida de prostitutas e prostitutas; derivação por extensão de sentido de vida devassa, desregrada; libertinagem; sentido figurado: aviltamento, desonra, rebaixamento.

Há um tabu da sociedade em relação à prostituição e, em última análise, em relação ao sexo. Em vários momentos tentei entender os motivos que causavam a grande aversão da sociedade quanto à possibilidade de transformar aquela que é conhecida como a “profissão mais antiga do mundo” em uma atividade digna e honesta. Meu primeiro impulso era o de apontar a religião - seja ela católica, protestante, judaica, muçulmana ou espírita – como

responsável pela barreira psicológica que afastava definitivamente as pessoas de tudo aquilo que estivesse de alguma forma relacionado com prostituição e que gerava, nas próprias prostitutas, um imensurável sentimento de culpa e de vergonha.

Culpa e vergonha por comercializar aquilo que é considerado “sagrado” para a sociedade, o sexo. Sexo que, nos dias atuais, pode ser praticado de forma quase livre por homens e mulheres considerados de “bom costume”, em busca de amor ou simplesmente de prazer. Não importa tanto os motivos que despertam o desejo de cada um: o carro importado do garotinho ou os seios siliconados da menininha. Tudo pode ser justificado, desde que se apresente um patamar mínimo de sentimento, seja ele verdadeiro ou fingido, mas suficiente para delimitar a fronteira que separa “a sociedade de bem” e os indivíduos que fazem sexo por dinheiro.

É impossível pensar no tabu sobre a prostituição sem levar em conta quais e quão arraigados são os padrões morais de cada sociedade, o que é considerado aceitável e perdoável e o que é absolutamente condenável por cada grupo de indivíduos. A prostituta não é só aquela que desafia as opiniões da sociedade sobre o sexo, seja de forma consciente ou apenas por pura necessidade financeira, mas também a mulher que exalta em si a sexualidade que alguns grupos e determinadas épocas quiseram negar na fêmea, dissociando prazer de reprodução. Trata-se da mulher que, no imaginário coletivo, tudo sabe sobre sexo e prazer, papel este que deveria caber somente aos machos. Os folhetins televisivos encaram perfeitamente a “maldade” do trabalho sexual ao colocar as prostitutas como mulheres loucas e desregradas. Gabriela Leite¹ ao comentar o perfil das duas personagens principais da novela *Senhora do Destino*, da Rede Globo, explica claramente o imaginário de mulher ideal:

Maria do Carmo pode ter moral dupla e ser desonesta. Tudo é perdoado quando uma pessoa vem da pobreza, do Nordeste e ainda tem uma filha roubada, mas, apesar de tudo, chega na metrópole e vence única e

¹ Gabriela Silva Leite é coordenadora da Rede Brasileira de Profissionais do Sexo e fundadora do movimento de profissionais do sexo.

exclusivamente com seu trabalho 'honesto'. Uma mulher batalhadora que cria seus filhos sozinha jamais, em nenhum momento, mesmo nos piores, assumiria prostituição como trabalho. Está aí o ideal da mulher brasileira. Portanto, Nazareth é apenas o espelho de Maria do Carmo. Uma mulher prostituta e além de tudo assumidíssima com sua opção só pode ser ladra, assassina, paranóica, chantagista e racista. Quando o autor, no último capítulo da novela, consegue mostrar a redenção de Nazareth através do amor, é evidente que só resta a ela o suicídio. Afinal, não existem prostitutas que amam. Ao amor só têm direito mulheres como Maria do Carmo. É essa a mensagem do autor, é esse o imaginário social sobre o bem e o mal (LEITE, 2005).

Sendo assim essa famigerada curiosidade de entender melhor esse universo, levou-me a conhecer o grupo “Prevenção e Saúde”, coordenado pela professora Dr^a. Maria Waldenez de Oliveira. Trabalhei seis meses como voluntária. Nesse período, fiz um aprofundamento literário e algumas incursões a campo acompanhando outros² membros do grupo. Abro um pequeno parêntese para falar um pouco sobre minha primeira ida a campo: lembro-me que estava um tanto apreensiva, ficava imaginando como elas eram fisicamente, o que elas iriam falar, que roupas vestiam. É obvio que minha apreensão era resultado do que havia escutado sobre as trabalhadoras do sexo: o que são, como agem, ou seja, todo o preconceito construído em torno dessas mulheres.

Neste entremeio como voluntária, surgiu o desejo de criar um projeto relacionado às Ciências Sociais. Considerando alguns temas que foram propostos pelas trabalhadoras para discussão, como: relacionamento amoroso, família e trabalho (PEREIRA, 1997-1998), foi possível perceber que havia o interesse não apenas por questões relacionadas à saúde, mas também por aquelas ligadas à esfera pessoal de cada uma e às relações sociais que a mesma implica.

Após analisar alguns depoimentos das trabalhadoras, bem como discutir com a equipe do projeto, chegou-se ao consenso sobre a possibilidade de estudar a questão da identidade feminina relacionada ao trabalho sexual. Os focos desta investigação foram: corpo, trabalho e

² Outro membro do grupo se trata da aluna Luciana Furllaneto Pereira, graduação em Pedagogia.

preconceito. A intenção era descobrir qual a percepção das trabalhadoras do sexo em relação a essas questões. Esta pesquisa foi realizada no período de Setembro de 2001 a Agosto de 2002.

Já em uma segunda etapa da pesquisa, realizada entre setembro de 2002 a agosto de 2003, estudei como se construía a partir das regras de sociabilidade, formuladas por elas, a percepção do trabalho sexual e conseqüentemente a formação de um grupo com uma identidade coletiva baseada na vivência cotidiana do trabalho sexual. O ambiente de trabalho, a casa noturna, foi a chave para analisar as relações sociais existentes entre as profissionais do sexo.

O tema desta dissertação surgiu de uma inspiração sobre a pesquisa na qual participei. A partir da experiência, pesquisando e conhecendo o assunto e após acatar algumas sugestões de pessoas que estudam o tema³, percebeu-se a necessidade de realizar um projeto que abordasse as similaridades e as diferenças nas percepções de trabalhadoras do sexo e profissionais do Sistema Público de Saúde acerca de processos educativos que permeiam o trabalho sexual e, relacionados à saúde da trabalhadora do sexo.

Buscando a produção acadêmica sobre as relações entre Educação, Prostituição e Saúde vários estudos sobre prostituição no Brasil foram encontrados na área de Ciências Sociais, História e Saúde. Fazendo uma revisão literária na área de Ciências Sociais para construir o referencial teórico desta pesquisa, encontraram-se ainda, estudos sobre prostituição na antropologia urbana.

No primeiro capítulo apresenta-se o tema Saúde para a pauta de discussões. Para a definição deste conceito utilizam-se autores das Ciências Sociais como Durkheim e Goffman. Já no segundo capítulo será tecida uma análise sobre trabalho e prostituição. Porque a prostituição pode ser considerada trabalho e quais autores utilizou-se para falar sobre o tema 'prostituição'. O terceiro capítulo explicará o que são processos educativos na prática social

³ Todas as sugestões bem como a intenção de fazer pesquisa participante está detalhada no capítulo: metodologia.

do trabalho sexual. O quarto capítulo trará um panorama sobre a inspiração da pesquisa participante, a elaboração do projeto de pesquisa e a descrição da coleta de dados e das técnicas utilizadas.

CAPÍTULO 1 – REVISÃO LITERÁRIA

1.1 Prostituição e Educação

O campo de estudos sobre prostituição no Brasil se concentra na área de Ciências Sociais, História e Saúde.

Na área de Ciências Sociais há uma predominância da antropologia urbana, pois essa área tem uma vasta gama de estudos sobre o tema.

Grande parte dessa literatura foi escrita com o intuito de desvendar quem eram as prostitutas: qual sua identidade, sua personalidade, seu gosto, sua família. Há uma preocupação da área em investigar o universo de maneira abrangente, envolvendo vários temas como regulamentação do trabalho, movimentos sociais, família, relacionamentos amorosos e outras vivências que essas mulheres possuem.

A história da prostituição no Brasil parece estar ligada à história da luta antivenérea e a história da moral e dos bons costumes no país. As obras de Guido Fonseca (1982), Margareth Rago (1991) e Magali Engel (2004) mostram claramente a relação entre: prostituição, criminalidade, nascimento da saúde pública e as políticas higienistas e a tentativa de isolar a prostituição para longe dos olhares pudicos.

A área da saúde possui uma extensa produção sobre o tema. A Biblioteca Virtual de Saúde possui 56 trabalhos científicos no portal de bases bibliográficas do Brasil. Já a Biblioteca Eletrônica Scielo possui 10 artigos sobre 'prostituição' sendo 9 da área de Saúde e 1 da área de História. Portanto a relação entre saúde e prostituição é muito estreita, principalmente quando o assunto são doenças sexualmente transmissíveis.

A área da educação é a mais pobre, numericamente, na produção de artigos sobre o tema. A Biblioteca Virtual de Educação e os periódicos: Cadernos CEDES, Cadernos de Pesquisa, Educação & Sociedade, Educação e Pesquisa, Ensaio: Avaliação e Políticas

Públicas em Educação, Estudos Avançados e Revista da Faculdade de Educação, não possuem nenhum artigo ligando o tema prostituição e educação. Foram examinados os números editados entre os anos de 2000 e 2006.

1.2 Saúde

Para tentar definir saúde calcou-se tal argumentação na história social do processo de construção do conceito de saúde e doença. Essa linha cronológica proposta perpassa pelo conceito de saúde criado pela Organização Mundial de Saúde. Para refletir sobre o tema iniciou-se pelo texto *Georges Canguilhem e o estatuto epistemológico do conceito de saúde*, indicado pela orientadora, Dra. Maria Waldenez de Oliveira. A partir deste, foi feita a leitura do livro *O normal e patológico de Canguilhem* e passou-se assim a raciocinar sobre o tema 'saúde'. Logo surgiu a importância de colocar outros teóricos, já conhecidos, da antropologia da saúde que também refletiam sobre o tema saúde e doença. Autores como Durkheim, Parsons, Goffman e outros, fazem parte respectivamente da criação do termo normal e saudável, da escola funcionalista americana e da escola de Chicago. Esses pesquisadores criaram extensas teorias na tentativa de definir o que é saúde e o que é doença.

Quando a Organização Mundial de Saúde conceituou saúde como "o mais completo estado de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças", certamente não estava propondo um critério classificatório, mas uma direção (CARVALHO e SEGRE, 1964).

Já a idéia de doença é mais imediatista, sempre impondo, ao mesmo tempo, certas competências operacionais e algum tipo de explicação. Historicamente, ela é muito anterior à concepção de saúde, estando presente, de diferentes formas, em todas as organizações sociais conhecidas. Remetendo a questão da identificação e classificação da doença e dos doentes a

um saber técnico, que pressupõe divisão de trabalho e transferência de poder (SABROZA, 2002).

Assim, diversas concepções de saúde e doença podem coexistir, através da persistência de modelos antigos, mas que ainda atendem a necessidades atuais. Nas comunidades tradicionais de coletores e caçadores, a ocorrência de doenças era explicada de modo compatível com sua visão de mundo, pela influência de demônios e outras forças sobrenaturais, que conviviam com os seres humanos e podiam ser por eles invocados ou controlados, desde que fossem utilizados os meios adequados.

Esta visão mágica do processo saúde-doença permitia um alto grau de manipulação e era complementada por cuidadosas observações empíricas sobre a utilidade medicinal de produtos naturais, transmitidas cuidadosamente de geração a geração.

A efetividade deste modelo dependia da grande interação destas populações com seu ambiente e da força de sugestão que a crença nos poderes dos feiticeiros induzia. Com a urbanização e estratificação social, o poder de diagnosticar, controlar e explicar as doenças ficou concentrado em um segmento social urbano, os sacerdotes, sempre vinculados aos grupos dominantes. A capacidade de mediar as atenções de deuses e humanos passou a ser monopolizada por estes atores sociais, e o modo mágico de lidar com as doenças foi suplantado pelo modelo místico, ou religioso, que se tornou hegemônico.

A doença passou a ser vista como pecado resultado da desobediência a códigos de condutas prescritos pelos deuses e vigiados pelos sacerdotes, sendo atribuído ao enfermo a responsabilidade, individual ou coletiva, por seus sofrimentos. O sentimento de culpa passou a ser uma dimensão importante do processo social de adoecer, em um mundo dominado pela concepção religiosa. Nos segmentos populares, nas áreas rurais e entre escravos, o modo tradicional ficou preservado, mas já destituído de sua função de controle social, muitas vezes

desempenhado por mulheres idosas, mais capazes de assegurar sua transmissão cultural sem despertar a reação dos guardiões da nova ordem.

As relações entre as comunidades e seus ambientes já não eram da mesma intensidade, e os métodos tradicionais não eram mesmo adequados para responder aos novos problemas de saúde que o aumento da densidade populacional, as péssimas condições de higiene e o aumento da carga de trabalho acarretavam.

A diminuição da expectativa de vida, devido à mortalidade por doenças infecciosas, desnutrição, guerras e trabalho escravo, foi muito acentuada e a reposição da força de trabalho só foi possível através do aumento da natalidade, apoiada pelos códigos religiosos. Ainda assim, acredita-se que vários impérios antigos desfizeram-se sob o impacto destas condições insalubres. Nesta situação, e em uma perspectiva individual, o projeto de saúde possível se resumia em escapar da morte precoce.

Na Grécia, com a escola de Hipócrates, e já sob uma cultura que privilegiava uma reflexão filosófica acerca do mundo e a observação cuidadosa da natureza, uma medicina de elite pode ser implementada, tendo como princípio o equilíbrio entre o indivíduo e seu ambiente. Era uma medicina centrada no cuidado do corpo, onde o papel do médico era procurar colaborar na restauração da harmonia. Este modo de entender a saúde e a doença tinha sua racionalidade na observação cuidadosa dos fenômenos, na concepção da doença enquanto fenômeno natural, e portanto passível de explicação teórica, e na transmissão do conhecimento em condições capazes de assegurar um certo controle sobre a competência dos praticantes. Sob o Império Romano, esta doutrina clássica, mesmo que restrita apenas a certos grupos sociais, se difundiu pelo Ocidente. Explicações e práticas relacionadas com o pensamento mágico, com o misticismo religioso e com a doutrina hipocrática conviveram com a tradição empírica relacionada com o uso de ervas medicinais, integrando os modos de viver dos diferentes grupos sociais.

Mesmo durante o período medieval, quando a ideologia religiosa dominante procurou impor uma visão unificada do mundo, estas diferentes concepções sobre saúde e doença foram mantidas. Durante o século XIV teve início uma pandemia de peste que devastou a Europa, eliminando mais de um quarto da população, desorganizando o processo social e trazendo outras concepções sobre saúde e doença. No Ocidente criou-se então toda uma cultura centrada no horror e na convivência com a morte, impondo-se as idéias de culpa e de pecado. Judeus e mulheres acusadas de feitiçaria foram massacrados, enquanto todas as diferentes práticas médicas se mostravam absolutamente ineficazes.

O humanismo, ideologia que colocou o homem como centro de referência, aos poucos substituiu a concepção religiosa anterior. O Renascimento cultural e científico possibilitou uma maior compreensão da constituição do corpo humano, estudado detalhadamente por médicos e artistas, e as doenças, como os outros fenômenos, passaram a ser atribuídas a causas naturais.

Os grandes avanços na física mecânica e na compreensão da composição química da matéria resultaram na representação do corpo humano como uma máquina, passível de defeitos em seu funcionamento, e que, quando compreendidos, poderiam ser corrigidos. Acompanhando as ciências naturais, preocupadas em descobrir e catalogar novas formas de vida de um mundo que estava sendo revelado, a clínica realizou um grande esforço de identificar, classificar e descrever doenças, novas e antigas (MARTIRE, 2004).

O conceito de saúde pode bem ser incluído entre os considerados imprecisos, ou seja, aqueles que, embora aplicados a categorias concretas e de relevância, não permitem sua definição com objetividade, a partir de elementos aceitos universalmente. Nem por isto deixa de ser amplamente utilizado, tanto no campo da produção do conhecimento científico como na normatização das relações sociais (SABROZA, 2002).

Podemos dizer que, ao contrário de conceitos bem estabelecidos, demarcados pelos limites que explicitam as suas condições, os conceitos imprecisos são definidos a partir de questões centrais e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico.

Assim, conceitos como equilíbrio, capacidade de realização e bem estar, certamente compõem seu núcleo central, embora não sejam suficientes para delimitar completamente o conceito de saúde. Igualmente, doença, sofrimento, incapacidade e não atendimento de necessidades básicas são conceitos externos que, por contraste, permitem sua construção (SABROZA, 2002).

Representar o conceito de saúde exige um certo grau de abstração, que não parece relevante quando a questão se refere apenas à descrição de condições presentes de saúde atuais. Está muito mais vinculada a uma concepção de vir a ser, de objetivos a serem alcançados, a um projeto de saúde, seja em uma perspectiva individual ou social.

O sistema de saúde brasileiro tem sido questionado por sua dependência em relação a um modelo assistencial individualista, com ênfase na dimensão curativa da doença, além dos elevados custos e da baixa efetividade. Ganha força, então, a idéia de promover a saúde, e não apenas de curar a doença, emergindo daí os conceitos de vigilância da saúde, políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis, articulados à noção de promoção da saúde pela mudança das condições de vida e de trabalho da população (SOUZA et al, 1994; MENDES, 1996).

Surgem, assim, propostas para uma nova política de saúde que estão centradas em uma formulação positiva de teoria e prática, buscando romper com concepções estabelecidas sobre o processo saúde-doença cuidado (MENDES, 1996; PAIM, 2000). Com relação à noção de saúde, a pretensão tem sido de pensá-la positivamente, e não apenas como ausência de doença. Embora o conceito de promoção da saúde tenha surgido na década de 1940, com

Sigerist (MENDES, 1996), ainda hoje essa perspectiva vem se sustentando, muitas vezes apenas no plano retórico e ideológico, visto que tanto as políticas e as ações quanto as pesquisas no campo da saúde têm-se pautado predominantemente pelo conceito de doença, normalidade, rotulação e desvio. No campo da Sociologia a questão da normalidade tem ocupado uma posição de flagrante centralidade desde a sua constituição como disciplina científica. Um de seus fundadores, Émile Durkheim (1968), afirmou que o objetivo principal de qualquer ciência da vida seja ela individual ou social, é a definição e a explicação do estado normal, bem como a diferenciação do seu estado patológico.

Posteriormente, as teorias sociológicas sobre o papel de doente e o rótulo, dominantes no campo das Ciências Sociais aplicadas à saúde nos anos 1950 e 1960, de certa forma buscaram realizar tal intento, ao explorar os fatores envolvidos na definição dos fenômenos normais e patológicos e suas implicações. Entretanto normalidade não é sinônimo de saúde, nem o par conceitual normal-patológico sustenta uma correspondência de oposição entre saúde e doença. Talcott Parsons (1979), principal teórico do funcionalismo norte-americano, desenvolveu a teoria do papel de doente (*sick role theory*) como um dos elementos de base de sua teoria do sistema social. A teoria parsoniana serviu de matriz teórica para abordagens da saúde individual como papel social, performance, funcionamento, atividade e capacidade, entre outros aspectos. Essas dimensões do conceito de papel de doente têm sido recentemente recuperadas e condensadas na concepção de um conceito denominado qualidade de vida ligada à saúde. (*health related quality of life*). Centrada na categoria de doença, a teoria do papel de doente reafirmou a adequação do estado patológico às normas sociais. Ou seja, a enfermidade pode desviar o indivíduo do seu funcionamento biossocial normal, mas não consistiria em um desvio no sentido estrito de violação das normas da ação social (PARSONS, 1979).

Não se esperaria que as pessoas se abstivessem da condição de enferma, do mesmo modo como se esperaria que elas não cometessem um crime ou um pecado. Para a teoria parsoniana, a enfermidade é um aspecto esperado na vida de todas as pessoas. Ninguém, por mais que tente, pode evitá-la completamente. Em algumas circunstâncias, não desempenhar o papel de doente pode ser considerado como moralmente errado, quando a tentativa de se conduzir normalmente pode contribuir para agravar a doença ou para contaminar outros sujeitos.

A teoria do rótulo, sistematizada nos Estados Unidos na década de 1960 (LEMERT, 1951, 1967; BECKER, 1963; GOFFMAN, 1963; SCHEFF, 1966), significou uma oposição à perspectiva parsoniana em dois aspectos: na consideração da enfermidade mental como desvio e na aceitação do papel de doente como iatrogênico, aquele que recebe um tratamento médico e sofre os efeitos colaterais do mesmo. Segundo os teóricos do rótulo, a sociedade estabelece os meios de classificar as pessoas em categorias, de acordo com os seus atributos (GOFFMAN, 1963).

Os sujeitos que apresentam atributos socialmente desejados são categorizados como normais, enquanto aqueles que possuem um ou mais atributos indesejáveis são considerados desviantes. Entre os teóricos do rótulo, há uma discordância de base sobre a determinação do desvio. Para alguns autores (BECKER, 1963; GOFFMAN, 1963), o desvio não se define por si próprio, ou seja, não se pode reconhecê-lo por características do sujeito ou do próprio comportamento, à medida que este só seria desviante quando alguém assim o classificasse.

A polêmica em torno da questão de se a enfermidade é ou não um desvio das regras normativas parece superada, à medida que restringe a exploração e o entendimento da relação entre enfermidade e desvio. Nem toda enfermidade implica comportamentos desviantes, e vice versa. Nesse sentido, uma enfermidade pode ou não ser considerada um desvio, a depender da natureza dos seus signos, do alcance individual e social do seu desenlace e de

suas conseqüências e do sistema de valores e normas do grupo social no qual se insere o sujeito doente. Assim, a aceitação do papel de doente não garante a saúde ou a doença.

Nesse nível individual e microsocial, uma hipótese preliminar é a de que o resultado da interação entre o desejo do doente e a ação social daqueles com os quais ele convive mais diretamente será a manutenção da saúde ou a ocorrência de doença. Tomando a questão em um plano de referência para além do nível individual, deve-se considerar o imenso e intricado complexo de fatores em jogo nesse processo, desde os processos biológicos e os fatores ecossociais de exposição até os efeitos simbólicos e práticos sobre a sociedade. De todo modo, tanto na teoria do papel de doente quanto na teoria da rotulação, identifica-se o suposto implícito de que, de alguma maneira, todos somos doentes, e que a saúde resultaria de uma interação social com alto grau de esforço para sua manutenção.

Considerando-se que o significado da enfermidade é construído por vários autores, por meio de múltiplas narrativas, Good (1980) introduziu a noção de rede semântica, buscando superar algumas limitações da concepção de modelo explanatório da saúde. As redes semânticas são estruturas profundas que ligam as concepções de saúde e enfermidade a valores culturais fundamentais de uma civilização, permanecendo, ao mesmo tempo, fora do conhecimento explícito cultural e da consciência dos membros que compõem a sociedade, apresentando-se como naturais.

Embora Kleinman (1982) tenha enfatizado os determinantes sociais dos modelos explanatórios e Good (op. cit) tenha ressaltado as relações de poder nos discursos e nas práticas médicas, ambos não empreenderam realmente uma análise desses aspectos em seus trabalhos. Na prática, o modelo explanatório não considerou as relações de poder presentes entre os diversos grupos e classes sociais. Em continuidade com essa perspectiva crítica, Bibeau (1992) defendem o desenvolvimento de uma nova antropologia médica, capaz de

superar a dualidade entre cultura e sociedade: a teoria dos sistemas de signos, significados e práticas (BIBEAU, 1988, 1992).

Ao mesmo tempo que essa teoria reforça a noção de rede semântica desenvolvida por Good (1980), ela afirma a necessidade de se considerar o contexto socioeconômico, político e histórico dos processos de saúde e doença. Os autores referem-se a um dispositivo patogênico estrutural, cujos elementos são as condições estruturantes e a experiência organizadora coletiva.

As condições estruturantes abrangem o macro contexto, ou seja, as restrições ambientais, o estilo de poder político e de desenvolvimento econômico, as heranças históricas e as condições cotidianas de vida. Já a experiência organizadora coletiva compreende os elementos do universo sócio simbólico do grupo e seu projeto fundador, ou seja, os elementos que mantêm a identidade do grupo ao longo das gerações, fazendo perdurar o sistema de valores e a organização social.

Bibeau e Corin propõem também que se considerem tanto as dimensões particulares do processo saúde-doença quanto as universais. Os autores assumem que, mesmo considerando que as semiologias populares são organizadas de acordo com padrões culturais específicos, elas são respostas para alterações básicas do afeto, do pensamento e do comportamento (ALMEIDA FILHO et al, 1997).

O conhecimento popular apresenta regularidades culturais universais que se expressam em categorias prototípicas plurais locais. Concentrando-se na produção de modelos explicativos baseados na noção de doença, a antropologia médica interpretativa pesquisou as práticas curativas e a perspectiva da saúde como ausência de enfermidade.

Opondo-se à perspectiva da diferença quantitativa entre o normal e o patológico difundida por Comte (1973) no século XIX, Canguilhem (1982) afirmou uma diferença de natureza qualitativa entre estes fenômenos. Segundo esse importante autor, a saúde é uma

norma de vida superior, sendo a doença uma norma de vida inferior. Enquanto a saúde se caracteriza pela abertura às modificações e pela instituição de novas normas de saúde, o patológico corresponde à impossibilidade de mudança e à obediência irrestrita às normas. Sendo a normatividade uma dimensão da saúde, cada indivíduo tem, para si mesmo, sua própria concepção de saúde. Se a fronteira entre saúde e doença é imprecisa para indivíduos diferentes considerados simultaneamente, ela tampouco é precisa para um único indivíduo considerado sucessivamente, pois a fronteira pode variar ao longo do tempo, e o que é normal, em uma situação, pode se tornar patológico, em outra. Além disso, a saúde implica o adoecimento e a saída do estado patológico. O autor argumenta que se a possibilidade de testar a saúde pela doença fosse eliminada, o ser humano não teria mais a segurança de ser saudável. Ainda que os conceitos de saúde e doença difiram, o estado temporário de doença integra a saúde. Tal proposição possui implicações éticas e políticas de longo alcance. A exclusão dos estados temporários de doença do conceito tradicional de saúde poderia justificar o surgimento de propostas eugenistas de criação de uma sociedade totalmente saudável e sem diferenças (CANGUILHEM, 1982). Nessa perspectiva, os homens perderiam a liberdade individual de decisão sobre a procriação e teriam que se submeter aos imperativos da ciência, que adquiriria o poder de realizar outras imposições, a exemplo do embranquecimento racial (COSTA, 1981).

Canguilhem (1963) argumentou, então, que a ideia de uma saúde perfeita acabaria por configurar uma nova patologia, à medida que implicaria a perda do exercício normativo. Essa nova concepção canguilheniana rompe com a visão, característica do século XIX, de saúde como adequação a uma norma. Enquanto a noção de prevenção é mais restrita e vinculada à definição negativa da saúde, pois se trata de prevenir uma enfermidade; a noção de promoção da saúde refere-se a uma definição positiva da saúde e tem maior abrangência, à medida que implica variados fatores e aspectos que integram e conformam o chamado campo da saúde.

O conceito de normatividade, em Canguilhem, significa a capacidade de instaurar novas normas, e não o estado de conformidade perante as normas estabelecidas a um modelo pré definido. A saúde passa a expressar diferentes padrões e deixa de se limitar à perspectiva da adaptação. Em algumas situações, ela pode ser veiculada, justamente, pelo que foi definido convencionalmente como signo de doença.

Ao mesmo tempo que diferenciou qualitativamente saúde e doença, Canguilhem (1982) estabeleceu uma distinção original entre normalidade e saúde. A normalidade, como norma de vida, constitui uma categoria mais ampla, que engloba saúde e patologia como distintas subcategorias. Tanto saúde quanto doença situam-se no âmbito da normalidade, pois ambas implicam uma certa norma de vida. Nesse sentido, o patológico não é o contrário lógico do conceito de normal, mas sim o contrário vital de sadio. A saúde é uma normalidade, tanto quanto a doença. O aspecto comum a essas diferentes manifestações normais da vida é a presença de uma lógica, de uma organização própria, de uma norma. Essas proposições de Canguilhem levaram-no a advogar uma reformulação da prática clínica da medicina. Nessas bases, o diagnóstico e o tratamento deveriam estar calcados sobretudo na observação do doente, e não nas modernas técnicas de exame (CANGUILHEM, 1982). Eles podem até mesmo contrariar o resultado dos exames. A perspectiva do doente deve ser privilegiada, pois ela antecede o saber científico. A terapêutica deve respeitar o novo modo de vida instaurado pela doença, não agindo intempestivamente no sentido do retorno ao normal. Além do mais, a cura não implica necessariamente saúde. A cura pode estar mais próxima da doença ou da saúde se, na estabilidade que ela proporciona, encontra-se ausente ou presente uma abertura às modificações.

Em recente obra, Canguilhem (1990) questiona a exclusão da saúde como objeto do campo científico e propõe uma oposição entre saúde filosófica e saúde científica. A saúde filosófica diria respeito à saúde individual, privada, incomensurável e não condicionada,

implicando o conceito de corpo subjetivo. A saúde científica ter-se-ia reduzido ao estudo da salubridade e da doença das populações, decorrentes de processos objetivos. Canguilhem (1982) propõe, então, que a saúde individual, subjetiva e filosófica seja também estudada pela ciência. Essas novas concepções sobre normalidade e saúde, ainda timidamente exploradas no campo da saúde (ALMEIDA FILHO et alii, 1999; COELHO et alii, 1999), possibilitam repensar as bases conceituais da saúde a partir de pressupostos epistemológicos de maior rigor e precisão.

1.3 Saúde, Mulher e Prostituição

Quando se pensa em saúde da mulher surgem duas perguntas: por que a especialidade médica que trata a saúde do homem é tão pouco conhecida e o porquê da ginecologia estar ligada à obstetrícia. Encaram-se essas minhas indagações como construídas social e historicamente e por esse motivo se buscará mostrar como nasceram os estudos sobre saúde da mulher.

Segundo a pesquisadora Rohdem (2003) uma preocupação singular com a delimitação do papel social de cada sexo pode ser percebida a partir do processamento dos títulos das teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1833 e 1940, que constam do *Catálogo de teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*, publicado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1985. Nesse catálogo constam todas as teses do acervo da antiga Faculdade de Medicina que passou a fazer parte da Universidade Federal do Rio de Janeiro. As teses, nesse período, constituíam o último requisito para que o aluno recebesse o grau de doutor em medicina. Variavam muito no decorrer do tempo quanto às exigências, formatos e conteúdos a serem seguidos. Porém o mais importante é que esse tipo de material é oriundo de uma instituição de reprodução profissional, além de representar aquilo que poderia existir de mais oficial no pensamento médico. Utilizando as informações

do *Catálogo* entre 1833 e 1940, o que totaliza 7.149 teses sobre os mais diferentes temas e especialidades médicas, havia 1.593 referentes à sexualidade e à reprodução, o que significa 22,3%. Esse número expressa bem o interesse da medicina por essa temática. Quanto aos temas que aqui estou rotulando de ‘sexualidade’ e ‘reprodução’, selecionados no conjunto total das teses, estão divididos em três grandes vertentes. A primeira diz respeito a assuntos que poderiam ser classificados dentro do arcabouço compreendido pela ginecologia e obstetrícia, como as doenças no aparelho reprodutor feminino, cirurgias, parto e gravidez. A segunda se refere a categorias que também compreendem sexualidade e reprodução, mas implicam fenômenos que têm uma conotação mais explicitamente social, como casamento, aleitamento e aborto. E, por último, foram incluídas as teses que poderiam expressar a preocupação médica com a sexualidade e reprodução no caso masculino, o que significou a inclusão de doenças no aparelho reprodutor masculino, doenças venéreas e urologia.

A elevada frequência de teses que focalizam gravidez, parto e puerpério estritamente ou que se relacionam a essas fases, evidenciam como a obstetrícia passou ao longo do século XIX e do início deste a ser um tema de franco interesse para a medicina. Contudo, resta ainda uma grande porcentagem de trabalhos sobre os órgãos e funções reprodutivas femininas que não têm correspondência no caso do homem. Há teses sobre a natureza do ovário, o que é, como funciona, para que serve. Mas não há teses sobre os testículos. No conjunto denominado doenças no aparelho reprodutor masculino, a maioria das teses é sobre tumores ou problemas na próstata e só começam a aparecer a partir de 1869. As teses referentes à urologia não implicam o tratamento da função reprodutiva. As doenças venéreas abrigam, em uma certa medida, a preocupação com a degeneração da capacidade reprodutiva masculina. Muitas vezes, as teses sobre menstruação ou mesmo sobre puberdade feminina caracterizam a vida da mulher a partir das passagens que sofre em função da preparação, exercício e perda da capacidade reprodutiva. Não há nada equivalente para o homem, ou seja, a vida masculina

não é problematizada pela medicina a partir da capacidade ou não de reprodução como acontece com as mulheres.

Provavelmente essa preocupação da medicina em dedicar-se ao estudo da mulher não nos causaria espanto se houvesse também uma ciência ou estudo do homem. No dicionário Houaiss da língua portuguesa a palavra andrologia significa ramo da medicina dedicado ao estudo dos elementos anatômicos, biológicos e psíquicos que contribuem para o bom funcionamento do aparelho urogenital. Em algumas observações cotidianas nunca conheci um médico andrologista. Quanto à urologia, só em alguns casos sua definição expressa, além do estudo e tratamento do aparelho urinário em ambos os sexos, a preocupação com os órgãos sexuais masculinos.

Podemos suspeitar que há uma diferença de consideração a respeito das duas metades que compõem a humanidade. Vejo que a mulher é tratada no discurso médico como eminentemente presa à função sexual / reprodutiva, diferentemente do homem. Do outro lado, quando se fala em reprodução, quase que maciçamente se evoca a mulher e raras vezes o homem. Um rápido exemplo disso pode ser visto no que se refere aos debates em torno da esterilidade ainda no século XIX. Na grande maioria dos casos, os médicos pressupõem que as causas desse problema são femininas. A infecundidade do casal é pensada como resultado de falhas na capacidade reprodutiva da mulher. Somente raras vezes, e mesmo assim depois que ela tenha passado por todas as investigações possíveis, é que se cogita que o problema resida no homem.

Na primeira metade do século XX, o cuidado com as doenças femininas se desenvolveu, sobretudo, nos Estados Unidos. Foi na Universidade da Pensilvânia, onde se instalaram as primeiras cadeiras de instrução médica daquele país, em 1791, que surgiu, em 1810, o primeiro departamento de obstetrícia (CIANFRANI, 1960). Na medida em que a ginecologia foi se aproximando mais da cirurgia, especialmente da cirurgia abdominal, ela

construiu um lugar específico. Nos Estados Unidos, os títulos de ‘professor de cirurgia abdominal e ginecologia’ tornaram-se numerosos. Contudo, em função de seu conhecimento e experiência particular do corpo feminino, eram muitas vezes os obstetras que se tornavam ginecologistas. O seu treinamento na fisiologia e patologia da pélvis feminina constituía um diferencial em relação aos outros cirurgiões que pretendessem se dedicar a essa especialidade (CUTTER e VIETS, 1964).

A mulher passava a ter um lugar privilegiado no hospital, seja através do estabelecimento de maternidades, ou da criação de unidades de consulta ginecológica. Nesse empreendimento, teve um papel fundamental o argumento em torno da especificidade feminina. As doenças das mulheres eram percebidas como difíceis e acompanhadas de muito sofrimento e sensibilidade nervosa, o que demandava atendentes especialmente treinados para lidar com os perigos desse excitação nervosa. O tratamento era delicado e não poderia ser efetuado com sucesso na balbúrdia de um hospital geral. Outro argumento dirigia-se à condenação do tratamento domiciliar ainda em voga e que, especialmente nas classes pobres, não dava resultados satisfatórios. Era preciso introduzir uma disciplina moral e corporal entre as mulheres de posição social inferior.

Na Inglaterra, o primeiro “Hospital for the Diseases of Women” (Hospital de doenças de mulheres) foi fundado em Londres, em 1843. No seu início, as dificuldades para aquisição de financiamentos foram consideráveis. A principal causa referia-se às dúvidas quanto à moralidade da instituição. A noção de doenças das mulheres sugeria para o público a associação com doenças venéreas e prostituição, o que fez com que, em 1845, o termo *diseases* (doenças) fosse retirado do nome do Hospital (MOSCUCCI, 1996). Na verdade, o desenvolvimento de uma medicina da mulher ou da sexualidade e reprodução enfrentava o risco da condenação moral na medida em que intervinha em um campo delicado e tradicionalmente suscetível à discussão. A validade e a moralidade das novas especialidades e

outros temas, como o segredo médico, estavam na ordem do dia. O debate se agravava quando a honra da família e a autoridade de pais e maridos poderiam ser colocadas em xeque no contato com ginecologistas e obstetras. Uma polêmica importante se deu em torno da prática da anestesia. Embora a Igreja também condenasse a anestesia por que esta suprimia os sofrimentos físicos e morais pelos quais o cristão deveria passar preparando-se para sua morte, eram os próprios médicos que se dividiam considerando o assunto. Alguns defendiam que a perda de consciência era algo degradante e aviltante para o indivíduo.

No caso dos partos, a situação se complicava quando se evocava as dores como o sublime sacrifício necessário para a plena realização da maternidade. As dores do parto eram vistas como naturais, benéficas e teologicamente corretas. Certos autores associavam a esse argumento um certo medo da sensualidade feminina. Alguns obstetras tinham relatado que as mulheres sob efeito da anestesia sofriam uma excitação da paixão sexual, apresentando comportamentos desabonáveis e uma linguagem lasciva. Certamente, porque se subentendia uma forte associação entre o momento do parto e o ato sexual que o tinha originado. Outra idéia evocada era a de que médicos menos dignos poderiam se aproveitar do estado de inconsciência para desfrutar das pacientes. Os defensores da anestesia respondiam a esses argumentos afirmando que esses efeitos da anestesia estavam mais nas mentes dos praticantes inescrupulosos do que no comportamento das mulheres. De qualquer forma, impunha-se um necessário controle moral (GAY, 1984; MOSCUCCI, 1996).

Ao final do século XIX, as descobertas de Louis Pasteur, constatando que as doenças estavam relacionadas à ação de bactérias, minúsculos seres vivos presentes no organismo, provocaram uma revolução na medicina, pondo em xeque as concepções miasmáticas e higienistas e inaugurando um novo paradigma no que respeita a origem e transmissão das doenças. No tocante à sífilis e outras doenças venéreas, estas descobertas trouxeram a certeza de que a doença era contraída e transmitida pelo contágio, e que o seu principal agente de

transmissão era o sexo, e geraram acirradas discussões em todo o mundo ocidental. (CAVALCANTI, 2003).

No Brasil dos anos 1880-1890, estas discussões mobilizaram intensamente os membros da Academia de Medicina, levando-os a produzirem estudos nos quais o tema mais candente era a melhor profilaxia a ser adotada para conter a expansão de doenças no seio da população (COSTA, 1989).

A certeza de que a sífilis, o cancro, a chaga e outras doenças eram contraídas através de relações sexuais elegeu a prostituição como o mais importante veículo de sua transmissão, gerando novos preconceitos contra as prostitutas que passaram a ser vistas como as grandes vilãs, responsáveis pela disseminação da doença no seio da população. Neste contexto, para a grande maioria dos médicos e autoridades sanitaristas, a regulamentação do meretrício consistia na maneira mais eficiente para combater o “mal venéreo” (COSTA, 1989).

Considerada como “a mais antiga das profissões” e como um “mal necessário”, a prostituição nem sempre foi objeto de preconceitos, nem de preocupação por parte das autoridades sanitárias. Pelo contrário, foi tolerada em muitas sociedades, nas quais as prostitutas chegaram a ser valorizadas.

No século XV, por exemplo, a maioria das cidades francesas aceitava a prostituição, sem grandes incômodos. Em Dijon, as prostitutas eram encontradas nos bordéis, nas termas e nas Casas de Encontro. Via de regra, o bordel era arrendado pelas municipalidades a uma mulher, que recebia a função de o dirigir. Cabia a ela fazer o recrutamento e a vigilância das moças que ali desempenhavam a sua função. As termas eram usadas como lugares de encontros, enquanto as chamadas Casas de Encontro eram mantidas por alcoviteiras, donos de estalagens e proxenetas, que mantinham a seu serviço duas ou três moças (ROSSIAUD, 1986).

Os conselhos municipais cuidavam das observações de algumas regras, tais como o fechamento dos bordéis e das termas em períodos de peste e durante algumas datas religiosas, como a quaresma e a natividade, permanecendo abertos fora destes períodos todos os dias, inclusive aos domingos.

A prostituta, naquela época, não era vista como uma “intocável”, como aconteceria mais tarde, no século XIX, como por exemplo, na França, quando eram obrigadas a trazer sinais indeléveis que as estigmatizavam e as tornavam reconhecidas pela população, a fim de que delas as pessoas se afastassem. De igual modo, os prostíbulos não eram locais fechados e as autoridades sequer procuravam confinar essas mulheres, que podiam ser vistas transitando livremente pelas ruas, tavernas, praças ou nas portas das igrejas (ROSSIAUD, 1986).

Já no século XIX e início do século XX ocorrem significativas transformações e atitudes a respeito do amor venal, momento em que o sexo passa a ser assinalado como uma das causas prováveis das mais variadas doenças venéreas e distúrbios de comportamento, como a histeria. A medicina, responsável por esse novo discurso, esquadrinhou o sexo, apontando as causas do onanismo infantil, a apoplexia dos idosos, as moléstias nervosas das mulheres e as degenerescências sexuais de origem racial (FOUCAULT, 1984).

Assim, a propagação de doenças venéreas que rapidamente se expandiam entre a população levou o poder público e a medicina a construir discursos com o objetivo de normatizar o sexo. Relembrando Foucault (1984), podemos afirmar que, com a emergência do capitalismo, os governantes passaram a se preocupar em gerir a vida da população e, conseqüentemente, centraram a sua atenção no corpo, com o propósito de adestrá-lo e torná-lo útil ao capital. O poder passou, então, a se interessar pelo que as estatísticas revelavam a respeito dos nascimentos, da mortalidade, da saúde e da duração da vida. É nesse momento que a população passa a ser alvo de constantes intervenções e controles reguladores, surgindo o que Foucault veio a denominar de uma “bio-política”. O poder público voltou os seus olhos

para a relação população/meio, buscando saber os efeitos que o meio geográfico, o clima, poderia produzir no homem-espécie.

Tendo este saber, a bio-política poderia definir onde fazer a sua intervenção e como combater as epidemias. Assim, a população tornou-se ao mesmo tempo um problema político, científico e biológico. Caberia a bio-política extrair ao máximo as forças da população, e para isso teve que impor normas e regulamentos. É neste contexto, como veremos mais adiante, que a prostituição acabaria sendo apontada como uma atividade imoral, e que precisava ser segregada.

No Brasil, o crescimento da prostituição no final do século XIX e início do século XX, acontece no quadro da expansão cafeeira e da industrialização de São Paulo e do Rio de Janeiro, que atraiu para estas grandes cidades um enorme contingente de trabalhadores, principalmente de imigrantes europeus. Assim, o rápido crescimento urbano verificado no final do século XIX, especialmente nessas cidades, fruto da explosão demográfica e da dinâmica econômica, provocou a proliferação de cortiços em suas áreas centrais, onde se aglomeravam trabalhadores pobres e super explorados. Esta situação levou as autoridades imperiais e, sobretudo, as republicanas a intensificarem o combate às doenças e o saneamento das cidades, mudando o seu desenho urbano para livrá-las dos cortiços e aglomerações consideradas nocivas, promíscuas e perigosas (RAGO, 1991).

As autoridades governamentais, desde então, passaram a se preocupar mais detidamente com as estratégias que visavam normatizar os comportamentos das pessoas e zelar pelos valores que consideravam moralmente válidos. O sexo, observado anteriormente somente como função reprodutiva ou como pecado, tornava-se agora objeto de estudo dos médicos, que em seus discursos o reduziam ao lícito e ao ilícito, ao permitido e ao proibido, ao saudável e ao doentio (FONSECA, 1982).

A medicalização da sexualidade, que marcou a sociedade moderna, no contexto do que Foucault (1986) chamou de bio-política, se desenvolveu, em larga medida, em torno da necessidade de combater as doenças venéreas. Nessa perspectiva, o Estado, a Igreja e a Escola elaboraram discursos com a intenção de moldar os comportamentos da população. No Brasil, segundo a historiadora Mary Del Priore (2000) a participação da Igreja na normatização dos costumes remonta ao período colonial, pois esta instituição religiosa teve um papel fundamental, principalmente no tocante a educação das mulheres, adestrando-as segundo os padrões morais vigentes na metrópole.

No século XIX, no contexto de formação do Estado Nacional, as autoridades governamentais, setores da elite e instituições como a Igreja e a Escola acreditavam que era fundamental, para a formação do Império Brasileiro, que a sua população seguisse os costumes europeus considerados civilizados. Nesses novos tempos, de novos papéis sociais, o saber científico passou a elaborar teorias que acabaram por padronizar a conduta social de homens e mulheres, interferindo e regulando as suas relações amorosas.

Nesse quadro, as mulheres foram responsabilizadas pela expansão das doenças venéreas. Aliás, desde a Idade Média, os discursos da Igreja e dos juízes leigos apontavam a mulher como agentes de Satã. Embora os homens as venerassem, o temor se fazia muito presente, fruto dessa bem elaborada representação. Apresentadas como venenosas e enganadoras, as mulheres foram acusadas de serem as responsáveis na terra pelo pecado, pela desgraça e a morte (DELUMEAU, 1989). Essa construção, contudo, tem raízes mais profundas, que remontam à Antigüidade. O cristianismo, ao se consolidar no final do Império Romano, reafirmou suas representações negativas a respeito da mulher, mantendo-a em posição de subordinação em relação aos homens. Para Tomás de Aquino, inspirado nesses preceitos cristãos, só havia um único sexo, alegando que a mulher era um macho diferente.

No Brasil, desde os primórdios da colonização, essa herança católica se fez presente, influenciando a educação feminina, relegando as mulheres a papéis subalternos, educando-as para viverem em função da família, a serem submissas aos pais e mais tarde, com o casamento, aos maridos. Foram adestradas para acreditar que a verdadeira felicidade somente poderia ser conquistada através de um bom casamento e de um lar repleto de filhos (PRIORE, 2000).

Ainda nessa ótica, na sociedade colonial, os casamentos nas camadas abastadas eram, por assim dizer, “negociados” entre as famílias, e, quase sempre, estavam baseados em interesses econômicos e pessoais dos pais ou dos tutores, que, ao escolherem os pretendentes das suas dependentes, pensavam, antes de qualquer coisa, no retorno econômico e social que a união poderia oferecer.

Já na segunda metade do século XIX, a inquietação com as doenças venéreas e o interesse em normatizar os comportamentos exigiram que novas regras fossem instituídas para a efetivação do contrato matrimonial. O compromisso mais importante de um casal era os filhos, que deveriam ser protegidos e educados para a defesa da raça e do Estado. Com isso, passava a ser exigida a adoção de um novo modelo de casamento, uma vez que agora o pré-requisito para uma união saudável era a escolha acertada do marido e da esposa, que segundo o critério dos médicos higienistas tinham que ser preferencialmente jovens, já que consideravam que a debilidade do organismo dos velhos poderia gerar filhos doentes (COSTA, 1989).

Os casamentos consanguíneos, bastantes habituais nos tempos da colonização, acabaram sendo condenados nos discursos médicos do século XIX, que os apontavam como uma das causas para o nascimento de crianças portadoras de doenças degenerativas. A escolha dos nubentes deveria se basear, então, nas suas condições físicas e morais. Ao homem era recomendado como esposas ideais mulheres que demonstrassem pureza de alma e o vigor

físico, condição fundamental para garantir a saúde da futura prole. Para as mulheres, os médicos aconselharam que o pretendente tinha que ser sadio, esbelto e, o mais importante, dono de uma moral impecável.

A higienização das relações amorosas e a normatização dos comportamentos contribuíram para que o homem fosse caracterizado pela frieza de sentimentos e pela sua capacidade intelectual, enquanto a mulher, no âmbito dessas representações, era estereotipada como passiva e meiga. O saber médico apregoava que a mulher possuía o físico débil e o temperamento frágil, entregando-se por isso mais facilmente às paixões, exigindo que os pais fossem mais severos com a educação das filhas.

A fragilidade do temperamento feminino, segundo os facultativos, tornava imprescindível que os pais educassem as filhas com todo o cuidado, afastando-as da leitura de romances considerados licenciosos, de determinadas conversas e do contato de péssimas companhias. Essa conduta, a ser adotada pelos pais, visava afastar as ameaças que pudessem “poluir” a conduta feminina, uma vez que poderia desviá-la do bom caminho, ao excitar a sua imaginação e seus desejos reprimidos.

A educação feminina, nesses termos, desempenhava um papel crucial para a construção de uma sociedade normatizada, cabendo à mulher a responsabilidade pela formação do caráter de sua prole. Assim, a ela foi negado o direito de ter uma profissão, pois, segundo o discurso imperante, fora criada para casar, cuidar do marido e seguir os seus instintos maternos.

Quando passaram a frequentar a escola, as mulheres, em geral, ocupavam classes separadas das dos homens, pois, de acordo com médicos, cientistas e juristas, o sexo feminino precisava receber uma educação escolar diferenciada à dos homens, já que consideravam que a sua capacidade intelectual era inferior.

É interessante evidenciar que estes discursos foram fabricados no momento em que as mulheres migravam para as cidades à procura de trabalho e se expunham pelas ruas como vendedoras ambulantes, transitando rumo às fábricas ou às confeitarias a procura de trabalho (PERROT, 1998).

O casamento proposto pelos médicos higienistas e a construção de estereótipos da figura feminina e masculina contribuíram para que outros comportamentos fossem considerados como desviantes, imorais, e, o que era tido como pior, improdutivos. Os libertinos, os homossexuais e os solteirões foram por isso duramente combatidos, uma vez que os seus hábitos e condutas sexuais representavam uma ameaça à sociedade higienizada.

No meio científico, os libertinos foram apontados como nocivos, devido às suas posturas classificadas como imorais, pois suas relações extraconjugais poderiam levar as doenças venéreas para o seio da família, prejudicando, desse modo, a saúde de suas esposas e filhos; quanto aos celibatários, foram criticados por suas relações sexuais improdutivas e por se casarem tardiamente, posto que, ao contraírem núpcias em idade avançada, favoreciam o nascimento de uma prole doente.

Já os homossexuais, por sua vez, foram apontados pelos médicos como os piores, ao alegarem que suas condutas sexuais iam contra a natureza masculina. Na visão desses médicos, as prostitutas eram as principais responsáveis pela proliferação da sodomia entre os militares brasileiros, justificando que o crescimento desta “anomalia” tinha como causas centrais os altos preços praticados pelas prostitutas no desempenho de suas atividades e o medo de serem contaminados por doenças venéreas (PERROT, 1998).

A literatura também não ficou imune e muitas obras acabaram sendo influenciadas pelos pressupostos científicos e o discurso moral que os acompanha. Em *O Cortiço*, por exemplo, Aluisio de Azevedo retrata o homossexualismo do personagem Albino,

apresentando-o ao leitor como um sujeito afeminado e fraco, desprezado pela sociedade por viver constantemente na presença feminina.

Numa época em que a conduta e hábitos da mulher estavam sendo moldados para que a atividade feminina ficasse restrita a família e às funções domésticas, as prostitutas, entre os grupos considerados improdutivos e maléficos à sociedade, ocuparam um lugar especial. Por atuarem fora do espaço doméstico e por manterem relações sexuais com vários homens, foram apontadas como “ ‘anormais’, ‘loucas’ ou ‘degeneradas natas’, isto é, eram em grande parte percebidas através de identidades perversas tão minuciosamente produzidas pelos médicos e inquestionavelmente reproduzidas pela sociedade até os anos de 1960” (RAGO, 1991, p. 58).

Acusadas pelo crescimento dos casos de sodomia, de serem as responsáveis pela propagação da sífilis e de outras doenças venéreas, estas mulheres passaram a ser estigmatizadas pelas autoridades públicas, pelos juristas e, sobretudo, pelos médicos.

Em suma, o discurso médico do final do século XIX construiu a representação da prostituição como sinônimo de doenças e, conseqüentemente, do perigo da morte. Mas, além dos discursos científicos, a prostituição também foi abordada em muitas obras literárias. Na literatura brasileira, o romance *O Cortiço*, do naturalista Aluísio de Azevedo, já citado, descreve a *cocote* Leonie, caracterizada como *mundana, luxuriosa, preguiçosa e aliciadora*. No desfecho da trama, o autor narra o fato de que foi justamente a companhia de Leonie que acabou por perverter Pombinha, menina criada no cortiço, levando-a se entregar ao meretrício.

Numa outra vertente literária, mais precisamente o romantismo europeu, essa temática da prostituição se faria igualmente presente. O exemplo clássico é *A Dama das Camélias*, romance de Alexandre Dumas Filho, que descreve a prostituta Marguerite Goutier como uma pobre criatura, fruto de uma péssima educação. Na opinião da personagem Armand Duval, as

prostitutas mereciam a misericórdia de todos, reconhecendo que a vida dessas mulheres eram profundamente marcadas por dois caminhos – a estrada da dor ou a do amor.

No Brasil, ao final do século XIX, além das autoridades governamentais apontarem a expansão urbana e a imigração européia como fatores responsáveis pelo crescimento da prostituição e, conseqüentemente, da sífilis, também o associaram ao fim da escravidão. Na perspectiva dessas autoridades, a Abolição, ao provocar a falta de oferta de emprego para ex-escravos, atingiu sobremaneira as mulheres originárias dos estratos sociais inferiores, cujos baixos salários acabaram por levar muitas a viverem abaixo da linha da miserabilidade, ingrediente este fundamental para explicar a proliferação do meretrício nas regiões mais urbanizadas. A prostituição, nesse sentido, passava a ser olhada também como um produto social.

Todavia, essas considerações de cunho social não prevaleceram. Em sua maioria, apesar das mais variadas apreciações sobre as causas da prostituição, os médicos justificavam-na como resultado do luxo, da liberdade absoluta, da preguiça, da falta do cuidado materno, da literatura imoral e dos maus exemplos, presentes no cotidiano feminino (FONSECA, 1982).

Fundamentados na sua autoridade, legitimada pela ciência e baseados na documentação hospitalar, como relatórios e guias de internação, os médicos anunciavam que as doenças venéreas se alastravam assustadoramente, e, de maneira preferencial, entre as camadas populares. Essa constatação fez com que as discussões sobre a sífilis e a prostituição se intensificassem no interior da Academia Imperial de Medicina. Os debates acalorados aí travados acabaram dividindo as opiniões sobre a prostituição e suas causas. Para alguns médicos a prostituição era fruto de uma péssima educação, enquanto que outros a associavam às condições sociais. Para estes, quanto mais pobre a prostituta, maior era o perigo que ela representava para a sociedade, pois o seu corpo, tomado por moléstias como a sífilis, consistia

em um fator de degeneração física e moral dos corpos saudáveis, tornando-os inúteis e doentes (ENGEL, 2004).

As representações sobre as prostitutas como as grandes vilãs da propagação da sífilis, e de outras doenças venéreas, mobilizou um grande número de médicos, ao final do século XIX, na defesa da regulamentação da prostituição, tida como a pedra de toque na profilaxia dessas doenças. No entanto, a idéia de submeter à prostituição a um controle rígido não era inovadora. Na França, desde pelo menos o início do século XIX, o medo da sífilis e das demais doenças venéreas já havia levado as autoridades públicas francesas a seguir os conselhos de médicos e sifilógrafos, como Parent-Duchâtelet, a colocá-la em prática. Na opinião deste médico, a regulamentação era uma questão vital, pois considerava a sífilis pior do que as pestes e dizia que “de todas as doenças que podiam afetar a espécie humana por meio do contágio, e que colocava à sociedade os mais graves prejuízos, nenhuma é mais grave, mais perigosa e mais temida do que a sífilis” (ENGEL, 2004, p. 30).

Com a regulamentação, as meretrizes francesas passaram a ser fichadas pela polícia e controladas pelos médicos, dos quais recebiam visitas, regularmente. Em caso de constatação da sífilis, eram encerradas em hospitais - prisões, como o Saint Lazar (PERROT, 1998). Partidários das representações sobre as prostitutas, acima mencionadas, impressionados pela experiência francesa e pelo crescimento da doença no Rio de Janeiro, muitos médicos e chefes de polícia brasileiros começaram, aos poucos, a advogar a favor da regulamentação do amor venal, acreditando veementemente que esta era a melhor profilaxia no combate a tão terrível enfermidade.

De acordo com Carrara (1996), as propostas de adoção do controle sanitário da prostituição, sugeridas pelos médicos brasileiros, deveriam contar com a participação da polícia, com o objetivo de segregar as prostitutas em espaços fechados, tornando-as socialmente “invisíveis”. Com a regulamentação, as prostitutas deveriam ser expulsas dos

centros das cidades, das vias públicas e cotidianamente vigiadas. Carrara (1996), entretanto, atento aos diferentes discursos, enfatiza que, enquanto os médicos associavam o controle da prostituição ao combate das doenças venéreas, os chefes de polícia eram mais ciosos em defendê-lo com base em argumentos morais.

A participação da polícia na regulamentação da prostituição mereceu a crítica de renomados sifilógrafos, como, por exemplo, a de Silva Araújo, que em discurso proferido aos seus pares na Academia Nacional de Medicina argumentou que as meretrizes, caso viessem a ficar sob a tutela exclusivamente policial, acabariam expostas às arbitrariedades dos chefes de polícia; pois, na sua opinião, o controle da propagação das doenças venéreas deveria ser uma atribuição dos médicos e não da polícia (RAGO, 1991).

Na verdade, o Código de Processo Criminal, conferia aos chefes de polícia o dever de zelar pela moral e os bons costumes, tendo inclusive a prerrogativa de “obrigar a assinar termo de bem viver aos vadios, mendigos, bêbados por hábito, prostitutas que perturbam o sossego público e aos turbulentos que, por palavras e ações ofendem os bons costumes, a tranqüilidade pública e a paz das famílias” (FONSECA, 1986, p. 40).

Opondo-se ao controle da prostituição, os abolicionistas teceram severas críticas aos regulamentaristas, censurando-os duramente, argumentando que essas medidas não seriam eficientes para combater as doenças transmitidas sexualmente, como a sífilis. Alegavam, ainda, que as mulheres venais resistiriam às medidas de controle, o que favoreceria o aumento da prostituição clandestina. Defendiam, também, que a regulamentação era uma medida arbitrária e unilateral, pois atingia exclusivamente as mulheres, e isso não resolvia a questão, na medida em que a prostituição era um comércio que envolvia os homens.

Outros abolicionistas alegaram que a regulamentação era imoral, por reconhecerem que a prostituição deveria ser encarada como uma profissão. De acordo com as suas

ponderações, o combate à prostituição e à propagação da sífilis somente seria obtido com a contenção sexual do homem (ENGEL, 2004).

Outra vertente a se posicionar sobre essa problemática foi a dos neo-regulamentaristas, influenciados pelo médico francês Alfred Fournier, que pregava a regulamentação da prostituição por razões sanitárias. Os chamados neo-regulamentaristas se diferenciaram por defenderem a criação de hospitais - prisão, para o tratamento de prostitutas doentes. A polícia, nesse projeto, teria uma função importantíssima, caberia a ela fazer o recenseamento das meretrizes. Mais ainda, que as prostitutas com sintomas da sífilis deveriam ser conduzidas imediatamente aos médicos para tratamento.

Propunham, também, uma ação educadora para o combate dessa doença, na qual a população seria conscientizada sobre o seu perigo. Uma estratégia fundamental a ser seguida no combate da moléstia dizia respeito à criação de serviços terapêuticos, além de uma legislação que previsse o delito do contágio venéreo, o controle das doenças sexualmente transmissíveis e a regulamentação das amas de leite (FONSECA, 1986).

As discussões acerca da regulamentação da prostituição permaneceram como tema dos debates médicos até o final do século XIX. Contudo, apesar do clamor e do tom alarmante usado pelos sifilógrafos na defesa da regulamentação, a medida nunca chegou a ser viabilizada no Brasil, talvez pela falta de recursos administrativos ou pela constatação de que os países que a adotaram não obtiveram resultados favoráveis.

Nesses países, como a França, por exemplo, constatou-se que a regulamentação acabou provocando o crescimento da prostituição e da sífilis. Contudo, apesar da prostituição não ter sido regulamentada, e nem sequer segregada, os legisladores brasileiros não ficaram alheios ao problema, procurando elaborar regras de conduta para normatizar os comportamentos das meretrizes. Já no início da primeira metade do século XIX a prostituição foi enquadrada na Constituição de 1824 e no Código Criminal de 1830 como desordem moral

e social, e a sua repressão passou a fazer parte da ação policial, como quaisquer outros crimes (FONSECA, 1986).

Com o advento da República, o Código Penal de 1890, apesar das significativas alterações em relação ao código anterior, continuou a considerar o amor venal como um ultraje ao pudor (artigo 283). Todavia, Magali Engel (2004, p. 30), reflete sobre essa questão e comenta ser possível “ir mais além e afirmar que o problema extrapolava o âmbito da legislação criminal. No Rio de Janeiro, por exemplo, o Código de Posturas de 1832 também estabelecia que as meretrizes seriam punidas se os seus comportamentos ameaçassem a tranquilidade e a moral públicas”.

Portanto, desde a primeira metade do século XIX, independente da sífilis ser uma ameaça, já se pregava que a prostituição era um mal e por isso deveria ser então vigiada e silenciada. Desta forma, observa-se que o Código de Posturas de 1832 procurou normatizar os comportamentos desviantes das meretrizes e das mulheres rotuladas de turbulentas.

A respeito da violência sexual contra a mulher, vale observar também que a legislação brasileira classificava o estupro como um crime contra a honra. O Código Criminal do Império, aqui tantas vezes mencionado, estabelecia que a cópula carnal com uma mulher honesta por meio da violência, por exemplo, previa penas que podiam variar de três a dez anos. No entanto, a punição podia oscilar entre dois meses a dois anos de reclusão, caso a ofendida fosse uma prostituta. Entretanto, procurando amenizar o problema, a violência sexual contra a mulher honesta podia ser perdoada, caso o violentador se dispusesse a casar com a vítima. (FONSECA, 1986).

1.4 Trabalho sexual

No Brasil o ato de prostituir-se não é caracterizado como crime, mas a atividade do entorno da prostituição sim. Vale lembrar que o Código Penal Brasileiro foi escrito em 7 de

dezembro de 1940.

A defesa da prática da prostituição está embasada em argumentos moralistas, em que há uma tentativa de defesa da ordem social e a preservação das famílias. Houve várias tentativas de regulamentação da prostituição no Brasil que ocorreram em diferentes períodos e em diferentes cidades. A partir dos exemplos citados no capítulo anterior, entendo que as medidas que visavam regulamentar a atividade da prostituição tinham como orientação o modelo do “mal-necessário”, no qual o autor também embasa sua defesa da prática da prostituição. Ele ainda esclarece que a prostituição pode sim ser tolerada, entretanto, “a ordem jurídica faltaria à sua finalidade se deixasse de reprimir aqueles que, de qualquer modo, contribuem para maior fomento e extensão dessa chaga social” (HUNGRIA, 1947, p. 270). Parece que ainda hoje este é o argumento que estrutura as tentativas de regulamentar a prática da prostituição no mundo inteiro.

Para um melhor entendimento do argumento sugerido é preciso saber como está, atualmente, a situação jurídica da prostituição em alguns desses países.

Para Alves (2002) p. 15, por exemplo:

Na França, [a prostituição] não é proibida, mas também não é legal, e o proxenetismo é considerado infração. Nos Países Baixos, a lei de 28/10/99, que vigora desde 01/10/00, dá autonomia ao Conselho Municipal para fixar condições relativas ao exercício da prostituição e abole a condenação ao proxenetismo desde que a prostituição seja voluntária. A Espanha, desde 1995, não sanciona o proxenetismo de maneira geral. A Suécia proíbe os serviços sexuais em todas as circunstâncias: o cliente é multado e pode pegar até seis meses de prisão (segundo lei de 01/01/99). Do ponto de vista jurídico, somente a Bélgica as tem como trabalhadoras independentes, e com exceção dos Países-Baixos, a ausência de reconhecimento jurídico as impede de dispor de uma cobertura social completa, obrigando-as a fazerem um plano de saúde particular. No entanto, normalmente, elas pagam impostos, pois isso independe da legalização da atividade.

Cada instituição governamental encontrou diferentes maneiras para regular a prostituição: em um país não é proibida, mas também não é legal, em outro país, o

proxenetismo é crime e, em outro pode não ser, até o cliente pode ser entendido como criminoso.

Historicamente há três regimes jurídicos que orientam o exercício da prostituição no mundo inteiro: proibicionismo, abolicionismo e regulamentarismo.

O abolicionismo prega a criminalização da prática da prostituição, numa tradição que remonta à Idade Média. Contudo, ainda hoje, nos Estados Unidos esta medida é adotada como a legislação da atividade da prostituição. Nesse regime a tolerância à prostituição é discriminatória e severas sentenças de prisões são ordenadas para todos aqueles que se envolvem direta ou indiretamente com esta prática (BRASIL, 2002).

Em 1951, o Brasil (assim como todos os países católicos) assinou o Tratado Abolicionista Internacional, na ONU, e a partir daí assumiu uma postura de luta pelo fim da atividade da prostituição. A proposta do Abolicionismo é eliminar a atividade da prostituição e, desta forma, reinserir estes sujeitos entendidos como vitimizados na sociedade. Até porque, para o Abolicionismo, a prostituta é uma vítima do sistema sócio-econômico opressor. Especificamente, este tratado tolera a prostituição, pois não penaliza quem se prostitui, mas sim àqueles que fazem parte do mercado de sexo. É importante reafirmar que os países que têm esta visão abolicionista sobre o exercício da prostituição são contra sua regulamentação.

No Sistema Regulamentarista, a prostituição não é completamente legal, nem completamente ilegal. Algumas normas são toleradas e outras e normalmente o exercício da prostituição é controlado pela instituição policial. Há a defesa de um controle sanitário, afinal as prostitutas são compreendidas como a causa de muitos problemas de saúde. Vários países que utilizam esse sistema para organizar o exercício da prostituição, entre eles: Alemanha, Áustria, Suíça, Equador, Uruguai e Chile.

No Equador as prostitutas trabalham legalmente apenas em bordéis supervisionados, mas a prostituição que acontece nas ruas ainda é considerada ilegal. Na Suíça, o registro de

prostitutas é feito junto às Delegacias de Polícia, e essas mulheres só ganharão o certificado de “Boa Conduta” depois de comprovarem o não exercício da prostituição por três anos. Já na Alemanha e na Áustria as prostitutas precisam manter periodicamente atestados obrigatórios da sua boa saúde.

A prostituição no Uruguai é regulamentada. O principal direito assegurado para esta profissional é a aposentadoria como profissional do sexo, com 30 anos de serviço ou com 55 anos de idade.⁴ No entanto, essas pessoas são obrigadas a freqüentar gratuitamente a rede pública hospitalar, onde realizam exames de DST e de AIDS de três em três meses. Ao mesmo tempo, as profissionais do sexo não têm o direito de receber um certificado de “Boa Conduta”, documento este necessário para mudar de emprego e para tirar passaporte.

Já houve diferentes tentativas de regulamentar, proibir ou tolerar o exercício da prostituição ao longo das últimas décadas tanto em outros países como no Brasil. Contudo, olhando mais atentamente algumas dessas propostas, nota-se que o que está no bojo do debate não é exatamente a proposta de transformação ou melhoria de vida das pessoas envolvidas no mercado da prostituição, mas antes, as vantagens e desvantagens desta transformação social para o Estado. Além disso, já foi comentado que essas tentativas de legalizar a prática da prostituição, na sua maioria, explicitavam modelos higienistas da época. Aliás, argumento este ainda hoje utilizado para acabar com os chamados “grupos de risco”, através dos quais a AIDS começou a ficar conhecida no mundo inteiro (CAMPOS, 2002).

Em uma rápida pesquisa sobre projetos de leis que tratam do assunto da prostituição que transitaram no Congresso Nacional nos últimos anos, percebe-se que, apesar da diversidade, há uma regularidade entre todos eles, de forma implícita: é a concepção da prostituição como um “mal necessário” (exceto o Projeto de Lei nº 98/2003 de autoria do deputado federal Fernando Gabeira). Este trabalho tratará especificamente de dois deles: o

⁴ Informação obtida por meio do grupo de discussão *indústria del sexo*.

Projeto de Lei nº 3436 do deputado federal Wigberto Tartuce e o Projeto de Lei nº 98/2003 de autoria do deputado federal Fernando Gabeira⁵.

O primeiro desses projetos foi longamente debatido no ano de 1997. Naquela época, o deputado federal Wigberto Tartuce propôs que o exercício da prostituição se tornasse legal, embora proibindo a profissão a menores de 18 anos. Os (as) profissionais do sexo teriam sua inscrição na Previdência Social, na qualidade de autônomos. No entanto, a lei também obrigava os (as) profissionais do sexo a manterem um cadastro em alguma unidade de saúde, onde fariam um exame mensal de DSTs. O resultado do exame seria anotado em um cartão de saúde. No Projeto de Lei nº 3436 estava ressaltada uma condenação ao incentivo ou à exploração da prostituição, ou seja, ter um estabelecimento de prostituição permaneceria sendo crime. Tal projeto ficou em tramitação no congresso até 1999, quando acabou sendo arquivado (CAMPOS, 2002).

Este projeto de lei é mais uma comprovação de que as autoridades públicas, quando pretendem tomar atitudes práticas em relação à prostituição, acabam sempre restringindo a cidadania dos (das) profissionais do sexo. No entanto, isto sempre aparece mascarado por uma suposta concessão de cidadania.

Comparando-se os argumentos usados pelas autoridades nas décadas de 20 ou 30 com os usados pelo deputado Tartuce, é possível encontrar pontos em comuns. Um deles é a importância da higienização – através do controle e da obrigatoriedade de exames de DST – e o outro é a necessidade de punir os chamados “exploradores” da prostituição. Dentro desta lógica, pode-se presumir o quanto este projeto de lei ainda foi concebido a partir de uma avaliação moral e de uma determinada concepção da sexualidade. A obrigatoriedade do exame mensal de DST coloca as (os) profissionais do sexo como as únicas cidadãs obrigadas a esta prática. Entretanto, não preciso ressaltar que elas não são as únicas a manterem uma

⁵ A fonte usada para conhecer esses projetos foi o site da Câmara do Deputados: www.camara.gov.br (acessado em agosto de 2005).

vida sexual ativa, com múltiplos parceiros. E, ao reforçar que os donos de estabelecimentos de prostituição são “exploradores” dos profissionais do sexo, se está impossibilitando a relação de trabalho entre os dois grupos, afinal, “a relação é considerada crime” (LEITE, 2002). Portanto, qualquer possibilidade de reestruturação no negócio da prostituição parece estar impedido.

Em 19 de fevereiro de 2003 o deputado federal Fernando Gabeira apresentou no Plenário da Câmara Federal dos Deputados o Projeto de Lei nº 98/2003 em que propôs a legalização da atividade da prostituição no país.⁶ O Projeto tornou-se um assunto especial para ser debatido em diferentes segmentos da sociedade brasileira. Gabeira afirmou ter se inspirado no projeto de legalização da atividade da prostituição aprovado na Alemanha. Naquele país, a prostituição foi implementada como um emprego legítimo e, assim, o favorecimento à prostituição deixou de ser crime. O principal ponto em comum em ambos os projetos – o da Alemanha e o proposto por Gabeira – é também o diferencial deste último: deixar de manter a diferença legal entre a atividade de se prostituir e a quem ela favorece. Se a primeira é lícita, não há porque penalizar a segunda categoria.

O projeto de lei nº 98/2003 dispõe sobre a exigibilidade de pagamento por serviço de natureza sexual e a supressão dos artigos nº 228, 229, 231 do Código Penal Brasileiro.

Na primeira parte do Projeto de Lei há a garantia de que os serviços de natureza sexual sejam pagos, incluindo aqui todo o tempo que o profissional dispensar para com quem o contratou. Isto significa que o contratador deve se responsabilizar pelo pagamento de todo o tempo que o profissional ficou a sua disposição, mesmo que ele não venha prestar um serviço sexual: o que conta é a permanência da prostituta com o cliente, e não exatamente o que acontecerá entre eles. O exercício da prostituição se tornaria legalmente entendido como uma

⁶ Depois da apresentação do Projeto de Lei no Plenário dos Deputados o mesmo tem tramitado por diversas coordenadorias e comissões. Em setembro do ano passado o relator, deputado federal Chico Alencar, deu seu parecer favorável ao projeto apresentado por Gabeira. Nos últimos meses o projeto está na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania e o deputado federal Aloysio Nunes Ferreira é o atual relator.

prestação de serviços. Gabeira⁷ explicou como funcionaria o pagamento pelo tempo de serviço que o projeto propõe:

“Se ela [prostituta] for contratada para ficar duas horas com um cliente, receberá o equivalente a esse tempo. Se o cliente só quis conversar com a prostituta, deverá pagar pelo tempo que ficou com ela. Isso pode funcionar com um contrato, que pode ser verbal ou não, seguindo o mesmo padrão de um técnico que cobra por hora”.

Aqui há a proposta de uma mudança estrutural em relação à prática da prostituição, pois redefine a função do sujeito que se prostitui, que não estaria mais ligado apenas à prática sexual. Englobam-se outras práticas, muito comuns em zonas de prostituição: conversar, introduzir objetos, dançar, fazer parte de cenas teatrais, enfim, práticas em que o profissional acaba não se envolvendo, sexualmente, mas que não deixa de ser uma prestação de serviço com natureza sexual.

No projeto também está previsto que apenas a pessoa que prestou o serviço exigirá o pagamento. E, na seqüência, com o direito econômico dessa pessoa que se prostituiu garantido, o projeto propõe descriminalizar as condutas de favorecimento à atividade da prostituição, a manutenção dos estabelecimentos de prostituição, bem como o tráfico de mulheres com o objetivo de colocá-las no exercício da prostituição.⁸ Apenas o rufianismo, prática de tirar proveito da prostituição alheia, permanece crime.

O projeto aqui tratado se diferencia de todos os outros que buscaram legalizar a atividade da prostituição em nosso país, principalmente porque busca descriminalizar o mercado de sexo que se dá a partir do exercício da prostituição. Entretanto, é preciso discutir alguns pontos que parecem pouco explicados.

⁷ Informações retiradas do site oficial do deputado federal Fernando Gabeira: <http://www.gabeira.com.br> (acessado em julho de 2005).

⁸ Pelo Projeto de lei nº 98/2003 está previsto o suprimento no Código Penal de artigos que tipificam como crime o favorecimento da prostituição, o tráfico de mulheres para fins de prostituição e a manutenção de casas de prostituição. De todos os tipos criminais apenas o rufianismo permanecia sendo considerado crime.

Se a prostituição fosse regulamentada a partir deste projeto de lei, os sujeitos que se prostituem passariam a ter direito a um contrato de trabalho, salário, carteira assinada, aposentadoria, 13º salário, salário maternidade, assistência médico-hospitalar, enfim, todos os benefícios legais de um trabalhador comum. Mas, afinal, como na vida prática se organizaria a atividade da prostituição?

Diferenças à parte entre os projetos que, aliás, são imensas, nenhum deles parece ter se dado conta de um item fundamental (diria uma pré-condição) na tentativa de qualquer tipo de transformação: o consentimento e o reconhecimento dos sujeitos sociais que estão diretamente ligados ao projeto. Poucas prostitutas com quem conversei conheciam o projeto de Gabeira, e mesmo aquelas que já tinham ouvido falar não estavam de acordo com ele. Por que razão as prostitutas eram contra a legalização, se a princípio ele parecia lhes trazer vantagens? As prostitutas queriam saber como seriam resolvidos seus problemas cotidianos: se o dono do estabelecimento de prostituição seria seu chefe, se precisariam cumprir horários, se poderiam transitar pelos estabelecimentos, se trabalhariam quando menstruadas, doentes, mal-humoradas, sem vontade, apaixonadas, com dinheiro no bolso. Além das pertinentes questões colocadas pelas prostitutas, também se questiona como se calcularia o salário? A jornada de trabalho? Os imponderáveis da vida na prostituição (doenças, indisposições, menstruação, chuva, entre tantos outros)? Gabeira comenta o problema do salário mensal. Para o deputado o salário poderia ser organizado de muitas maneiras: No caso daquelas que trabalham em bordéis, pode existir um salário fixo, que independa do número de pessoas com quem ela saia, e comissões combinadas com o dono do estabelecimento. Na Alemanha, onde esta questão está amadurecida, existem lugares em que a prostituta trabalha com um piso salarial e ganha comissões, como se fosse um comerciante.

Outra questão polêmica está no fato de que o deputado propõe a revogação do artigo penal que se refere ao tráfico de mulheres. A partir disso, algumas entidades (principalmente

religiosas) que trabalham no mundo da prostituição o criticaram em demasia, afirmando que o deputado estaria beneficiando o tráfico de mulheres. Para Nalu Faria, coordenadora da Sempreviva Organização Feminista (SOF), o artigo que se refere ao tráfico de mulheres tem que existir, principalmente, porque o Brasil está entre os países que têm um grande número de traficantes de mulheres. Gabeira mostrou ser contrário ao tráfico de mulheres e explicou que a proposta da revogação desse artigo aconteceu em razão de uma ordem técnica:

a legislação brasileira já prevê o crime de tráfico de pessoas. Qualquer tráfico de pessoa seja mulher, homem ou criança, está no Código Penal. Tanto é crime levar mulheres para se prostituírem na Espanha quanto encaminhar qualquer outro trabalhador para os Estados Unidos e empregá-lo clandestinamente. Caso a prostituição seja regulamentada, o artigo específico perde a razão. O tráfico de mulheres continuará a ser punido, mas dentro do contexto do tráfico de pessoas (GABEIRA, 2005).

Este é um debate difícil, até porque quase sempre o tráfico de mulheres está ligado à prostituição feminina. A mudança que Gabeira propõe é importante na tentativa de um outro “olhar” para a atividade, em que não se veja os sujeitos na prostituição apenas como vitimizados e explorados, não que esses casos não aconteçam, no entanto, não se trata apenas dessa situação. O tráfico de pessoas não é sinônimo de prostituição.

Além disso, segundo o projeto, aqueles sujeitos entendidos como “exploradores das prostitutas” deixariam de ser legalmente reconhecidos como criminosos. Mas, afinal, como seria possível agenciar esta relação a partir de normas legais? Em diversos artigos e depoimentos em diferentes sites, percebeu-se que havia uma preocupação em comum: ao se descriminalizar o “explorador das prostitutas”, não se estaria estimulando essa prática e, na mesma lógica, não haveria um incentivo à Indústria do Sexo? Para Gabeira qualquer pessoa que explore uma outra está sujeita a ser condenada e, portanto, este tipo de punição não precisa especificar a prática da prostituição (a mesma lógica usada na questão apresentada acima). Inclusive, este tipo de olhar sobre a relação da prostituição continua colocando o

sujeito que se prostitui no lugar da vitimização – alguém que o explora –, o que enaltece a compreensão da atividade como um problema social.

O projeto de lei apresentado por Gabeira é um passo na estruturação do exercício da prostituição em nosso país, entretanto, há um grave problema: as diversas questões não respondidas, as quais impossibilitam pensar a vida prática da prostituição. Na forma que está colocado parece que há mais uma tentativa de liberação do comércio que envolve a atividade da prostituição, do que realmente uma defesa do sujeito que se prostitui. Portanto, talvez, antes de possibilitar benefícios sociais e direito a organização sindical, fosse mais importante realizar um trabalho de base junto ao grupo específico, com o intuito de saber qual o melhor caminho para a legalização do exercício da prostituição no Brasil.

A discussão relativa a consideração do trabalho sexual uma forma de trabalho tem se polarizado em dois grandes grupos. Ambos embasam seus argumentos a partir de perspectivas feministas. O primeiro deles é formado por autoras que se definem como feministas radicais e compreendem a atividade da prostituição como um ato de submissão/escravidão da mulher. Já o outro grupo, encabeçado por feministas liberais, entende a atividade da prostituição como uma escolha.

Segundo os autores do primeiro grupo, a prostituta não teria nenhuma liberdade de escolha; ela seria sempre forçada; por conseguinte, a prostituição seria um ato obrigatório e, neste sentido, compreendida como uma forma de escravidão (DAVIDSON, 1996). Além disto, há dois outros elementos que constituem os argumentos desse grupo: prostituição é entendida como a manifestação da dominação masculina, e as prostitutas, ao exercerem tal atividade, venderiam seu corpo.

Raymond (2003), num artigo em que apresenta 10 razões para a não legalização da prostituição, afirma que as prostitutas não fazem uma escolha racional quando se prostituem, essa atividade é usada como um recurso de sobrevivência. O senso comum e, também em

artigos sobre o tema, trata as prostitutas como pertencentes às classes menos favorecida e, por isso, com dificuldades de terem acesso ao mercado de trabalho:

Elas [as prostitutas] não se sentaram e decidiram que queriam ser prostitutas. Ao contrário, tais 'escolhas' seriam melhor descritas como 'estratégias de sobrevivência'. Mais que um consentimento, a mulher prostituta aceita as únicas opções que lhes são oferecidas. Seu consentimento se baseia no fato de ter de se adaptar às condições inadequadas que são estipuladas pelo cliente que lhe paga para fazer o que ele quer (RAYMOND, 2003, p.7).

Fonseca (1996) também afirmou que a atividade da prostituição é uma opção “nada desprezível” para as mulheres com origem humilde e de baixo nível de escolaridade. Mas, ao mesmo tempo, a autora concluiu que a partir de suas outras pesquisas em morros porto-alegrenses nunca encontrou alguma mulher com um projeto de emprego ligado a sua realização pessoal: “as ocupações femininas são subordinadas à trajetória da mulher enquanto noiva, mulher e mãe” (FONSECA, 1996, p. 22). Estratégias ou não de sobrevivência, interessa apenas o fato de haver uma centena de motivações que podem ou não levar as mulheres ao exercício da prostituição.

Também chamo a atenção, a partir da passagem citada por Raymond (2003), para o lugar que a prostituta ocupa na sua relação com o cliente. Para este grupo de feministas radicais, o exercício da prostituição é a corporificação, sem ambigüidades, da opressão masculina. A atividade da prostituição é vista como um ato de exploração, abuso e violência contra a mulher, o que acaba por restringir a liberdade e os seus direitos de cidadania. Hughes (2004) também defende esta linha de argumentos: para a autora, “prostituição é a procura de mercado criada por homens que compram e vendem a sexualidade feminina para seu benefício pessoal e seu próprio prazer”. A afirmação da autora me fez refletir sobre o que se compraria e se venderia no mercado da prostituição: seria a sexualidade feminina o que estaria à venda neste mercado? Para o grupo em questão parece mesmo que é a sexualidade da prostituta que está expressa no seu corpo que está à venda, aliás, este é o cerne da sua

proposta. Segundo Nussbaum (2002, p. 15) “Diz-se, do significado social dessas transações, tanto que as capacidades são transformadas em objetos para o uso e o controle dos homens, como também que as próprias atividades estão se transformando em mercadorias e, desse modo, sendo despojadas de seus melhores valores”. A partir deste ponto de vista, toda e qualquer transação que uma elementos financeiros e sexuais de mulheres deve ser compreendido como uma relação danosa e alienante para as mulheres.

Pateman (1993) é outra entusiasmada autora que defende estes argumentos. No capítulo em que aborda a questão da prostituição, em seu livro *O Contrato Sexual*, a autora dialoga com o grupo teórico contratualista (as feministas liberais) – aquele que defende que a prostituição é um trabalho e a prostituta uma trabalhadora e, portanto, possível de manter contratos de trabalho –, idéia esta que Pateman (1993, p. 296) rebate afirmando:

O contrato de prostituição é um contrato feito com uma mulher e, portanto, não pode ser igual ao contrato de trabalho, um contrato entre homens. Apesar de o contrato de prostituição ser selado no mercado capitalista, ele ainda difere em alguns aspectos significativos do contrato de trabalho. Por exemplo: o trabalhador sempre entra em um contrato de trabalho com o capitalista. Se a prostituta fosse um trabalhador qualquer, o contrato de prostituição também envolveria sempre um capitalista, embora normalmente o homem que participa do contrato seja um trabalhador.

Para a autora, a prostituta é um exemplo da estrutura patriarcal moderna da sociedade ocidental. Segundo a autora o patriarcado constitui uma forma do poder político em que há a premissa de um direito patriarcal natural. Pateman (1993) afirma que houve três ondas de debates a respeito do patriarcado, sendo que a última etapa começou com o renascimento do movimento feminista e vigora até os dias atuais. Apesar dos problemas que muitas feministas encontram na utilização do patriarcado para melhor compreender a sociedade, para Pateman (1993, p. 39) ele não pode ser deixado de lado, pois é:

“o único conceito que se refere especificamente a sujeição da mulher, e que singulariza a forma de direito político que todos os homens exercem pelo fato de serem homens. Se o problema não for nomeado, o patriarcado

poderá muito bem ser habilmente jogado na obscuridade, por debaixo das categorias convencionais da análise política”.

Com isso, a autora ainda retoma a importância de refletir sobre o patriarcado à luz do contrato sexual e da economia capitalista: “as aptidões que permitem aos homens, mas não às mulheres, serem ‘trabalhadores’ são as mesmas capacidades masculinas exigidas para ser um ‘indivíduo’, um marido e um chefe de família. A história do contrato sexual começa, portanto, com a construção do indivíduo” (PATEMAN, 1993, p. 63). Essa mesma lógica é usada para pensar a questão da prostituição.

Outra questão que a autora debate com os contratualistas diz respeito à defesa que esse grupo faz da universalização da prostituição. Para os contratualistas, o fato de o maior número de pessoas que exercem o exercício da prostituição ser do sexo feminino é apenas uma característica acidental na discussão, pois o que interessa é compreender a prostituição como um contrato entre dois indivíduos. Pateman (1993) discorda; para a autora a história do contrato sexual explica a razão de que a maioria das prostitutas seja mulher: o problema é que a prostituição “faz parte do exercício da lei do direito sexual masculino, uma das maneiras pelas quais os homens têm acesso garantido aos corpos das mulheres” (PATEMAN, 1993, p. 287). Portanto, as prostitutas precisam ser mulheres, visto que a prostituição se originaria de uma necessidade sexual natural dos homens.

O segundo grupo é formado por acadêmicas e militantes de organizações e é conhecido como feministas liberais ou contratualistas. Além do que já foi dito acima, é importante ressaltar que para esse grupo, a prostituição feminina é compreendida a partir de um ato de escolha; acredita-se que as prostitutas fizeram uso do seu direito de escolha na decisão de se prostituir e, em razão disto, a prostituição deve ser considerada como um trabalho qualquer, pois mantém a lógica do mercado capitalista: a troca monetária. A outra questão diz respeito à ponderação sobre a liberdade de escolha das prostitutas em que ficam de fora, em absoluto, crianças que se prostituem.

As feministas liberais trouxeram à tona um dos principais questionamentos: a prostituta vende seu corpo ou serviços sociais/sexuais? Para as contratualistas, a prostituição é um trabalho, uma vez que as prostitutas estabelecem um contrato a partir de uma combinação especificando um tipo de trabalho por um período de tempo e uma quantidade de dinheiro. Rostagnol (2000, p. 99) também defende esta idéia ao afirmar que “a prostituta não vende a si mesma, nem, sequer, suas partes sexuais, mas estabelece um contrato de serviços sexuais”.

1.5 Processos educativos e o educar-se

*Quantos somos, não sei... Somos um, talvez dois, três, talvez, quatro; cinco,
talvez nada
Talvez a multiplicação de cinco em cinco mil e cujos restos encheriam doze
terras
Quantos, não sei... Só sei que somos muitos – o desespero da dízima
infinita...
Vinícius de Moraes, O poeta, in Antologia Poética.*

Viver é conviver. É relacionar-se. Somos seres de relação. Somos incompletos. Sem o outro não existimos. Esse é o caráter relacional do ser humano; essa é a grande percepção do humanismo de Paulo Freire. Somos incompletos porque relacionais, porque não existimos sem a relação com o outro. Somos incompletos porque parte de um todo dinâmico. Não existimos sem aquele com quem nos relacionamos, sem um meio, sem a biosfera da qual somos uma emergência. Homens e mulheres, na sua incompletude e na sua relação com o mundo e com outros seres, busca respostas aos desafios, às questões de seu contexto, ou seja, constroem conhecimentos. Para Paulo Freire (1981), o conhecimento é resultado desse processo, dessa construção coletiva. Homens e mulheres: negros, brancos, pobres, índios, portadores de deficiência, homossexuais etc. todos educam; todos ensinam e aprendem. Por isso afirma que “Ninguém educa ninguém. Os homens se educam em comunhão” (FREIRE, 1981, p.79).

Educação, em Paulo Freire (op. cit), é a prática de uma teoria do conhecimento. Ao se deparar com um problema, o ser humano se questiona, questiona outros seres humanos, pesquisa, busca respostas possíveis para solucionar o desafio que está à sua frente, testa suas hipóteses, confirma-as, reformula-as, nega-as, abandona-as, retoma-as etc. Por meio desse movimento, realiza o esforço da aprendizagem para construir o seu saber, relacionando conhecimentos anteriores aos atuais, ampliando, construindo novos conhecimentos, novos saberes. Saber significa aprender uns com os outros e uns entre os outros, e esse processo se dá culturalmente. O saber se dá em comunhão, nas relações sociais. Posso dizer assim que o ato de ensinar e aprender entre os seres humanos ocorre porque temos olhos acurados, mãos hábeis, boa memória. Somos seres de troca, ou seja, trocamos o saber coletivo com o nosso grupo social. O ato de aprender e ensinar ocorre porque existe uma relação de alteridade: eu não sou eu sozinho, mas sou eu com os outros. Eu me construo enquanto pessoa no convívio com as outras pessoas. O ensinar e aprender ocorre pelo reconhecimento do outro, o que possibilita estabelecer trocas. A reprodução do saber e do ensinar ocorre por meio da memória dos mais velhos que ensinam os mais jovens, incide através do ritual ou do rito de passagem ou em qualquer outra celebração coletiva (BRANDÃO, 1984).

Por meio do *saber compartilhado coletivamente* os indivíduos se constroem e estabelecem ambientes, situações, identidades, socializam-se, promovem a manutenção e o fortalecimento de uma comunidade, solucionam e aprendem novas coisas. Segundo Freire (1997, p. 99):

“O homem está no mundo e com o mundo. Se apenas estivesse no mundo não haveria transcendência nem se objetivaria a si mesmo. Mas como pode objetivar-se, pode também distinguir entre um eu e um não eu. Isto o torna um ser capaz de relacionar-se; de sair de si; de projetar-se nos outros; de transcender”.

A cada solução, novos problemas se impõem. As respostas a essas experiências vão acumulando se ao buscá-las e constitui assim o conhecimento de um indivíduo ou de um grupo. Nesta concepção, o conhecimento nasce da ação, da relação entre os seres humanos e destes com o mundo. Da sua intervenção no e com o mundo, novos conhecimentos vão sendo construídos.

Esta vida coletiva plena de educação na qual os homens entre si ensinam e aprendem, que encontramos os processos educativos. E neste trabalho parte-se do entendimento de processos educativos enquanto *um processo contínuo* que existe em toda parte, presente nas diferentes ações desenvolvidas pelos homens. Neste processo há um movimento complexo de construção do sujeito e de sua noção de *incompletude*. O sujeito inconcluso, como já mencionado, tem consciência da sua história, da sua essência, do seu poder criativo, está em movimento para superar a situação de opressão. Este movimento gera um processo de busca do ser mais em uma realidade de transformação. (FREIRE, 1981).

E todo esse movimento, ou melhor, todo esse processo ocorre através do diálogo. E diálogo significa fé no ser humano, no seu poder de transformação. Sem essa fé no ser humano, na sua condição humana e humanizante, o diálogo se ressentirá e será manipulação. Segundo Oliveira (2003, p. 05), “no diálogo entre as visões de mundo – um processo, portanto conjunto – há a construção de consciência crítica. Consciência de que existir humanamente é pronunciar o mundo e modificá-lo”.

O diálogo ocorre no encontro com o outro e pressupõe uma relação de respeito Para Freire (1981, p. 79), o diálogo significa:

A existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens transformam o mundo. Existir, humanamente é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar. Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação reflexão. Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é

trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isto, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com a qual rouba a palavra aos demais. O diálogo é este encontro de homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu - tu. (...) Não há diálogo, porém se não há profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda.

E o diálogo ocorre por meio da palavra, mas não basta dizer a palavra sozinho ou para os outros, isto não é diálogo e sim imposição ou manipulação. Dizer a palavra significa um encontro de homens, no qual a realidade concreta é o mote para o mundo que deve ser transformado ou visto de maneira consciente e crítica. (FREIRE, 1981).

Aprendemos sobre os processos educativos na observação do saber coletivo⁹. E esse observar é observar o sujeito da experiência. Para Larrosa Bondía (2002), o sujeito da experiência se define por sua disponibilidade, por sua abertura. É um sujeito passivo e essa passividade é feita de paixão, de padecimento, de paciência de atenção, como uma disponibilidade fundamental, como uma abertura essencial. “Por isso é incapaz de experiência aquele sujeito que se põe ou se opõe, ou se impões, ou se propõe, mas não se *ex-põe*. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, nada o ameaça, a quem nada ocorre” (LARROSA BONDÍA, 2002, p. 25).

Esse processo educativo contínuo resulta para o sujeito da experiência o saber da experiência. O saber da experiência se dá na relação entre conhecimento e vida humana: o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que lhe vai acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece. (LARROSA BONDÍA, 2002). É o *processo de construir a própria vida* que se desenvolve em relações entre gerações, gêneros e grupos sociais com a intenção de transmitir visão de mundo,

⁹ O objetivo aqui é mostrar que educação está inserida na cultura, é o próprio saber coletivo, o conhecimento coletivo, e este ocorre na relação com os outros, em comunhão.

repassar e comunicar experiência. Tornar-se pessoa não significa um avanço individual, e sim a troca de saberes entre as pessoas de uma comunidade ou grupo social. Esse aprendizado demanda atenção, trabalho e esforço para interpretar dados e situações e enfrentar dificuldades. Aprender requer também uma atitude fundamental: respeito atencioso dos menos experientes para com os mais experientes, do aprendiz para com o mestre. E conduzir a própria vida implica aprender e também ensinar os outros a fazê-lo. E isto envolve pôr sentido no mundo e em si mesmo, usar as palavras, livrar-se do sofrimento causado pela opressão. Portanto *aprender a conduzir a própria vida é, pois um processo de constantes trocas, com quem se convive, na família, no próprio grupo étnico racial, no trabalho, e em outros ambientes como igrejas e sindicatos. Nesses espaços se é incentivado a firmar ou a negar a origem étnico-racial, a assumir outra alheia como se fosse a própria sem conseguir, no entanto apagar totalmente a primeira.* (SILVA, 2000).

Todos, de alguma forma, agem e buscam respostas para suas necessidades, por isso não há ser humano vazio de conhecimento, de cultura. Há graus e níveis de conhecimento e saberes diferenciados, mas não há quem nada saiba. O que *diferencia* o ser humano dos outros seres é sua capacidade de dar respostas aos diversos desafios que a realidade impõe. Mas essa apreensão da realidade e esse agir no mundo não se dão de maneira isolada. É na relação entre homens e mulheres e destes e destas com o mundo que uma nova realidade se constrói e novos homens e mulheres se fazem. Criando cultura. Fazendo história.

A partir das relações dos homens com a realidade resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, o mundo é criado e recriado. A realidade é dominada. Acrescenta-se a ela algo de que ele mesmo é o fazedor. Vai temporalizando os espaços geográficos. Faz cultura (FREIRE, 1997).

Ao fazer cultura, não basta constataremos as diferentes manifestações advindas da convivência humana; cumpre-nos interpretar profundamente as várias referências dadas aos

nossos problemas e as nossas diferenças, visando o mais possível entendimento que se busca. Para enfrentar tal desafio, não é possível estar só porque, pelo olhar do outro, nos enxergamos e nos conhecemos melhor. Cabe-nos, cada vez mais, voltarmos o nosso olhar não só para a nossa própria identidade – ou para as nossas múltiplas identidades - que estão sempre em processo, mas para as identidades dos outros sujeitos e grupos com os quais convivemos. Se isso acontece na dimensão da vida de cada pessoa, o mesmo se dá quando olhamos para as relações estabelecidas no âmbito grupal.

CAPÍTULO 2 - CAMINHO METODOLÓGICO

A intenção inicial deste projeto de pesquisa era fazer uma pesquisa participante, porém, no decorrer do trabalho percebeu-se que seria um trabalho difícil, pois a participação das trabalhadoras (crucial para uma pesquisa participante) não ocorreu devido a mobilidade dos trabalhadores.

Gostaria de enfatizar que a presente dissertação teve um caráter de estudo exploratório¹⁰, pois pode ser vista como um primeiro passo (um estudo preliminar) para um estudo maior sobre os processos educativos relacionados à saúde que permeiam o trabalho sexual. A pesquisa exploratória é vista como o primeiro passo de todo o trabalho científico. Este tipo de pesquisa tem por finalidade proporcionar maiores informações sobre determinado assunto. Pode-se dizer que um estudo exploratório tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Na maioria dos casos, a pesquisa exploratória envolve: a) levantamento bibliográfico; b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; c) análise de exemplos que estimulem a compreensão do fato estudado. Através do estudo exploratório avalia-se a possibilidade de se desenvolver um estudo inédito e interessante, sobre uma determinada temática. Sendo assim, este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito.

2.1 Pesquisa participante

Nos anos 60, a América Latina vivia um contexto socioeconômico em que a sociedade passava por processos de mudanças estruturais. Várias experiências, nas áreas de educação e

¹⁰ A referência sobre estudo exploratório foi retirada do site: www.ifch.unicamp.br/pos/area.php?texto=ciencia_politica&index=obtencao, consultado em 11/2006.

ciências sociais, surgiram nesse período. Dentre essas experiências, destacou-se a pesquisa participante, que tinha por objetivo maior aproximação entre o pesquisador e o pesquisado. Esta metodologia do trabalho social recebeu várias denominações, dependendo do país ou da área de conhecimento e atuação: se na educação ou nas Ciências Sociais, se no trabalho com alfabetização de camponeses ou trabalhadores urbanos, entre outros.

Segundo Gajardo (1986) o termo pesquisa participante foi criado por pesquisadores norte-americanos e europeus envolvidos com projetos de intercâmbio em países do Terceiro Mundo, na área das Ciências Sociais. A autora coloca que o termo “(...) em geral é utilizado para designar esforços diversos para desenvolver práticas de pesquisa que incorporem os grupos excluídos das esferas de decisão à produção e comunicação de conhecimentos, como às ações que disso possam derivar”(GAJARDO, 1986, p.44). A perspectiva da pesquisa participante combina técnicas de pesquisa, processos de ensino e de aprendizagem e programas de ação educativa que apontam para: a) promoção da produção coletiva de conhecimentos, rompendo o monopólio do saber e da informação, permitindo que ambos se transformem em patrimônio dos grupos marginalizados; b) promoção da análise coletiva na ordenação da informação e no uso que dela se possa fazer; c) promoção da análise crítica, utilizando a informação ordenada e classificada, a fim de determinar as raízes e as causas dos problemas e as vias de solução para os mesmos; d) estabelecimento de relações entre problemas individuais e coletivos, funcionais e estruturais, como parte da busca de soluções conjuntas para os problemas enfrentados.

Como já foi dito, as duas áreas que detêm mais experiência com a pesquisa participante são educação e Ciências Sociais, com certeza pela própria natureza do seu interesse: o ser humano e suas relações com o mundo. Em educação, a educação de adultos buscava tirar da exclusão uma população analfabeta que vivia alijada dos processos político-

sociais por não dominar o código da linguagem escrita (nos países da América Latina, grande contingente da população adulta ainda é analfabeta).

Na pesquisa participante, tenta-se superar a contradição pesquisador-sujeito. Por meio da interação entre eles, criam-se condições para que possa surgir uma visão crítica no educando e a educação em vez de servir como “domesticação” do ser humano, passa a ser um instrumento de sua libertação. A segunda vertente de utilização da pesquisa participante, na área das Ciências Sociais, surge da necessidade de se criar uma sociedade mais justa, menos dividida e na qual a população até agora excluída possa ter acesso aos benefícios proporcionados a uns poucos. No contexto latino-americano, estruturas coloniais permanecem fazendo com que se pense em “sociedade-sujeito” e “sociedade-objeto”.

Os intelectuais latino-americanos se voltam para a solução de problemas locais, demonstrando que:

(...) a insatisfação diante dos quadros de referência e categorias de análise centrados no empirismo e positivismo lógico, manifesta inadequação de métodos e técnicas de pesquisa para explicar os processos e situações vividas na América Latina, somados ao progressivo compromisso dos intelectuais com as lutas populares, geram rapidamente severas críticas à atividade científico-acadêmica (GAJARDO, 1986, p.15).

Na mesma linha de abordagem, Freire (1981) coloca que é preciso partir de nossas possibilidades para sermos nós mesmos. O erro não está na imitação, mas na passividade com que se recebe a imitação ou na falta de análise ou de autocrítica. Nesse sentido, as soluções importadas devem ser reduzidas sociologicamente, isto é, estudadas e integradas num contexto nativo. Devem ser criticadas e adaptadas; neste caso, a importação reinventada ou recriada. Isto já é um ato de preocupação aos problemas políticos e sociais, o que não significa senão auto valoração.

Como foi dito anteriormente o requisito básico da pesquisa participante é a própria participação da população estudada. Todavia no trabalho sexual exercido por mulheres de casas noturnas da cidade de São Carlos, há uma grande mobilidade. Parece claro que as

trabalhadoras mudam de casa ou de cidade em busca de melhores ganhos financeiros. Elas possuem autonomia para procurarem melhores perspectivas financeiras.

Já trabalhei na Vila Mimosa em Copacabana, agora eu tô aqui em São Carlos. Onde tivé dando dinheiro eu fico. Tem época que é bom aqui, tem época que é bom no Rio. A mobilidade nas casas também existe no Rio, por isso eu vim para São Carlos. Depois do Carnaval, as boates vão ficando fracas de movimento, quem tem dinheiro gasta tudo no Carnaval, o movimento só vai ficar bom de novo lá para o meio do ano”. As meninas rodam de Casa em Casa, onde está dando dinheiro você pára e fica” (FERREIRA, 2003, p.50).

Devido a mobilidade, este trabalho de pesquisa tentou estabelecer a participação tanto das trabalhadoras bem como pessoas que trabalham com as profissionais do sexo (seja nos movimentos sociais ou organizações não-governamentais). Segundo Le Boterf (1987) a pesquisa participante consiste em trabalhar conjuntamente com a população estudada com o intuito de montar institucionalmente e metodologicamente a pesquisa em si. Porém, devido à mobilidade, optou-se por debater o projeto de pesquisa junto às organizações representativas da população estudada. Na primeira fase informamos a respeito e discutimos o projeto de pesquisa com as pessoas que participam do movimento de profissionais do sexo ou trabalham com o tema trabalho sexual (minha orientadora e eu). Conversamos com: Paulo Longo, ex-trabalhador do sexo e representante da organização Network for Sex Work Projects (Rede para projetos com trabalhadoras do sexo), Veronica Munk da organização europeia Tampep International Foundation (Fundação Internacional Tampep), Laura Augustin pesquisadora e organizadora do grupo de discussão *Indústria del Sexo*, Gabriela Silva Leite fundadora da organização não governamental Da Vida – Prostituição, Direitos Civis e Saúde e com Mônica Bara Maia – presidente, até julho de 2004, do MUSA /Mulher e Saúde em Belo Horizonte, representante da organização não-governamental Musa – Coletivo Mulher e Saúde de Belo Horizonte. Este diálogo teve como fim divulgar as idéias iniciais de pesquisa, contidas no pré-projeto apresentado ao processo de seleção para o programa de Pós-graduação em Educação da UFSCar, buscando levantar contribuições de diferentes pessoas que apresentavam

experiência sobre o tema e, assim, suscitar as reflexões necessárias para reformular a redação do projeto, elaborar o quadro teórico da pesquisa participante, delimitar o problema de pesquisa e explicitar o recorte que seria focalizado nos estudos. Foram enviadas colaborações diversas. Vários colaboradores apontaram a pertinência de se investigar as percepções das trabalhadoras, seja sobre a prostituta, seja sobre o trabalho sexual, e outras. Outros apontaram que seria importante se investigar o grupo de profissionais de saúde. A par da relevância de investigação com enfoque em outras relações, decidiu-se, como já explicitado na justificativa, por focar as percepções das trabalhadoras e dos profissionais de saúde sobre os processos educativos de trabalho e saúde presentes no trabalho sexual.

Posterior a decisão do tema a ser pesquisado fez-se um estudo preliminar da região e da população envolvidas para o conhecimento da realidade estudada. Esse conhecimento foi feito por meio dos estudos já produzidos pelo *Grupo de Estudos sobre Trabalho Sexual*. Os resultados desses trabalhos de pesquisa e extensão foram analisados e encontram-se no capítulo Contextualização. Após findar o processo de contextualização, passou-se ao estudo e a delimitação do referencial teórico para esta pesquisa: Saúde, Trabalho Sexual e Processos Educativos e, posteriormente, ao campo da pesquisa e aos procedimentos para coleta de dados.

2.2 Tipo de estudo

Este trabalho define-se, do ponto de vista metodológico, por uma abordagem de pesquisa qualitativa, que tem como campo investigativo os significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as ações dos indivíduos, expressos mediante relações que conformam uma dada sociedade. Nesse sentido, é a compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais o que move, portanto, o processo de conhecimento no campo das Ciências Sociais, tendo como pressuposto, de acordo com Minayo (1994, p. 20), que as “sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que o

grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo, são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo, e potencialmente tudo pode ser transformado”. A pesquisa qualitativa trabalha os significados, motivos, crenças e valores amplos e profundos dos processos sociais, incluindo é claro os processos educativos, que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis.

Os processos educativos relacionados a saúde da trabalhadora do sexo constituem o campo temático desta investigação. Para abordá-los e delimitá-los, faz-se necessário munir-se teoricamente de instrumentos que ajudem a compreendê-los, produzindo-se, assim, um conhecimento que contribua para transformar e entender essas relações sociais.

A opção pelos instrumentos e pelas técnicas de apreensão de um dado objeto de conhecimento deve estar condicionada às características desse mesmo objeto. Desse modo, tendo definido como eixo desta investigação os processos educativos relacionados à saúde na atividade do trabalho sexual, acredita-se que, na tentativa de cercar esse objeto de estudo, os recursos metodológicos devem ser fundamentalmente qualitativos.

2.3 Coleta de dados

A pesquisa de campo foi realizada no período de Fevereiro à Maio de 2006, junto a uma casa noturna da cidade de São Carlos. A escolha por realizar pesquisa em casas noturnas deveu-se ao vínculo que o grupo de estudos possui com as casas. Para a coleta de dados utilizaram-se entrevistas com trabalhadoras do sexo e com os profissionais de saúde.

Na pesquisa qualitativa, a entrevista caracteriza-se como um instrumento importante por propiciar a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo – materiais que tanto podem ser objetivos quanto subjetivos. O pesquisador pretende com esse instrumento elucidar as informações pertinentes a seu objetivo de pesquisa. Dessa forma, a entrevista como fonte de informações pode fornecer dados primários e secundários e

ser estruturada de formas diversas e variadas, tais como a sondagem de opinião com questionário fechado, a entrevista semi-estruturada, a entrevista aberta, a entrevista não diretiva, a entrevista centrada (Minayo, 1994). Neste processo investigativo utilizou-se a forma semi-estruturada e individual, combinando perguntas fechadas e abertas, com o objetivo de possibilitar ao sujeito a oportunidade de se pronunciar sobre a temática em questão.

Segundo Minayo (1994, p. 120), o que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações é “a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio–econômicas e culturais específicas”. Neste trabalho, a fim de apreender a complexidade do objeto de estudo, utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas. Esta técnica permite “enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação” (MINAYO, 1994, p. 121).

A entrevista expressa uma relação específica que é aquela que coloca frente a frente pesquisador e sujeito da pesquisa, intermediados por um gravador ou caderno de notas. Nessa relação, em que interferem os mais variados elementos, estabelece-se uma troca entre as pessoas envolvidas, umas aprendem com as outras. Cada entrevista é uma experiência: o que é dito não existia antes pronto e acabado para ser dito, mas foi produzido no momento, na relação. Por isso, a informação nunca é gerada duas vezes da mesma maneira durante as entrevistas – de certa forma ela é única. É fato que a fala da entrevista não é absoluta novidade, nem relevam elementos que se refiram apenas à subjetividade do sujeito da pesquisa. O que ela expressa são experiências pessoais, mas da vida de um certo grupo social,

de uma determinada sociedade, em um tempo específico, em um certo lugar. Nesse sentido, a referência ao coletivo é necessariamente presente (CALDEIRA, 1984).

Além disso, a entrevista não é um acontecimento corriqueiro, mas um momento especial, no qual as pessoas são arrancadas do imediatismo do cotidiano vivido ao serem solicitadas a considerar assuntos dos quais não se fala todos os dias, a relacioná-los e a olhá-los de longe; em uma palavra o que se pede às pessoas é “parar para pensar” sobre os processos educativos relacionados à saúde (ALBARELLO, 1997).

Como a técnica da entrevista semi-estruturada tem por meta revelar os dados buscados, o roteiro de entrevista deve estar em consonância com o próprio objetivo da pesquisa. Cabe ressaltar que esse roteiro serviu como norteador das discussões, sem que necessariamente as questões referentes a cada bloco tivessem que ser seguidas à risca ou cumpridas na íntegra. Esse instrumento mostrou-se de grande utilidade, já que possibilitou o desencadeamento de discussões instigantes por parte das trabalhadoras do sexo e profissionais da saúde no que diz respeito aos processos educativos relacionados a saúde da trabalhadora do sexo. Por isso o roteiro de entrevista das trabalhadoras tem por mérito verificar e analisar como se ensina e aprende saúde no trabalho sexual. Foram realizadas seis idas a campo, excluindo as idas realizadas antes da elaboração do roteiro e propriamente da entrevista. Nas seis idas a campo, três resultaram em entrevista, duas com o uso do gravador e uma sem o gravador. O critério de seleção para entrevistar as trabalhadoras foi estabelecido a partir da disposição das trabalhadoras em serem entrevistadas.

A primeira entrevista aconteceu em abril de 2006 na casa 06. Não pude usar o gravador e a bolsista Maria Júlia Stella Martins¹¹ foi quem fez as anotações enquanto acontecia a conversa com a trabalhadora. O não uso do gravador ocorreu por uma desconfiança em relação à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

¹¹ Membro do grupo de Estudos sobre Trabalho Sexual da UFSCar.

Lembrei que antes de começar a entrevista teria que dar a ela o Consentimento referente às normas do Comitê de Ética, fazê-la ler ou ler para ela e pedir para preencher e assinar. A experiência foi péssima, pois ficou desconfiada em assinar um documento e revelar seu verdadeiro nome. Percebeu-se que esse documento ao invés de contribuir, piorou a relação de confiança entre a entrevistada e a entrevistadora.

Havia tido o primeiro contato com a trabalhadora Ana duas semanas antes da entrevista. Desde então se percebeu, e ela confirmou com todas as letras, que não gostaria que ninguém soubesse que é profissional do sexo. Tendo dito que assim que conseguisse o dinheiro que precisava sairia do trabalho. Sendo assim, percebi que jamais assinaria um papel. Todavia observou-se que a relação de confiança entre entrevistada e entrevistadora estava melhorando a cada dia, principalmente no momento em que se tentou obter os preservativos na Unidade Básica de Saúde próxima a casa noturna. Quando se tocou no assunto de assinar um documento foi péssimo. Resolveu-se esquecer o assunto e perguntar se poderia gravar e é claro que a resposta foi não.

A segunda entrevista foi feita com uma trabalhadora que conheço há quatro anos. Maria é uma das raras trabalhadoras que permaneceu em São Carlos. Há cerca de um ano ela não exerce mais o trabalho sexual. Realizou-se a entrevista em uma tarde de domingo em sua casa. Foi uma conversa tranqüila, ela aceitou assinar o Consentimento Livre e Esclarecido.

A terceira entrevista foi realizada na casa da trabalhadora, apesar de ela exercer o trabalho sexual em uma casa noturna. Sônia resolveu alugar uma casa e ir para o ambiente de trabalho somente à noite. O vínculo com essa trabalhadora foi delicadamente construído pela bolsista Maria Júlia, pois a trabalhadora sofreu uma agressão por parte do namorado e a bolsista acompanhou com muita dedicação todo o processo de busca de seus direitos. Com essa trabalhadora resolveu-se não falar sobre a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois era a segunda vez que nos encontrávamos e achei melhor não tocar no

assunto, porém foi explicado que seu nome, bem como endereço ou qualquer informação que a identificasse não seria revelado.

Em relação ao roteiro colocado para os profissionais de saúde, este teve como objetivo buscar as percepções apresentadas por esses profissionais sobre os processos educativos das trabalhadoras do sexo. Portanto, tem como alvo analisar percepções e não preconceitos, ou seja, o critério de escolha baseou-se em profissionais que já tinham tido algum contato, enquanto trabalhadores da área da saúde com pessoas que exercem o trabalho sexual.

O primeiro profissional da saúde entrevistado foi o ginecologista Dr. Antônio que já prestou assessoria para o *Grupo de Estudos Sobre Trabalho Sexual*. Ele trabalha na Unidade Básica de Saúde de São Carlos. A conversa foi realizada em seu ambiente de trabalho, interrompida pela secretária duas vezes o que fez com que a entrevista fosse encurtada. Entretanto, esta pôde ser considerada produtiva.

O segundo profissional entrevistado é enfermeiro, João, e trabalha no atendimento de urgência da Santa Casa. Foi complicado conseguir essa entrevista, pois apesar de conhecê-lo (temos uma amiga em comum) não conseguia tempo para conversar comigo. Ele possui dois empregos e quase não tem tempo nem mesmo para as horas de lazer, por isso marcaram-se três vezes, duas vezes ele não compareceu e só no terceiro encontro ocorreu a entrevista.

O contexto das duas entrevistas dos profissionais de saúde acima relatadas me faz pensar em como ser uma boa pesquisadora e na postura a tomar em situações como estas, pois o bom senso cabe em qualquer lugar e por isso insistir para a pessoa disponibilizar um tempo longo para o pesquisador e também exigir o lugar da entrevista talvez não seja uma boa idéia.

Entrevistas realizadas em locais de trabalho, por exemplo, geralmente trazem problemas difíceis de solucionar: situações externas freqüentemente as interrompem (um telefonema “importante”, uma decisão “urgente”, a secretária, recados, etc.), fazendo com que o entrevistado perca o “fio da meada” e se veja obrigado a retomar a narrativa de um outro

ponto ou, até mesmo, a desistir daquele assunto. Pessoas conversando e transitando por salas contíguas, telefones tocando, a agenda aberta sobre a mesa a lembrar outros compromissos, enfim, a presença marcante dos sinais que caracterizam ambientes designados como “de trabalho” costumam aguçar a ansiedade com relação ao tempo de duração do depoimento, interrompendo o livre fluxo de idéias e precipitando a interrupção do depoimento (DUARTE, 2002).

Um roteiro de entrevista foi elaborado baseado nas seguintes bibliografias: *Our bodies, Ourselves for the new century: a Book by and for a Women* (Nossos corpos, nós mesmas para o novo século: um livro por e para as mulheres), *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*, *Declaração de Jacarta* e o estudo do Ministério da Saúde que avalia a efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo.

O livro “Our bodies” (Nossos corpos) (Boston, 1998), é uma publicação da organização sem fins lucrativos *The Boston Women’s Health Book Collective*. Foi elaborado com o objetivo de fornecer e implementar melhorias em relação à saúde da mulher. Ressalta que devemos levar em conta para cuidar da saúde da mulher a alimentação e a auto-estima. Na parte de alimentação, por exemplo, revela como tentar coincidir boa alimentação a baixo custo escolhendo frutas da época.

O manual *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde* (BRASIL, 2001), foi elaborado em 1991, como instrumento orientador das ações a serem desenvolvidas no Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde. Tem por meta desenvolver ações na área de promoção da saúde, prevenção de doenças e capacitação de agentes de saúde. Elabora indicadores mensuráveis e não mensuráveis de bem-estar comunitário. Indicadores mensuráveis de bem-estar comunitário, difíceis de medir: auto-imagem das pessoas; tendência para a dependência ou autonomia; exemplos de famílias que ajudam umas às outras (ou brigam); como são tomadas as decisões na comunidade; como o ensino se relaciona com as

necessidades da comunidade; correção ou corrupção dos líderes; em que medida os líderes, agentes de saúde e professores dão bom exemplo, compartilham os conhecimentos e tratam os outros como iguais; consciência social: capacidade da população de expressar e analisar seus problemas. Indicadores mensuráveis da saúde comunitária, comumente usados: Número ou percentagem de óbitos infantis, óbitos de crianças abaixo de 5 anos, de adultos, etc., crianças bem-nutridas ou desnutridas, crianças e gestantes vacinadas, crianças por família (tamanho das famílias), casais que fazem planejamento familiar, família com água encanada, privadas, etc., procura dos programas para menores de 5 anos, casos de doenças específicas.

A Declaração de Jacarta (BRASIL, 2000) concebe saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico. A Declaração oferece uma visão e um enfoque para a promoção da saúde século no XXI. Reflete o compromisso firme dos participantes da *4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* de recorrer a mais ampla gama de recursos para enfrentar os determinantes da saúde no século XXI. Expõe ainda que os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade.

Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras realizado pelo Ministério da Saúde e pelo Núcleo de Saúde Pública da Universidade de Brasília no ano de 2000 (BRASIL, 2003). Este trabalho tinha por objetivo dimensionar e qualificar o resultado das ações de informação, educação e comunicação em saúde implementadas por OG (organização governamental) e ONG (organização-não governamental), direcionadas a profissionais do sexo para redução da incidência da infecção pelo HIV (Human Immunodeficiency Virus) e outras DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), para adoção de práticas sexuais e ou uso de drogas de forma segura. Participaram da pesquisa 2712 profissionais do sexo das regiões Nordeste, Sul e Sudeste.

Foram avaliados oito projetos de intervenção educativa sobre DSTs / AIDS voltados para mulheres profissionais do sexo. O método de investigação consistiu em separar dois grupos, o mais homoganeamente possível – um grupo que recebeu a intervenção educativa do projeto selecionado e um grupo que não recebeu qualquer intervenção educativa seja do projeto selecionado ou outro qualquer. Como este trabalho não fará comparações entre dois grupos de trabalhadoras, realizou-se um questionário sócio econômico baseado no questionário usado pelo trabalho acima citado, comparando com os dados da amostra geral de profissionais do sexo (BRASIL, 2003, p. 78). Não se pôde comparar os resultados apresentados em relação ao grupo intervenção e ao grupo comparação.

A partir do estudo desses referenciais elaborou-se o seguinte roteiro:

Roteiro básico para as trabalhadoras

Quem são as trabalhadoras:

Identificação

Idade

Local de Origem

Cidade onde mora atualmente

Como entrou para o trabalho sexual

Qual trabalho exercia antes do trabalho sexual

Como percebe o preconceito em relação ao trabalho que exerce

Quanto a profissão interfere em sua vida pessoal

Escolaridade, Renda mensal, Número de programas por semana

Número de Filhos e Relacionamento sentimental / amoroso

Saúde

Como acredita que aprende e ensina sobre saúde no trabalho sexual

Como aprende ou aprendeu e ensina sobre alimentação no trabalho sexual

auto estima no trabalho sexual

auto imagem, beleza e corpo no trabalho sexual

sexualidade no trabalho sexual

violência no trabalho sexual

solidariedade e relações de amizade no trabalho sexual

direitos no trabalho sexual

bem estar e stress no trabalho sexual

Como se dá o uso da camisinha com o cliente e com o namorado, uso do preservativo feminino.

Como se dá o uso de substâncias químicas como o álcool no exercício da profissão. O que mudou e o que aprendeu / ensinou em relação à entrada na profissão e ao uso de substâncias químicas.

O que acredita que os trabalhadores da saúde pensam que vocês, os clientes e outras pessoas¹² da casa aprendem e ensinam sobre saúde no trabalho sexual.

Roteiro para os Trabalhadores de Saúde

Tempo de exercício profissional

O que conhece sobre trabalho sexual

Como imagina que as trabalhadoras aprendem / ensinam saúde no trabalho sexual. Nos seguintes tópicos relacionados: alimentação no trabalho sexual

auto estima no trabalho sexual

auto imagem, beleza e corpo no trabalho sexual

sexualidade no trabalho sexual

¹² Dono da casa, garçons e segurança.

violência no trabalho sexual

solidariedade e relações de amizade no trabalho sexual

direitos no trabalho sexual

uso da camisinha e do preservativo feminino

o uso de substâncias químicas como o álcool

Qual imagina ser a visão que as trabalhadoras possuem sobre os profissionais de saúde

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo foi o método escolhido para tratar e analisar as informações colhidas por meio das entrevistas. Segundo Chizzotti (1995) o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas. A decodificação de um documento pode utilizar-se de diferentes procedimentos para materializar os significados profundos que permeiam os atores sociais presentes em um determinado contexto cultural.

Inicialmente foram realizadas as transcrições das entrevistas - pela própria pesquisadora, terminando-se quinze dias depois de encerrado o trabalho de campo. Nesse processo de escutar e escrever, foi possível identificar algumas idéias relevantes surgidas a partir das falas dos entrevistados. Concluída a transcrição, deu-se início às primeiras leituras que permitiram continuar com as anotações de questões que as falas transcritas suscitavam.

Os dados foram analisados segundo as categorias tratadas no roteiro de entrevista. Após uma segunda “leitura” das entrevistas elaborou-se uma categorização dos dados (baseadas nas categorias tratadas pelo roteiro, assim, algumas categorias foram suprimidas outras mantidas), buscando-se apreender as estruturas de relevância e as idéias centrais que os sujeitos da pesquisa tentavam transmitir. Desta forma, “novas” categorias foram construídas balizadas na análise do conteúdo das entrevistas.

As categorias analisadas foram:

- 1 - As pessoas entrevistadas
- 2 - O Trabalho Sexual nas palavras dos/as entrevistadas
- 3 - Processos Educativos relacionados a saúde
- 4 - Percepção sobre como o outro me vê

3.1 Contextualização

A partir dos relatórios produzidos pelo *Grupo de Estudos sobre Trabalho Sexual* serão descritas as principais características do grupo de trabalhadoras do sexo, maiores de dezoito anos, de seis casas noturnas da cidade de São Carlos.

O objetivo é mostrar quem são as trabalhadoras: como entraram para o trabalho, o que pensam sobre e como encaram o preconceito e quais as principais indagações relacionadas à saúde.

Nove relatórios foram analisados sendo sete de intervenção e dois de pesquisa (iniciação científica). Esses trabalhos foram realizados entre os anos de 1998 e 2003. Entre os temas abordados destacam-se: ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), patologias ginecológicas, atendimento a saúde da mulher, uso de preservativos masculinos, métodos anticoncepcionais, uso da camisinha feminina, aborto, gravidez, depressão, stress (na profissão e fora dela), uso do cigarro e do álcool, sistema de saúde, riscos na profissão, direito penal, direito à saúde, direitos sexuais e reprodutivos, preconceito e identidade coletiva.

As trabalhadoras escolheram o trabalho sexual na tentativa de melhorar os seus ganhos financeiros, a maioria delas exerceram outros trabalhos e optaram em trabalhar na noite, pois ganhariam mais. Como pode ser visto nestas falas (FERREIRA, 2003):

Escolhi a noite porque precisava de dinheiro, mas já estou conseguindo pagar as minhas contas. Em menos de um mês saio daqui. Quero voltar a morar com os meus pais e procurar outro trabalho. Isso aqui não é vida, vou ficar aqui por pouco tempo (Fabiana).

A gente não vem pra noite para arrumar um príncipe encantado. Eu vim para a noite pelo dinheiro (França).

Já trabalhei em escritório e ganhava R\$: 500,00. Tinha que sustentar dois filhos e com esse salário não dava. Vim pra noite pra ganhar mais (Flaviana).

Há trabalhadoras que exerceram outros ofícios como babá ou auxiliar de administração, como Dalva (SOUZA, 2002):

Na noite eu consigo sustentar meus filhos, tenho o meu próprio dinheiro, não dependo de ninguém. Já trabalhei como babá, só que aqui eu ganho mais. Na noite é que aprendi o que é a vida, aqui eu tenho liberdade, tenho meu dinheiro. Quando era casada, o meu marido mandava em mim. A noite é o 'fervo'. Quem sabe um dia abro uma loja de roupa na minha cidade. Toda a minha família sabe o que eu faço não escondo nada de ninguém (Dalva).

Muitas trabalhadoras expressam uma vontade muito grande em sair do trabalho sexual e exercer outro trabalho. No entanto algumas admitem a dificuldade em sair da noite como Franciele e Darci (FERREIRA, 2002):

Faz dez anos que estou na noite. Tenho minha casa, compro minhas coisas. Pensei em sair várias vezes, não consegui voltei (Franciele).

Não sei quanto tempo vou ficar aqui. Gosto da noite, quando fico muito tempo fora sinto falta. Acho que quem entra na noite não consegue sair (Darci).

O trabalho sexual é permeado de preconceito e, portanto o ser profissional do sexo é algo um tanto difícil de se admitir. Talvez a aceitabilidade social seja maior a partir do momento em que a trabalhadora assuma a postura de "ser" profissional do sexo e não "estar" profissional do sexo. Sendo assim a relação com o preconceito fala mais alto no momento de decidir se irá permanecer ou não no trabalho sexual.

A relação com o preconceito faz com que a trabalhadora tome certas atitudes como não trabalhar na mesma cidade em que a família mora, esconder da família e amigos o trabalho que exerce. No entanto algumas não escondem de ninguém que são trabalhadoras do sexo. As falas a seguir apontam essa situação¹³

¹³ Retirada dos relatórios de Souza, 2003.

Se eu saio na rua as pessoas me olham de uma maneira estranha. Você pode ter certeza se sairmos juntas todo mundo vai me olhar e me apontar ao contrário de você (Camila).

Não vamos atrás dos homens eles vem até aqui por vontade própria. Não entendo porque acham que a gente toma o marido das outras (Carla).

Quando estou fora da casa faço questão de ser bem tratada e não falo que sou garota de programa (Amanda).

Quando vou comprar alguma coisa em uma loja e falo que sou garota de programa percebo que o preço aumenta. Eles acham que a gente tem dinheiro (Camila).

Toda minha família e meu ex-marido pensa que eu sou vendedora, ninguém pode saber que sou garota de programa (Caren).

Nunca fui barrada em nenhum lugar por ser garota de programa. Acho que o preconceito vem de mim (Camila).

Freqüento alguns barzinhos aqui em São Carlos. Nunca tive problemas, mas também nunca falei que sou garota de programa (Carol).

Eu não posso fazer uma reclamação no conselho de saúde porque ninguém sabe que estou aqui (Claudia).

Saio com meus amigos, na minha cidade, mas nunca falo que sou garota de programa, falo que sou vendedora (Adriana).

No tocante a saúde, observou-se que as trabalhadoras conhecem e usam o preservativo com o cliente, mas com o namorado muitas não. Possuem um cuidado especial com a higiene: fazem duchas vaginais, tomam banho antes e depois do programa. Há uma enorme preocupação com a higiene pessoal, como pode ser observada nas falas a seguir retiradas do relatório de Furlaneto (1998):

Eu acho que muitas vezes o homem até pega doença da mulher ou dessas meninas e pode passar para a gente, por que nós somos da noite, mas a gente se cuida mais que elas ¹⁴.

Nós temos que olhar a camisinha antes de fazer o programa, porque depois a gente bebe demais e aí... nem vê nada.

Ah! com o meu namorado eu não uso. Ele trabalha num laboratório lá em Rio Preto. Fiz exame, ele também. Não deu nada.

14

Em alguns relatórios não havia o nome das trabalhadoras.

Olha, a gente sabe e vocês falam que tem que usar camisinha, tem que usar, mas as vezes a gente não usa com os namorados. Não dá para usar com o namorado. E vocês usam com o namorado de vocês? Eu divido que usam.

Depois que entrei para noite sei que devo tomar muito mais cuidado com meu corpo e minha saúde. Sempre uso camisinha, quem vê cara não vê Aids (Claudia).

Parece que depois que entrei para noite cuido mais do meu corpo. A gente sai com todo homem (Carol).

Depois que entrei para a noite parece que cuido mais do meu corpo, sempre faço duchas vaginais (Camila).

Grande parte das trabalhadoras usa o sistema público de saúde. Muitas reclamam das filas e da demora no atendimento, é por esse motivo também que optam por pagar um médico particular. Demonstram também uma grande assiduidade quanto às visitas ao ginecologista. Como pode ser visto nestas falas retiradas do relatório de Souza (2002):

A maioria das meninas daqui, preferem pagar uma consulta particular do que procurar o posto, porque elas acham que assim vão ser melhor atendidas. Isso na maiorias das vezes acontece, só que aqui perto tem um posto de saúde onde o médico é muito bom, atende a gente sem fazer diferença. Acontece que as meninas são muito desconfiadas e não vão ao posto.

As pessoas da sociedade têm uma visão errada da prostituta. Muitas vezes a garota de programa se previne mais do que as outras. Por causa do trabalho ela sempre usa a camisinha, sempre faz exame ginecológico para ver se está com alguma infecção e nem sempre as outras mulheres fazem.

É importante ter esses programas de saúde para mulher, para atendimento em casos de gravidez, pré-natal, menopausa e outras coisas que a mulher precisa.

Devia Ter um telefone para gente denunciar os médicos quando eles ficam tomando cafezinho e não vem atender o povo, que está lá na fila há horas.

No que concerne ao uso de bebidas alcoólicas elas vêem a bebida como uma melhoria no ganho financeiro (em cada dose consumida elas têm uma porcentagem sobre o valor total), e como um meio para deixar a timidez de lado. As falas foram retiradas do relatório de Furlaneto (2000):

Bebo para agüentar o papo, senão fico mal-educada. Porque eu sou mal-educada. Se não bebo, não agüento. Assim, a gente pensa que o cara é lindo, maravilhoso.

Bebo para ganhar mais. Tem dia que entra mais de 10 reais, só com a bebida.

Primeiro se bebe pra liberar, depois é para ganhar mesmo, são 2 reais por dose.

3.2 Análise e Resultados

3.2.1 As pessoas entrevistadas

3.2.1.1 As trabalhadoras do sexo

A ex-trabalhadora do sexo Maria tem 30 anos. Trabalhou na noite durante três anos e há dois anos saiu do trabalho sexual. É natural da região Centro-Oeste, reside atualmente na cidade de São Carlos. Mora sozinha, tem três filhas e namora uma pessoa que conheceu quando exercia o trabalho sexual. Possui o ensino médio completo e trabalha como costureira. Ela nos conta a seguir como se deu a sua inserção no trabalho sexual.

“Trabalhei na noite durante três anos. Eu entrei pra noite por causa de uma desilusão amorosa... Eu sabia que existia prostituição, mas não sabia que na prostituição rolava dinheiro, drogas e tudo mais (...) Foi um agenciador de meninas que me convidou. Ele me viu em um shopping e chegou pra mim e falou assim: você é muito bonita, você tem tudo pra ganhar muito dinheiro. Ai eu fui atrás para saber como se ganhava esse dinheiro”.

A trabalhadora Sonia tem 28 anos. Trabalha há quatro anos na noite. É natural da região Centro-Oeste. Mora sozinha em São Carlos e vai para a casa noturna somente no período de trabalho. É divorciada e tem quatro filhos. No momento está sem companheiro ou namorado. Completou o ensino fundamental. Seu ingresso no trabalho sexual se deu após a separação do marido:

Eu era casada e trabalhava na panificadora. Daí veio uma briga entre eu e meu ex-marido ai a gente acabou se separando. Tinha uma amiga minha que já tava aqui em São Carlos, e viu a gente naquela situação, separado. Aí ela me trouxe pra cá. Mas eu já vim sabendo o que eu ia fazer. Aí entrei pra essa vida.

A trabalhadora Ana tem 34 anos é solteira e não tem filhos. Está há quatro anos na noite. É natural da região Nordeste e atualmente reside em São Carlos e mora na casa noturna. Está sem companheiro ou namorado. Completou o ensino fundamental.

Antes de trabalhar na noite eu estudava e trabalhava como auxiliar de limpeza. Eu viajei em 1994 vim para São Paulo. Era a primeira vez que vinha pra São Paulo. Foi a passeio. Resolvi ficar pra arrumar trabalho. Ocupei uma vaga num restaurante de garçomete. Por incentivo de uma colega de trabalho fui trabalhar na noite em uma casa em São Paulo.

Comparando estes dados com os resultados apresentados pela pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) observou-se que há uma similaridade clara entre os números do estudo e as três trabalhadoras aqui entrevistadas. Os números do Ministério revelam que a maior parte das trabalhadoras estão na faixa entre 30 a 39 anos (26,8 %), com ensino fundamental completo (67,6%) e com tempo de profissão entre um a quatro anos (46,3%).

Tanto os dados trazidos pelas entrevistas quanto os dados trazidos pelo documento do Ministério da Saúde desmistificam alguns preconceitos relacionados ao trabalho sexual como a opção por exercer esse trabalho. Observou-se que as três entrevistadas haviam exercido outros trabalhos e escolheram o trabalho sexual dentre as opções que possuíam dentro do universo cotidiano de cada uma. Sônia trabalhou em uma panificadora, Ana foi garçomete. No Brasil do século XIX a prostituição era vista como um produto social, pois a abolição da escravatura, a imigração européia, a expansão urbana associada falta de emprego levou as mulheres dos estratos sociais inferiores a desempenharem o meretrício. A trabalhadora passava a ser vista como uma vítima social.

O Brasil adotou o discurso abolicionista em 1951 quando assinou o tratado abolicionista internacional. Os signatários desse tratado propõe o fim da prostituição e enxergam a trabalhadora como vítima do sistema sócio econômico, por isso não penalizam

quem se prostitui e sim quem incita a prostituição. Observou-se que o Estado ao tomar medidas abolicionistas, regulamentaristas ou proibicionistas não envolve as pessoas que exercem o trabalho sexual na discussão, os argumentos morais ou higienistas sempre se sobrepõem.

Fonseca (1996) ao pesquisar as mulheres que exercem o trabalho sexual na região central de Porto Alegre mostra que a atividade sexual não é uma opção desprezível dentro do universo de escolhas das mulheres de baixa renda e escolaridade. A autora verifica ainda que em outras pesquisas que realizou com mulheres de baixa renda não encontrou mulheres com projetos de emprego ligados a sua realização pessoal. Estratégia de sobrevivência, escolha racional ou uma centena de outros motivos que levaram Maria, Sônia ou Ana a exercerem o trabalho sexual, porém o importante é notar que essa escolha faz parte da experiência de vida dessas pessoas e será importante nesta pesquisa, pois, a experiência do trabalho sexual conduzirá para a análise dos processos educativos relacionados à saúde presentes nele.

3.2.1.2 Os profissionais de saúde

O enfermeiro João tem 30 anos e trabalha na área da saúde há três anos. Exerce a sua profissão no serviço de pronto atendimento e leciona em uma Escola Técnica. Teve contato com trabalhadora do sexo enquanto profissional da saúde no atendimento de urgência. Mencionou que raramente atendeu trabalhadoras do sexo em consultas de rotina, pois exerce a sua função em um serviço de urgência.

“(...) A primeira pessoa que atendi foi uma trabalhadora do sexo. É muito fácil descobrir se a pessoa trabalha ou não como profissional do sexo. Pelos próprios trajes delas, pela maneira como se expressam. Elas mesmas se identificam. Ela chegou e falou o que aconteceu. Eu preciso saber disso até mesmo pra avaliar o que aconteceu realmente. Se a pessoa tiver ingerido álcool ou algum tipo de droga pra saber qual remédio administrar porque se não pode ter alguma interação medicamentosa (...)”.

Dr. Antônio é ginecologista de uma unidade Básica de Saúde da cidade de São Carlos, tem por volta de 48 anos. Teve o primeiro contato com trabalhadora do sexo por meio do trabalho realizado junto ao *Grupo de Estudos Sobre Trabalho Sexual*.

“Na Unidade Básica de Saúde, aqui em especial a gente não tem tanto contato com trabalhadoras do sexo. No trabalho com a professora Waldenez nós fomos dar uma palestra sobre método anticoncepcional. Na realidade foi mais um papo que a gente teve com elas. Foi até muito legal. Nós ficamos conversando uma tarde sobre vários assuntos relacionados a sexo e sexualidade. O interessante é que depois disso algumas me procuraram (...)”

Apresentar os profissionais da saúde em relação ao tempo de exercício profissional, em qual área da saúde atuam e como foi o primeiro contato com a trabalhadora é útil ao conduzir a entrevista. Como colocado na metodologia nenhuma pergunta feita aos profissionais teve por fim medir ou avaliar conhecimentos ou preconceitos sobre trabalho sexual e, sim, revelar como eles percebem os processos educativos das trabalhadoras. Para tanto é necessário falar em qual ramo da saúde trabalham e como foi a sua primeira experiência, tendo como paciente uma trabalhadora do sexo.

3.3 O trabalho sexual nas palavras dos/ as entrevistados

3.3.1 As visões das trabalhadoras do sexo

As trabalhadoras do sexo encaram o trabalho sexual como um meio para obter melhores ganhos financeiros. Recolheram-se três visões diferentes sobre preconceito e permanência no trabalho. Uma das trabalhadoras saiu do trabalho sexual e as outras duas afirmam que querem sair do trabalho.

A ex-trabalhadora Maria assegura que o trabalho sexual é um mundo a parte com uma dinâmica própria com horário e disciplinas próprios e quando saiu da noite sentiu a diferença. No decorrer da entrevista e posteriormente, em um encontro informal em sua casa, conversou-se um pouco sobre sua nova rotina e percebeu-se um outro estímulo quando ela fala que ninguém mais a olha diferente depois que saiu da noite, pois não sente mais o estigma ou o preconceito de desempenhar um trabalho mal visto socialmente.

“Hoje eu tenho uma vida diferente. Lá é uma vida de ilusão. A gente vive em um mundo de fantasia (...) aqui fora a gente vive na realidade (...) O dia é o dia e a noite é a noite. Lá o dia e a noite é uma coisa só. Eu gosto da vida que eu tenho agora (...) Quando a gente tá na noite a gente não vê o que acontece aqui fora. Porque a gente bebe muito acorda tarde, vive sempre no mundo da lua, vive sempre aérea (...) A gente que se incrimina quando tá na noite...Porque quando a gente tá na noite a gente pode até tenta andar bonitinho, direitinho, mas como a gente não tá nem pra nada. Não tá nem aí pra etiqueta, nem pra nada. E quando a gente tá fora da noite é diferente. Você se preocupa com a visão que as pessoas vão ter em relação a você e ninguém te olha diferente. Tudo mundo sorri pra você e até o sorriso é diferente” (Maria).

Ana e Sônia possuem planos de sair do trabalho sexual. Observou-se que essa vontade de sair e ter outros trabalhos bem vistos socialmente está relacionado ao preconceito. De todas as trabalhadoras com as quais se conversou durante esses seis anos de trabalho não há recordação de nenhuma ter relatado uma situação concreta de preconceito, ou seja, falarem claramente: “sofri preconceito por que sou trabalhadora do sexo” afinal, muitas não revelam que são trabalhadoras. Não se quer dizer que o preconceito não exista e que situações concretas de preconceito não existam. Vê-se por esses três depoimentos que o preconceito é sentido antes mesmo de acontecer materialmente em ações ou práticas preconceituosas. Elas carregam o preconceito até o momento que saem do trabalho, depois, se sentem aliviadas e enxergam “os sorrisos” de maneira diferente.

“Pretendo sair da noite assim que conseguir o dinheiro que preciso. Estudei até o ensino médio e quando sair da noite vou voltar pra Olinda e fazer curso técnico em edificações no CEFET” (Ana).

“Meus filhos não sabem o que eu faço. Eles cobram muito a minha presença. Eu ligo pra lá sempre. Eu fico magoada de ficar tão longe deles. Dá muitas saudades. Mas fazer o que essa foi a vida que eu adotei pra sustentar eles. Mas no ano que vem eu não quero mais ficar aqui. Eu vou embora pra ficar com eles. No próximo ano eu vou fazer isso. Quero juntar dinheiro pra sair dessa vida” (Sonia).

3.4 A visão dos profissionais da saúde

Nas duas entrevistas realizadas com os profissionais da saúde notou-se duas visões diferentes sobre trabalho sexual. É importante lembrar que essa não foi uma pergunta do

roteiro e as colocações sobre trabalho sexual vieram naturalmente e, portanto o enfermeiro João, por ter um perfil menos tímido, se colocou mais.

O enfermeiro João as vê como vítimas sociais, pois acredita que elas estão no trabalho sexual por não terem tido outra oportunidade de trabalho. Pensa-se como essa visão sobre o trabalho sexual poderá influenciar na percepção dele sobre os processos educativos delas.

“Então a percepção que eu tenho em relação ao trabalho sexual é uma profissão que a pessoa não tem escolha. Ele ou ela necessita de um dinheiro que ele não tem. Enfim ele vai chegar e vender o seu próprio corpo pra conseguir aquilo que o governo e o Estado não supriu a oportunidade de trabalho” (João).

Dr. Antônio chamou atenção para um tema que não havia sido pensado: porque os médicos ginecologistas não perguntam para as mulheres em suas consultas de rotina se exercem o trabalho sexual? Ele menciona que é um erro não perguntar, no entanto, acredita-se que se essa pergunta for feita para alguma paciente provavelmente ela irá se sentir ofendida.

“Difícilmente elas se apresentam como profissional do sexo. E a grande realidade é que é um erro a gente não perguntar. Não tá certo. Dentro da anamnese a gente não pergunta. Você vê a gente faz o exame de lamina, às vezes ela vem até pedir o HIV ou algum outro tipo de exame e a gente normalmente faz, mas dificilmente a gente pode dizer que ela é uma profissional do sexo. E dificilmente ela se apresenta como profissional do sexo. O que a gente imagina é que elas não são tão diferentes assim do dia a dia das pessoas” (Antônio).

3.5 Processos educativos relacionados à saúde

3.5.1 Ensinar e aprender saúde entre as trabalhadoras do sexo

Notou-se que nas três entrevistas realizadas, que alguns tópicos do roteiro não foram respondidos. Insistiu-se para que a trabalhadora respondesse o tópico solidariedade e relações de amizade, bem estar e estresse, auto-estima e auto-imagem e não foram obtidas respostas específicas. Todavia, avaliou-se que essas respostas foram colocadas no meio das longas conversas realizadas.

Vê-se o quanto é difícil parar para pensar nos processos educativos fora de ambientes oficiais como a escola. No ensino público tem-se os parâmetros e propostas curriculares. Já no

ambiente não escolar tem-se uma escala para medir o que se aprende e o que se ensina. Nem se nota o quanto se aprende e se ensina nas conversas com os amigos ou nas conversas com as trabalhadoras. Somos seres de troca: trocamos experiências, olhares, utensílios, objetos, alimentos e saberes. Os seres humanos entre si ensinam, aprendem e trocam experiências nos mais diversos lugares sociais: bares, clubes, igrejas, entre outros. Entretanto, a tendência é dar pouca importância às trocas de saberes ocorridos em lugares não oficiais, quiçá em ambientes envoltos em preconceito como o trabalho sexual.

3.5.2 Auto-estima, auto-imagem, beleza, corpo, sexualidade, bem estar e estresse no trabalho sexual

Todas as entrevistadas falam que aprenderam e ensinaram a dar mais valor à auto-imagem e a valorizar roupas, maquiagem e o corpo depois que entraram para o trabalho sexual.

Para Sônia, a amiga foi quem a ensinou a cuidar da beleza. Destaca a convivência e a troca de saberes com a amiga.

“Antes de entrar para noite eu não sabia me vestir. Andava de qualquer jeito. Agora não, eu sei me vestir me sinto melhor. Sinto que eu tô bem mais elegante. Foi na noite que as minhas amigas começou a me orientar. Modo de se vestir.... E quem me ensinou tudo isso foi aquela minha amiga que te falei. Que me trouxe pra noite. Ela me orienta sempre. E quando eu vejo uma coisa errada nela eu falo pra ela se não tá certo. Então uma ajuda a outra” (Sônia).

Já para as trabalhadoras Ana e Maria a rotina do trabalho sexual as ensinou a cuidar da imagem. Observar as colegas de trabalho, perceber o quanto a auto-imagem e a auto-estima influenciam na conquista do cliente são saberes colocados pelas duas trabalhadoras.

“Trabalhar na noite me deixou mais vaidosa aprendi a me arrumar. A gente se transforma. Aprendi isso observando as colegas de trabalho e vendo que o cliente não quer mulher feia. Quanto mais bem arrumada mais cliente a gente consegue” (Ana).

“Na noite a gente pensa muito na imagem. A gente vira uma devota de si mesmo. Passa a se adorar. Porque a gente quer andar bonita, bem arrumada pra chamar atenção. Então a auto-estima da gente fica lá em cima... Então na noite tem coisas boas também. Eu me sentia bem de estar sempre bela,

querendo estar sempre linda. Eu aprendi na noite a estar sempre bela. A gente vai pegando um pouquinho daqui um pouquinho dali. A gente aprende assim observando, escutando. Uma fala assim: olhem vocês passem batom que fica legal, passa um blush que fica legal, usa sempre creme pra você não criar rugas no rosto porque os clientes não gostam de meninas idosas. A gente vai aproveitando essas dicas. Aí vai vendo que se a gente for pro salão mal arrumada a gente não consegue nada” (Maria).

As três trabalhadoras quando falaram sobre auto-imagem e auto-estima ressaltaram esse como o lado positivo do trabalho sexual. Todas concordaram que depois que entraram para o trabalho ficaram mais vaidosas, sentiram-se mais bonitas com o uso de maquiagem, cremes e roupas.

3.5.3 Violência, solidariedade, relações de amizade e direitos no trabalho sexual

As três trabalhadoras falaram sobre a importância das colegas nos processos educativos relacionados à saúde.

A trabalhadora Maria colocou pouca importância nas relações de amizade dentro do trabalho sexual, mas não deixou de frisar que aprendeu sobre auto-imagem com as colegas de trabalho.

“Na noite ninguém tem tempo pra se preocupar com ninguém. Então é difícil a gente depender das colegas. A gente se preocupa com a outra se a menina bebeu demais aí ela tá passando mal a gente ajuda a cuidar. Assim que a gente se preocupa. Mas incentivar a ir ao médico fazer tratamento são poucas que são assim (...)” (Maria).

Sônia ressaltou a grande importância da convivência com a amiga de trabalho. Em vários momentos frisa o quanto aprendeu e o quanto ainda ensina o que aprendeu. Aprende e ensina sobre auto-estima, direitos e saúde com as colegas do que fez no trabalho sexual. Compara o ambiente do trabalho sexual com o seu ambiente de trabalho anterior, a confeitaria, e conclui que no trabalho sexual há uma troca de experiências muito grande por não ser um ambiente excessivamente competitivo.

“Em relação aos meus direitos eu aprendi com as minhas amigas. Elas me ativaram. Você tem que denunciar. Você mora aqui sozinha vai que ele te faz mal. Você tem que se proteger. Tem que procurar os seus direitos. E a

primeira a falar pra procurar os meus direitos foi aquela minha amiga que eu sempre te falo. Depois veio as meninas da casa. Minhas amigas do trabalho que me ensinaram a procurar os meus direitos. Eu aprendi que quando a pessoa é amiga mesmo é sempre presente e quer te ensinar. As minhas colegas de trabalho da noite são muito mais legais que a do meu outro trabalho na confeitaria. No meu outro trabalho era tudo cobra” (Sônia).

3.5.4 Alimentação no trabalho sexual

As próprias trabalhadoras estabeleceram uma relação entre alimentação e bebidas alcoólicas. Elas aprenderam a se alimentar bem, pois bebem muito. Ressaltam que o excesso de bebida alcoólica prejudica a saúde e na tentativa de sanar esse problema elas procuram se alimentar bem. É importante notar que a bebida alcoólica, principalmente os destilados, fazem com que as trabalhadoras das casas aumentem seus rendimentos. Elas possuem uma porcentagem sobre cada dose que o cliente consome.

A trabalhadora Sônia mais uma vez coloca a importância da amiga como a pessoa que a ensinou a se alimentar bem no trabalho sexual.

“Sobre alimentação tem que se alimentar melhor, né. Porque como a gente bebe muito tem que se alimentar bem. Você tem a merenda de manhã, o almoço e o jantar na casa. A noite quando fecha a casa tem a sopa. Tem que se alimentar bem senão você não agüenta. Isso da alimentação vem da minha amiga mesmo. Eu vim com ela pra noite. Eu sabia o que eu ia fazer so que ela me orientava. Ela sempre me falava você tem que comer bem ,tem que se alimentar. Cuidado pra não beber muito” (Sônia).

As trabalhadoras Maria e Ana falaram que sempre tiveram cuidado com a alimentação e aprenderam com a família, mas depois que entraram para o trabalho sexual aprimoraram os cuidados com a alimentação.

“Nas casas que trabalhei eles davam uma boa alimentação. E como a gente trabalhava a noite de dia tinha que dormir não tinha muito tempo pra se alimentar. Porque quando acorda não tem fome. Ai passa o dia come uma coisinha ali quando e de noite janta. Não é aquela coisa assim quando a gente tá na casa da gente tem horário certo pra comer. Mas eu tentava me alimentar bem a minha mãe me ensinou que a gente tem que comer bem. A gente bebe muito por isso tem que ter uma alimentação boa” (Maria).

“A bebida me ajuda. Relaxo, consigo ter mais paciência, fico mais extrovertida. E também ganho mais dinheiro com a bebida 30% da do preço da bebida é meu. Como sei que bebo muito e não faz muito bem tento me

alimentar bem e não ligo para esse negócio de engordar, não uso nenhuma droga. Aprendi com a experiência que tem que se alimentar bem” (Ana).

3.5.5 Uso da camisinha e substâncias químicas

Com os clientes o uso da camisinha é freqüente, porém quando estão vivendo um relacionamento amoroso ou namoro o uso da camisinha é abolido. As bebidas alcoólicas fazem parte da vida delas, pois significam melhores ganhos financeiros. Todas as trabalhadoras entrevistadas revelaram não usar outras drogas a não ser o álcool.

Analisando as falas, verificou-se que as três trabalhadoras já haviam aprendido a importância do uso da camisinha desde antes de entrarem para o trabalho sexual. A importância da camisinha e o seu uso ocorreu em processos educativos anteriores a entrada no trabalho sexual em espaços como a escola, o médico ou conversas com amigas.

Entretanto, perceberam uma necessidade maior do uso da camisinha e dos cuidados de higiene com o corpo depois que entraram para o trabalho sexual. Sônia coloca que sabia da importância da camisinha na época que era casada, contudo o seu marido não aceitava usar o preservativo. Ana sempre demonstrou uma imensa preocupação nos cuidados com a higiene.

A descoberta de que doenças como sífilis, o cancro, a chaga, eram contraídas por meio das relações sexuais, colocou as trabalhadoras sexuais como as principais responsáveis pela disseminação de doenças. Autoridades médicas e sanitárias ao longo dos tempos tentaram várias políticas de regulamentação e combate a esse mal venéreo. O sexo nos séculos XIX e XX foi normatizado e o corpo, principalmente o feminino, foi adestrado. Para combater as doenças sexualmente transmissíveis era necessário um rígido controle epidemiológico, sanitário e social. As mulheres foram adestradas para viverem em função do marido e dos filhos. Aos homens cabia procurarem uma esposa saudável e providenciar os ganhos financeiros. Quem não fazia parte de nenhum desses dois papéis sociais era colocado à margem, caso dos homossexuais, prostitutas e boêmios (FOUCAULT, 1984; ENGEL, 2004).

A pesquisa de Martin (2003) mostra como as trabalhadoras da cidade de Santos lidam com os riscos que envolvem o trabalho sexual. Segundo ela, os dados etnográficos permitem pensar que, longe da expectativa de experiências comuns de viver o cotidiano da prostituição e dos perigos presentes no dia-a-dia das prostitutas, existe uma grande diversidade de comportamentos diante desta questão. Os comportamentos delas diante do perigo variam desde as que tentam se proteger ao máximo, até aquelas que não se protegem. Independente da atitude individual de maior ou menor proteção, dois fatos são evidentes: todas pensam, conhecem e sabem usar o preservativo e usam-no com frouxidão mais ou menos intensa – permissividade ou não. Ou seja, a trabalhadora pode se proteger em um momento e em outro, por variadas razões, não.

“A bebida me ajuda. Relaxo, consigo ter mais paciência, fico mais extrovertida. E também ganho mais dinheiro com a bebida 30% do preço da bebida é meu (...) Quando entrei para a noite sabia que não podia transar sem camisinha. Uma amiga me falou nunca transe sem camisinha. Mas quando tenho namorado não uso camisinha (...) Depois que entrei pra noite sou muito mais cautelosa com o homem na cama. Dou banho no cliente antes do programa, lavo as partes íntimas dele. Não faço a unha da mão. Tenho medo de machucar e entrar em contato com o sêmen do homem e pegar alguma doença. Todos esse cuidados aprendi sozinha. Fui observando os cuidados que se deve ter trabalhando na noite. Com a prática aprendi isso” (Ana).

“A dose são R\$ 13,00 então fica 10 pro dono da casa e 3,00 pra mim. Cada dose que a gente toma é R\$ 3,00 pra gente. Você tem que tomar 15 doses durante a semana pra poder fechar. Se não fechar não recebe e se passar das quinze ele paga aquelas que passou. E isso acaba influenciando a gente a beber mais. A menina que tem interesse de ganhar mais, por exemplo, se você toma 15 doses ganha R\$ 45,00 (...) Quanto à camisinha eu aprendi a usar com o meu médico desde da época que eu era casada. Mas meu marido não gostava eu acabei tendo 4 filhos. Eu não podia tomar remédio aí deu no que deu, né (...) Essa minha amiga saiu da noite e da última vez que encontrei com ela tava bonita com uma pele boa. Acho que é o álcool que não faz bem, acaba com a pessoa. Agora ela dorme bem tem horário certo pra comer. Acho que é bom ter horário certo pro corpo” (Sônia).

“Eu antes de entrar pra noite eu já sabia que tinha que me cuidar. Que eu tinha que ir ao médico, usar preservativo. Na escola eu aprendi isso, esses cuidados eu não aprendi na noite eu já sabia de antes. Do colégio, da televisão de revistas. Quem tem tendência pra ser um alcoólatra na casa vira um... Quem não tem o vício de beber sabe se controlar, mas quem tem tendência já era. Eu acho que a pessoa aprende a se controlar em relação a bebida desde antes de entrar na noite. Às vezes antes de entrar na noite toma uma cervejinha aqui outra ali. Na noite a gente não toma cerveja só

destilado. Na noite é difícil aprender a se controlar em relação à bebida. Você começa a beber pra ter coragem de chegar até os clientes. É difícil chegar sem beber nada. Hoje você toma um pouco você consegue sair com três, quatro clientes aí amanhã você repete e pensa só vou conseguir se eu beber. Aprender a ter limite pra beber vem de antes. Vem de casa. Tem que beber bebidas fortes, pois a cerveja o dono da casa alega que não dá lucro” (Maria).

3.6 Ensinar e aprender saúde: percepção dos profissionais da saúde

Nesta parte da análise de dados, será apresentado como o profissional de saúde percebe os processos educativos das trabalhadoras, como eles acreditam que elas ensinam / aprendem saúde. Posteriormente, as similaridades e as diferenças serão mostradas comparando-as com a fala das trabalhadoras.

Os dois profissionais de saúde entrevistados salientaram que as trabalhadoras ensinam e aprendem saúde no convívio com as amigas. Para eles, independente do tópico relacionado à saúde: auto-estima, auto-imagem, violência, solidariedade, direitos ou bem estar, os processos educativos ocorrem no convívio com as colegas de trabalho ou amigas.

“Difícilmente, assim como os adolescentes também não procuram, elas procuram o médico ou qualquer tipo de profissional da saúde para perguntar ou questionar alguma coisa seja sobre sexo ou sexualidade. Normalmente é no próprio grupo. Elas aprendem todos os assuntos relacionados à saúde com as colegas (...) Então a gente observa de algumas que vem aqui, mesmo entre os adolescentes e as que não são profissionais do sexo. Difícilmente fazemos perguntas relacionadas a auto-imagem, por exemplo. Mas em relação a profissional do sexo a relação de ensino e aprendizagem acontece no próprio grupo” (Antônio).

“Em relação a ensinar e aprender saúde elas ou eles questionam muito algumas coisas. Nas poucas vezes que fiz estágio em Unidades Básicas de Saúde eu vi que elas procuram ginecologista, então boa parte das informações que elas têm elas retiram de lá, do serviço de saúde. E a outra parte ela retira daquele telefone sem fio, ou seja, eu pergunto pra uma que passa pra outra e assim por diante. E quase sempre a pessoa que tá lá no final da linha é a que vai ter maior dificuldade de obter a informação correta. Porque o grau de escolaridade dessas pessoas é muito baixo, então não adianta eu chegar e falar em termos técnicos o que é uma candidíase, o que é um cancro mole ou cancro duro. Eles ou elas não sabem o que é isso, elas não sabem identificar o que tá acontecendo com elas... Elas aprendem com situações que realmente vivenciam e vai passando informações dentro do ambiente que elas trabalham na convivência entre elas... Elas acabam comentando e trocando essas experiências pra que outra não sofra a mesma coisa que ela sofreu. A troca de experiências entre elas é muito vigente” (João).

O enfermeiro João apontou que boa parte das informações ou dos processos educativos referentes à saúde provém dos serviços de saúde. Chama-se a atenção para a primeira diferença, pois as três trabalhadoras citaram outros lugares no qual aprendem saúde como escola, revistas e conversas com amigas. Colocam também que o grau de escolaridade das trabalhadoras é baixo, conforme apresentado no início da análise de dados, onde se mostram os números relacionados ao índice de escolaridade.

Quando os profissionais de saúde colocam que elas aprendem no convívio com as colegas e amigas e com os serviços de saúde, a percepção deles condiz com a percepção das trabalhadoras entrevistadas.

3.6.1 Auto-estima, auto-imagem, beleza, corpo, sexualidade, bem estar e estresse

Para o enfermeiro João as trabalhadoras possuem uma auto-estima baixa e isto está relacionado ao preconceito. O discurso do enfermeiro contraria a fala das trabalhadoras que afirmaram que a entrada no trabalho sexual as deixaram mais vaidosas e, em momento algum associam sua auto-imagem a algo negativo.

“Questão de auto-imagem, por exemplo, eles se humilham muito. Elas já se sentem humilhadas, eles ofendem as pessoas por isto. É aquela velha história a melhor defesa é o ataque. A auto-estima deles é muito baixa porque as pessoas têm uma imagem muito ruim deles. Ninguém enxerga a profissional do sexo como uma pessoa que não tem oportunidade”.

3.6.2 Violência, solidariedade, relações de amizade e direitos

O enfermeiro João relata que elas não têm acesso a uma informação de qualidade e não têm o direito de escolher o cliente e que tipo de relação terá. Segundo ele as trabalhadoras não sabem o seus direitos e também não possuem meios para procurá-los.

No depoimento das três trabalhadoras elas falaram que podem recusar o cliente se achá-lo violento e que vivência no trabalho sexual faz com que elas aprendam a diferenciar um cliente violento. A trabalhadora Sônia relatou uma situação, na qual aprendeu sobre direitos com as amigas e imediatamente foi em busca deles junto à delegacia das mulheres.

Para o médico Antônio o medo do preconceito e do julgamento faz com que a trabalhadora não se identifique diante de um profissional da saúde. Há uma similaridade na percepção do médico, afinal, muitas trabalhadoras realmente não se identificam como profissionais do sexo em suas consultas de rotina, mas não podemos esquecer que há exceções como a trabalhadora Sônia.

“O que acontece é que essas meninas não têm o direito de escolher. Então a pessoa que ta pagando faz o que quer dela. Se a pessoa que ta pagando tiver uma doença venérea muitas vezes não tem como ela se proteger. Porque não é através só de camisinha ou camisinha feminina ou pomadas que você vai se proteger. Depende muito do tipo de penetração que você vai ter se vai ser agressiva se não vai. Muitas vezes são muito agressivas e você chega tem o rompimento de camisinha ou lacerou alguma coisa pela própria violência da relação, pode também ter uma contaminação. Então muitas vezes ela não tem o direito porque ela não ta fazendo isso por prazer e sim por dever. Ela necessita do dinheiro. Esse tipo de informação ela não tem e também não tem como evitar um cliente violento” (João).

“Acredito que por causa do preconceito, o medo da discriminação porque você nunca sabe. Às vezes a gente vai contar alguma coisa pra alguém e não sabe qual será a reação dessa pessoa. Se ficar bravo, se vai me xingar. Qualquer pessoa que segue essa profissão tem receio que vamos julgá-la. Não é achar, algumas pessoas possivelmente até julgam mesmo. Tratam mal por ter feito um aborto. Começam a mal tratar a pessoa (colegas de profissão) isso é uma coisa muito comum...Então naturalmente, elas não se identificam por medo do preconceito” (Antônio).

3.6.3 Alimentação, uso de substâncias químicas e camisinha

O médico Antônio observou que as mulheres se informavam muito bem, mesmo sendo essas informações vindas de amigas, de revistas ou de programas de televisão e ressaltou que o HIV aumentou entre as mulheres casadas. É interessante perceber que elas são muito preocupadas com a saúde, com o uso da camisinha e com a transmissão de doenças, por isso, elas procuram as unidades de saúde para obter a camisinha ou compram o preservativo. Tais mulheres relatam que aprenderam e que também ensinam os cuidados com o uso do preservativo no decorrer do trabalho sexual.

“O principal é o preconceito em relação aquilo que elas tem a dizer ou falar. E elas acham que vão ser julgadas e isso acontecesse mesmo. E no fim acabarem sendo destratadas, mal tratadas. Isso é uma coisa que realmente pode acontecer e é uma coisa que eu imagino que elas sintam em relação ao preconceito. Medo do preconceito é uma coisa muito grande. Eu imagino

que como elas são encaradas como grupo de risco (apesar de não existir mais essa denominação). Então elas sempre se informam. Mesmo que esse informar melhor seja com as amigas. Elas realmente procuram se informar muito bem. Tanto que o problema da Aids agora são as mulheres casadas. Hoje em dia dificilmente uma profissional do sexo terá uma relação sem camisinha. Elas previnem muito mais que a população em geral. Imagino eu que é na hora que elas entram na profissão que elas aprendem esses cuidados. Pois muitas meninas começam cedo e aprendem à medida que vão trabalhando. Aprendem inclusive a sexualidade à medida que vão exercendo a profissão” (Antônio).

Para o enfermeiro João elas não vão ao médico pelo medo do preconceito e porque o dono da casa não as deixa sair. Ele também relata que elas freqüentam pouco as unidades básicas de saúde. Essa percepção do enfermeiro não condiz com as falas apresentadas pelas trabalhadoras com as quais se conversou. Elas freqüentam médicos periodicamente e algumas revelam ser trabalhadoras do sexo e quando precisam vão a unidade de saúde buscar preservativos. Durante o dia elas podem ir aos lugares que quiseram, a única norma que devem seguir é a hora de estarem na casa para o trabalho, por volta das 20:00 horas.

“Quando elas vão ao posto pegar camisinha a gente dá bastante pra distribuir para as amigas. Porque elas não vão ao posto de saúde. As profissionais querem ir ao médico, mas não tem oportunidade. Elas querem ir ao posto, mas todo mundo vai ficar olhando pra elas e a auto-imagem delas é muito ruim. E depois as consultas no ginecologista são cada vez mais difíceis e quando elas conseguem o cafetão não deixa elas saírem da casa” (João).

3.7 Percepção sobre como o outro me vê

As trabalhadoras entrevistadas vêem os profissionais da saúde com bons olhos. Colocaram que eles reconhecem o cuidado que elas têm com o corpo e observam o uso freqüente da camisinha entre as trabalhadoras. “Eles tem uma visão boa da gente. Eles vêem que a gente se cuida. Eles enxergam isso” (Maria).

As três trabalhadoras relatam que sempre foram bem atendidas pelos profissionais da saúde.

Já os profissionais da saúde acreditam que elas os vêem como pessoas distantes e muitas vezes preconceituosas. São críticos em relação à postura que o profissional de saúde deve ter. O dever de deixar as crenças e preconceitos de lado na hora de lidar com o paciente.

“O grande problema nosso é o distanciamento. Muita gente cria um distanciamento natural, acha que somos os detentores do saber. Então elas acabam um pouco intimidadas em conversar, em se abrir com o profissional. O principal é o preconceito em relação aquilo que ela tem de dizer ou falar. Elas acham que vão ser julgadas e isso acontece mesmo. E no fim acabarem sendo destratadas. Isso é uma coisa que realmente pode acontecer é uma coisa que eu imagino que elas sintam em relação ao preconceito. O medo do preconceito é uma coisa muito grande” (Antônio).

“Se você chega na Santa Casa com uma saínda microscópica porque seu trabalho exige que você seja sensual. Chega com roupas e cara de quem tava realmente fazendo ponto. E eu chego pra você e te olho com uma cara discriminadora dando risada fazendo palhaçada. Você acabou como profissional da saúde e ela vai te achar um idiota e você vai chegar e perder o respeito. Se o profissional da saúde a trata com respeito e não a trata de maneira diferente. Você será visto por ela como o melhor profissional do mundo” (João).

3.8 Processos educativos revelados

Após analisar as falas das trabalhadoras percebeu-se em quase todas as falas que elas ensinam e aprendem na convivência com as colegas de trabalho, com as amigas e na convivência com a família. Os saberes sobre saúde ocorrem no espaço do trabalho sexual e no espaço familiar. Para Freire (1981), os seres humanos se educam, todos ensinam e todos aprendem por isso afirma que a educação acontece nos vários espaços sociais. O saber se dá em comunhão, nas relações sociais. O ato de ensinar e aprender entre os seres humanos acontece porque temos olhos acurados, mãos hábeis, boa memória. Somos seres de troca, ou seja, trocamos o saber coletivo com o nosso grupo social. O ato de aprender e ensinar ocorre porque existe uma relação de alteridade: eu não sou eu sozinho, mas sou eu com os outros (BRANDÃO, 1984).

Para Freire (1997), somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de aprender. Por isso, somos os únicos em quem aprender é uma aventura criadora,

algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. “Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito” (FREIRE, 1996, p. 77).

Observou-se também a importância da troca de experiência entre elas. Afirmaram que aprendem e ensinam com o saber da experiência das colegas de trabalho. Para Larrosa Bondía (2002), o sujeito da experiência se define por sua disponibilidade, por sua abertura. É um sujeito passivo e essa passividade é feita de paixão, de padecimento, de paciência, de atenção, como uma disponibilidade fundamental, como uma abertura essencial.

A troca entre saberes da experiência ocorre de forma individual, “ninguém pode aprender a experiência de outro a menos que essa experiência seja revivida e tornada própria” (LARROSA BONDÍA, 2002, p.25). O diálogo de saberes da experiência entendido como o vivenciar conjunto de experiências, o “*reviver e tornar próprio*”, subentende a possibilidade do encontro, da interação e do deixar-se permear pelo outro e ao mesmo tempo diferenciar-se dele. Este encontro com o outro remete-nos, ao mesmo tempo, a nós mesmos, à construção de nossa própria identidade.

A troca de saberes da experiência presume a possibilidade que algo nos toque, requer um tempo para pensar, olhar, escutar e sentir. Se a experiência é o que “nos” acontece e não o que acontece e o saber da experiência os sentidos que damos a este acontecido em nós, saberes de experiência não podem ser vinculados a conhecimentos e verdades universais e únicas: “trata-se de um saber finito, ligado à experiência de um indivíduo ou de uma comunidade humana particular (...), por isso, o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente e pessoal” (LARROSA BONDÍA, 2002, p.26).

CAPÍTULO 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste trabalho me traz sensação de alívio, seguida de algum desconforto. De um lado, está o alívio de ter terminado, do outro o desconforto por não ter dito “tudo” da melhor forma ou, por não ter tido coragem de trilhar outros caminhos. Porém, vejo o quanto cresci pessoal e profissionalmente. Consigo ver meus processos educativos e o quanto eles são importantes para conduzir minha própria vida. Minha passagem pelo Programa de Pós-Graduação em Educação me fez perceber o quanto é bom e prazeroso estabelecer processos educativos nos intervalos das aulas, nos encontros nas praças e em tantos outros lugares. Sinto o quanto foi bom aprender com o professor Luiz e com a professora Waldenez.

“Diz-me, por que não nasci igual aos outros, sem dúvidas, sem desejos de impossível? E é isso que me traz sempre desvairada, incompatível com a vida que toda a gente vive... O meu mundo não é como o dos outros, quero demais, exijo demais; há em mim uma sede de infinito, uma angústia constante que nem eu mesma compreendo, pois estou longe de ser uma pessimista; sou antes uma exaltada, com uma alma intensa, violenta, atormentada, uma alma que não se sente bem onde está, que tem saudade... sei lá de quê!” (FLORBELA ESPANCA)

Lembro-me dos versos de Florbela Espanca e penso nas inquietações que a vida me provoca. O preconceito social, a moral, os bons costumes, tudo colocado no mesmo caldeirão e vemos o futuro repetir o passado. Mas não posso negar que houve algumas mudanças a Daspu, os blogs e livros sobre prostituição. Percebo que o assunto está em pauta na grande mídia.

Junto com estas, outras inquietações, mais subjetivas, falam do meu modo de sentir a vida, de saboreá-la e, às vezes, desperdiçá-la em meio às tormentas de qual o melhor caminho seguir. Florbela, com sua alma exaltada, fala ao meu coração e dá as pistas para o entendimento do mistério do humano. Lugar algum concretiza a sensação de paz e conformidade, a plenitude faz-se de instantes, são apenas momentos, fluídos passageiros e, nesta fluidez, reside sua magia.

Aprendi que a vida não se deixa capturar em um projeto formal, mas delineia-se nas turbulências do cotidiano, segundo a história de cada sujeito. Não há um modo correto e preciso de viver a vida, a vida é, irremediavelmente, experimental. E não existe um manual de instruções explicando qual a melhor maneira de se portar diante do mercado de trabalho, da vida profissional, da Pós-Graduação e de tantos outros dilemas.

Nas várias conversas com as profissionais do sexo discutiram-se essas mesmas angústias e exigências da vida. Sem querer uma terapia em grupo foi feita. Mulheres da vida, mulheres na vida... Para além dos rótulos que buscam determinar a forma de ser que as mulheres devem assumir, dentro e fora da prostituição, alguma coisa acontece no espaço da casa que permite às mulheres da vida construir, para si mesmas, um lugar, uma situação.

As ditas “mulheres de vida fácil” falam das outras mais do que estas últimas gostariam de admitir. “Cair na vida” desafia a fantasia daquelas mulheres que se mantêm “na linha”. Mais do que as fantasias acerca da prática prostitucional, está a ousadia da desmesura, de ultrapassar os limites enquanto se “faz a vida”. E, embora não sejam as representantes da liberdade sexual, no plano imaginário, dão as pistas de que a prática milenar - desde os rituais sagrados até as perseguições higienistas - fala do mais profundo em nós, do corpo e do universo nebuloso dos desejos. Desejos que não se submetem e não se justificam. Mas precisam conviver com o universo da cultura, antítese destes mesmos desejos. Falar de sexo e prostituição desperta curiosidade e risadas incomondas. O mercado do sexo é lucrativo: livros, programas de TV, novelas, revistas tudo o que tem sexo vende. (ALVES, 2002).

Esta dissertação tentou dar pistas sobre os processos educativos relacionados à saúde das trabalhadoras do sexo de casas noturnas da cidade de São Carlos e como os profissionais de saúde percebem os processos educativos dessas mulheres.

Vimos que, desde tempos remotos, existem várias formas de prostituição, em várias classes sociais. Mas existe um ponto comum entre essas várias formas: a dimensão do convívio, do encontro, da circulação que as cidades proporcionam.

Lembro-me da pesquisa realizada pela Unb e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) que releva um uso sistemático do preservativo com os clientes mas um uso reduzido do mesmo com os compaheiros ou as pessoas que mantêm relações de afeto. No entanto, penso na minha vida pessoal e sentimental e vejo que muitas vezes aboli o preservativo nas relações com o namorado. Há uma faceta da prevenção que merece atenção, o silêncio das relações “estáveis” do nosso cotidiano. Como lidar com as relações monogâmicas e introduzir a discussão sobre o preservativo? Ou ainda, como mudar as regras de uma relação que, inicialmente, não estava pautada nessas regras?

Para Martin (2003), que realizou um trabalho de etnografia com trabalhadoras do sexo da zona portuária de Santos, a prevenção está inserida no plano moral da sociedade. Existe uma moral indiscutivelmente aceita de que a prevenção é um bem para todos e que é preciso a qualquer custo evitar os males e infortúnios inerentes da falta de prevenção. Neste sentido esta postura moral escondida em algumas áreas de conhecimento que se propõe a fazer intervenções sociais, como a epidemiologia e a psicologia, é, por um lado defensável do ponto de vista da qualidade de vida das populações. Por outro lado, possibilita uma atitude que pode se tornar totalitária, desconsiderando a imensa diversidade cultural humana.

Um exemplo é a exigência do uso de preservativo em todas as situações e contextos culturais entre os mais variados grupos sociais. A regra é usar o preservativo, independente das práticas sexuais das pessoas. Mesmo em um grupo bem informado como o das prostitutas entrevistadas, ficou evidente que o desejo de um comportamento homogêneo é equivocado e até mesmo impossível na prática (MARTIN, 2003, p. 228).

A força com que organizações não governamentais tentam derrubar o preconceito e desmistificar a figura da profissional do sexo reside na união, muitas vezes instável devido a mobilidade outras vezes forte, desse gupo. O convívio promove rupturas, continuidades, descontinuidades, constrangimentos. Nessa multiplicidade de facetas está o seu maior engenho. Potência para a manutenção de uma escuta viva. Mais do que inventar soluções para os problemas apresentados, é preciso responder às necessidades destes grupos.

Assim, pensar os processos educativos relacionados à saúde desta população implica lançar um olhar sensível sobre o universo desses sujeitos, exercer uma escuta acurada e ter um olhar livre de julgamentos de valor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARELLO, L. **Práticas e Métodos de investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 1997.

ALMEIDA FILHO, N et al. **O conceito de saúde mental**. *Revista USP*, 1999.

ALVES, M, C. **Profissão: Prostituta**. TCC (Trabalho de Conclusão de Curso em Jornalismo) – Departamento de Jornalismo e Editoração da Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

AZEVEDO, A. **O Cortiço**. São Paulo: Abril Cultural, 1981.

BECKER, H. **Outsiders: studies in the sociology of deviance**. Nova York: Free Press, 1963.

BIBEAU, G. **A step toward thick thinking: from webs of significance to connections across dimensions**. *Medical Anthropology Quarterly*, no 2, 1988

_____. **Hay una enfermedad en las Americas? Otro camino de la antropologia médica para nuestro tiempo**. VI Congreso de la Antropologia, Colômbia, 1992.

BOSTON. **Ours bodies, ourselves for the new century: book by e for a womem**. Boston: The boston womemhealth book collective, 1998.

BORDA, O. F. Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Pesquisa participante**. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988. p. 59.

BRANDÃO, C, R. **Educação popular**. São Pulo: Brasiliense, 1984.

BRASIL. Ministerio da Saúde. **Promocao de saude: declaração de Alma-Ata, carta de Ottawa, declaracao de Adelaide, declaracao de Sundsvall, declaracao de Santafe de Bogota, declaracao de Jacarta, rede dos mega países, declaracao do Mexico**. Ministry of Health (Ed.). Luiz Eduardo Fonseca (Trad.). Brasília: Ministerio da Saude, 2000.

_____. **O Trabalho do agente comunitário de saúde**. Sistema de informação da atenção básica (SIAB)/Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Profissionais do Sexo**. Documento Referencial para ações de prevenção das DST e da aids. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Série Manuais, nº 47, 2002.

_____. **Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas as profissionais do sexo**, em três regiões brasileiras. Ministério da Saúde, Secretária Executiva, Coordenação nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CALDEIRA, T, P . **A politica dos outros: o cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos**. Sao Paulo: Brasiliense, 1984.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

_____. **La santé: concept vulgaire et question philosophique**. Toulouse: Sables, 1990.

CAPONI, S. Georges Ganghillen y el estatuto epitemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde- Maguinhos**, n.2, Rio de Janeiro, 1997.

CARRARA, S. **Tributo a Vênus** : a luta contra a sífilis no Brasil das passagens do século aos anos 40. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

CARVALHO, H e SEGRE, M. **Medicina social**. Sao Paulo: Universidade de Sao Paulo, 1964

CAVALCANTI, E. **A sífilis em Cuiabá**: saber médico, profilaxia e discurso moral. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciencias humanas e sociais**. Sao Paulo: Cortez, 1995.

CIANFRANI, T. **A short history of obstetrics and gynecology**. Springfield: Charles C. Thomas, 1960.

COELHO, M. Normal - patológico, saúde -doença: revisitando Canguilhem. **Physis**, n° 9, 1999.

COELHO, M T; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, n. 2, Rio de Janeiro, 2002.

COMTE, A. **Curso de filosofia positiva**. Sao Paulo: Abril Cultural, 1973.

COSTA, J, C. **Historia da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

_____. **Ordem médica e norma familiar**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CUTTER, I; VIETS, H. **A short history of midwifery**. Philadelphia: W. B. Sanders Company, 1964.

DAMÁSIO, R. H. “Prostituição: problema ou solução?” In: **Revista Espaço Acadêmico**. Boletim Informativo, N ° 15, Agosto 2002.

DELUMEAU, J. **História do medo no Ocidente**: 1300-1800. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**. mar. 2002, no.115, p.139-154. ISSN 0100-1574.

DUMAS FILHO, A. **A Dama das Camélias**. São Paulo: Nova Alexandria, 2001.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Nacional, 1968.

ENGEL, M. **Meretrizes e Doutores**: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840 - 1890). São Paulo, Brasiliense, 2004.

FERREIRA, F, C. **A construção da Identidade Feminina nas trabalhadoras do Sexo:** corpo, trabalho e preconceito. Relatório de iniciação científica – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2002.

_____. **O espaço da casa, prostituição em ambientes fechados,** e a formação de uma identidade coletiva. Relatório de iniciação científica – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2003

FONSECA, C. “A Dupla Carreira da Mulher Prostituta”. In: **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, IFCS / UFRJ – PPCIS / UFRJ, vol. 4, nº 1, 1996.

FONSECA, G. **História da Prostituição em São Paulo.** São Paulo, Resenha Universitária, 1982.

FONSECA, J. **Viagem ao Redor do Brasil: 1875-1878.** v. 1,2. Rio de Janeiro, Bibliex, 1986.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade** . São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Microfísica do Poder.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **História da sexualidade** : A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

_____. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GABEIRA, F. www.fernandogabeira.org.br, acesso em 2005.

GAJARDO, M. **Pesquisa participante na América Latina.** São Paulo: Brasiliense, 1986.

GAY, P. **Education of the senses.** New York: Oxford University Press, 1984.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação de uma identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Zahar, 1963.

_____. **Internados:** ensayos sobre la situacion social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1961.

GOOD, B. **Medicine, rationality, and experience:** an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University, 1994.

_____. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: Leon Eisenberg et al. (org.), **The relevance of social science for medicine.** Dordrecht, D. Reidel Publishing Co, 1980.

HOUAISS, Antonio. **Dicionario Houaiss da lingua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2000.

HUGHES, D. A Legalização da Prostituição refreará o Tráfico de Mulheres? In: <www.apf.pt/temas/tema>, (2004)

LARROSA BONDÍA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n.19, 2002.

LE BOTERF, G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, C, R. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LEITE, G. In: **Folha de São Paulo**, 4 de dezembro de 2002.

_____. Nazareth Ferreira da Silva no espelho do destino. **Jornal Beijo da Rua**. Coluna da Gabi. Rio de Janeiro: Davida: prostituição, direitos civis, saúde. Edição de março, 2005. www.bejodarua.com.br

LEMERT, E. **Social pathology**. Nova York: McGraw-Hill, 1951.

_____. **Human deviance, social problems and social control**. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1967.

MARTIN, D. **Riscos na prostituição: um olhar antropológico**. São Paulo: Humanitas/FFLCH/USP: Fapesp, 2003.

MARTIRE JÚNIOR, L. **História da Medicina: curiosidades e fatos**. Itajubá: [s.n.], 2004.

MENDES, E. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M C S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MOSCUCCI, O. **The science of woman: gynecology and gender in England (1800-1929)**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

NEVES, M. “Abolicionismo, Regulamentarismo e Proibicismo”. In: **Prostituição: um desafio à sociedade e à Igreja**, CNBB Estudos, nº 15, São Paulo, Edições Paulinas, 1976.

NUSSBAUM, M. “Pela Razão ou Preconceito: Ganhar Dinheiro com o Uso do Corpo”. In: **Cadernos Themis – Gênero e Direito**, Porto Alegre, dezembro 2002.

OLIVEIRA, M, W. A busca do diálogo nos trabalhos educativos entre comunidades. In: OLIVEIRA, Maria Waldenez. **Processos educativos em trabalhos desenvolvidos entre comunidades: perspectivas de dialogo entre saberes e sujeitos**. Relatório de pesquisa de pós-doutorado desenvolvido junto à Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003, p.5-13.

PAIM, J et al. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PARSONS, T. **The social system**. Glencoe: Free Press, 1979.

PATEMAN, C. **O Contrato Sexual**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1993.

PEREIRA, L. F. **Prevenção e saúde**. 1998-2000. Relatório de bolsa de projeto de extensão – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1998-2000.

PERROT, M. **Mulheres Públicas**. São Paulo: Ed. da UNESP, 1998.

PRIORE, M. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000.

RAGO, M. **Os Prazeres da Noite**: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890 - 1930). São Paulo, Paz e Terra, 1991.

RAYMOND, J. “**Não à legalização da Prostituição** – 10 razões para a prostituição não se legalizada”. In: <www.action.web.ca/home/catw/readingroom.shtml>. 2003

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher. Tese (Doutorado)–Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ROSSIAUD, J. A Prostituição, sexualidade e sociedade nas cidades francesas do século XV. In: **Sexualidades Ocidentais**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

ROSTAGNOL, S. “Regulamentação: controle social ou dignidade do/no trabalho?” In: BENEDETTI, M; FÁBREGAS-MARTINEZ, A. (orgs.). **Na batalha**: Identidade, Sexualidade e Poder no Universo da Prostituição. Porto Alegre, Dacasa, Palmarinca, 2000.

SABROZA, P C. **Uma História de Conceitos e Representações de Saúde e Doença**. <<http://www.bibiff.cict.fiocruz.br/infosaude/200202.htm>> ,04/03/2002.

SCHEFF, T. **Being mentally ill: a sociological theory**. Chicago: Aldine, 1966.

SILVA, P, G. **Aprender a conduzir a própria vida**: dimensões do educar-se entre afrodescendentes e africanos. No prelo, 2000.

SOUZA, M. F. M. et all. Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In. Rouquayrol, Maria Zelia (org.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

SOUZA, F, R. **Relatório Final da Bolsa Extensão**: Projeto Prevenção e Saúde. Relatório de extensão – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, 2001, 2002 e 2003.

YOUNG, A. **The anthropologies of illness and sickness**. Annual Revue Anthropologies, n. 11, 1982.

Anexos

Transcrição das Entrevistas

Entrevista 1: Maria 30 anos

Trabalhei na noite durante três anos. Eu entrei pra noite por causa de uma desilusão amorosa. Uma desilusão amorosa me trouxe pra noite. Eu nunca tinha ouvido falar da noite. E não conhecia como era a noite. Sabia que noite era o contrário de dia. Mas não sabia o que rolava na vida. Eu sabia que existia prostituição, mas não sabia que na prostituição rolava dinheiro, drogas e tudo mais. Aí eu me desiludi de uma pessoa e outra pessoa me incentivou a entrar na noite e acabei ficando três anos e pouco.

Foi um agenciador de meninas que me convidou. Ele me viu em um shopping e chagou pra mim e falou assim: você é muito bonita, você tem tudo pra ganhar muito dinheiro. Ai eu fui atrás para saber como se ganhava esse dinheiro. Foi por ai que entrei na noite.

Na noite eu aprendi a não confiar nas pessoas. A ver o mundo de outra forma. Aprendi a encarar as coisas do jeito que elas são e não fugir dos problemas. A gente vê de tudo e passa de tudo. Tanto coisas boas como coisas ruins eu aprendi de tudo um pouco trabalhando na noite. Eu amadureci bastante. Parece que agente não sabe como é o mundo lá fora. Você aprende a diferenciar o amor da paixão, aprende a correr atrás dos seus objetivos. Antes eu morava com a minha família. Quando eu fui pra noite tava morando com a pessoa da desilusão.

Na época que trabalhava na noite sentia muito o preconceito. Isso interferia na minha vida. Interferiu na minha vida em tudo é tipo uma prisão. Você entra na noite você tem que cumprir aquela pena até determinado dia. E depois que eu sai minha vida mudou completamente. Eu deixei a noite pra trás. E agora a noite não interfere na minha vida presente.

Hoje eu tenho uma vida diferente. Lá é uma vida de ilusão. A gente vive em um mundo de fantasia. A vida da noite é um mundo de fantasia. A gente só vive sonhando e aqui fora a gente vive na realidade. Aqui a gente não tem ilusão não. O dia é o dia e a noite é a noite. Lá o dia e a noite é uma coisa só. Eu gosto da vida que eu tenho agora. Sabe porque eu gosto: quando a gente nunca viveu na noite a gente não sabe como é o mundo lá fora, a gente vê o mundo de um jeito só. E quando a gente viveu na noite é tipo duas fases da vida. Você vive uma fase lá e sabe como é o mundo lá. E você sai daquela fase você vai pra outro mundo completamente diferente. E você sabe como é viver esse mundo. Parece que são dois mundos divididos. A gente vê tudo diferente. Quando agente ta na noite a gente não vê o que acontece aqui fora. Porque a gente bebê muito acorda tarde, vive sempre no mundo da lua, vive sempre aérea. E quando a gente sai a gente não sabe como é. Porque muita coisa a gente não tinha noção. Eu não tinha noção do que era viver hoje como eu vivo. A gente encara todas, ninguém teme nada na noite, e aqui a gente tem noção. A gente vê o que acontece, a gente assiste jornal, vê um filme, faz coisa diferente. Na noite você não vê nada, não sabe de nada, não se informa de nada. É um mundo com vida própria. Você se enfia naquele mundo e não vê mais nada.

A gente que se incrimina quando ta na noite. É o jeito da gente andar, o jeito da gente se vestir. É o jeito da gente se comportar, tudo isso influi. Porque quando a gente ta na noite a gente pode até tenta andar bonitinho, direitinho, mas como a gente não tá nem pra nada. Não ta nem aí pra etiqueta, nem pra nada. Aí fica assim sabe não importa se acontecer não tem problema. A gente não dá muito valor pra comportamento. E quando a gente ta fora da noite é diferente. Você se preocupa com a visão que as pessoas vão ter em relação a você e ninguém te olha diferente. Tudo mundo sorri pra você e até o sorriso é diferente.

Dentro da casa ninguém tem tempo pra discutir. Ninguém discute saúde. Como eu te falei os clientes são muito curiosos e muitas vezes os donos das casas se preocupam em levar especialistas alguma equipe pra fazer palestra. Muitas vezes o dono da casa incentiva, mas entre as meninas não existe isso.

A maioria dos clientes pergunta como é que a gente se cuida, como a gente se previne. Eles são curiosos, mas acho que também é um tipo de preocupação também. Preocupação com a saúde deles.

Quando a gente trabalha na casa a alimentação é oferecida pela casa. E eles não estão preocupados com nossa alimentação com nossa saúde e bem estar. É muito difícil ter uma casa que se preocupe com nossa saúde. Nas casas que trabalhei eles davam uma boa alimentação. E como a gente trabalhava a noite de dia tinha que dormir não tinha muito tempo pra se alimentar. Porque quando acorda não tem fome. Ai passa o dia come uma coisinha ali quando e de noite janta. Não é aquela coisa assim quando a gente ta em casa da gente tem horário certo pra comer. Mas eu tentava me alimentar bem a minha mãe me ensinou que a gente tem que comer bem.

A gente bebe muito por isso tem que ter uma alimentação boa. Quando a pessoa bebe bastante tem que tomar um caldo. Tomar bastante liquido pra repor o que perdeu. Eles querem que as meninas trabalhem e não que as meninas tenham uma saúde boa pra trabalhar. O dono da casa só ta preocupado em ganhar dinheiro. Tem dono de casa bom. Essa casa que eu trabalhei em Araras o dono era muito bom. Ele se preocupava com alimentação das meninas, com a saúde. Foi o único dono de casa que eu conheci preocupado com as meninas, com o bem estar delas. Ele tinha consciência que as meninas tinham que dar lucro, mas também dava condições pra que elas trabalhassem bem.

Nessa casa em Araras toda terça feira tem uma equipe aí eles levam enfermeiro, médico pra fazer palestra. Levam preservativos Então ele é um dono de casa muito bom.

Muitas meninas gostam de ir pra lá por isso. Ele trata bem todo mundo. Ele dá almoço e jantar e a comida é muito boa também.

Eu aprendi muita coisa nessa casa. Fiz exames. Eles levam de vez em quando uma equipe de médicos pra fazer coleta de papa Nicolau lá na casa. Uma Unidade Móvel de Saúde faz a coleta. Eles levam porque se marcar um dia pras meninas ir na Unidade de Saúde ninguém vai. Então eles vão lá pras meninas participarem.

Na noite ninguém tem tempo pra se preocupar com ninguém. Então é difícil a gente depender das colegas. A gente se preocupa com a outra se a menina bebeu demais aí ela tá passando mal a gente ajuda a cuidar. Assim que a gente se preocupa. Mas incentivar a ir ao médico fazer tratamento são poucas que são assim.

Foi nessa casa que aprendia cuidar da minha saúde com as palestras do pessoal que ia lá de terça.

Quem tem tendência pra ser um alcoólatra na casa vira um. Normalmente a gente vê muito isso. Porque quando eu sai da noite eu sai doente de tanto que eu bebi. Eu tava com problema sério de saúde porque eu bebia muito. E só bebia uísque não conseguia beber outra coisa. Eu tava com problema de saúde seríssimo tive que fazer um tratamento pra poder melhorar. Tudo que você faz tem um limite. E quando a gente passa do limite e se descontrola a gente acaba se prejudicando. Eu me alimentava bem, mas eu não tinha tempo. Eu não me preocupava com a minha saúde levantava meio dia uma hora. Aí não dava vontade de comer porque tinha acordado. Tava de resseca e não conseguia comer. Às vezes eu jantava às vezes não. E isso tava prejudicando a minha saúde.

E problema de fígado é comum acontecer na casa quando as meninas bebem demais. Quem não tem o vício de beber sabe se controlar, mas quem tem tendência já era. Eu acho que a pessoa aprende a se controlar em relação a bebida desde antes de entrar na noite. Às vezes antes de entrar na noite toma uma cervejinha aqui outra ali. Na noite a gente não toma

cerveja só destilado. Na noite é difícil aprender a se controlar em relação à bebida. Você começa a beber pra ter coragem de chegar até os clientes. É difícil chegar sem beber nada. Ai você acaba exagerando e bebendo muito. Porque você se empolga hoje você toma um pouco você consegue sair com três, quatro clientes aí amanhã você repete e pensa só vou conseguir se eu beber. Isso vai levando a conseqüências ruins. Aprender a ter limite pra beber vem de antes. Vem de casa.

Tem que beber bebidas fortes, pois a cerveja o dono da casa alega que não dá lucro. Aí não é permitido cerveja. E quanto mais cara for a bebida mais comissão para as meninas ganhar.

Na noite a gente pensa muito na imagem. A gente vira uma devota de si mesmo. Passa a se adorar. Porque a gente quer andar bonita, bem arrumada pra chamar atenção. Então a auto-estima da gente fica lá em cima. Eu hoje me olho no espelho e vejo uma pessoa completamente diferente do que eu vivia naquele tempo. Eu era muito vaidosa e quando a gente ta fora da noite não tem tanta preocupação com vaidade. Eu me cuido, mas não é igual quando estava na noite. Todos os dias arrumando o cabelo, fazendo a unha, a maquiagem tem que estar perfeita.

Então na noite tem coisas boas também. Eu me sentia bem de estar sempre bela, querendo estar sempre linda. Eu aprendi na noite a estar sempre bela. A gente vai pegando um pouquinho daqui um pouquinho dali. A gente aprende assim observando, escutando. Uma fala assim: olhem vocês passem batom que fica legal, passa um blush que fica legal, usa sempre creme pra você não criar rugas no rosto porque os clientes não gostam de meninas idosas. A gente vai aproveitando essas dicas. Aí vai vendo que se a gente for pro salão mal arrumada a gente não consegue nada. E se a gente se arrumar a gente chama atenção e consegue. O cliente exige uma menina bem arrumada. Já chegou cliente pra mim e disse se você por uma saia vai ficar melhor do que essa calça. Isso vai ajudando a gente a melhorar.

Ai quando a gente sai a gente perde algumas coisas. A gente acaba esquecendo algumas coisas. Deixando pra trás. A gente pensa assim nessa vida fora da noite não precisa disso.

Os donos da casa sempre gostam que as meninas se arrumem bem. Que elas se vistam bem, se maquie bem, que elas fiquem bonitas. Porque eles dizem que a beleza da mulher é que atrai os clientes. As mulheres têm que chamar atenção. Porque se tiver mulher feia na casa a casa dele não tem movimento. Não precisa ter padrão de beleza também. Tem mulher gorda, magra, loura e morena.

Eu antes de entrar pra noite eu já sabia que tinha que me cuidar. Que eu tinha que ir ao médico, usar preservativo. Na escola eu aprendi isso, esses cuidados eu não aprendi na noite eu já sabia de antes. Do colégio, da televisão de revistas.

Na noite eu aprendi várias coisas. Mas eu não me lembro especificamente. Antes de entrar na noite eu não conhecia drogas, eu passei a conhecer drogas na noite. Eu nunca fui uma usuária, mas eu aprendi que não podia usar drogas, aprendi o que era e como funcionava a droga na noite. Então era uma coisa ruim que eu não ia usar.

Eu sempre fui uma pessoa muito calma. Cliente chato a gente releva. Quando vê que vai tirar do sério a gente corta logo o barato. Porque se um cliente estraga a minha noite eu perco dinheiro. Eu não deixava um cliente estragar a minha noite.

A gente costuma usar preservativo sempre. O preservativo faz parte da minha vida. Porque antes de entrar pra noite eu tinha relacionamento com uma pessoa só aí eu não usava preservativo. Depois que entrei pra noite me acostumei e começou a fazer parte da minha vida.

Eu acho que os trabalhadores da saúde se interessam muito pela gente. Mas tem aqueles que se interessam muito pela saúde das meninas. Porque naquela casa que eu falei pra você em Araras eles tinham todo o cuidado do mundo em ensinar pra gente sobre doenças e

saúde. Eles se preocupavam em ensinar pra gente tudo o que sabiam. Mas tem uns que não vê a gente como ser humano e sim como uma vagabunda. Que acredita que a gente é só uma mulher bonita e não se preocupa com nada. Então não dá pra dizer que todos eles são legais. Mas os que eu conheço não tenho o que reclamar.

Entrevista 2: Sônia 28 anos

Eu era casada e trabalhava na panificadora. Daí veio uma briga entre eu e meu ex-marido aí a gente acabou se separando. Tinha uma amiga minha que já tava aqui em São Carlos, e viu a gente naquela situação, separado. Aí ela me trouxe pra cá. Mas eu já vim sabendo o que eu ia fazer. Aí entrei pra essa vida.

Tem muitos preconceitos pra quem trabalha na noite. Tem cliente que vai na casa e trata a gente muito bem. Mas já fala se você me ver na rua faz de conta que não me conhece. Isso é um preconceito. Esse namorado meu não. Mas tem pessoa que tem vergonha de sair com a gente. O povo tem muito preconceito. Eu fico incomodada sim. Lá na casa é uma coisa e lá fora é outra.

Em nenhum lugar que eu frequento posto de saúde, bar ou sair com as amigas eu sofro preconceito. Fora da noite nunca sofri nenhum preconceito. Os vizinhos aqui do bairro são tranqüilos.

Tenho quatro filhos e fiz até a oitava série. Parei de estudar quando tinha 14 anos aí não voltei mais. Foi quando eu casei. Era uma menina. Meus filhos não sabem o que eu faço. Eles cobram muito a minha presença. Eu ligo pra lá sempre. Eu fico magoada de ficar tão longe deles. Dá muitas saudades. Mas fazer o que essa foi a vida que eu adotei pra sustentar eles.

Mas no ano que vem eu não quero mais ficar aqui. Eu vou embora pra ficar com eles. No próximo ano eu vou fazer isso. Quero juntar dinheiro pra sair dessa vida. Trabalhar em

outra coisa. Lá eu tenho minha casa que ta alugada que meu ex-marido deixou. Então chegando lá eu vou pedir a casa, morar com os meus filhos e procurar um emprego. Eu tenho vontade de fazer curso de cabeleireiro. Eu tenho um jeito bom pra isso. Mas se eu não conseguir eu posso trabalhar como caixa de algum supermercado.

Antes de entrar na noite eu já sabia cuidar da minha saúde. Porque quando eu era casada eu me cuidava bem. Ia nos postos, tinha bastante higiene, fazia todos os exames. Depois que entrei para o trabalho a minha rotina não mudou. Vou no médico com a mesma frequência que eu ia antes. Eu me cuido mais ainda, tenho muito mais atenção. Você tem que ta no médico direto. Nada de fazer programa sem camisinha. Tem muitos clientes que exigem, mas a gente não tem que fazer. É perigoso você não conhece a pessoa a pessoa não te conhece. É uma prevenção. Você tem que se prevenir.

Eu comecei a trabalhar na noite em Rio Verde, Goiás. Mas aí eu me senti muito perto da minha cidade. Eu moro em Caldas Novas aí eu fiquei com muito medo de alguém descobrir.

Quando eu vou ao médico aqui em São Carlos eu sempre vou no médico particular na Casa de Saúde. Eu passo particular porque é tudo mais rápido. Os médicos sempre me trataram muito bem, me examinam, são atenciosos. Eu falo que eu trabalho na noite. Explico pra ele tudo direitinho. Ai ele me dá todas as orientações e sempre fala para eu tomar cuidado. O médico sempre me fala que meu útero ta muito bom, porque na verdade eu já tive cinco filhos, um morreu. Ele fala que meu útero tá muito forte.

Eu vou de seis em seis meses na casa de saúde. Eu gosto muito dos médicos de lá. Eu cuido das minhas vistas também lá. Faço exame de vista todo ano. Eu não gosto de ir no Postinho porque o atendimento é muito devagar e as vezes as enfermeiras são um pouco chatas. Uma vez eu fui lá passando mal a enfermeira me enfiou a agulha com tudo. Parecia que ela tava enfiando a agulha no animal. Eles não têm cuidado com o paciente. Quando eu

quebrei a minha perna e fui pra Santa Casa eu fiquei esperando um tempão e lês só foram me atender no outro dia de manhã. Cheguei as quatro e só me atenderam as sete da manhã. E eu sinto que eu pagando eles vão me atender na hora. Quando eu vou fazer o exame eu escolho a hora o dia e às vezes já deixo pago ou então pago na hora. Chego na hora marcada aí eles já me atendem.

Sobre alimentação tem que se alimentar melhor né. Porque como a gente bebe muito tem que se alimentar bem. Você tem a merenda de manhã, o almoço e o jantar na casa. A noite quando fecha a casa tem a sopa. Tem que se alimentar bem senão você não agüenta. . Isso da alimentação vem da minha amiga mesmo. Eu vim com ela pra noite. Eu sabia o que eu ia fazer so que ela me orientava. Ela sempre me falava você tem que comer bem,tem que se alimentar. Cuidado pra não beber muito. Sempre cuida do seu corpo. Eu prestava atenção porque via que era importante e realmente é. E hoje quando eu vejo que as meninas tão fazendo alguma coisa errada em relação à saúde eu chego e falo. Tem menina que não gosta de ouvir tens outras que já querem bem a vida e o corpo.

Essa minha amiga sempre falava tem que se alimentar bem, beber pouco, tomar muito liquido. Aí eu comecei a fazer isso e vi que me sentia bem. Tanto que quando eu passo um dia sem comer ou beber muita água ou suco meu corpo treme por causa do álcool. Pra você agüentar o álcool você tem que se alimentar bem. Tem que tomar bastante água de coco pra se hidratar. E o dia que eu não to bem eu tomo champanhe sem álcool. A gente pede pro dono da casa colocar essa champanhe sem álcool. Eu tomo só quando eu quero mesmo. Hoje eu quero beber eu vou e bebo.

A dose são R\$ 13,00 então fica 10 pro dono da casa e 3,00 pra mim. Cada dose que a gente toma é R\$ 3,00 pra gente. Você tem que tomar 15 doses durante a semana pra poder fechar. Se não fechar não recebe e se passar das quinze ele paga aquelas que passou. E isso acaba influenciando a gente a beber mais. A menina que tem interesse de ganhar mais, por

exemplo, se você toma 15 doses ganha R\$ 45,00. Aquele dinheiro da dose já dá para arrumar seu cabelo, suas unhas sem precisar mexer no outro. Então já é mais um lucro e te ativa a beber mais. Porque ela quer receber mais. E se passar das quinze doses recebe mais.

Tem dias que você agüenta. Depende da quantidade. Meu máximo é 10 doses se passar de 10 doses eu me sinto mal e não agüento trabalhar.

Eu ensino tudo o que eu sei para meninas. A cuidar do corpo, fazer ducha. Essas coisas assim. Ensino as meninas a usar KY. Tem menina que ouve. Ensino para elas ter higiene com as calcinhas. Eu aprendi isso com meu médico e passei pras meninas. Outra coisa que aprendi com o meu médico é que nunca deve lavar a calcinha com sabão. Somente sabão neutro. Pode dar corrimento ou coceira, falou também pra usar calcinha de algodão. E isso tudo que aprendo com o meu médico passa pras meninas.

Em uma parte eu me sinto melhor no trabalho sexual. Hoje eu não tenho ninguém pra pegar no meu pé. Tenho o meu dinheiro, crio os meus filhos. Isso me faz sentir bem. Faço o que eu quero. E por outro lado eu me sinto mal porque eu to longe da família, tem o preconceito.

Antes de entrar para noite eu não sabia me vestir. Andava de qualquer jeito. Agora não, eu sei me vestir me sinto melhor. Sinto que eu to bem mais elegante. Sinto que to melhor que antes. Foi na noite que as minhas amigas começou a me orientar. Modo de se vestir. Às vezes vou num lugar e elas já me falam que não é esse tipo de roupa que tem que colocar. Depende do lugar. Que nem um jantar tem que ser uma roupa mais elegante. Mas no dia a dia pode ser mais normal, você põe uma calça ta bom. E quem me ensinou tudo isso foi aquela minha amiga que te falei. Que me trouxe pra noite. Ela me orienta sempre. E quando eu vejo uma coisa errada nela eu falo pra ela se não ta certo. Então uma ajuda a outra.

Essa minha amiga saiu da noite e da última vez que encontrei com ela tava bonita com uma pele boa. Acho que é o álcool que não faz bem, acaba com a pessoa. Agora ela dorme

bem tem horário certo pra comer. Acho que é bom ter horário certo pro corpo . Porque o horário de almoçar é meio dia e a gente acorda a uma hora da tarde . Aí já passou o horário do seu corpo ta pedindo alimento. Tem hora certa pra comer. Que nem eu acordo as duas e como mas eu acho que não é bom. Pra dormir também é muito tarde aí acorda com o corpo cansado. Quando eu não trabalho eu sinto que o meu corpo fica bem. Eu acordo cedo aí vejo que ter horário é bom. Eu vejo que me sinto bem. Igual tomar remédio tem que ser sempre na hora certa contada no relógio.

Aprendia a cuidar do meu cabelo com a minha amiga. O cliente exige que a gente esteja bem. Semana passada eu conquistei um cliente. O cliente chegou em mim e falou: sabe o que me chamou atenção em você o seu cabelo é bem tratado. Ai pegava na minha pele e via que eu tinha a pele macia. Ai ficou comigo. Outra coisa disse que eu era bonita e que dava pra ver de longe que eu m cuidava. Tem cliente que cobra para gente se cuidar. As vezes to de short ou calça eles pedem pra eu por saia, mas eu não gosto de saia . Teve um cliente que me falou uma coisa que eu não me esqueci. O modo de me relacionar com as pessoas lá dentro. Se você ta trabalhando não precisa ficar conversando com as suas amigas. No salão é cada um por si. É verdade o que ele falou. Eu conversava e quando via a noite já tinha passado e não fazia nada. Você tem que pensar em você. Ele me dizia que batia muito papo. Aí a noite passa e você não fatura nada. Bate menos papo e trabalha mais. E isso foi bom pra mim. Quem ta la fora vê mais do que quem ta dentro. O cliente observa tudo até mesmo pra escolher a menina que ele quer.

Eu aprendi muita coisa trabalhando na noite. Aprendi a separar o cliente da pessoa que eu gosto. Foi com o tempo que eu aprendi isso. Eu percebi isso sozinha.

Eu aprendi com o tempo a ver se o cliente é estúpido ou grosso. Pela conversa eu sei hoje diferenciar um bom de um mau cliente. Pela conversar a gente já percebe como é o jeito do cliente. Quando ele é violento a gente já percebe pelo jeito de te pegar. Até na maneira de

cumprimentar a pessoa ou nas palavras. Aí você já descarta ou sai com ele. Já evita. Nunca sofri violência de cliente. Já tive cliente grosso e quando percebi deixei de lado porque eu não sou obrigada a sair com ninguém. Às vezes tem cliente que a gente sabe que é estúpido. Ai a gente já orienta as meninas. Ele é assim mesmo. Mesmo que ela for com o cliente ela vai sabendo. Outras meninas já sai fora. Pode ser ex-amiga, mesmo assim eu aviso. Eu não quero o mal pra ninguém.

Em relação aos meus direitos eu aprendi com as minhas amigas. Elas me ativaram. Você tem que denunciar. Você mora aqui sozinha vai que ele te faz mal. Você tem que se proteger. Tem que procurar os seus direitos. E a primeira a falar pra procurar os meus direitos foi aquela minha amiga que eu sempre te falo. Depois veio as meninas da casa, elas me falaram onde eu tinha que ir o que eu tinha que falar. Elas me indicaram tudo. Minhas amigas do trabalho que me ensinaram a procurar os meus direitos.

Eu aprendi que quando a pessoa é amiga mesmo é sempre presente e quer te ensinar. As minhas colegas de trabalho da noite são muito mais legais que a do meu outro trabalho na confeitaria. No meu outro trabalho era tudo cobra. Agora não as meninas me dão várias dicas boas.

Na noite eu tenho liberdade eu vou o dia que eu quero. Se eu não to bem eu não vou trabalhar.

Quanto à camisinha eu aprendi a usar com o meu médico desde da época que eu era casada. Mas meu marido não gostava eu acabei tendo 4 filhos . Eu não podia tomar remédio aí deu no que deu, né.

Os profissionais da saúde tem uma visão boa da gente. Eles vêem que a gente se cuida, eles enxergam isso.

Foi um cliente que me convenceu a querer sair da noite. Foi uma orientação dele. Arrumar alguém que te dê valor. Já ensinei também pro cliente a usar a camisinha com a esposa. Tomar banho sempre. Já falei pra um cliente como tratar a esposa.

Eu falo pros clientes a sua esposa é assim porque você não é carinhoso com ela. Você tem que carinhar primeiro senão não vai dar. Acho que eu já salvei muito casamento. O cliente não vai só atrás de sexo. Ele vai conversar contar as suas histórias. Não aprendo muita coisa com o dono da casa não. Não me lembro de nada.

Entrevista 3: Ana 34 anos

“___Meu nome é Ana tenho 34 anos nasci em Olinda, Pernambuco. Sempre morei em Olinda. Antes de trabalhar na noite eu estudava e trabalhava como auxiliar de limpeza. Não tenho filhos”.

“___Eu viajei em 1994 vim para São Paulo. Era a primeira vez que vinha pra São Paulo. Foi a passeio. Resolvi ficar pra arrumar trabalho. Ocupei uma vaga num restaurante de garçomete. Por incentivo de uma colega de trabalho fui trabalhar na noite em uma casa em São Paulo”.

“___Sou muito discreta. Nunca revelei que trabalhava na noite. Fora da boate nunca falei o que faço pra não sofrer discriminação e não se aproveitarem de mim”

“___Pretendo sair da noite assim que conseguir o dinheiro que preciso. Estudei até o ensino médio e quando sair da noite vou voltar pra Olinda e fazer curso técnico em edificações no CEFET”.

“___ Depois que entrei pra noite sou muito mais cautelosa com o homem na cama. Dou banho no cliente antes do programa, lavo as partes íntimas dele. Não faço a unha da mão. Tenho medo de machucar e entrar em contato com o sêmen do homem e pegar alguma

doença. Todos esse cuidados aprendi sozinha. Fui observando os cuidados que se deve ter trabalhando na noite. Com a prática aprendi isso”.

“___Aprendi também que tem que ter psicologia para se defender na noite. Uso a minha psicologia para saber e perceber se o cliente é agressivo, se ele não tirou a camisinha na hora da transa. Aprendi comigo, com a prática e com minhas colegas”.

“___Quando entrei pra noite não andava de salto, não me maquiava. E pensei que nem para puta eu servia, parecia que eu nunca tinha transado. Depois de um tempo na boate fui eleita a rainha da sacanagem. Aceito vários tipos de programas já saí com casal. Se sabe né pagando bem que mal tem”.

“___A relação com o meu corpo mudou muito. Já não tenho mais 21 anos. Comecei a ver que o sexo é gostoso. Faço o que tenho vontade. Mudei muito. Era um pouco preconceituoso. Minha família é muito conservadora minha mãe e meu irmão se souberem que um homem é gay não conversam com ele. Já eu mudei meu pensamento não tenho mais preconceito nenhum. Eu tinha medo quando via uma menina de programa, tinha uma certa distância. Imaginava que eram seres diferentes de mim, não queria me misturar. Hoje sei que é tudo gente boa”.

Entrevista 4: Dr Antônio, médico ginecologista

Na Unidade Básica de Saúde, aqui em especial (Redenção) a gente não tem tanto contato com trabalhadoras do sexo. No trabalho com a professora Waldenez nós fomos dar uma palestra sobre método anticoncepcional. Na realidade foi mais um papo que a gente teve com elas. Foi até muito legal. Nós ficamos conversando uma tarde sobre vários assuntos relacionados a sexo e sexualidade. O interessante é que depois disso algumas me procuraram. Algumas vieram ou lá (UBS da Vila Isabel) ou aqui.

E continuaram vieram fazer exame. Hoje em dia muito pouco porque elas não se apresentam como profissional do sexo. As que a gente trabalhou lá na casa junto com a Waldenez se apresentavam: eu sou profissional, quero fazer todos os exames. Ai a gente fazia. Mas dificilmente fora desse contexto elas se apresentam como profissional do sexo. E a grande realidade é que é um erro a gente não perguntar. Não tá certo. Dentro da anamnese a gente não pergunta. Você vê a gente faz o exame de lamina, às vezes ela vem até pedir o HIV ou algum outro tipo de exame e a gente normalmente faz, mas dificilmente a gente pode dizer que ela é uma profissional do sexo. E dificilmente ela se apresenta como profissional do sexo.

O que a gente imagina é que elas não são tão diferentes assim do dia a dia das pessoas. Imagino que elas aprendem com as amigas, com as outras profissionais. Muito pouco em casa, pois hoje em dia até os próprios adolescentes aprendem muito pouco em casa. E através de informações de revistas, televisão, normalmente é onde elas têm a maioria das informações. Normalmente é com as próprias amigas, ou profissionais do sexo ou não. Com o próprio grupo com que ela se relaciona.

Dificilmente, assim como os adolescentes também não procuram, elas procuram o médico ou qualquer tipo de profissional da saúde para perguntar ou questionar alguma coisa seja sobre sexo ou sexualidade. Normalmente é no próprio grupo.

Elas aprendem todos os assuntos relacionados à saúde com as colegas. Dificilmente você tem alguém (o trabalho da Wal é uma exceção) que (até por medo da segregação ou por medo do preconceito) atendem elas. Dificilmente elas se abrem com alguém a esse respeito dizendo que são profissionais do sexo. Então a gente observa de algumas que vem aqui, mesmo entre os adolescentes e que as que não são profissionais do sexo. Dificilmente fazemos perguntas relacionadas a auto-imagem, por exemplo. Mas em relação a profissional o sexo a relação de ensino e aprendizagem acontece no próprio grupo. Acredito que por causa do preconceito, o medo da discriminação porque você nunca sabe. Às vezes a gente vai contar

alguma coisa pra alguém e não sabe qual será a reação dessa pessoa. Se ficar bravo, se vai me xingar. Qualquer pessoa que segue essa profissão tem receio que vamos julgá-la. Não é achar, algumas pessoas possivelmente até julgam mesmo. Tratam mal por ter feito um aborto começam a mal tratar a pessoa (colegas de profissão) isso é uma coisa muito comum. As vezes nós profissionais não conseguimos separar muito bem as coisas. Aquilo que é nossa profissão daquilo que a gente acredita, a crença de cada um.

Não conseguimos separar muito bem a profissão daquilo que a gente tem que fazer, a crença de cada um. O fato de ela ser uma profissional do sexo deixa o colega constrangido ou acaba discriminando a mulher por causa disso. Então naturalmente, elas não se identificam por medo do preconceito.

É isso acho que elas aprendem muito mais entre elas, ou com revistas, bate papos de televisão (em programas que passam no período da tarde). Dificilmente elas procuram um profissional da saúde seja ele qual for.

Eu não saberia dizer se elas aprendem com o cliente ou com o dono da casa. Eu acredito que com o cliente e o dono da casa dependo do grau dependendo do grau de intimidade é possível. Aprender a cultura popular sem base científica naquilo que eles inevitavelmente vão conversar. Mas dependendo do grau de intimidade pode acontecer sim. Como acontece com as amigas. Nada impede que elas aprendam com os clientes.

A visão delas sobre os profissionais da saúde. O grande problema nosso é o distanciamento. Muita gente cria um distanciamento natural, acha que somos os detentores do saber. Então elas acabam um pouco intimidadas em conversar em se abrir com o profissional.

O principal é o preconceito em relação aquilo que elas tem a dizer ou falar. E elas acham que vão ser julgadas e isso acontecesse mesmo. E no fim acabarem sendo destratadas, mal tratadas. Isso é uma coisa que realmente pode acontecer e é uma coisa que eu imagino que elas sintam em relação ao preconceito. Medo do preconceito é uma coisa muito grande.

Eu imagino que como elas são encaradas como grupo de risco (apesar de não existir mais essa denominação). Então elas sempre se informam. Mesmo que esse informar melhor seja com as amigas. Elas realmente procuram se informar muito bem. Tanto que o problema da AIDs agora são as mulheres casadas. Hoje em dia dificilmente uma profissional do sexo terá uma relação sem camisinha. Elas previnem muito mais que a população em geral.

Imagino eu que é na hora que elas entram na profissão que elas aprendem esses cuidados. Pois muitas meninas começam cedo e aprendem à medida que vão trabalhando. Aprendem inclusive a sexualidade à medida que vão exercendo a profissão.

Entrevista 5: João, enfermeiro, 30 anos

Como eu trabalho na porta de entrada dos hospitais a gente atende de tudo. Então quase sempre vítimas de agressões vêm direto pro serviço da Santa Casa para que aconteça o procedimento de Raio X. Então muitas vezes o primeiro contato que eu tive foi com profissional do sexo que tinha sido agredida. Elas são agredidas e vem até o hospital pra ver se houve alguma fratura, pra tá fazendo sutura, esse tipo de procedimento.

A primeira pessoa que atendi foi uma trabalhadora do sexo. É muito fácil descobrir se a pessoa trabalha ou não como profissional do sexo. Pelos próprios trajes delas, pela maneira como se expressa. Elas mesmas se identificam.

Ela chegou e falou o que aconteceu. Eu preciso saber disso até mesmo pra avaliar o que aconteceu realmente. Se a pessoa tiver ingerido álcool ou algum tipo de droga pra saber qual remédio administrar porque se não pode ter alguma interação medicamentosa. Quando é trauma ou alguma coisa parecida a maneira como aconteceu vai nos indicar uma terapêutica diferente. Então a gente pergunta e elas acabam nos dizendo.

Mas foi isso mesmo. O que aconteceu. Eu sai com o cara e ele me jogou pra fora do carro ou o cara chegou e não quis pagar e bateu em mim. Então elas já chegam e já explicam o que aconteceu. Elas falam abertamente o que aconteceu.

Já tive contato com os trabalhadores e as trabalhadoras do sexo várias vezes. Raramente eu tenho profissionais do sexo fazendo consulta de rotina. Por a gente ser um serviço de urgência, emergência e traumatologia a gente não tem profissionais do sexo com o tratamento clinico. Quando tem um tratamento clinico é porque ela tem realmente alguma coisa mereça. Ou um tipo de isolamento quando ela é HIV ou tuberculose, algum tipo de doença infecto contagiosa. Ou quando tem algum problema clinico realmente. Algum problema como pneumonia, hipertensão aí fica internada.

Mas as experiências que já houveram na maioria foi por causa de trauma, pancada ou que bateram nela. Eu já tive uma paciente clinica que era profissional do sexo e tinha um problema cardíaco, sério. Ela desenvolveu uma cardiopatia . Ela ficou bastante tempo internada com a gente. Ela também tinha problemas mentais. Agarrava os homens dentro do hospital. Você via que era ela desequilibrada. Aquela coisa completamente diferente.

A pessoa tem uma idéia de profissional do sexo diferente do que realmente eles são. O que acontece por exemplo: a pessoa que agarra é profissional do sexo, isso é mentira, isso é um distúrbio mental. Uma coisa é a função que elas tem que tem que ser considerada a profissão delas outra coisa é um distúrbio mental. E que acaba generalizando e as pessoas começam a acreditar que todas as profissionais são assim.

O trabalho sexual é um trabalho no qual a pessoa não teve escolha. Eles falam o que acontece pra gente: falam sobre preço, o quanto custa, o que acontece e quem procura.

Eles falam que começaram por falta de opção. Então o que acontece é a melhor maneira para você ganhar dinheiro é ser profissional do sexo. Só que pouquíssimos tem sucesso. O que a gente pode dizer hoje o profissional do sexo não é aquele que fica na

esquina. É aquela pessoa que recebe dinheiro em troca de um serviço sexual. Só que pouquíssimas pessoas tem sucesso, ou seja, consegue chegar e pegar a pessoa certa: o bonitinho, o que paga bem e conseguir receber um dinheiro bom pra isso. A maioria se expõe e nisso tem pessoas por trás manipulando as coisas pra trabalhar pra ele vai ser o cafetão da história e esse cafetão vai roubar essas pessoas a maioria das vezes é assim que acontece.

Então a percepção que eu tenho em relação ao trabalho sexual é uma profissão que a pessoa não tem escolha. Ele ou ela necessita de um dinheiro que ele não tem. Enfim ele vai chegar e vender o seu próprio corpo pra conseguir aquilo que o governo e o Estado não supriu a oportunidade de trabalho.

Eu sou enfermeiro e tenho dois anos e meio de profissão. Nesses dois anos eu passei seis meses trabalhando com paciente clinico dentro dos hospital e os outros dois anos trabalhando no atendimento de urgência da Santa Casa. E há dois anos eu dou aula no Curso técnico de enfermagem. Com paciente clinico eu trabalhei na rede hospitalar. Hoje eu trabalho no setor de emergência e urgência da Santa Casa.

Em relação a ensinar e aprender saúde elas ou eles questionam muito algumas coisas. Nas poucas vezes que fiz estágio em Unidades Básicas de Saúde eu vi que elas procuram ginecologista, então boa parte das informações que elas tem elas retiram de lá, do serviço de saúde. E a outra parte ela retira daquele telefone sem fio, ou seja, eu pergunto pra uma que passa pra outra e assim por diante. E quase sempre a pessoa que ta lá no final da linha é a que vai ter maior dificuldade de obter a informação correta. Porque o grau de escolaridade dessas pessoas é muito baixo, então não adianta eu chegar e falar em termos técnicos o que é uma candidíase, o que é um cancro mole ou cancro duro. Eles ou elas não sabem o que é isso, elas não sabem identificar o que tá acontecendo com elas.

Ai eu comecei com uma cocerinha. O que pode ser: pode ser nada, como pode ser uma candidíase. Então elas procuram o posto de saúde quando o quadro delas ta muito avançado.

Esse tipo de problema elas aprendem, mas não tem a condição necessária pra colocar em ação. Uma aprendeu teve uma doença contagiosa. Uma das amigas viu o problema vai acompanhar, vai ao médico e vê o que ela teve aí a amiga vê e já aprende com a doença da outra.

Elas aprendem com situações que realmente vivenciam e vai passando informações dentro do ambiente que elas trabalham na convivência entre elas.

Dentro daquilo que eu percebo na unidade que eu trabalho. Não só com relação a saúde mas em relação a tudo. Porque pra elas é a vida delas, o trabalho é a vida delas. Ela comenta situações e experiências com as outras pra que uma não sofra o que ela sofreu. Para que uma não sofra o abuso que o cara provocou nela e não pagou. Elas acabam comentando e trocando essas experiências pra que outra não sofra a mesma coisa que ela sofreu. A troca de experiências entre elas é muito vigente.

Tem uma história de uma menina que é profissional do sexo. Ninguém dizia que ela era profissional do sexo. Ela tinha abortado com Citotec. Ela tomou e teve uma hemorragia muito grande quase morreu. Ela chegou com um ursinho abraçada a ele, falando que os pais estavam em São Paulo. A menina era linda eu cheguei pra conversar com ela, pois eu achei ela muito nova pra ta sozinha no hospital. Porque o hospital pra mulheres é até 21 anos, abaixo disso tem que ficar com os pais. Porque você tem que responder legalmente por isto. A menina tinha 22 anos ela não precisava ficar com os pais. Eu cheguei e comecei a conversar com ela. Aí ela falou que tava com sangramento que era menstruação e assim foi até que ela chegou e eu conversando com ela e eu vi ela expelido o feto. Ai ela se desesperou porque ela não sabia o que era. Aí eu falei assim falta de conhecimento do que tava fazendo. E tinha um comprimido junto do feto. A gente separou isso, pois tem um processo quando ocorre um aborto. Toda uma questão processual que tem que ser legalizada. Essa menina entrou em desespero e teve que entrar em um processo cirúrgico de emergência chamado curetagem tem

que fazer raspagem. Aí eu perguntei porque ela fez isso. Ela respondeu que a amiga falou que ela ia botar o comprimido e não ia ver nada e expelir e não ia precisar tá no hospital. Ela foi pra um procedimento cirúrgico perdeu sangue. Teve que tomar transfusão por causa desse procedimento que ensinaram pra ela. Por isso que quando eu falo que as coisas são ensinadas é exatamente isto.

Ela não falou literalmente que era profissional do sexo. Porque é o seguinte sempre a gente pergunta onde tá o pai. Ela olhou pra mim e falou assim eu não conheço o pai. Mas como você não conhece. Ai você tem que ir questionando isso porque muitas vezes tem que fazer teste de sífilis e HIV. Pra ver se essa menina tá contaminada com alguma coisa. Porque não interessa só a patologia precisamos considerar o todo. Se ela é do grupo de risco tem que ser feito os exames necessários. Principalmente em se tratando de um procedimento cirúrgico.

Então fui questionado sendo persuasivo, ganhando a confiança e comecei a conversar. Então ela chegou e falou que não conhecia os parceiros com quem ela saía porque era um por noite. No momento que é um por noite ou ela é maluca ou é profissional do sexo. No caso pelas roupas que ela tava e pelo quadro que ela apresentava. Ela era uma criança no corpo de mulher trabalhando com sexo. Sempre quando eu faço esse tipo de pergunta tem uma auxiliar ou técnica do meu lado servindo como testemunha, pois quando um homem interroga uma mulher é complicado ela pode processar. Você tem que ter testemunha do sexo oposto. Isso em um hospital ou em qualquer outro lugar que você for recolher dados de alguém você tem que ter testemunha. Porque senão a pessoa pode alegar indução da resposta ou falta de respeito.

Eu diria o seguinte a profissional do sexo é dividida em duas classes as que se deram bem e as que se deram mal. As que se deram bem tem acesso a tudo. Essas profissionais que saem como acompanhantes de pessoas muito importantes e que conseguem ganhar muito

dinheiro e obtém um grande sucesso profissional. Elas tem informação sobre tudo, médicos que controlam tudo, tem cirurgiões plásticos e toda uma estrutura preparada pra ela. É a elite.

Eu diria que tem aquelas que se deram mal. Elas conseguiram entrar, mas entraram como profissionais que ficam nas esquinas, casas e boates. Que são manipuladas, aprisionadas dentro dessas casas e não tem o direito de sair. Porque a maioria das meninas não tem o direito de sair sem autorização. Ela vai ao posto de saúde e tem que ter autorização do cafetão, porque senão elas já apanham e podem ser até mortas. Isso aí é uma constante pra elas. Mesmo que elas escondam isso existe. Isso na minha experiência e por aquilo que elas me relatam. Existe isso porque muitas vezes ela foi espancada e fala que foi cliente e não é cliente coisa nenhuma. Isso foi o cafetão que bateu nelas. Então essa profissionais que não obtiveram sucesso ensinam e aprendem pouco porque elas não têm acesso à informação. A informação que elas tem é de boca em boca ou de folheto que não quer dizer muita coisa. Você chega e mostra um panfleto de um cancro mole ou de alguma doença sexualmente transmissível pra elas com o nome técnico e isso não adianta nada. O que importa é você mostrar os meios que se previne. Mas o que acontece é que essas meninas não tem o direito de escolher. Então a pessoa que ta pagando faz o que quer dela. Se a pessoa que ta pagando tiver uma doença venérea muitas vezes não tem como ela se proteger. Porque não é através só de camisinha ou camisinha feminina ou pomadas que você vai se proteger. Depende muito do tipo de penetração que você vai ter se vai ser agressiva se não vai. Muitas vezes são muito agressivas e você chega tem o rompimento de camisinha ou lacerou alguma coisa pela própria violência da relação, pode também ter uma contaminação. Então muitas vezes ela não tem o direito porque ela não ta fazendo isso por prazer e sim por dever. Ela necessita do dinheiro. Esse tipo de informação ela não tem e também não tem como evitar um cliente violento.

Se o cara quiser tirar a camisinha e quiser fazer a penetração sem camisinha. O que uma mulher pode fazer se o cara segurar e usar da violência ela não pode fazer nada. É um

estupro e daí ele tá pagando. Então quer dizer que ela não tem muito esse contato. E a pessoa que procura o serviço dela também não sabe.

A questão é como hoje em dia (vou utilizar a fala de um travesti que eu atendi em um hospital). Muitas vezes os carrões são senhores de idade. Eles procuram os travestis não pra chegar e ter relação ativa. Mas pro cliente ser o passivo e o travesti o ativo. O que o travesti falou: eu tenho que ensinar tudo pro cliente. Olha a inversão. Essas pessoas queriam estar no lugar do travesti. Não só isto, o travesti tem que ensinar as posições, como tem que relaxar, como tem que fazer tudo pra ele ser o passivo.

Muitas vezes essas pessoas tem carrões e níveis de escolaridade alta. Eles ensinam pro travesti muitas coisas. Há uma troca de informações sim uma experiência a ser trocada. Essa troca de experiência acontece a todo tempo com amigos. O travesti ensina sexualidade, pois ele conhece os pontos de sexualidade do cliente. E eu diria que o cliente ensina para o profissional do sexo a experiência de uma vida que ele não teve. É tudo o que ele não conseguiu viver antes. De um lado o despertar da sexualidade do outro um grande empresário que mostra uma vida diferente para o profissional do sexo.

Outro dia chegou um rapaz dizendo que o cliente dele dilacerou o seu saco escrotal. Tem a história da mordida na orelha. Isso foi uma briga que uma profissional do sexo teve a orelha arrancada. Aí essa questão de auto imagem sabe o que ela falou: agora os meus clientes vão gostar mais porque eles vão querer encaixar a boquinha aqui.

Questão de auto imagem, por exemplo, eles se humilham muito. Elas já se sentem humilhadas, eles ofendem as pessoas por isto. É aquela velha história a melhor defesa é o ataque. A auto estima deles é muito baixa porque as pessoas têm uma imagem muito ruim deles. Ninguém enxerga a profissional do sexo como uma pessoa que não tem oportunidade.

Eu conheço pessoas menos dignas do que os profissionais do sexo. Tem pessoas que se vulgarizam faz um monte de coisas feias, mas como tem dinheiro não tem problema. Os

profissionais que ganham dinheiro tudo mundo sabe, mas ninguém fala nada. Mas o restante que não ganha tanto dinheiro assim é desprezado. Elas são excluídas e no momento que você exclui torna-se a ovelha negra da sociedade, então põe pra fora, ou seja, não insere esse grupo.

Essa questão da auto imagem é muito abalada com todo o preconceito. Eles passam xingam, jogam coisas. Há muita humilhação. Já chegou profissional na Santa Casa que foi apedrejado. Essa questão também de droga e profissional do sexo é muito ligado.

Quando elas não vão no posto pegar camisinha a gente dá bastante pra distribuir paras amigas. Porque elas não vão no posto de saúde. O medicamento que uma usa todas as outras usam. Quando a pessoa tem um nível cultural bom ela tem acesso e essa história de medicar a amiga não acontece.

As profissionais querem ir ao médico, mas não tem oportunidade. Elas querem ir ao posto, mas todo mundo vai ficar olhando pra elas e a auto imagem delas é muito ruim. Segundo aquela mulher ta grávida vai ficar olhando feio pra ela. Mesmo sem saber o marido pode ter saído com ela. E depois as consultas no ginecologista são cada vez mais difíceis e quando elas conseguem o cafetão não deixa elas saírem da casa.

A maneira como as profissionais do sexo nos vêem. Se você chega na Santa Casa com uma sainha microscópica porque seu trabalho exige que você seja sensual. Chega com roupas e cara de quem tava realmente fazendo ponto. E eu chego pra você e te olho com uma cara discriminadora dando risada fazendo palhaçada. Você acabou como profissional da saúde e ela vai te achar um idiota e você vai chegar e perder o respeito.

Se o profissional da saúde a trata com respeito e não a trata de maneira diferente. Você será visto por ela como o melhor profissional do mundo. A imagem do profissional de saúde vai ser o atendimento naquele momento. E o atendimento inicial ele é crucial.

As profissionais do sexo tem bom entrosamento com os profissionais da saúde. Principalmente na unidade Básica de Saúde. Por isso temos que tratá-la bem para ganhar confiança e ir até elas. Esse é o objetivo do PSF, por exemplo.

Hoje o profissional está mais junto aos profissionais do sexo. Tanto que os números do ministério mostram a diminuição dos números de DSTs.

Dentro da saúde a gente vê de tudo: tiroteio, atropelamento, tudo em relação a violência. Eu não tenho pena de nenhum e entendo certos tipos de atitude a partir do que elas me falam. Eu parei de ter pena e comecei a entender porque eles têm essa vida. Pelo que eles falam os principais financiadores do trabalho sexual são os puritanos. Como eu posso ter preconceito, pois o dia que eles reconhecerem firma e emitir nota fiscal quero ver o que vai acontecer. É uma situação social e não uma vontade própria.

Anotações de Campo

Visita a casa 17/03/2006

Intervenção relacionada ao projeto da Maria Júlia

Trabalhadoras que participaram: Cristina, Rafaela, Sarah

Chegamos a casa por volta das 15:00 conversamos um pouco com as trabalhadoras que estavam na sala da casa. Perguntamos com estavam, como estava o movimento da casa nesse meio tempo uma das trabalhadoras comentou que já morou em Rio Verde (Goiás) e que sua cidade natal era Imperatriz (Maranhão) comentou que Rio Verde era uma cidade muito boa para se ganhar dinheiro havia muitas industrias ligadas ao agro negócio,mas não poderia trabalhar nesta cidade, pois seu irmão residia nesta cidade e “não pegava bem”. Cristina indagou que se não fosse seu compromisso sentimental em Recife “cairia no mundo”.

Logo em seguida Maria Júlia as convidou para fazer os exercícios de relaxamento. Cristina ficou muito empolgada e convidou as outras trabalhadoras para participar. No entanto, Ângela não pode participar, pois estava ocupada com tarefas doméstica e Sarah e Rafaela estavam ocupadas. Começaram os exercícios com a participação Maria Júlia, Flávia e Cristina logo em seguida Sarah se juntou a nós. Praticamos exercícios de relaxamento e respiração o que demorou de trinta a quarenta minutos.

Posteriormente Maju mostrou alguns cartões contendo figuras de mulheres. Elas deveriam escolher uma figura e falar que sentiam e mostrar com um gesto. Todas participaram inclusive a Rafaela que não havia participado do relaxamento. Houve um momento que me marcou: Rafaela escolheu a figura de uma mulher sentada com os cadernos e disse que representava uma mulher séria porque estava estudando. “Essa mulher é séria ta estudando e não tá na zona”. Maju questionou o porquê dessa relação e concluiu que nem sempre uma mulher séria é aquela que estuda. Cristina não pode participar do final da intervenção.

Enquanto a Maju aplicava a sua intervenção conversava com a Cristina sobre a possibilidade de voltar e conversar com ela sobre o meu projeto e qual dia e horário seria melhor.

O termino ocorreu por volta das 17:00 e uma pergunta feita pelas trabalhadoras duas vezes me chamou muita atenção: “O quanto a moça (Maju) cobraria pela aula?” Fiquei me perguntado o porquê dessa pergunta.

Relatório de visita a Casa 06

Dia 23/03/06 Horário 14:40

Transcrição da Entrevista feita com a trabalhadora Ana

Fomos a casa eu, Flávia Ferreira, e Maria Júlia, chegamos e encontramos no portão Renata e Sueli esperando o ônibus para irem ao centro. Conversamos um pouco com elas perguntamos como estavam responderam que estavam bem e que iriam ao cabeleireiro e a manicure e que podíamos entrar que as outras trabalhadoras estavam na casa.

Logo quando entramos encontramos outras duas trabalhadoras que na semana anterior havia pedido para voltarmos na quinta, pois iriam embora na sexta-feira para a sua cidade natal e como gostou da aula de relaxamento da Maria Júlia pediram para voltarmos e conversarmos mais. Perguntei se poderia fazer umas perguntas para elas disseram que sim, mas que teria que voltar antes de sexta-feira. Porém quando voltamos nos disseram que decidiram viajar na quinta-feira e estavam de saída para a rodoviária. Nos despedimos desejamos e boa viagem.

Chegamos na casa e observamos que havia somente duas trabalhadoras. Uma estava ocupada com afazeres domésticos e a outra estava descansando. A trabalhadora Lílian nos disse para ficarmos à vontade. Indagamos se Ana estava bem e ela nos disse que não. Estava com muita cólica e um pouco desanimada. Pedimos se podíamos entrar no quarto ela

respondeu que sim. Entramos e perguntamos se precisava de ajuda se queria que a levássemos no médico. Disse que não “Estou acostumada sempre tive esse problema de cólica. Já tomei um buscopan e já, já passa”. Expressou também a necessidade de ir ao postinho pegar camisinha, pois não confiava no preservativo que o dono da casa dava para as garotas, contudo estava muito desanimada. Nós oferecemos para levá-la ao postinho para pegar as camisinhas. Falou que não queria dar trabalho: “Não quero dar trabalho. Mas já que vocês estão com boa vontade aceito”. Comentou que o postinho fornecia poucos preservativos. Perguntei se mencionava que era profissional do sexo, pois havia me informado na Secretária Municipal de Saúde que para a trabalhadora do sexo eles fornecem uma quantidade maior de preservativo. Falou que não, pois se revelasse sua profissão eles nem atenderiam ela e poderiam também tratá-la mal. “Você tá louca que vou falar que sou prostituta. Eles não vão me dar as camisinhas e não vão me atender da próxima vez. Quem falou isso, não acredito. Falaram isso pra você porque é da Universidade”. Rechacei que conhecia outra trabalhadora que já teria ido ao Centro de Especialidades e pegado os preservativos. E que seria necessário mostrar o RG e a quantidade se não estivesse enganada girava em torno de 110 preservativos ao mês.

Ana continuou duvidando que teria o direito de pegar uma quantidade maior de preservativos. Falei que para provar se realmente existiria esse serviço me passaria por profissional do sexo e tentaria pegar o preservativo. “Você é louca, não pode fazer isso. Se a moça do postinho vê que estamos juntas ela vai saber que sou prostituta e vai tratar a gente mal. Só se fosse for primeiro e a gente ficar te esperando lá fora. Depois que sair entramos. Se isso for verdade vai ser bem melhor pra mim. Não vou ter que ir toda hora no postinho pegar camisinha”.

Chegamos ao Centro de Especialidade eu entrei e Maria Júlia e Ana ficaram no carro. Procurei com a tendente onde pegava preservativo ela me disse que os preservativos havia

acabado e talvez chegasse na próxima semana. Mas para eu ir no Ambulatório de DST/AIDS que se localizava na sala ao lado. Fui a sala e atendente falou que o estoque deles também havia acabado. Perguntei quando poderia passar ela me falou talvez na próxima semana. Perguntou se eram profissional do sexo respondi que sim e perguntei se teria direito a uma quantidade maior de preservativos ela disse que sim.

Voltei para o carro e falei para Ana que infelizmente não havia preservativo. Ela questionou se havia passado por profissional do sexo para saber se a informação que teria passado para ela era correta. Disse que perguntei sobre as camisinhas para profissional do sexo e realmente seria em quantidade maior e era necessário somente o RG. Perguntou se havia sofrido alguma desfeita falei que não que tudo transcorreu normalmente. Prometi investigar o porque da falta de preservativos no Centro de Especialidades e no Ambulatório de DST/AIDS. Logo quando cheguei na minha casa liguei para o Disque Saúde, pertencente ao Ministério da Saúde, eles me informaram que essa demanda teria que ser resolvida com a Secretária Municipal de Saúde do município.

No caminho da volta conversamos sobre vários assuntos inclusive a minha promessa de dar um retorno sobre os preservativos. Estávamos muito descontraídas falamos um pouco sobre nossas vidas. Ana perguntou porque decidimos trabalhar com elas. “Vocês podiam trabalhar com outras coisas porque decidiram vir aqui”. Respondemos que era nosso trabalho e, além disso, havia também uma opção pessoal nossa.

Chegamos de volta a casa Ana nos convidou para entrarmos no quarto e ficarmos um pouco. Perguntei se poderia fazer algumas perguntas para ela para poder colocar no meu trabalho. “Pode sim já estou melhor. O remédio já ta fazendo efeito”. Expliquei um pouco sobre o meu trabalho quais os objetivos há quanto tempo trabalhava com o tema. Ele me fez algumas perguntas sobre direito. “Quando trabalhava em outra casa uma colega me falou que a policia podia chegar na casa e fichar as meninas por vadiagem. Isso é verdade?”. Expliquei

que o código penal é muito confuso, pois se prostitui não é crime, mas favorecer a prostituição sim o que daria margem a várias interpretações.

Lembrei que antes de começar a entrevista teria que dar a ela o Consentimento Livre e Esclarecido referente às normas do Comitê de Ética, fazê-la ler ou ler para ela e pedir para preencher e assinar. A experiência foi péssima, pois ficou desconfiadíssima em assinar um documento e revelar seu verdadeiro nome. Percebi que esse documento ao invés de contribuir piorou a relação de confiança entre mim e Ana.

Conheci a Trabalhadora Ana há duas semanas atrás desde de então percebo e ela confirmou com todas as letras que não quer que ninguém saiba que é profissional do sexo e assim que conseguir o dinheiro que precisa vai sair do trabalho. Sendo assim percebi que jamais assinaria um papel. Todavia observei que a nossa relação de confiança estava melhorando a cada dia, principalmente no momento em que fomos com ela tentar obter os preservativos. Quanto toquei no assunto de assinar um documento foi péssimo.

Resolvi esquecer o assunto e perguntar se poderia gravar e é claro que a resposta foi não. Não é de hoje que questiono esses documentos, pois na graduação fiz dois anos de iniciação sem usar documentos, mas sempre tive uma postura que considero ética para uma pesquisa qualitativa: não revelar de forma alguma a identidade das trabalhadoras e fazer opções políticas e metodológicas para que o trabalho não seja ainda mais marginalizado. E essa postura sempre tive e sabia que para o grupo de trabalhadora, em especial, assinaturas e documentos não é bem vindo. Afinal a grande maioria não revela seus verdadeiros nomes, muito menos que exerçam o trabalho sexual. E para uma pesquisa qualitativa na área de ciências humanas a verdadeira identidade não influencia de maneira alguma nos resultados. Deste modo o documento não ajudou em nada.

Tive que fazer então a entrevista sem gravador e sem a assinatura do consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista começou por volta as 16:00 horas. Terminou por voltas das

18:00, pois nesse horário as profissionais começam a se preparar para trabalhar. No final perguntei se o questionário tinha sido muito invasivo ou desrespeitoso. Ela disse que não e que foi muito tranquilo e imaginava que as perguntas seriam diferentes. Perguntei o que imaginava. Disse que imaginava perguntas sobre o que ela fazia com os clientes e começou a falar sobre o que os clientes costumam pedir a ela. Logo depois me falou que não poderia colocar declarações sobre relações sexuais no meu relatório da universidade. Falei que não havia problema e poderia falar sobre o que quisesse á vontade que não ligo, mas para ficar despreocupada que esse assunto não colocaria no meu relatório, pois não era o tema da minha pesquisa.

Notei que pedir para ela assinar um documento não foi bom para estabelecermos uma relação de confiança e conseqüentemente coibiu o uso do gravador. Mas ela não ficou intimidada da falar de assuntos pessoais e que são rodeados de certos pudores sendo assim mais difíceis de serem falados.

Entrevista com a trabalhadora Ana

“___Meu nome é Ana tenho 34 anos nasci em Olinda, Pernambuco. Sempre morei em Olinda. Antes de trabalhar na noite eu estudava e trabalhava como auxiliar de limpeza. Não tenho filhos”.

“___Eu viajei em 1994 vim para São Paulo. Era a primeira vez que vinha pra São Paulo. Foi a passeio. Resolvi ficar pra arrumar trabalho. Ocupei uma vaga num restaurante de garçonete. Por incentivo de uma colega de trabalho fui trabalhar na noite em uma casa em São Paulo”.

“___Sou muito discreta. Nunca revelei que trabalhava na noite. Fora da boate nunca falei o que faço pra não sofrer discriminação e não se aproveitarem de mim”

“___ Pretendo sair da noite assim que conseguir o dinheiro que preciso. Estudei até o ensino médio e quando sair da noite vou voltar pra Olinda e fazer curso técnico em edificações no CEFET”.

“___ Depois que entrei pra noite sou muito mais cautelosa com o homem na cama. Dou banho no cliente antes do programa, lavo as partes íntimas dele. Não faço a unha da mão. Tenho medo de machucar e entrar em contato com o sêmen do homem e pegar alguma doença. Todos esse cuidados aprendi sozinha. Fui observando os cuidados que se deve ter trabalhando na noite. Com a prática aprendi isso”.

“___ Aprendi também que tem que ter psicologia para se defender na noite. Uso a minha psicologia para saber e perceber se o cliente é agressivo, se ele não tirou a camisinha na hora da transa. Aprendi comigo, com a prática e com minhas colegas”.

“___ Quando entrei pra noite não andava de salto, não me maquiava. E pensei que nem para puta eu servia, parecia que eu nunca tinha transado. Depois de um tempo na boate fui eleita a rainha da sacanagem. Aceito vários tipos de programas já saí com casal. Se sabe né pagando bem que mal tem”.

“___ A relação com o meu corpo mudou muito. Já não tenho mais 21 anos. Comecei a ver que o sexo é gostoso. Faço o que tenho vontade. Mudei muito. Era um pouco preconceituoso. Minha família é muito conservadora minha mãe e meu irmão se souberem que um homem é gay não conversam com ele. Já eu mudei meu pensamento não tenho mais preconceito nenhum. Eu tinha medo quando via uma menina de programa, tinha uma certa distância. Imaginava que eram seres diferentes de mim, não queria me misturar. Hoje sei que é tudo gente boa”.

“___ Acho que a gente nasce predestinado para ser isso. Nunca fui tão conservadora como minha família é. Quando tinha dezoito anos fui numa boate e um colega me falou

divido que você sobe e faz um striper. Subi no palco e fiz nunca tive vergonha. Sempre fui extrovertida”.

“___ A bebida me ajuda. Relaxo, consigo ter mais paciência, fico mais extrovertida. E também ganho mais dinheiro com a bebida 30% da do preço da bebida é meu. Como sei que bebo muito e não faz muito bem tento me alimentar bem e não ligo para esse negócio de engordar, não uso nenhuma droga. Aprendi com a experiência que tem que se alimentar bem”.

“___Tenho psicologia com os clientes, sei que não é só chegar e oferecer o programa. Tem que conversar, ouvir as histórias. Ter paciência, tratar bem. Dentro da casa exijo respeito. Não sou obrigada a fazer programa com ninguém mesmo que o cafetão queira. Eu tenho direito de ir e vir. Sair da casa quando quiser só tenho que cumprir os horários da casa. Só faço programa fora da casa se quiser. Os programas são feitos nos quartos ao lado da casa”.

“___Trabalhar na noite me deixou mais vaidosa aprendi a me arrumar. A gente se transforma. Os trajes que a gente usa no salão não poderiam ser usados em outro lugar. São roupas pra trabalhar na noite. Aprendi isso observando as colegas de trabalho e vendo que o cliente não quer mulher feia. Quanto mais bem arrumada mais cliente a gente consegue”.

“__Quando entrei para a noite sabia que não podia transar sem camisinha. Uma amiga me falou nunca transe sem camisinha. Mas quando tenho namorado não uso camisinha. Já namorei com cliente e não usei camisinha enquanto a gente tava namorando. Puta que se presa não se apaixona por cliente, mas sabe como é a gente fica carente e se apaixona”.

“___ Acho que as pessoas que trabalham na saúde acham que a gente não sabe nada de saúde. Eles desprezam a gente, por isso não falo e nunca falei que sou puta quando vou a o médico. Sempre usei o postinho, nunca paguei médico ou plano de saúde. Acho o postinho bom, não sinto diferença entre o postinho e uma consulta particular”.

“___Aprendi a gostar do meu pé com um cliente. Eu tinha preconceito com o meu pé só usava sapato fechado aí um cliente falou que meu pé era bonito e comecei a usar sandálias”.

“___ Não lembro muito de cliente e nem faço questão de lembrar”.

“___ Falo pro dono da casa mudar. Já falei pra ele colocar um sabonete pequeno no quarto que os clientes usam. Isso não é bom pode ter cliente que fica desconfiado que outra pessoa usou aquele sabonete e não achar a casa higiênica e não voltar mais. Dou várias idéias para ele melhorar o movimento da casa. Já dei idéia de criar um drink mais caro chamado stripdink. O cliente que pedisse essa bebida ganhava um show de strip-tease de quinze minutos. Mas o dono não aceitou pra mudar essas coisas da casa tem que ser um grupo grande de meninas falando não adianta só eu falar”.

Relatório de visita a Casa 06

Dia 29/03/06 Horário 15:00

Cheguei na casa por volta das 15:00 e encontrei a trabalhadora Renata cuidando dos afazeres domésticos. Perguntei como estava e onde estava o pessoal da casa. Respondeu que algumas trabalhadoras estavam dormindo e as outras não estavam na casa. Conversamos por cerca de meia hora sobre a novela. Comentou que gosta de assistir a reprise da novela a Viagem. Indaguei se podia deixar no quarto de Ana os preservativos que havia prometido de trazer na última semana.

Entreguei alguns exemplares do jornal Beijo da Rua para Renata. Ela me levou até o quarto de Ana. Bati na porta algumas vezes quando deparei que Ana estava dormindo. Pedi desculpas, ela respondeu que não havia problemas. Falou que estava muito cansada, pois tinha saído muito cedo para ir ao médico.

“___ Foi bom você ter me acordado. Preciso sair para comprar cigarro. E você sabe né as seis em ponto tenho que assistir a minha novela. Tô adorando Sinhá Moça”.

Entreguei os preservativos que havia prometido e os jornais Beijo da Rua.

“___ Que bom que trouxe os preservativos. Muito Obrigada. Preciso ir ao postinho pegar as camisinhas. Quero ver se o que você falou é verdade”.

Ana narrou sua descoberta em relação aos preservativos doados pelo dono da casa e sua ida ao médico.

“___ Acordei tão cedo pra ir ao médico. Esqueci que tinha marcado médico hoje. Aqui você marca e espera um tempão para ser atendido. Marquei em fevereiro e minha consulta só foi hoje. Já tinha me esquecido”.

Perguntei como tinha sido a consulta se o médico era bom, se a tratou bem:

“___ Foi super tranquilo. Você sabe não fala pra ninguém que trabalho aqui. Então nem sei se me trataria diferente sabendo que trabalho aqui, Ele me examinou e fez os exames. Tenho que voltar daqui a dois meses. Nem sei mais se vou estar aqui. Quero voltar o mais rápido possível pra Recife”.

“___ Descobri que as camisinhas que o Luiz dá pra gente são boas. Ontem olhei a marca a validade e vi que são boas. Tava tão desconfiada. Lembra que te contei”.

Começamos a conversar sobre vários assuntos:

“___ Comprei um celular hoje. Preciso desse bichinho pra fazer mais programas. Tenho que conseguir o dinheiro logo pra sair daqui. Talvez se não me encontre mais aqui durante o dia. Vou fazer mais programas para conseguir meu dinheiro rapidinho e voltar pra Recife”.

“___ Preciso de uns R\$ 4000,00 pra fazer o que quero em Recife. Mobiliar a minha casa e montar o meu negócio. Gosto muito de estudar e tô desenvolvendo um fogão elétrico feito de tijolo pra vender pros meus vizinhos. Sempre tive o sonho de estudar engenharia, mas minha família nunca deixou. Mas isso não me impediu de ir atrás estudar”.

“___ As pessoas da noite tem sonhos, planos. Tô fazendo as contas pra guardar a quantidade certinha de dinheiro. Por mês ganho uns R\$ 2200,00 gasto uns R\$ 300,00 com

maquiagem e roupa. Então daqui uns dois meses posso sair daqui. E quando eu sair não vou mais gastar com maquiagem e roupa e aí vou poder economizar mais ainda”.

“___ Quero sair. A noite não traz futuro pra ninguém não. Ontem fiquei sabendo que tem uma colega nossa internado com problema do fígado. Aqui a gente bebe demais e isso não é bom. Falo pra meninas que tem que se cuidar se alimentar bem. Senão o fígado não agüenta”.

“___ Tento falar pra meninas que tem que usar sempre camisinha e sempre lavar o cliente antes do programa. Vou saber se o cliente tomou banho direito.”

A conversa com Ana foi muito boa, apesar de tê-la acordado a cada dia estabelecemos um vínculo maior.