



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO**



**VULNERABILIDADE DAS PROFISSIONAIS DO SEXO E RISCOS DAS
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Sandra Regina Mendonça Lemos

Dissertação de Mestrado

**Salvador – Bahia
2015**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI – UFBA.

L557 Lemos, Sandra Regina Mendonça
Vulnerabilidade das profissionais do sexo e riscos das doenças sexualmente transmissíveis. / Sandra Regina Mendonça Lemos. – Salvador, 2015.
89 f.
Orientador: Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia, 2015.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Profissional do Sexo. 3. Condições de Trabalho. I. Pena, Paulo Gilvane Lopes. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616.97



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO**



**VULNERABILIDADE DAS PROFISSIONAIS DO SEXO E RISCOS DAS
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Sandra Regina Mendonça Lemos

Professor Orientador: Paulo Gilvane Lopes Pena

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador – Bahia
2015



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO**



**VULNERABILIDADE DAS PROFISSIONAIS DO SEXO E RISCOS DAS
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Eduardo Soares Freitas _ Advogado, doutor em Sociologia pela Universidade de Brasília (2005). Professor auxiliar da Universidade Estadual de Feira de Santana, coordenador da pesquisa financiada pelo CNPq sobre Direito Ambiental do Trabalho (UEFS); professor da Faculdade Ruy Barbosa. Advogado militante, com experiência profissional na área do Direito do Trabalho, Sindical, Previdenciário e de Servidor Público.

Prof. Dr. Ronaldo Ribeiro Jacobina - Médico Psiquiatra, doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, professor no programa de Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da UFBA e Professor Associado da IV da Universidade Federal da Bahia.

Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena (Professor Orientador) – Médico, doutor em Sócio Economia do Desenvolvimento pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales em Paris e pós-doutor pela ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública), professor associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Salvador – Bahia
2015

O sonho

*“Sonhe com aquilo que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

*As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades
que aparecem em seus caminhos.*

*A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passaram por suas vidas.”*

Clarice Lispector

Para todas as “prostitutas”, “profissionais do sexo” e “garotas de programa” que lutam incansavelmente por uma visibilidade social: o meu profundo respeito, admiração e agradecimentos. Sem vocês nada disso seria possível.

*À Maria Júlia,
Amor maior e fonte inspiradora da
minha vida; em quem encontro força a
cada dia para lutar, vencer e seguir em
frente.*

Não tenha dúvidas: “você é tudo”.

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação aos meus pais: Hildebrando de Lemos – Dió (in memoriam) e Josefa Mendonça Lemos, pelo amor e dedicação imensuráveis. Que me ensinaram os mais profundos valores. E que, com tão pouca escolaridade, me fizeram compreender que estudar, foi, é e será sempre a melhor opção, e o maior de todos os alicerces.

*“Esses seus cabelos brancos, bonitos, esse olhar cansado, profundo
Me dizendo coisas, um grito, me ensinando tanto, do mundo...
E esses passos lentos, de agora, caminhando sempre comigo,
Já correram tanto, na vida,
Meus queridos, meus velhos, meus amigos.” Roberto Carlos.
Amo muito vocês.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pelo dom da vida. “Porque Tu me deste a vida, Porque Tu me deste o existir, Porque Tu me deste o carinho, Me deste o amor.” Padre Marcelo Rossi.

A minha maravilhosa família: aos meus pais pela força e presença. Aos meus irmãos: Anália (Ninha), Moacir, Francisca (Titita), Valdebrando (Bão), Nelvi, Marlí, Marilene (Ene), Eduardo (Dú) e Marcos; dotados de um amor incondicional capaz de mover o maior de todos os obstáculos e que vibram, com muita intensidade, a cada uma das minhas vitórias. “Eu seria ninguém, se vocês não existissem.”

Às extensões dos meus irmãos: meus filhos (as), sobrinhos (as), cunhados (as); impossível de nominar. Agradeço à torcida de cada um.

À Reinaldinho por um dia termos nos escolhidos. Amo você.

À minha família de coração: “da Cruz Martins”, em especial ao meu sogro Reinaldo (in memoriam); que como um “sábio” empregava as palavras no momento certo.

À Maria de Fátima Cavalcante que com simplicidade e suas histórias mágicas me aproximou desse objeto de pesquisa.

À Valdirene (Val), pela cumplicidade.

À Maria Vitória Cunha Freitas; amiga e irmã, por amenizar tantos momentos difíceis.

Ao professor orientador Paulo Pena, que esteve sempre atento e paciente, com um conhecimento inigualável, questionando as minhas certezas e me permitindo trilhar caminhos que não imaginei serem possíveis. “Levarei seus ensinamentos para sempre.”

À professora Maria do Carmo Soares de Freitas; o que falar para essa “suavidade de pessoa”, conhecedora afincado dos processos metodológicos que me presenteou estando na minha banca de qualificação. Sinceramente: muito, muito obrigada!

À professora Mônica de Jesus (Molije) pelas contribuições e ajustes pertinentes no exame de qualificação.

Ao professor Carlos Eduardo Soares de Freitas por fazer parte da minha banca de defesa.

Aos professores do MSAT em especial ao professor Ronaldo Jacobina por estar na minha banca de defesa.

Aos colegas do mestrado pela caminhada e amizade construídas nesses dois anos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Salvador pela confiança e autorização para realização desta pesquisa. Em especial à equipe do Centro de Saúde São Francisco.

À Solange e Marivalda (Inha) que me acolheram e me incentivaram durante o mestrado.

Aos meus alunos da graduação, com os quais aprendo a cada segundo.

Ao meu universo de Amigos, fiéis escudeiros: os antigos e os novos, TODOS, que compreenderam a minha ausência e a todo instante emanavam energias positivas.

Vencemos.

SUMÁRIO

Lista de Siglas.....	10
Perfil das participantes.....	11
Resumo.....	13
1. Apresentação.....	15
2. Introdução.....	16
3. Objetivos.....	19
Artigo 1	
1.1 Introdução.....	23
1.2 Metodologia.....	27
1.3 Resultados e Discussão.....	29
1.4 Conclusão.....	40
1.5 Referencias.....	41
Artigo 2	
2.1. Introdução.....	47
2.2. Metodologia.....	51
2.3. Resultados e Discussão.....	52
2.4. Conclusão.....	57
2.5. Referencias.....	57
5. Considerações Finais.....	60
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturada.....	67
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	68
ANEXO B - Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador....	73
ANEXO C - Definição de Profissionais do Sexo segundo o Ministério do Trabalho	74
ANEXO D - SOBRE O HIV E A AIDS E O MUNDO DO TRABALHO.....	76

LISTA DE SIGLAS

AIDS _ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
APROSBA _ Associação das Prostitutas da Bahia
CBO _ Classificação Brasileira de Ocupações
CETAD_ Centro de Estudos e Terapia ao Uso das Drogas
CIPA _ Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT _ Consolidação das Leis do Trabalho
CUT-BA _ Central Única dos Trabalhadores
DAVIDA _ Prostituição, Direitos Cíveis e Saúde
DSCH _ Distrito Sanitário Centro Histórico
DST _ Doenças Sexualmente Transmissíveis
GAPA _ Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS
HIV _ Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HV _ Hepatites Virais
INSS _ Instituto Nacional de Seguro Social
ISC _ Instituto de Saúde Coletiva
IPAC _ Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural
OIT – Organização Internacional do Trabalho
SMS _ Secretaria Municipal de Saúde
SPA _ Substâncias Psicoativas
UFBA _ Universidade Federal da Bahia
UNAIDS _ Joint United Nations Program on HIV/AIDS
UNDOC _ Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

PERFIL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

As prostitutas desse estudo são maiores de idade e negras. A escolaridade varia do ensino fundamental ao médio e, no geral, entraram na atividade por motivos financeiros.

Das quatorze profissionais entrevistadas, três são oriundas de outro Estado, quatro são oriundas do interior da Bahia e as demais nasceram em Salvador. Pelo menos nove delas já tiveram outras experiências de trabalho como: cuidadora de idosos, faxineiras e vendedora em lojas.

A maioria delas iniciou a atividade muito cedo: duas com 12 anos; três com 13 anos; uma com 14 anos; uma com 15 anos; duas com 16 anos; uma com 17 anos; três com 18 anos e uma com 20 anos, apresentando diversas razões: quatro por influências familiares sendo duas por rejeição e não ter para onde ir; três por influência de amigas; duas por ter sofrido estupro e cinco por acreditar que era uma forma mais acessível de ganhar dinheiro.

A idade varia entre 20 e 59 anos, sendo que seis mulheres estão na faixa etária de 20 a 30 anos; três na faixa de 31 a 40 anos; três mulheres entre 41 e 50 anos e duas acima de 51 anos. Segundo algumas profissionais a idade influencia no número de clientes e programas realizados. Entretanto, pelo menos uma, das que têm mais de 40 anos informam que mesmo concordando com a relação entre idade e número de clientes nunca sofreram qualquer tipo de rejeição.

Quanto ao estado civil foram encontradas as seguintes categorias: oito solteiras, duas casadas ou com companheiros e duas viúvas. Independente de serem solteiras ou casadas, as profissionais em sua maioria fazem adesão ao uso de preservativos nos programas como estratégia de prevenção às DST/AIDS/HV, deixando de usá-los com os maridos, companheiros e namorados porque é considerada a questão da confiança. Salienta-se a questão do respeito com os parceiros fixos e os pactos de não fazer algumas coisas nos programas como: beijar na boca, sexo anal e em determinadas situações o sexo oral ainda que seja com o uso de preservativos.

O grupo apresenta baixo grau de escolaridade: duas concluíram o ensino médio e uma ainda em curso; uma concluiu a Educação de Jovens e Adultos (EJA), cinco concluíram o ensino fundamental e as outras cinco não possuem grau de instrução, sabendo o básico como assinar o nome, ler com dificuldades e escreve o que considera essencial.

O tempo de exercício na atividade varia de dois a 47 anos: duas com dois anos; uma com três anos; duas com oito anos; uma com 12 anos; duas com 17 anos; uma com 22 anos; duas com 27 anos; uma com 29 anos; uma com 33 anos e uma com 47 anos.

Quanto ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA) é relatado que o álcool, quando ocorre, é a mais utilizada tendo esse consumo uma função direta com a atividade como algo que as encorajam e as relaxam para os programas. O seu não uso é explicado como uma estratégia para evitar violência e/ou o não pagamento do programa como acertado.

Sobre as doenças sexualmente transmissíveis e as hepatites virais, a maioria refere nunca ter se infectado, entretanto quatro informam que já apresentaram uma DST (condiloma ou gonorreia) e uma com o vírus da AIDS.

Sobre a legalização da profissão é defendida apenas pelas mulheres consideradas feministas liberais e por algumas organizações das prostitutas como uma forma de acabar com o preconceito e a discriminação e de ganhos dos direitos sociais.

No que se refere à identidade profissional há uma heterogeneidade entre as entrevistadas sobre a ocupação: seis se consideram prostitutas, três profissionais do sexo, quatro sem definição e uma se identifica como garota de programa.

A maioria das profissionais pesquisadas frequentam o Centro de Saúde São Francisco e demais instituições localizadas no Centro Histórico e fazem testagem para HIV, sífilis e hepatites virais duas vezes ao ano; recebem trinta preservativos masculinos, oito femininos e oito a dez sachês de gel lubrificante ao mês.

Quanto ao valor do programa está relacionado às modalidades da relação sexual seguido de uma tabela estipulada por elas próprias. O preço mínimo é de R\$100,00 para cada penetração sendo que a negociação varia de acordo com alguns elementos: uso do preservativo, número de programas realizados, cansaço, empatia com o cliente, etc. No geral, há uma renda mensal que varia entre setecentos (R\$700,00) e hum mil e seiscentos reais (R\$1.600,00).

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo analisar os significados para as profissionais do sexo sobre os aspectos situacionais das condições de trabalho e as condições de vulnerabilidade que estão associadas aos riscos para as doenças sexualmente transmissíveis em especial a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e as Hepatites Virais (HV). Trata-se de uma pesquisa qualitativa intitulada “Vulnerabilidade das Profissionais do Sexo e Riscos das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)”. A abordagem metodológica ocorreu através da realização de entrevistas semiestruturadas e análise das narrativas das profissionais do sexo no ano de 2014. No que se refere à saúde das trabalhadoras o estudo revelou que elas são percebidas e se percebem como profissionais vulneráveis às infecções, do mesmo modo em que foi identificada a dificuldade em negociar o uso do preservativo para prevenção das DST, tanto com os clientes quanto com os parceiros fixos. Outra questão a ser destacada refere-se à monetização do risco, uma vez que o programa tem um valor maior sem o uso do preservativo, considerado o Equipamento de Proteção Individual dessas trabalhadoras. Desse modo é possível identificar que o significado do risco de infecção modifica a gravidade da exposição às DST/AIDS/HV em função dos condicionantes sociais, econômicos e culturais relacionados ao trabalho dessas profissionais. Sobre a identidade profissional há uma necessidade de reconstrução das imagens a elas atribuídas com a ruptura das representações sociais negativas e estigmatizantes pelo viés da cidadania, dos direitos humanos e da justiça social.

Palavras chave: Identidade Profissional, Estigma, Condições de Trabalho, Riscos de Doecer.

ABSTRACT

This thesis aims to analyze the meanings to sex workers on the situational aspects of working conditions and conditions of vulnerability that are associated with risk for sexually transmitted diseases especially Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and Viral Hepatitis (HV). It is a qualitative study entitled "Vulnerability of Sex Workers and Risk of Sexually Transmitted Diseases (STD)". The methodological approach was by carrying out semistructured interviews and analysis of the narratives of sex workers. With regard to the health of workers the study revealed that they are perceived and perceive themselves as vulnerable to infections professionals, just as it was identified the difficulty in negotiating the use of condoms to prevent STD, both with clients and with fixed partners. Another issue to be highlighted refers to the monetization of risk, since the program has a higher value without the use of condoms, considered the Personal Protective Equipment such workers. Thus you can identify the meaning of the risk of infection modifies the severity of exposure to STD / AIDS / HV on the basis of social conditions, economic and cultural related to the work of these professionals. On the professional identity there is a need to reconstruct the images attributed to them to break the negative social representations stigmatizing the bias of citizenship, human rights and social justice.

Keywords: Professional identity, Stigma, Working Conditions, Illness Risks.

1. APRESENTAÇÃO

A pesquisa intitulada: “Vulnerabilidade das Profissionais do Sexo e riscos das Doenças Sexualmente Transmissíveis” apresenta-se como produto final do curso de Mestrado da Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia com tempo de duração de 24 meses.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia sob o nº 828.890 de 02.11.2014. Atendendo os objetivos propostos no Projeto de Pesquisa, o estudo está dividido em dois artigos: o primeiro busca compreender os significados para as profissionais do sexo sobre os riscos de infecção das Doenças Sexualmente Transmissíveis especificamente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e as Hepatites Virais (DST/AIDS/HV) relacionados às condições laborais e à negociação do uso do preservativo e o segundo intitulado “Prostituição e Saúde: identidade profissional e suas interfaces com estigma e violência”, analisa as expressões de gênero representadas através do estigma, do preconceito, da discriminação e da violência como elementos definidores na construção da identidade profissional.

2. INTRODUÇÃO

A escolha em trabalhar com as profissionais femininas do sexo, categoria profissional diferente e distante das profissões formais se apresenta como uma proposta instigante e desafiadora.

A trajetória profissional da autora marca desde o ano de 1989 quando em parceria com o Serviço Social da Indústria desenvolveu trabalho de prevenção às DST/AIDS entre trabalhadores em uma empresa de transportes coletivos de Salvador, discutindo sobre a temática na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

No ano de 1992 a mesma trabalhou no Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA-BA) como assessora do Programa AIDS e Sindicatos que apresentou como produto uma pesquisa e uma cartilha intitulada “Sexualidade do trabalhador sindicalizado baiano e a sua relação com atitudes preventivas para às DST/AIDS” em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Desde essa época já era possível identificar uma aproximação minha com as DST/AIDS e à saúde dos trabalhadores.

Em 1994, fui colocada à disposição para a cooperação técnica ao Centro de Estudos de Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA) para trabalhar no Programa “Brasil Troca de Seringas” que posteriormente se transformou no Programa de Redução de Danos, momento no qual houve, de fato, as primeiras aproximações com os usuários de drogas, principalmente as injetáveis, travestis e prostitutas do Centro Histórico de Salvador.

No período de 1994 a 1996 desenvolvi atividades enquanto assessora da Secretaria de Políticas Sociais da Central Única dos Trabalhadores (CUT-BA).

No ano de 1996 foi inaugurada a unidade municipal denominada Centro de Saúde São Francisco localizada em uma transversal da Ladeira da Praça para trabalhar no cuidado à saúde da comunidade do Pelourinho e áreas adjacentes, quando assumi a gerência da referida unidade. Trabalhei durante seis anos na gestão da unidade e desenvolvi uma série de atividades com organizações/instituições parceiras, dentre elas a Associação das Prostitutas da Bahia (APROSBA), na qual foi possível formar agentes multiplicadores de informações pelo viés da prevenção.

Em 2001 assumi a coordenação do Distrito Sanitário Centro Histórico (DSCH) sem abandonar o trabalho de campo que realizava no centro de saúde.

No ano de 2008 fui exonerada do cargo de coordenadora e retorno ao Centro de Saúde São Francisco para trabalhar no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)

no qual permaneço até o momento desenvolvendo atividades na área das DST/AIDS/HV e uso abusivo de substâncias psicoativas com populações com maior vulnerabilidade social.

Entretanto a motivação para escolha do tema reside na feminização da AIDS e das demais doenças transmitidas através do sexo e do desafio em trabalhar com as profissionais do sexo abordando questões sobre gênero, sexualidade, prazer, afeto, ganhos econômicos relacionados à saúde e à atividade laboral.

Nesse primeiro momento torna-se importante esclarecer a diferença entre o conceito de “profissionais do sexo feminino” e “profissionais femininas do sexo” no qual o primeiro engloba todas as mulheres que têm uma profissão, e o segundo refere-se exclusivamente as mulheres que trabalham com o sexo.

Segundo Simmel (1982) durante muito tempo as atividades das profissionais do sexo eram vistas como uma forma de resistência, na qual a mulher passou a ocupar um espaço que era exclusivo dos homens, abandonando o ambiente “domiciliar” e buscando ocupação nas ruas. Sabe-se que o trabalho sexual é caracterizado como um dos mais antigos do mundo. E essa busca pelo prazer através do sexo constituiu vínculos, mais metafóricos do que factuais, com a transmissão das doenças sexualmente transmissíveis.

Desde tempos remotos, a construção social da mulher é referendada pela diferença sexual associada à dominação e submissão ao homem, à questão da inferioridade e da incapacidade de igualar os sexos e aos diversos tipos de relações de poder existentes. (SCOTT, 1989)

Alguns autores como Scott (1994) e Parker (1996) consideram que, há duas questões na explicação do conceito de gênero e na forma como as relações entre os sexos são estabelecidas no decorrer da história: uma refere-se ao conceito de gênero baseado nas diferenças percebidas entre os sexos; e outra como uma forma primeira de significar as relações de poder.

Historicamente e até os tempos atuais, a relação do homem e da mulher sempre esteve baseada em funções diferentes, nas quais os homens são favorecidos e têm oportunidades de modo desigual em relação à população feminina. (SILVA, VARGENS, 2009).

No que se refere às profissionais do sexo não é diferente, visto que a sociedade como um todo apresenta tanto discursos permeados de valores morais que preconizam o fim da atividade quanto outros que relacionam às profissionais do sexo à pobreza e a exclusão como resultantes da falta de oportunidades provenientes das desigualdades sociais (LOURO, 2001).

Para Rago (1991) a atividade sexual e as representações construídas no imaginário sobre as profissionais são sempre pautadas na ideia machista de submissão feminina. Do

ponto de vista desse estudo tanto o evolucionismo quanto o positivismo consideram as profissionais como uma ameaça a vida social e ao casamento monogâmico, já que os homens sempre buscaram experiências extras conjugais o que consolida uma série de julgamentos morais e de estigmas, como uma antítese da ordem dominante e da imagem idealizada da mulher/esposa/mãe.

No Brasil, segundo Freitas (1985), nas últimas décadas, as profissionais do sexo engajaram-se na luta pela reconstrução dos conceitos e imagens a elas rotineiramente atribuídos, que estavam associados a significados negativos e desmoralizantes construídos pela sociedade. Esses movimentos organizados das profissionais do sexo, não só desestabilizaram os significados culturais dominantes, como apresentaram concepções alternativas de mulher e/ou da sexualidade feminina, colocando em ação uma política cultural importante para todos os movimentos sociais emergentes.

Para Freitas (1985) o processo de redefinição e reinterpretação não é algo que se consuma pela determinação de fatores psicológicos ou sociológicos, mas é construído e manipulado.

O presente trabalho está organizado em dois artigos: o primeiro “Profissionais do Sexo e Significados de Riscos de Infecção das DST/AIDS/HV” que tem como objetivo compreender os significados para as profissionais do sexo sobre os riscos de infecção das doenças sexualmente transmissíveis especificamente à síndrome da imunodeficiência adquirida e as hepatites virais relacionados às condições laborais e à negociação do uso do preservativo, e o segundo intitulado “Prostituição e Saúde: identidade profissional e suas interfaces com estigma e violência” que analisa as expressões do estigma, da violência e da saúde como elementos definidores na construção da identidade profissional das prostitutas.

Desse modo considerando os poucos estudos sobre essa temática e o crescimento da infecção das DST/ADS/HV em mulheres espera-se que esse estudo contribua para que os profissionais de saúde realizem abordagens de educação e cuidado à saúde dessas trabalhadoras de forma contextualizada que possibilite uma maior adoção de práticas protetivas e subsidiem a melhoria do acesso dessas trabalhadoras aos serviços de saúde e à rede sócioassistencial.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL:

Analisar os significados para as profissionais do sexo sobre as condições de vulnerabilidade que estão associadas aos riscos de infecção das DST/AIDS/HV e as estratégias utilizadas para lidar com os riscos.

3.2 ESPECÍFICOS:

3.2.1 Identificar as concepções das atividades sexo laborais e a diferença entre as relações sexo afetivas;

3.2.2 Identificar as estratégias do cuidado, de si e do outro, conhecidas e utilizadas;

3.2.3 Analisar os impedimentos/ dificuldades para a prática das estratégias do cuidado;

3.2.4 Relacionar o conhecimento sobre as DST/AIDS/HV, o acesso a serviços de saúde e insumos de prevenção.

ARTIGO I

**PROFISSIONAIS DO SEXO E SIGNIFICADOS DE RISCOS DE
INFECCÃO DAS DST/AIDS/HV**

Sandra Regina Mendonça Lemos

RESUMO

O estudo se refere a uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada no Centro Histórico de Salvador, com o objetivo de compreender os significados para as profissionais do sexo sobre os riscos de adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis especificamente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e as Hepatites Virais (DST/AIDS/HV) pelas condições laborais e uso do preservativo. Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado em que se utilizou o recurso da hermenêutica dialética para análise das narrativas. O estudo revelou que as profissionais do sexo são percebidas e se percebem como trabalhadoras vulneráveis às infecções, visto que a relação sexual é a sua atividade laboral, do mesmo modo em que percebem haver necessidade diária de adesão ao uso do preservativo tanto com os clientes quanto com os seus parceiros fixos. Entretanto, o preservativo, entendido como Equipamento de Proteção Individual, pode ser objeto de negociação em relação ao uso, elevando ou reduzindo o valor financeiro do atendimento aos clientes, o que, conseqüentemente, agrava ou reduz à exposição aos riscos. O uso do preservativo está relacionado à situação social, ao status econômico, às crenças e valores culturais, à percepção de riscos, à discriminação das profissionais, associadas à questão de gênero. O significado do risco de infecção modifica a gravidade da exposição às DST/AIDS/HV em função dos condicionantes sociais, econômicos e culturais relacionados ao trabalho destas profissionais do sexo.

Palavras chave: Condições de Trabalho, Saúde do Trabalhador, Riscos de Adoecer, Uso do Preservativo.

ABSTRACT

The study refers to a qualitative study conducted in the historic center of Salvador, in order to understand the meanings to sex workers about the risks of acquiring sexually transmitted diseases specifically the Acquired Immune Deficiency Syndrome and Viral Hepatitis (STD/AIDS/HV) by the working conditions and not using condoms. Individual interviews with a semistructured script which used the dialectic hermeneutical resource for analysis of the narratives were held. The study found that sex workers are perceived and perceive themselves as vulnerable workers to infections, since intercourse is its labor activity, just as they realize there is daily need for adherence to condom use both with customers as with their steady partners. However, condoms, understood as personal protective equipment may be subject to negotiation regarding the use, increasing or reducing the financial value of customer service, which in turn, increases or reduces the risk exposure. Condom use is related to social status, economic status, beliefs and cultural values, perception of risk, the breakdown of professionals associated with the gender issue. The significance of the risk of infection modifies the severity of exposure to STD/AIDS/HV in terms of social conditions, economic and cultural related to the work of these sex workers.

Keywords: Working Conditions, Occupational Health, Illness Risk, Condom Use.

INTRODUÇÃO

Segundo Giddens (2005), prostituição é definida como concessão de favores sexuais em troca de ganho monetário, entendendo essa relação como um trabalho e relacionado ao colapso das pequenas comunidades, ao desenvolvimento das áreas urbanas e à comercialização das relações sociais. No dicionário Aurélio (1988) a prostituição representa a troca consciente de favores sexuais por dinheiro. Uma pessoa que trabalha neste campo é denominada prostituta e a prostituição é um dos ramos da indústria do sexo. O estatuto legal da prostituição varia de país para país, sendo considerada na Classificação Brasileira de Ocupação – CBO (2002) a profissão de nº 5198. A CBO descreve e ordena as ocupações dentro de uma estrutura hierarquizada agregando as informações referentes à força de trabalho, segundo características ocupacionais que dizem respeito à natureza da força de trabalho que tipificam a ocupação e ao conteúdo do trabalho relacionado às habilidades e atributos pessoais do trabalhador. Para o exercício dessa ocupação, utiliza o termo profissional do sexo que qualifica como pessoas que trabalham por conta própria, nas ruas, em bares, boates, hotéis, etc.

Por outro lado, o Código Penal Brasileiro refere que a pessoa que pratica sexo com outra pessoa e obtém lucro para si não comete infração, o que caracteriza a inexistência de definição desta prática como crime, portanto legalmente reconhecida pelo Estado. Ou seja, a profissional do sexo, como qualquer outra pessoa, é sujeita capaz de direitos e obrigações na ordem civil, e pode exercer suas atividades profissionais, com liberdade, responsabilidade e segurança, sendo devido à sociedade a desconstrução dos valores, tabus e preconceitos criados por ela própria.

Segundo a Organização das Nações Unidas – ONU (1999) a prostituição se caracteriza como um processo no qual as pessoas, mediante uma remuneração habitual se entregam às relações sexuais como ato comercial em que há um valor dado e outro recebido por alguém. Há três termos utilizados para referir às trabalhadoras do sexo: prostitutas, profissionais do sexo e garotas de programa, nesse estudo aparecerão os três termos embora o mais utilizado pelas entrevistadas seja o de “prostitutas”.

Para Lucchini (1999) comum encontrar mulheres que se relacionam com pessoas que lhes oferecem benefícios como à compra de um vestido ou garantia de um emprego ou algo similar. Esse processo de conseguir “bens materiais” mediante a troca por seu próprio corpo também caracteriza a prática de prostituição.

O comércio da atividade sexual sempre esteve presente em diferentes períodos históricos da civilização e por isso inúmeras são suas definições. No presente estudo, adota-se a concepção de Muianga (2009) que a compreende como uma prática que implica a troca “consciente” de relações sexuais pelo dinheiro, ou por outros bens.

O trabalho representa uma categoria social central entendida como atividade desenvolvida pelo ser humano, seja ela física ou mental. Esta atividade não é isolada da produção, pois estabelece interações com os outros e constrói uma relação de interesses na área de atuação. Através da produção se determina o objeto e o modo de consumo de forma objetiva e subjetiva, ou seja: a produção cria o consumidor. Desse modo, Antunes (2003), seguindo a teoria marxista, afirma que o processo de produção e reprodução da vida através do trabalho é a principal atividade humana, na qual os indivíduos constroem e reconstróem suas histórias sociais, considerado elemento fundamental do materialismo histórico, enquanto método de análise da vida econômica, social, política e intelectual. Nessa perspectiva, a atividade da prostituição não é considerada trabalho, pois não há produção de mercadorias nem mais valia, o dinheiro que a profissional recebe não é capital, é renda proveniente do serviço prestado ao cliente em uma relação mercantil, ou seja: o efeito útil cessa quando a atividade sexual se encerra.

Antunes (2003, p.167) considera o trabalho “como fonte originária, primária, de realização do ser social”, o reconhecendo como uma experiência elementar da vida que responde as necessidades sociais, ou seja: para as pessoas o trabalho se apresenta como atividade vital para sua socialização e humanização.

As relações de trabalho, mediante algumas mudanças, foram ganhando uma nova definição a depender do sistema vigente. Para Antunes (2010), o trabalho na sociedade capitalista tornou-se uma atividade que deixa de ser um fator fundamental para a humanização do próprio homem, para ser uma atividade sem valor e que retira dele o seu sentido prazeroso.

[...] O trabalho como atividade vital, verdadeira, desaparece: Uma vez pressuposta a propriedade privada, minha individualidade se torna estranhada até tal ponto, que esta atividade se torna odiosa, um suplício e, mais que atividade, aparência dela; por consequência, é também uma atividade puramente imposta e o único que me obriga a realizá-la é uma necessidade extrínseca e acidental, não a necessidade interna e necessária. (ANTUNES, 2010, p.146).

Desse modo é possível afirmar que o trabalho passa de uma atividade geradora de sociabilidade e integração a ter um caráter alienante e precário necessário ao homem para

satisfação das suas necessidades. Essa precarização e desvalorização da força de trabalho vêm crescendo, sobretudo entre aquelas sem alternativas que são condicionadas a, aceitar condições precárias de trabalho. Outro fator relevante diz respeito à inserção das mulheres no mercado de trabalho, para Antunes (2010):

Compreender a classe trabalhadora hoje significa perceber também o significativo processo de feminização do trabalho, que atinge mais de 40% ou 50% da força de trabalho em diversos países, e que tem sido absorvido pelo capital, preferencialmente no universo do trabalho part-time, precarizado e desregulamentado. (ANTUNES, 2010, p.119)

É sabido que a força de trabalho feminina vem sendo absorvida pelo capital de forma desordenada e desumana, com condições precárias e restrições de direitos. De um modo geral, a questão de gênero na divisão social do trabalho continua sendo na contemporaneidade um significativo obstáculo tanto para a inserção das mulheres no mercado de trabalho quanto ao que se refere à sua remuneração.

A prostituição está presente no decorrer da história da humanidade e persiste mesmo diante das dificuldades enfrentadas no seu exercício por estar situada à margem da sociedade. Rago (1991) afirma ser a prostituição uma profissão periférica na qual as relações são estabelecidas e submetidas no dia-a-dia ao trabalho precário, aos preconceitos e discriminações, que é materializada pelas ações destrutivas do capital.

Desse modo, Freitas (2013) em estudos acerca da sociologia das profissões e do trabalho refere que “o papel do Estado não se mostra relevante apenas no reconhecimento e na autorização de uma dada profissão, mas também na manutenção desta” (FREITAS, 2013, p.134).

A definição do trabalho sexual refere-se à prática de comercializar serviços de natureza sexual como: prazer, fantasias, sexo, carícias, etc. Para Maia, Chacham e Lopes (2002) não se trata apenas de “venda do corpo”, pois as profissionais do sexo atuam também no imaginário dos homens com prazeres e práticas sexuais diferenciadas, muitas vezes incomuns.

Entretanto, o trabalho das profissionais do sexo, classificado como informal, está associado à pobreza, baixa escolaridade, baixos rendimentos, bem como, à falta de cobertura pelos sistemas de proteção social. Entende-se por trabalho informal, todas as atividades que se inscrevem no campo da inexistência de relações contratuais amparadas por leis trabalhistas e fiscais (SILVA e VARGENS, 2009).

Não há dúvidas que o trabalho sexual se apresenta como uma atividade de vulnerabilidade em que as negociações, geralmente, são estabelecidas entre as mulheres e os

homens, mediante contatos verbais, sem testemunhas nas quais a mulher é apresentada como a própria “mercadoria”.

Segundo Ayres (2003) o conceito de vulnerabilidade se desenvolve quando considerada a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos individuais, sociais e contextuais, que relacionados acarretam maior ou menor suscetibilidade à infecção.

Em meados da década de 1980 após a descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ocorreu uma maior preocupação com as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente para trabalhadoras do sexo em que se exigiu a elaboração e a implantação de políticas públicas para a prevenção, controle e tratamento desses agravos, por entender que essas mulheres estariam em situações de riscos para infecções.

Desse modo, foi imprescindível intensificar as discussões a respeito de como homens e mulheres vivenciam a sexualidade e analisar os comportamentos humanos em populações que apresentam maior vulnerabilidade às doenças, principalmente àquelas em que a atividade sexual é inerente à profissão. (BRASIL, 2004)

Para Mendes e Dias (1991) a discussão sobre a saúde do trabalhador surge em meio à intenso processo de transformação social, processo esse de crítica aos modelos hegemônicos de assistência médica à saúde no final dos anos de 1960. Com isto, houve a necessidade de investir na concepção de interdisciplinaridade para o enfrentamento das complexas questões vividas nos locais de trabalho que impactam no binômio saúde/doença.

No presente caso, a relação existente entre o trabalho sexual e os riscos de infecção às DST/AIDS/HV entre as profissionais do sexo está associada, dentre outros fatores à interpretação e aos significados estabelecidos por esses atores. Para Rangel (2003) o risco é uma construção social realizada tanto por disciplina do campo científico, quanto por grupos e classes, e é sempre mediada por valores socioculturais. Entretanto, apesar das profissionais comporem o universo do trabalho no país, até o momento não se verificam políticas de saúde do trabalhador para proteção das doenças e acidentes do trabalho dessa categoria. O que existe são ações consideradas tímidas por outros programas como o das DST/AIDS/HV.

Portanto, é possível afirmar que se a discussão sobre os riscos de infecção das DST/AIDS/HV entre as profissionais do sexo não tiver o alcance da cultura consciente do indivíduo e a adoção de práticas sexuais protegidas, o conceito das discussões não terá sentido, o que possibilitará o processo de infecção dessas pessoas.

Nessa perspectiva, Geertz (1989) recupera o conceito de Weber ao afirmar que o homem é um ser amarrado em teias de significados que ele mesmo teceu e a cultura é uma ciência

interpretativa que caminha em busca do significado. Considera também que o comportamento é uma ação simbólica e que o fluxo do comportamento faz com que as formas culturais se articulem. Assim, a cultura é pública porque o significado o é, e no seu estudo os significantes não são sintomas ou conjunto de sintomas, mas atos simbólicos e o objetivo não é a terapia, mas a análise do discurso social.

Para a atividade protetora da saúde das profissionais do sexo, os significados do uso do preservativo assumem condicionantes estratégicos no universo subjetivo. Segundo o Ministério da Saúde (2001) o preservativo é o método mais eficaz para prevenção às DST/AIDS/HV desde que seja usado de maneira adequada e em todas as relações sexuais, caracterizando-se como um objeto fundamental e indispensável para o exercício dessa profissão.

O fato das profissionais do sexo lidarem com diversos parceiros, a adesão ao uso de preservativo se apresenta como a melhor forma de proteção e redução dos riscos da atividade laboral. Entretanto há alguns desafios enfrentados por estas profissionais: a sua própria consciência em usá-lo; o convencimento do cliente para o uso e a fragilidade delas próprias em conduzir tais situações.

Nesse sentido, este estudo tem o objetivo de analisar os significados para as profissionais do sexo sobre os riscos de infecção das Doenças Sexualmente Transmissíveis especificamente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e as Hepatites Virais (DST/AIDS/HV) relacionados às condições laborais e à negociação do uso do preservativo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, de campo, com abordagem qualitativa, considerado como o passo inicial para estudos posteriores.

A população do estudo é composta por profissionais do sexo que moram e/ou trabalham no Centro Histórico, atendidas e ou cadastradas no Centro de Saúde São Francisco. Este centro é uma unidade municipal de saúde de Salvador, localizado no bairro do Tororó no Distrito Sanitário Centro Histórico, referência para as DST/AIDS/HV e o uso abusivo de substâncias psicoativas.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada, que segundo Minayo (2010), representa instrumento essencial para a pesquisa nas Ciências Sociais, que considera a fala do participante como reveladora das condições estruturais reais, dos sistemas simbólicos e valores capazes de expressar representações importantes. Destaca ainda que a fala de cada pessoa em particular representa o comportamento individual e social interiorizados por todos.

De um total de sessenta trabalhadoras profissionais do sexo cadastradas na unidade de saúde foram entrevistadas quatorze em função da repetição dos conteúdos ou significados. Utilizou-se como critério de inclusão: ser trabalhadora feminina do sexo; morar e/ou desenvolver as atividades no Centro Histórico; estar em exercício da atividade laboral há pelo menos seis meses visto que esse é o tempo mínimo considerado, pela maioria das profissionais, para permanência ou não na atividade; ter no trabalho com o sexo sua ocupação principal e aceitar participar do estudo.

O roteiro da entrevista contemplou questões sobre o perfil sócio demográfico, ou seja: idade, escolaridade, naturalidade, procedência, estado civil; a prática e identidade profissional: locais e turnos de trabalho, condições e negociação dos programas; a percepção e significados dos riscos de adoecer e se esse adoecimento é fruto do trabalho e de que forma ocorre a negociação do uso do preservativo, uma vez que o mesmo é considerado a forma mais eficaz de proteção.

As entrevistas foram gravadas ocorrendo um encontro com onze entrevistadas e dois encontros em apenas três das entrevistadas. Os dados foram coletados nos meses de novembro e início de dezembro de 2014 nas casas de prostituição, no Centro de Saúde São Francisco, nas ruas, bares e praças do Centro Histórico, locais onde as profissionais negociam e/ou fazem os programas. Posteriormente o material foi tratado utilizando também o diário de campo da pesquisadora que continha registros de observações realizados no momento das entrevistas.

Os dados foram analisados a partir da abordagem hermenêutica dialética por entender que ela faz a síntese dos processos compreensivos e críticos. Segundo Minayo (2010, p. 168) “a hermenêutica dialética constitui um importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas, cobrindo também uma quase ausência de pesquisas de fundamentação marxista que levem em conta a subjetividade”.

A análise das narrativas utilizou critérios do estudo de Bardin (1979), em que sustenta a técnica de análise entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. Trata-se de conjunto de técnicas de análise das comunicações que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens.

Lira (2003) refere que a análise de narrativas se organiza em três polos cronológicos: a pré-análise - operacionalização e sistematização das ideias iniciais; a exploração do material -

transformação dos dados brutos do texto, que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. É importante ressaltar que os nomes das entrevistadas quando explicitados serão representados por nomes fictícios e de flores.

No que se refere aos aspectos éticos, o estudo se fundamenta na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, respeitando os critérios de confidencialidade, privacidade e proteção da imagem das participantes, assegurando o sigilo e o anonimato das mesmas, e obtendo a permissão destas para a realização do estudo que foi consolidado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O presente estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado: “Vulnerabilidade das Profissionais do Sexo e Riscos das Doenças Sexualmente Transmissíveis”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, sob nº 828.890 de 02.11.2014.

SEXO, ENTRETENIMENTO, SUPORTE EMOCIONAL COMO TRABALHO.

Conceituando o trabalho sexual como serviço, Simmel (1993) refere à importância de compreender a relação paradoxal que tem no dinheiro o seu principal objetivo, que transforma a mulher em objeto de consumo que satisfaz as suas necessidades básicas, mas não a afasta dos desgastes e riscos tanto físicos quanto emocionais. Nessa relação o dinheiro torna-se um símbolo abstrato dos valores, alterando todo o estilo de vida das trabalhadoras. Tudo se transforma em “mercadorias” incorporadas à lógica do mercado, passíveis de ser negociadas. Neste caso, identifica-se que a questão objetiva se apresenta enquanto necessidade de sobrevivência, conforme significado expresso por “Bromélia”:

[...] trabalho porque preciso. Acho que todo mundo é assim; ninguém acha bonito trabalhar, é uma necessidade: preciso comprar comida e pagar as contas no final do mês. Faço por viver. Para falar a verdade passei a gostar do meu trabalho. No início tinha muitos problemas na minha cabeça porque cheguei a pensar que tudo que as pessoas falavam de nós era verdade, depois foi melhorando, fui entendendo melhor a vida. Hoje trabalho com um pouco mais de dedicação porque é nesse serviço que eu ganho o meu sustento. Não importo mais com o que as pessoas falam. Trabalho e pronto. Bromélia (23 anos).

A análise das informações possibilita identificar que o serviço prestado pela prostituta ultrapassa a satisfação do cliente na sua procura de sexo como há um gostar das profissionais

na construção do prazer/atividade e do prazer corporal. Desse modo a vivência de prazer deriva-se da articulação entre trabalho, necessidades e desejos psicológicos do trabalhador, caracterizando-se como um estado de adequação da sua carga psíquica (MENDES e DIAS, 1991).

A profissional se apresenta como força de trabalho, mercadoria, subordinada à vontade do capital que reduz toda atividade humana a trabalho e toda realização a mercadoria em troca de salário, no caso, a venda do corpo para o prazer do cliente. Entretanto, algumas mulheres falam da recorrência de também sentirem prazer no ato sexual ainda que tenham clareza de que ali é o seu trabalho conforme narrativas abaixo.

Fazer sexo é o meu trabalho. Gosto do que faço. Muitas vezes por mais que se queira separar o trabalho da nossa vida privada, é difícil. Porque o programa sexual é doloroso quando o cara não tem nada a ver com você, quando você não sente “tesão”. Acho que nos programas a pessoa tem de ir com o peito aberto, para relaxar mesmo. Crisântemo (43 anos).

“Vou para a noite preparada para dar e sentir prazer. Não penso só no cliente, penso em mim também e aproveito quando tem “uns carinhas” tipo melhorzinho”. Miosótis (59 anos).

“À noite quando estou negociando meus programas, eu sempre penso sobre as coisas que as pessoas falam a nosso respeito. Vou dizer que fico incomodada, mas não deixo de realizar, entende? Acaba sendo uma pressão psicológica”. Lótus (28 anos).

Para a maioria das entrevistadas, a atividade laboral é um trabalho como outro qualquer e que por isso deve ser respeitado, mesmo encontrando em algumas narrativas o desejo de mudar de vida:

Trabalho duro; nunca encontrei nada fácil: não recebi nada de mão-beijada. No início foi mais difícil hoje está tranquilo. Muitas vezes sonhei com príncipe encantado, de fazer um bom casamento, em ter uma vida diferente, mais foi passando. Hoje, eu digo que estou satisfeita e orgulhosa do meu trabalho. Liz (30 anos).

Fazer sexo é o meu trabalho. E trabalho é igual para todo mundo. Você tem o seu trabalho e eu tenho o meu e ninguém briga. Estou satisfeita com o que faço. Isso não impede que eu diga que se eu pudesse eu faria uma faculdade, tinha uma profissão, essas coisas que a vida só oferece para poucos. Mais no todo estou bem e feliz, não vou ficar maldizendo da vida. Bromélia (23 anos).

Para Festini (1993) o que se estabelece entre as profissionais do sexo e os clientes é uma relação comercial com a venda do corpo por dinheiro na qual a mulher passa a ser vista como mercadoria na prestação desse serviço, entretanto outra vertente deve também ser considerada: a subjetiva. Segundo Rey (2003) a subjetividade é um fenômeno complexo formado simultaneamente nos pilares individual e social em que o indivíduo é ao mesmo tempo constituinte e constituído.

O tempo de atividade e a frequência no atendimento a alguns clientes identificados pelas profissionais como “certos”, muitas vezes, resultam no estabelecimento de vínculos de confiança nos quais os encontros geram atividades de escuta:

Há clientes que nos procuram toda semana. O cara já ficou íntimo, amigo mesmo. Sabe quando você sente carinho e se preocupa com aquela pessoa e tem certeza que a pessoa também sente por você? Pois é, não tem nada relacionado a sexo, é só amizade mesmo: conversas e bate papos, histórias, problemas. Para falar a verdade, se por algum motivo um ou outro não vem eu sinto falta. Dália (24 anos).

Algumas entrevistadas referem que os clientes não as procuram apenas para práticas sexuais, muitas vezes é o desejo de conversar sobre as preocupações e questões relacionadas à família, ao trabalho e à própria masculinidade.

Meus clientes são quase sempre os mesmos. Quando não, é sempre alguém trazido por um que é certo. Um conhecido indica o outro que fica logo íntimo também (RISOS). Tem uns até que nem transamos, só conversamos e eles pagam o tempo que foi gasto. Tem momentos que penso que sou uma psicóloga (RISOS). Geralmente esses clientes, que não chegam as “vias de fato”, estão com problemas em casa no seu casamento ou com a namorada e vem conversar com a gente.

Orquídea (42 anos)

Segundo Silva (2009) as relações humanas estão comprometidas, os relacionamentos, os casamentos não são pautados em carinho, diálogo e compromisso, desse modo após o estabelecimento de vínculos, alguns clientes passam a utilizar esse tempo que seria do trabalho ou do ato sexual para diálogos amigáveis como “terapia”, o que pode ser observado no relato:

Há momentos que eu acho tudo muito engraçado... Porque na cabeça das pessoas, nós fazemos “misérias”: destruímos as relações e os casamentos. Só que, quando o cara sai de casa e nos procuram é porque lá ele não tem apoio. Não é necessariamente para fazer sexo, muitas vezes eles querem e precisam conversar e não transar. Mas, quem consegue falar de nós sem dizer que somos o “diabo em forma de gente”? Recebemos dinheiro sim, mas nesse caso não é pelo programa e sim pelo tempo que poderia ter sido usado por outro cliente. Jasmim (36 anos).

Conforme Illouz (1997) é possível concluir que o trabalho dessas profissionais não se caracteriza unicamente na comercialização de serviços sexuais. E estabelece, mais ainda, a conciliação entre uma lógica de mercado e os ideais tradicionais mediados pelo consumo de serviços de entretenimento e de escuta.

Ainda que no imaginário social os clientes queiram da rua à satisfação sexual que não encontram em casa, é possível identificar, segundo relatos das mulheres participantes da pesquisa, que muitos homens com casamentos perfeitos esperam da profissional um apoio para suas conversas, o que confirma que a relação estabelecida não é totalmente destituída de sentimentos, ou seja: envolve uma dimensão de afeto. Por outro lado, o fato das mulheres não se sentirem confortáveis e capacitadas para essa atribuição gera sofrimento psíquico.

O número de programas/dia realizados pelas profissionais é diretamente proporcional ao tempo dispensado para o trabalho, ou seja: há profissionais que trabalham os três turnos, outras dois e outras apenas um. Entretanto as que têm uma jornada de trabalho mais extensa apresentam uma maior vulnerabilidade para às infecções ainda que diminua o número de clientes por turno. Outra questão que merece destaque é o número de relações sexuais por cliente. Vale lembrar que os riscos de adoecer estão relacionados a não adesão ou utilização inadequada do preservativo, em todas as modalidades da relação sexual anal, oral e/ou vaginal.

A infecção das doenças sexualmente transmissíveis se dá pelo contato direto com o sangue, o sêmen e as secreções vaginais contaminados. Desse modo o risco na profissão se concentra apenas na atividade sexual desfazendo a noção de que o trabalho das profissionais representa risco permanente para as DST/AIDS/HV.

Os programas considerados como “certos” pelas profissionais, a construção de afeto e intimidade também se relacionam com riscos visto que, para Villela (2008) a frequência e permanência do parceiro criam-se vínculos de confiança implicando no descarte de métodos protetivos.

Sobre as condições dos locais que se realizam os programas algumas mulheres relatam que os hotéis são simples, limpos e organizados, outras que mesmo higienizados não perdem o odor de mofo:

“Sobre os locais de trabalho, não tenho muita escolha mais geralmente trabalho nos hotéis da Avenida Sete. São locais simples, limpos e muito organizados. Não tenho do que me queixar e os clientes também não se queixam.” Miosótis (59 anos).

Tenho “pontos” fixos e lugares certos para realizar os programas, com isso fica mais fácil dos clientes me encontrarem. O local é como uma

suíte: quarto e banheiro, só não tem uma boa ventilação, ou seja: não tem janelas. No geral os locais são simples e organizados, mas tem o problema do mofo. Eu mesma tenho renite. Dália (24 anos).

Os locais dos programas geralmente são iguais para todas, pelo menos as que trabalham aqui nessa área do Centro Histórico: são os hotéis da Avenida, e quando os clientes têm pouca grana, nós vamos para a Barroquinha, porque lá os hotéis são mais baratos embora com pouca ventilação. Mas é tudo limpinho, organizado – é direito: não temos do que reclamar. Violeta (52 anos).

Desse modo é possível observar que há riscos de adoecer das profissionais com outras patologias, como as do aparelho respiratório: as rinites alérgicas e as doenças de pele causadas pelos ambientes insalubres.

Ainda que sujeitas à violência, as participantes desse estudo referem baixos registros de humilhações, ofensas verbais e morais. Inclusive relatam que a não ocorrência de casos de violência no trabalho está relacionada a uma boa acessibilidade à rede sócio assistencial, o que de certo modo as conferem um nível de esclarecimento e orientações para denúncias e repulsa de todo e qualquer tipo de violência quando se fizer necessário. Entretanto, duas entrevistadas não cadastradas na unidade de saúde, acusam agressões físicas no cotidiano do trabalho por parte dos clientes, muitas vezes expressas com a recusa no pagamento do que foi acertado, a exemplo da fala a seguir:

“Sempre há momentos de violência quando estou trabalhando. Muitos homens acertam uma coisa e quer outra, principalmente tirar a camisinha na hora da penetração, como não aceito: eles agridem.” Lírio (29 anos).

No que se refere ao uso de substâncias psicoativas; o álcool aparece como a mais utilizada. Quando da negação de uso de alguma substância, as trabalhadoras justificam para que os possíveis efeitos não impliquem em “prejuízos” na execução dos programas como: agressões ou recusa na utilização do preservativo, conforme relatos:

“Quando estou trabalhando, não bebo. Preciso estar lúcida, não posso correr riscos. Além do mais estou trabalhando e ninguém bebe no trabalho.” Alecrim (29 anos).

“Sempre bebo uma cervejinha, mas prefiro evitar. O álcool sobe para a cabeça e na hora do programa fica difícil exigir o uso da camisinha.” Tulipa (52 anos).

“Uso só álcool e é para relaxar. Quando percebo que estou saindo do eixo ou que o cliente pode armar para não colocar ou para tirar a camisinha, eu paro com a bebida, não arrisco. A pessoa tem que saber e definir um limite, feito isso; fica fácil”. Girassol (40 anos).

Valor do Risco para as DST/AIDS/HV

Segundo o Ministério da Saúde (2004) as doenças sexualmente transmissíveis, especificamente a AIDS e as hepatites virais são consideradas patologias ocupacionais para as prostitutas já que o sexo é a matéria prima do seu trabalho, podendo ser prevenidas com o uso do preservativo desde que haja uma consciência dos possíveis riscos e da importância de medidas protetivas ainda que acarrete mudanças de comportamentos, valores e atitudes.

Para as profissionais, os riscos de infecção das DST/AIDS/HV quando referidos estão sempre associados a não adesão ao uso do preservativo, ou seja: não consideram a possibilidade de rompimento nem o estabelecimento de vínculos de confiança exigidos geralmente pelos clientes após a realização de três ou quatro programas consecutivos, o que expressa à concepção de submissão financeira associada também à questão de gênero. Entretanto, é importante ressaltar que mesmo considerando as questões acima citadas, o não uso do preservativo, geralmente, deve-se à recusa do cliente ou por opção da própria profissional.

[...] todos às vezes que transei sem camisinha foi consciente do que estava fazendo, nunca fui obrigada. Na hora de negociar eu só penso na grana mesmo e, como o valor do programa é maior sem camisinha eu acabo correndo riscos mesmo. Jasmim (36 anos).

Na atividade sexual há, portanto, uma motivação monetária no uso do preservativo que é percebida na fala das entrevistadas quando afirmam que os programas são exclusivamente baseados no dinheiro, ou seja: reafirmam o caráter profissional do serviço:

[...] ninguém me enganou e eu não enganei ninguém. É tudo muito nas caras. Nunca vivi nenhuma situação do cara tirar a camisinha, coisas desse tipo. Claro que depois que eu tive uma DST, a quantidade de programas sem camisinha diminuiu muito porque comecei a ficar com medo de ter outra doença. Jasmim (36 anos).

“Sobre usar a camisinha; para falar a verdade já fiz e faço muitos programas sem ela, principalmente quando o movimento está fraco, não pinta muitos clientes, não tem muita procura.” (Margarida 51 anos).

Estou sempre na rua disponível. Temos uma tabela de preços que na medida do possível colocamos em prática, às vezes a gente altera um pouco a depender do cliente (RISOS). Porque o importante mesmo é quanto você vai receber. Eu mesma gosto de dinheiro, não vou mentir.
Lótus (28 anos).

Considerada como trabalho, a atividade sexual em algumas situações atende às exigências de mercado, principalmente quando há uma diminuição do número de clientes. Nesses casos é possível identificar que as profissionais cedem a tais exigências aumentando os riscos de infecções como uma espécie de “promoção de venda do corpo” para atrair mais clientes.

Às vezes o “bicho tá pegando”, tenho contas para pagar e o movimento fraco, aí a gente se sente obrigada a se expor mesmo. São situações que você não tem escolha. Também quando defino que vou usar, eu uso e acabou não esquento a cabeça não. No fundo, usar ou não a camisinha é uma definição muito mais nossa que do cliente.
Margarida (51 anos).

Não usar o preservativo expõem as profissionais às infecções mesmo que signifiquem aumento no ganho econômico: quanto maior a exposição, maior o valor do programa sexual. Entretanto, há um avanço das trabalhadoras atendidas no Centro de Saúde São Francisco, pois entendem ser o preservativo um Equipamento de Proteção Individual – EPI, e que, portanto deve ser utilizado para protegê-las contra os riscos das DST/AIDS/HV, conforme afirmam:

O pior é que a gente sabe que o preservativo é a forma mais segura de nos proteger das doenças, mas mesmo assim na “relação amorosa” a gente não usa camisinha, por mais que a pessoa esteja consciente disso. Chega a ser triste porque lá no fundo a gente sabe que está correndo riscos de trazer doenças para nós. Crisântemo (43 anos).

Em várias palestras e encontros que participei na unidade de saúde, foi sempre colocado à importância de usar o preservativo em todas as relações sexuais. Sempre ouvi que esse era também o pensamento do Ministério da Saúde. Então, quando a gente não usa o preservativo pode ser por uma série de motivos menos por falta de informação.
Girassol (40 anos).

No domínio privado da sexualidade, as profissionais fazem sexo sem preservativo com parceiros fixos. Muitas vezes, compreendem que não usá-lo com o marido ou namorado além do envolvimento emocional é uma forma de demonstrar confiança, o que implica em não adotar práticas sexuais protegidas, conduta que extrapola o universo da prostituição. Ou seja: há uma diferença de comportamentos nas relações sexo laborais e nas relações sexo afetivas

que desconstrói uma série de convenções estabelecidas no imaginário social e reafirmando que ao tratar de relações que envolvem “sentimentos” há necessariamente um recorte de gênero.

“[...] geralmente toda mulher independente de ser prostituta, não usa camisinha com quem ela ama. Porque o amor sempre fala mais alto [...]”. Acácia (42 anos).

“[...] quando você pergunta a uma prostituta sobre os riscos de “pegar” uma doença através do sexo, lógico que a possibilidade é maior porque o sexo é o trabalho dela.” Dália (24 anos).

“[...] eu sempre fiz meus programas usando camisinha e só com o meu marido eu não usava. Se ele morreu com AIDS, então é claro que eu peguei o vírus dele [...]”. Acácia (42anos).

Sobre o risco de adoecer identifica-se a questão da profissional que mesmo infectada pelo HIV continua na sua atividade laboral. Isso implica em uma discussão ética na qual gera para a profissional uma dificuldade de revelar sua identidade soropositiva e perder clientes e a propagação do vírus já que existe a possibilidade de rompimento do preservativo.

[...] hoje eu tenho o HIV e tenho certeza que peguei do meu marido. Veja bem: eu sempre fiz meus programas usando camisinha e só com ele eu não usava Se ele morreu com AIDS então é claro que eu peguei o vírus dele. Tenho o vírus e estou em tratamento. Não falo sobre isso com ninguém. Tenho medo [...]. Acácia (42 anos).

Quando faço um programa ainda que esteja usando o preservativo, fico com aquele negócio na cabeça; preocupada se ele vai estourar ou não. Acho que é o medo de passar à doença para alguém. Porque acho muito triste você ir buscar prazer e receber uma doença. Não vou mentir, quando o cliente retira o pênis e vejo que a camisinha está ali, fico aliviada. Lótus (28 anos).

A “tensão” desta relação sexual comercial está presente em cada encontro. O medo de adoecer é parte do trabalho. Segundo Couto (2005) a camisinha se insere no âmbito das relações sexuais permeadas de questões culturais, sociais e políticas: "no campo das relações de gênero existe uma construção de valores culturais, como aqueles associados ao amor, à fidelidade, ao erotismo, que perpassam e delineiam as possibilidades de inserção da camisinha nas práticas sexuais” (COUTO 2005, p.30).

É possível entender que independente do papel ou categoria profissional que a mulher faz parte, ela enfrenta dificuldades na negociação do sexo protegido com seus parceiros. Isso porque para Couto (2005) em quase todas as situações o uso do preservativo está relacionado à desconfiança e infidelidade entre os casais.

Sempre uso camisinha com os meus clientes. Quando tenho relação sem camisinha é com um namorado mais ou menos certo. É assim: a

gente usa no primeiro, no segundo encontro depois os homens mesmo dizem que não vão usar. Girassol (40 anos).

Para Gaspar (1985), a influência do dinheiro é tão forte e presente nas relações estabelecidas que muitas vezes, através dela justifica-se o tratamento hostil das mulheres com determinados clientes. Exemplo desse fato ocorre quando o cliente não se sente atraído pela profissional e se recusam a pagar um valor maior pelo programa. Isso gera insatisfação e conflito como indica o relato seguinte:

Muitas vezes eu penso que seria bom, ou é bom quando nos sentimos traídas pelos clientes e eles têm uma condição melhor e pode pagar programas mais caros. Mais na maioria das vezes tem dias que fica difícil: você não faz ideia a cara de satisfação que temos que fingir para diminuir os prejuízos pessoais. Crisântemo (43 anos).

O valor monetário do programa também é expresso quando referido em não haver critérios para a escolha dos clientes:

Na nossa profissão não temos o direito de escolhas. Você sai para a batalha, o que pintar não dar para rejeitar. Dinheiro é tudo igual, e se você precisa dele não é possível ficar escolhendo. Além do mais é preciso ter clareza que isso é um trabalho. Bromélia (23 anos).

Russo (2007) em seus estudos argumenta que o dinheiro se sobrepõe à dimensão pessoal estabelecendo uma relação impessoal na qual o desejo, o prazer e a sedução estão relacionados à negociação econômica. Entretanto, muitas profissionais estabelecem alguns limites para o desenvolvimento do seu trabalho; quatro delas, por exemplo, citam duas condições como requisito para que ocorra o programa: o uso do preservativo e a não realização do sexo anal e oral:

Mesmo tendo dificuldades em negociar o uso da camisinha, eu não abro mão. Não transo sem camisinha de jeito nenhum. No geral, os homens insistem em fazer sexo sem a camisinha, principalmente quando os clientes são mais velhos. No fundo eles querem é ter o contato com a pele e nem se preocupam com doenças. E isso é geral, até os casados: é impressionante. Tulipa (52 anos).

Sobre o sexo anal, eu não gosto mesmo, a sensação que eu tenho é que vai ficar tudo “frouxo”. Ai não tem acerto: não rola. Agora é bom ficar claro que é porque não gosto. Porque você sabe que o valor da relação anal é diferenciado. Eu até já corri outros riscos quando estava precisando mais de grana. Só que sexo anal, nem pensar. Já tentei e não gostei: dinheiro nenhum paga. Tem horas que acho muito esquisito até falar sobre o assunto. Margarida (51 anos).

“Em muitos programas eu faço sexo oral a depender do cliente: se achar que vale a pena, se o cara for asseado, essas coisas: sou exigente.” Jasmim (36 anos).

A questão apresentada acima relaciona a monetização de riscos à saúde das profissionais estabelecendo uma análise sobre o adicional de insalubridade, que mesmo sendo específico do trabalhador assalariado pode ser representado por maiores valores dos programas. Visto que nas relações de trabalho dentro do sistema capitalista o que importa é a “geração de riquezas”, ficando a saúde dos trabalhadores, sujeita a negociações, ainda que as condições laborais não estejam compatíveis para uma boa saúde.

Gaspar (1985) salienta ainda a importância das condições estabelecidas pelas profissionais como forma limites e de reserva que tenta separar o afetivo do profissional: como o valor simbólico de não beijar a boca do cliente, por exemplo. Este fato atesta a ideia de que mesmo sendo pagas pelos clientes para satisfazê-los, são elas que definem o programa ainda que tenham dificuldades de negociar o uso do preservativo.

Para a maioria de nós, acho que para muitas mulheres, independente de ser prostituta ou não, o beijo está relacionado com namoro, e como eu disse ter relações com clientes é o meu trabalho. Beijar eu beijo meu marido, porque tem sentimento, tem amor. Às vezes as pessoas não compreendem isso, mas é assim que penso e muitas meninas também. Orquídea (42 anos).

“Beijo é amor, é sentimento sério, é namoro, E eu estou trabalhando, por isso não beijo. Ninguém beija todo mundo, qualquer pessoa, precisa de sentimento, de amor e com a gente não é diferente.” Dália (24 anos).

Mediante os relatos acima o beijo na boca é considerado algo de ordem afetiva e por isso não faz parte da negociação com os clientes. Beauvoir (1980) sobre essa questão faz a seguinte referência:

Quanto às relações da prostituta com os fregueses, as opiniões se dividem e os casos são, sem dúvida, variáveis. Observou-se amiúde, que reserva para o amante do coração, o beijo na boca, a expressão de uma livre ternura e que não estabelece nenhuma comparação entre os amplexos amorosos e profissionais. (BEAUVOIR, 1980: p.332).

De certo modo, com a resistência das profissionais em beijar os seus clientes a uma diminuição de riscos para algumas patologias. Segundo o Ministério da Saúde (1999) beijar na boca de várias pessoas aumenta em até quatro vezes o risco de contrair meningite, tuberculose, rubéola e hepatites virais.

A saúde das prostitutas, de um modo geral, está vinculada às ações desenvolvidas na atenção básica, na qual os profissionais da saúde identificam as necessidades dessas mulheres estabelecendo uma percepção de que sua atividade vai além do corpo biológico e além dos cuidados físicos, uma vez que as questões sociais determinam efetivamente o processo saúde-doença dos indivíduos e de toda a sociedade.

Segundo Gaspar (1985) mesmo tendo o seu reconhecimento na CBO como atividade do setor informal, a profissional do sexo, não estabelece relação estreita com as ações na área de Saúde do Trabalhador, visto que além de desenvolver suas atividades em ambientes com condições inseguras e insalubres, não há uma regulamentação dos direitos básicos nem uma integralidade das ações. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em seu artigo segundo refere que os princípios, as diretrizes e as estratégias devem ser observados pelas três esferas de gestão do SUS, com ênfase na vigilância, promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores. Entretanto, até então, as profissionais do sexo não têm sido objeto dessa política.

O cuidado é referido de maneira generalizada através do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM ou através do Programa Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais apenas no que tange à contenção da epidemia. Nesse caso, a saúde pública visa principalmente o cliente, enquanto a prostituta é tratada essencialmente como risco e não como sujeito componente da ação. Desse modo torna-se necessário a construção de políticas públicas compatíveis com o reconhecimento da atividade, seu significado social e a inserção daquelas que dela sobrevivem.

O Protocolo da Vigilância Epidemiológica para o HIV/HV visa uma melhor caracterização e monitoramento de tendências, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades na população infectada, com vistas a aprimorar a política pública de enfrentamento da epidemia. A vigilância é desenvolvida sob três eixos: notificação dos casos; evolução para infecção avançada (AIDS); e óbito. No que se refere às profissionais do sexo, foi incluída nas fichas de notificação/investigação a variável de identidade de gênero. Entretanto a integralidade das ações deve estar embasada na perspectiva da cidadania, dos direitos sociais e humanos.

Conforme os achados do estudo não há dúvidas que os riscos de infecção das DST/HIV/HV nas profissionais ocorrem principalmente quando não há adesão ao uso de preservativo. Esse fato pode ser explicado quando as prostitutas e os clientes se sentem íntimos e por essa razão dispensam proteção; ainda o usam inadequadamente o preservativo,

que pode resultar no rompimento; ou ainda pelo modo consciente de retirada ou dispensa preservativo em troca da valoração do trabalho, ou seja, a monetização do risco.

CONCLUSÃO

Diante do crescimento das doenças sexualmente transmissíveis o estudo evidencia que as profissionais do sexo apresentam alto grau de exposição às DST uma vez que, a relação sexual corresponde à sua atividade laboral. Entretanto é necessário considerar a existência de atividades que não apresentam riscos como é o caso da escuta, do diálogo e do entretenimento.

As reflexões e relatos explicitados no estudo sobre as categorias trabalho, riscos de adoecer e negociação do uso do preservativo nos revela que as profissionais do sexo mesmo tendo no valor monetário a sua maior vinculação com os clientes, dispõem de um conjunto de conhecimentos sobre as DST/AIDS/HV o que as fazem compreender a possibilidade de adoecimento. Entretanto, o preservativo, mesmo entendido como Equipamento de Proteção Individual, pode ser objeto de negociação em relação ao uso, elevando ou reduzindo o valor do atendimento das demandas sexuais dos clientes, o que, conseqüentemente agrava ou reduz à exposição aos riscos.

O uso do preservativo está relacionado à situação social, ao status econômico, às crenças e valores, à percepção de riscos, à discriminação das profissionais associadas à questão de gênero. O significado do risco de infecção modifica a gravidade da exposição às DST/AIDS/HV em função dos condicionantes sociais, econômicos e culturais relacionadas ao trabalho das profissionais do sexo.

Mesmo considerando ações pontuais e tímidas de prevenção, é possível afirmar uma ausência de políticas públicas que reconheça essa categoria profissional, e que possua programas compatíveis com a Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras. Desse modo, é possível concluir que as profissionais do sexo têm a compreensão dos riscos de infecção das DST/AIDS/HV na sua atividade laboral, em contexto que inviabiliza a sua condição de cidadã pelo fato de sentir-se invisível enquanto sujeito social, desprovida de direitos sociais relacionados à proteção ao trabalho e à saúde.

Finalmente, ressalta-se que esta pesquisa expressa algumas limitações que necessitam ser consideradas, a exemplo do predomínio de profissionais entrevistadas pertencerem a uma “população institucionalizada”, que tem acesso a insumos de prevenção e informações/orientações na área de educação em saúde, além do fato dessas trabalhadoras se sentirem excluídas e invisíveis socialmente.

REFERENCIAS

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 6ª reimpressão. São Paulo: Boitempo, p. 167, 2003.

_____. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho**. 14. ed. – São Paulo: Cortez, p.119, 146, 2010.

AYRES, J.R. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo sexo**. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 332, 1980.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Série Estudos Pesquisas e Avaliação. **Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras**. Vol. 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) – **Relatório de família**, 2002. Disponível em: <http://www.mtccbo.gov.br/pdf/template_5198.pdf>. Último acesso em: 13 de fevereiro 2015.

COSTA, E. A.; RANGEL-S, M. L. (Org.). Comunicação em Vigilância Sanitária: princípios e diretrizes para uma política. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. **Relatório da Oficina de Comunicação em Vigilância Sanitária. Comunicação em Vigilância Sanitária: princípios e diretrizes para uma política**. p.148-173. Salvador: EDUFBA, 2007.

COUTO, M.T. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Júnior. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 30, 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FESTINI, Severino. **Memória de Morte, Memória de Exclusão: Prostituição, Marginalidade Social e Reconquista da Cidadania**. São Paulo: Letras & Letras, 1993.

FREITAS, Renan Springer de. **Bordel, bordéis: Negociando Identidades**. Petrópolis: Vozes, 1985.

FREITAS, C.E.S. de. **Trabalho docente e saúde: efeitos do modelo neoliberal**. Feira de Santana: Editora UEFS, p.134, 2013.

GASPAR, M. D. **Garotas de programa: Prostituição e identidade social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

GEERTZ, Clifford. **Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura**. In: A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Tradução de Sandra Regina Netz. 4ª edição. Porto Alegre: Editora ARTMED, 2005.

ILLOUZ, Eva. **Consuming the Romantic Utopia: love and the cultural contradictions of capitalism**. Califórnia: University of Califórnia, 1997.

LIRA, Vasconcelos Geison; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. **A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método**. Fortaleza: Rev. Brasileira de Promoção da Saúde, v.16, n.1/2, 2003.

LUCCHINI, R. **A rapariga de rua: prostituição, família e droga**. João Pessoa: Revista do Instituto de Reinserção Social: 3:9-70, 1999.

LOURO, Guacira Lopes. **O Corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2001.

MAIA, M.B; CHACHAM, A.S; LOPES, A.F.C. **Profissionais do sexo e saúde**. João Pessoa: In: Jornal da rede feminista de saúde: 5(6): 11-14, 2002.

MENDES, R. & Dias, E. C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. . Rio de Janeiro: Revista de Saúde Pública, 25, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12ªedição. São Paulo: HUCITEC, p.168, 2010.

MUIANGA, B. **Risco e Saúde no contexto do VIH\Sida, o caso da prostituição na Baixa da Cidade de Maputo**. Maputo: Maputo, 2009.

RAGO, Margareth. **Os prazeres da noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890-1930)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

RANGEL, S. M. L. **Epidemia e mídia: sentidos construídos em narrativas jornalísticas**. São Paulo: Saúde e. Sociedade; v. 12, n. 2, p. 5-17, 2003.

REY, F. L. G. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

RUSSO, G. **No labirinto da prostituição: o dinheiro e seus aspectos simbólicos**. Salvador: *Cad. CRH* 20, 2007.

SCOTT, Joan W. Prefácio a Gender and Politics of History. Cadernos Pagu, n.3. **Desacordos, desamores e diferenças**. Campinas: Pagu - Núcleo de Estudos de Gênero, 1989.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV**. São Paulo: Revista Escola Enfermagem USP, 2009.

SIMMEL. Georg – **O dinheiro nas relações entre os sexos**. In Filosofia do autor. Tradução de Luís Eduardo de Lima Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

VILLELA. W. Mulheres e AIDS. **Soropositividade, Comunicação & Gênero**. Recife: GESTOS, 2008.

ARTIGO II

PROSTITUIÇÃO E SAÚDE: IDENTIDADE PROFISSIONAL E SUAS INTERFACES COM ESTIGMA E A VIOLENCIA.

Sandra Regina Mendonça Lemos

RESUMO

Este estudo de abordagem qualitativa objetiva analisar as expressões do estigma, da violência e saúde como elementos definidores na construção da identidade profissional de prostitutas que trabalham ou residem no Centro Histórico de Salvador, Bahia. Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado e se utilizou da hermenêutica dialética para análise das narrativas. O estudo revelou que a definição da identidade profissional das prostitutas está relacionada à interseção entre as diversas categorias: gênero, estigma, preconceito e violência resultando em uma heterogeneidade de posturas na qual algumas trabalhadoras se reconhecem como profissionais do sexo, outras como prostitutas e como garotas de programas. Também, observou-se a necessidade de reconstrução das imagens a elas atribuídas com a ruptura das representações sociais negativas desmoralizantes pelo viés da cidadania, dos direitos humanos e da justiça social.

Palavras chave: Prostituição, Estigma, Violência, Identidade Profissional.

ABSTRACT

The study objective qualitative approach to analyze the expressions of stigma, violence and health as defining elements in the construction of the professional identity of prostitutes who work or reside in the historic center of Salvador, Bahia. Individual interviews with semi-structured and used the hermeneutic dialectics to analyze the narratives were held. The study found that the definition of professional identity of prostitutes is related to the intersection between the various categories: gender, stigma, prejudice and violence resulting in a heterogeneity of postures in which some workers see themselves as sex workers, others as prostitutes and as girls programs. Also, there was the need to reconstruct the images attributed to them to break the negative social representations demoralizing the bias of citizenship, human rights and social justice.

Keywords: Prostitution, Stigma, violence, Professional Identity.

INTRODUÇÃO

A prostituição é caracterizada pela troca de sexo por dinheiro, favores profissionais, bens materiais, etc. Sua representação social varia segundo a época e a cultura. Para Reveron (2008) há um crescimento do número de trabalhadoras do sexo, circulando mulheres de todas as idades e classes sociais, algumas com formação universitária que, fala mais de um idioma. Muitas vezes, as trabalhadoras que acompanham executivos e empresários em festas e recepções, preferem não serem identificadas como prostitutas. Entretanto, as mulheres que se prostituem na rua, as consideradas “de vida fácil”, além de serem classificadas como “prostitutas”, tornam pública sua atividade para serem identificadas e aumentar o número de clientes. A expressão, “trabalhadoras do sexo” assume um papel intermediário entre as duas acima referidas, ainda que imbuída também de discriminação e preconceito. Neste estudo aparecerão os três termos embora o mais utilizado pelas entrevistadas seja o de “prostituta”.

O exercício da prostituição se caracteriza por um conjunto de regras, rotinas e horários que a estruturam como um serviço. Segundo Kempadoo (2005) a ocupação das profissionais não deve ser vista como uma simples identidade, mas como atividade rentável que expressa o status estigmatizado e depreciativo, alvo de repressão social e sob a censura do senso comum. Beauvoir (1967) descreve o que significa para ela, a prostituição, ao associar à questão das doenças:

[...] a baixa prostituição é um trabalho penoso onde à mulher oprimida sexualmente e economicamente, submetida ao arbítrio da polícia, a uma humilhante vigilância médica, aos caprichos dos clientes, destinada aos micróbios e à doença, é realmente submetida ao nível de uma coisa. (BEAUVOIR, 1967: p.389)

Nessa perspectiva, Bourdieu (1999) considera que a saúde do homem associado à doença como gonorreia e sífilis desenvolveu uma relação estreita com a prostituição justificando a repressão com base discursiva na medicina higienista que entendia o bem-estar da população com o desaparecimento dessas profissionais.

Na década de 1980 com o surgimento da AIDS, Freitas (1985) apontou esta epidemia associada aos “grupos de risco”, período de efervescência dos movimentos sociais e de luta pela conquista dos direitos civis e políticos também das prostitutas. Desse modo, os movimentos sociais nos quais as trabalhadoras do sexo se engajaram passaram a lutar pela

reconstrução dos conceitos e imagens a elas rotineiramente atribuídos, associados aos significados negativos e desmoralizantes construídos pela sociedade. Com isso, reduziu-se a alguns países a construção ideológica que as culpabilizavam pelo crescimento da epidemia.

No Brasil, Freitas (1985) ressalta que a mobilização da categoria teve como referência a luta contra a violência policial e com isso conquistaram representatividade no cenário nacional, considerando as questões culturais, religiosas, políticas, econômicas e sociais. Nesse contexto aconteceu o primeiro Encontro Nacional das Profissionais no Rio de Janeiro em 1987 com o objetivo de criar associações capazes de representar as profissionais do sexo e estabelecer estratégias de exercício da cidadania, reconhecimento público da profissão, contra qualquer tipo de violência policial discriminatória. Em 1992 foi criada no Rio de Janeiro a organização não governamental Davida, uma das primeiras que serviu de modelo para outras no Brasil com o objetivo de fortalecer o movimento das prostitutas.

A partir daí outras associações de profissionais do sexo foram constituídas em diversos Estados e inúmeros encontros aconteceram. Nesse período a agenda política do movimento foi ampliada e incluiu temas como a legalização da profissão, até então identificadas e reconhecidas como prostitutas e a consolidação da Rede Nacional das Profissionais do Sexo - RNPS.

O Ministério da Saúde (2002) aprovou proposições para a promoção da saúde das profissionais do sexo, com ações de prevenção das DST/AIDS caracterizando a situação de vulnerabilidade dessa população. Também propôs discutir a complexidade das suas atividades ocupacionais permeadas por uma construção histórica de valores morais referentes à sexualidade. O citado documento aborda a questão do preconceito amplamente discutido nesse contexto, pois a profissional se apresenta vítima da condição de miséria econômica e não raramente, sente-se constrangida por desenvolver atividades sexuais transgressoras aos padrões vigentes. Dessa forma, inviabiliza sua condição de cidadã pelo fato de sentir-se invisível enquanto sujeito social e desprovida de direitos sociais relacionados à proteção ao trabalho e à saúde.

Silva (2006) refere que a prostituição é colocada no plano inferior da escala valorativa de sociedade, e a prostituta em um plano social destituída de direitos e carregada de estigmas. O presente estudo tem como objetivo analisar os significados do estigma e da violência como elementos impactantes na construção da identidade do trabalhador sexual.

Chauí (1991) agrega a categoria gênero no entendimento desse fenômeno ao afirmar tratar-se de conceito que permite entender melhor às relações sociais desiguais de poder entre

homens e mulheres, resultado de uma construção social do papel do homem e da mulher a partir das diferenças sexuais.

Para Alves e Pitanguy (1985), gênero é uma construção sociocultural, que atribui ao homem e à mulher diferentes papéis na sociedade dependendo dos costumes, das experiências das pessoas e da maneira como se organiza a vida familiar e política de cada povo.

A identidade de uma pessoa é vista por Woodward (2007) como um aspecto definido no conjunto da individualidade e responsável por escolhas e atividades no contexto do convívio social. Desse modo a respeito da identidade profissional das prostitutas existe uma divisão conceitual em dois grupos: um que entende a necessidade de mecanismos de proteção e defesa dessas mulheres com alternativas que lhes assegurem direitos trabalhistas e previdenciários e por isso, defende a legalização da profissão. E outro que analisa a legalização como um retrocesso embasado na exploração sexual no qual o corpo da prostituta passa a ser visto como uma “mercadoria comercial” dentro da lógica da era capitalista.

Para Heller (1985) o preconceito está ligado aos aspectos socioculturais que envolvem o cotidiano da sociedade, quando ocorre valorização ou desvalorização de determinados elementos, estabelecendo e formando juízos de valor.

Crochik (1996) conclui que os elementos do preconceito são atribuições de características, comportamentos e julgamentos inerentes aos objetos (estereótipos), que não o são de verdade. Assim, configura uma percepção preconceituosa como uma espécie de entendimento distorcido da realidade. Outro elemento a ser considerado é a generalização das características supostas por um grupo, aceita por todos os indivíduos, muitas vezes, àqueles que nunca tiveram contato com o objeto.

Segundo Azeredo (2007) preconceito é um conjunto de atitudes discriminatórias direcionadas a indivíduos ou grupos da sociedade, que em sua maioria são socialmente minoritários. Falar de preconceito também implica lidar com a diferença. O preconceito faz com que os indivíduos sigam ideias padronizadas e generalizadas, como uma linha de produção na qual as ideias saem prontas para serem “utilizadas”. Este se enrola nas relações de poder e nos mecanismos repressores.

Nesse sentido, é possível afirmar que independente da nomenclatura utilizada: trabalhadoras do sexo, prostitutas, profissionais do sexo, garotas de programas, essas mulheres sofrem preconceito e são estigmatizadas socialmente.

Sobre a temática estigma utilizou-se os conceitos de Goffman (1988) com a reflexão de que a sociedade determina uma identidade social para as pessoas definindo alguns atributos que devem ser respeitados, e se não forem, podem sofrer “sanções”.

Para Goffman (1988) a forma como o indivíduo se apresenta na sociedade é a sua identidade social, que pode ser real ou virtual. A primeira são as características que o indivíduo apresenta possuir e a virtual, são as características estabelecidas por outras pessoas ao sujeito. Nessa perspectiva o estigmatizado é o indivíduo “marcado”, “poluído” e que, portanto, deve ser evitado. É como uma espécie de característica que reflete a forma de como a sociedade dita “normal” desacredita e sente-se no direito de discriminar e marginalizar a “profissional”. É justamente este processo de exclusão social que produz comportamentos caracterizados por marcas negativas na identidade social.

Guimarães e Merchán-Haman (2005) enriquecem os estudos analisando o preconceito e o estigma de forma associada, embasados em dois elementos: o caráter amoral da profissão que “desvaloriza” e ameaça a posição da mulher na sociedade e as representações hierárquicas de gênero quando o corpo da prostituta é transformado em fonte de renda e infringe as regras socioculturais da mulher dócil e submissa.

Sobre violência Houaiss (2009) a define como “ação ou efeito de violentar, de empregar força física ou intimidação moral contra algo ou alguém; ato violento, crueldade, força, coação”. Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde – OMS (2000) a entende como “a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis”, um fenômeno crescente em toda sociedade representando uma das principais causas de morbimortalidade. Mesmo considerando que a violência atinge tanto homens quanto mulheres os homens sofrem mais em espaços públicos, enquanto as mulheres são mais agredidas nos espaços privados; sendo o agressor, em sua maioria, alguém que mantém laços de afinidade e/ou de trabalho e que, portanto, estabelece uma relação de “submissão” e “poder”.

Desse modo, as profissionais do sexo estão profundamente inseridas nesse cenário de violência e de suas interfaces com o estigma, o preconceito e a discriminação. Ainda que sujeitas às agressões dos clientes, da polícia e da sociedade, as participantes deste estudo referem baixos registros de humilhações, ofensas verbais e morais o que não dispensa um olhar cuidadoso e um debate para o enfrentamento da prostituição como uma prática social possível de causar danos físicos e psicológicos para essas trabalhadoras. Assim esse estudo objetiva analisar as expressões do estigma, da violência e saúde como elementos definidores na construção da identidade profissional de prostitutas que trabalham ou residem no Centro Histórico de Salvador, Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, de campo, com abordagem qualitativa. O estudo se caracteriza como o passo inicial para investigações posteriores. A população do estudo é constituída por mulheres profissionais do sexo que moram e/ou trabalham no Centro Histórico, atendidas e ou cadastradas no Centro de Saúde São Francisco. Este é uma unidade municipal de saúde de Salvador, localizada no bairro do Tororó no Distrito Sanitário Centro Histórico, referência às DST/AIDS/HV e uso abusivo de substâncias psicoativas.

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, que segundo Minayo (2010), considera a fala do participante como reveladora das condições estruturais reais, dos sistemas simbólicos e valores capazes de expressar representações importantes. Destaca ainda que a fala de cada pessoa em particular representa o comportamento individual e social interiorizados por todos.

De um total de sessenta trabalhadoras cadastradas na unidade de saúde foram entrevistadas quatorze em função da repetição dos conteúdos ou significados em seus discursos. Utilizou-se como critério de inclusão: ser trabalhadora feminina do sexo; morar e/ou desenvolver as atividades no Centro Histórico; estar em exercício da atividade laboral há pelo menos seis meses visto que esse é o tempo mínimo considerado, pela maioria das profissionais, para permanência ou não na atividade; ter no trabalho com o sexo sua ocupação principal e aceitar participar do estudo.

O roteiro da entrevista utilizado contempla questões sobre o perfil sócio demográfico, ou seja: idade, escolaridade, naturalidade, procedência, estado civil; a prática e identidade profissional: locais e turnos de trabalho, condições e negociação dos programas; a percepção e os significados dos riscos de adoecer e se esse adoecimento é fruto do trabalho e de que forma ocorre a negociação do uso do preservativo, uma vez que o mesmo é considerado a forma mais eficaz de proteção; a questão de gênero, as interseções com a violência, o estigma, o preconceito e a discriminação social.

As entrevistas foram gravadas ocorrendo um encontro com onze entrevistadas e dois encontros em apenas três das entrevistadas. Os dados foram coletados nos meses de novembro e início de dezembro de 2014 nas casas de prostituição, no Centro de Saúde São Francisco, nas ruas, bares e praças do Centro Histórico, locais onde as profissionais negociam e/ou fazem os programas. Posteriormente o material foi tratado utilizando também o diário de campo da pesquisadora que continha registros de observações realizados no momento das entrevistas.

Os dados foram analisados a partir da abordagem hermenêutica dialética por entender que ela faz a síntese dos processos compreensivos e críticos. Segundo Minayo (2010, p. 168) “a hermenêutica dialética constitui um importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas, cobrindo também uma quase ausência de pesquisas de fundamentação marxista que levem em conta a subjetividade”.

A análise das narrativas utilizou critérios do estudo de Bardin (1979), que sustenta a técnica entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. Trata-se de conjunto de técnicas de análises das comunicações que permitem explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens.

Lira (2003) refere que a análise de narrativas se organiza em três polos cronológicos: a pré-análise - operacionalização e sistematização das ideias iniciais; a exploração do material - transformação dos dados brutos do texto, que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. É importante ressaltar que os nomes das entrevistadas quando explicitados serão representados por nomes fictícios e de flores.

No que se refere aos aspectos éticos, o estudo se fundamenta na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, respeitando os critérios de confidencialidade, privacidade e proteção da imagem das participantes, assegurando o sigilo e o anonimato das mesmas, e obtendo a permissão destas para a realização do estudo que foi consolidado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O presente estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado: “Vulnerabilidade das Profissionais do Sexo e Riscos das Doenças Sexualmente Transmissíveis” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, sob nº 828.890 de 02.11.2014.

Estigma da Profissão

A identidade social da prostituta relacionada ao conceito de estigma foi construída sob o olhar da sua condição de “desviante” das regras e normas sociais para o exercício da feminilidade e da responsabilidade imposta a elas pela disseminação de doenças.

Gaspar (1985) afirma que a prostituta estabelece um limite simbólico que separa a sua vida pessoal da profissional. E de certo modo cria mecanismos de defesa contra os estigmas

sociais estabelecidos na tentativa de convencer a si e aos outros de uma vida dissociada de sofrimento interno, marginalidade e de compreensão/aceitação da própria exclusão, como é possível identificar nas falas abaixo sobre discriminação:

[...] a sociedade é muito ruim. Nos vê diferente. Às vezes tenho a sensação que não existo. Há um olhar perverso para a prostituta por parte das mulheres que nos vê como pessoas sem valor e que desmantela famílias [...]. Margarida (51 anos).

[...] “fico a observar o meu corpo porque as pessoas te olham com tanto desprezo, te discrimina que muitas vezes, eu tenho a impressão que minha roupa está suja, rasgada ou qualquer coisa parecida.” Girassol (40 anos).

As entrevistadas salientam que o preconceito está presente em todas as relações sociais estabelecidas: com as famílias; clientes, ainda que seja em um número menor; entre elas próprias, enfim com a sociedade como um todo. Essa situação é reforçada pelas representações do “senso comum” sobre a imagem da prostituta relacionada aos comportamentos considerados como imorais pela sociedade.

Nesse sentido, Diniz e Queiroz (2008) referem que o encontrado no senso comum na sociedade caracteriza à profissional do sexo em estado de “degradação moral”. Desconsideram-se os determinantes sociais da prostituição e culpabilizam as prostitutas das práticas sexuais enquanto atividade comercial o que favorece a discriminação desse segmento, evidenciado conforme relatos a seguir:

“Quando estou trabalhando não sofro nenhum preconceito. Mas percebo muitos olhares maldosos de vizinhas. Não ligo porque estou preocupada é com o meu trabalho, e não com os outros.” Dália (24 anos).

Preconceito sempre tem. No fundo as pessoas não aceitam o meu trabalho e a forma como eu vivo. [...] percebo uma distância até dos meus filhos; eles nunca me procuram, só temos contato nos períodos de festas (dia das mães, meu aniversário, essas coisas) e mesmo assim, para saber se estou precisando de algo. A sensação é que procuram por obrigação e, que não aceitam o meu trabalho: sentem vergonha [...].

Orquídea (42 anos).

Nesse sentido, é possível perceber que o preconceito está presente em quase todas as relações sociais da prostituta: com o cliente, a família, a sociedade em geral, e muitas vezes entre as próprias profissionais, a exemplo:

“Até entre nós, prostitutas, há preconceito, principalmente quando considera que uma é mais bonita, mais jovem do que a outra e certamente vai ser mais procurada pelos clientes.”

Crisântemo (43 anos).

Eu sofro muito preconceito. Ninguém quer saber das nossas histórias, porque fizemos essas escolhas. As mulheres casadas são as piores quando pensamos na forma que elas nos tratam. As que moram na minha rua, olham para mim com desprezo. Girassol (40 anos).

Beauvoir (1980) relaciona a história da mulher e da prostituta o fato de se encontrar encerrada em suas funções de fêmea, depende de seu destino fisiológico, ou seja: a velhice representa a alegoria da ruína.

A beleza é uma preocupação, um tesouro frágil; a hetaira depende estreitamente de seu corpo que o tempo impiedosamente degrada; é para ela que a luta contra a velhice assume seu aspecto mais dramático. Sendo dotada de grande prestígio poderá sobreviver à sua ruína: à ruína de seu rosto e de suas formas. (BEAUVOIR, 1980: p.339).

Violência

Em seus estudos, Saffioti (2004) afirma que a violência contra a prostituta é um fenômeno universal que atinge a todas independente de etnia, religião e cultura. Define violência como o uso de palavras ou ações que machucam as pessoas ou provocam a ruptura de qualquer forma de integridade do indivíduo abordado, podendo ser categorizada em violência psicológica, caracterizada por atos de constrangimentos, ofensas, e/ou força.

[...] Sobre a violência, aconteceu uma única vez; o cliente negociou o programa e depois foi buscar uma mulher para transarmos em trio, como não aceitei, ele puxou os meus cabelos, e apertou com força o meu rosto. Só se acalmou quando disse que ia chamar o policial; devolvi o dinheiro e ficou tudo certo. Passei uma semana com a cara inchada [...]. Lótus (28 anos).

Segundo Gaspar (1985) a violência contra as profissionais é discutida na perspectiva de gênero estabelecendo uma série de relações com outros determinantes sociais de saúde como condições de moradia, locais que desenvolve o programa, nível de escolaridade, etc. Afirma inclusive que para a maioria dos homens o fato de pagarem pelo serviço desperta a sensação de poder para todos os tipos de abuso. Sobre violência as participantes do estudo, mesmo sabendo que continuam sendo alvo dos clientes, não relatam ocorrência dessas práticas, o que pode ser explicado pelo fato das mesmas terem uma boa acessibilidade à rede social e assistencial, que de certo modo confere um nível de esclarecimento que possibilita denúncias e auto proteção de atos violentos, conforme relatos seguintes:

“Nunca vivi situações de violência. Estou esclarecida sobre direitos e cidadania, isso faz com que a gente reaja a comportamentos agressivos.” Jasmim (36 anos).

Temos concepções erradas sobre violência; ela não se apresenta apenas por agressões físicas. O fato de a pessoa olhar para você de forma diferente, se afastar; isso também é violência e gera um sofrimento mental que as pessoas não têm noção. Alecrim (29 anos).

Para Martin (2003) no imaginário social das profissionais, no momento em que negociam um programa, elas sabem da possibilidade de algo que não é esperado aconteça. Entretanto, duas entrevistadas, afirmaram que foram vítimas de violência e relatam como ocorreu:

“O cliente sabe quando estamos precisando da grana. Ai ele pensa que por conta da necessidade vamos fazer qualquer coisa, quando a gente se nega, vem à agressão.” Lírio (29 anos).

Já recebi uma bofetada porque não aceitei fazer sexo oral. Acabei não reagindo porque fiquei com medo de apanhar mais. Resultado: não fiz o que ele queria, ele foi embora e não pagou o programa. [...] Alecrim (29 anos)

“Quando a gente acerta um programa, muitas vezes, o cara engana; vem manso e depois se transforma: fica violento e agressivo”. Miosótis (59 anos).

Desse modo é possível constatar que o trabalho de educação/informação desenvolvido pela rede, mais especificamente pelo centro de saúde repercute de forma positiva quanto à subjetivação dessas mulheres como prostitutas e trabalhadoras, quando comparado os relatos e observado as posturas diferenciadas das que têm acesso à rede e das que não têm.

Identidade Profissional

Em estudos realizados sobre identidades Mayorga (2007) destaca que as construções são feitas por relações culturais e sociais baseadas na igualdade e nas diferenças, ou seja: os sujeitos são divididos entre aqueles que pertencem ou não a determinado grupo. Este processo é influenciado por relações de poder, definindo as identidades não só como diferentes, mas como também hierarquizadas e opostas, assumindo conotações positivas e negativas.

Sobre a identidade profissional há uma heterogeneidade de posturas podendo ser evidenciado que os conflitos existentes são decorrentes do estigma. Algumas se reconhecem como profissionais do sexo, outras como prostitutas e outras como garotas de programas. Entretanto, ainda que definam a atividade sexual como trabalho não aceita o registro da profissão na carteira.

“Sou prostituta. Independe do nome usado eu vou fazer sexo e receber pagamento: isso é trabalho. Não me considero “profissional”, não tenho direito ao INSS, fundo de garantia, essas coisas.” Margarida (51 anos).

“Não defendo a ideia de ser profissional do sexo porque não trabalho para ninguém e também não quero. Não penso na possibilidade em ter carteira assinada. Deus me livre”. Dália (24 anos).

A prostituta é àquela pessoa rejeitada pela sociedade, pelas famílias. Na minha casa “prostituta” é pessoa ruim, do mal. [...] para mim “profissional do sexo” é sinal de exploração. Prefiro ser conhecida como uma “garota de programa” porque considero mais leve e sofisticado. Bromélia (23 anos).

“Sou prostituta e profissional do sexo e também posso ser uma garota de programa. Como somos identificadas é o mínimo porque de qualquer forma não somos aceitas pelas pessoas, pela sociedade. Isso é que é triste”. Hortênsia (20 anos).

Beauvoir (1980) examina a condição feminina nas suas dimensões: sexual, psicológica, social e política vislumbrando interpretações acerca de preconceitos associados à noção de identidade. Analisa o papel e a construção social das mulheres na sociedade interpretando o direito das prostitutas, o respeito que se deve a elas e à opressão da mulher, afirmando que o casamento tem como correlativo imediato à prostituição:

Esposa ou hetaira só conseguem explorar o homem se assumem uma ascendência singular sobre ele. A grande diferença entre elas está em que a mulher legítima, oprimida enquanto mulher casada é respeitada como pessoa humana, esse respeito começa a pôr em xeque a opressão. Ao passo que a prostituta não tem os direitos de uma pessoa; nela se resumem, ao mesmo tempo, todas as figuras da escravidão humana. (1980, p.324).

É importante ressaltar, que em seus estudos Beauvoir (1980) estabelece uma diferença entre a prostituta e a hetaira. Esta se refere a todas as mulheres que tratam, não somente seus corpos, mas sua personalidade inteira como uma mercadoria comercial a explorar. Desse modo é possível associar nos tempos modernos hetairas às garotas de programas consideradas no senso comum prostitutas de “luxo” ou de “elite”.

Assim, as categorias se relacionam e estabelecem hierarquias sobre a identidade profissional que determinam diferentes modos de exclusão dessas trabalhadoras consideradas socialmente invisíveis.

CONCLUSÃO

O mundo da prostituição é marcado por contradições, estigmas e preconceitos, existindo um esforço das prostitutas na reconstrução dos conceitos e imagens a elas atribuídos na perspectiva de romper com as representações sociais que estão culturalmente associadas a significados desmoralizantes.

Desse modo, há uma necessidade de deslocar a “política cultural” de exclusão para a integração social que tanto reconhece quanto legitima a valorização das prostitutas e redefinem o seu poder social. Assim, a compreensão da realidade vivida por elas só é possível quando analisada as diversas categorias relacionadas à atividade, ao gênero e à sexualidade que articuladas originam meios de opressão e exclusão social que influenciam na dimensão subjetiva, a partir do vivido, e de como essas mulheres percebem a si próprias e à sua atividade laboral.

Em um contexto de violência cotidiana no qual essas trabalhadoras estão submetidas, há uma necessidade de buscar mecanismos de proteção e defesa para as mulheres em situação de prostituição que assegurem condições de renda, educação, saúde, moradia e proteção social.

Faz-se necessário discutir a prostituição no campo da saúde, da cidadania, dos direitos humanos e da justiça social na perspectiva da construção de uma identidade profissional na qual essas mulheres sejam isentas de valores estigmatizados, da violência e se apresentem como detentoras de direitos, respeitadas na sua atividade laboral como para qualquer outra categoria profissional.

REFERENCIAS

ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jacqueline. **O que é feminismo**. 5ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1985.

AYRES, J. R. de C. M. **HIV/AIDS/DST e abuso de drogas entre adolescentes: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. São Paulo: Casa de Edição, 1996.

- AZEREDO, Sandra. **Preconceito contra a mulher: diferenças, poemas e corpos**. São Paulo: Cortez, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo sexo**. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: BCD União de Editoras S.A., 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da AIDS**. Serie Manuais - nº 47. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CHAUÍ, Marilena. **Repressão sexual: essa nossa (des) conhecida**. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- CROCHÍK, José Leon. **Preconceito: indivíduo e cultura**. São Paulo: Robe Editorial, 1996.
- DINIZ MI, Queiroz FM. **A relação entre gênero, sexualidade e prostituição**. Paraná: Diversa Rev. Eletrônica. Interdisciplinar. Ed. 1, 2008.
- FREITAS, Renan S. **Bordel, bordéis: negociando identidades**. 1ª. Petrópolis: Ed. Vozes, 1985.
- GASPAR, M. D. **Garotas de programa: prostituição e identidade social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- GUIMARÃES, Katia e Merchán-Hamann, Edgar. **Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania**. Volume 13 nº 3. Florianópolis: Rev. Estudos Femininos, 2005.
- HOUAISS, Antônio e VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- KEMPADOO, Kamala. **Mudando o debate sobre o tráfico de mulheres**. *Cadernos Pagu* (25) - Mercado do Sexo. São Paulo: Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp, 2005.
- LIRA, Vasconcelos Geison; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. **A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método**. Fortaleza: Rev. Brasileira de Promoção da Saúde, v.16, n.1/2, 2003.
- MAYORGA, C. **Otras identidades: mujeres, inmigración y prostitución**. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2007.

- MARTIN, D. **Riscos na prostituição: um olhar antropológico.** São Paulo: FAPESP, 2003.
- MENDES, R; DIAS, E. C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** São Paulo: Revista de Saúde Pública, 25 (5), 1991.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 12ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual de atenção de saúde para profissionais da atenção básica.** Genebra: OMS, 2000.
- REVERON, N. **Prostituição: exploração sexual e dignidade humana.** São Paulo: Paulinas, 2008.
- SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
- SILVA, R.A. da. **Prostituição: artes e manhas do ofício.** Goiânia: Editora da UCG, 2006.
- WOODWARD, Kathryn. **Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual.** In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais.** Trad. De Tomaz Tadeu da Silva. Petrópolis: Vozes, 2007.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o crescimento acelerado da feminização da AIDS e das demais infecções transmitidas através da relação sexual, percebe-se que, todos os modelos de intervenção em saúde utilizados até o momento não foram suficientes para conter a epidemia. Entretanto, ao relacionarmos essa temática com a prostituição é possível identificar maior vulnerabilidade dessas mulheres visto que o ato sexual representa a sua força de trabalho.

Tendo em vista as variadas concepções teóricas acerca da prostituição e o relato das práticas de trabalho que subsidiaram esse estudo, foi possível analisar os significados construídos pelas profissionais do sexo sobre os riscos de infecção e as relações estabelecidas com os clientes são determinantes no estabelecimento de estratégias utilizadas para evitar os riscos de infecção.

Na análise de narrativas do universo de quatorze participantes do estudo foram elencadas categorias que possibilitaram algumas conclusões, dentre elas a negociação do uso do preservativo considerado como Equipamento de Proteção Individual para essa atividade laboral, sendo verificado que muitas profissionais não utilizam o preservativo em todas as relações sexuais tanto nas afetivas quanto nas profissionais; as primeiras por estabelecerem um vínculo de “confiança” e “fidelidade” que resultam na rejeição à proteção e a segunda pelo fato de estar em sua maioria associada à monetização dos riscos, ou seja: o valor do programa é maior quando não vinculado ao uso do preservativo.

Desse modo, conclui-se que esta produção científica impõe um grande desafio à prevenção, implicando em um redimensionamento de constructos econômicos e sociais capazes de diminuir os riscos de adoecimento dessas mulheres além de representar um ponto de partida para outras investigações mediante a necessidade de avanços para o enfrentamento desse desafio.

REFERENCIAS

- ALVAREZ, Sonia E; DAGNINO, Evelin; ESCOBAR, Arturo. **O cultural e o político nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, p.25, 2000.
- ALVES, Branca Moreira; PITANGUY, Jacqueline. **O que é feminismo**. 5ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 6ª reimpressão. São Paulo: Boitempo editorial, 2003.
- AYRES, J. R. de C. M. **HIV/AIDS/DST e abuso de drogas entre adolescentes: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. São Paulo: Casa de Edição, 1996.
- AZEREDO, Sandra. **Preconceito contra a mulher: diferenças, poemas e corpos**. São Paulo: Cortez, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo sexo**. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: BCD União de Editoras S.A, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da AIDS**. Serie Manuais - nº 47. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Série Estudos Pesquisas e Avaliação. **Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras**. Vol. 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Plano Estratégico Programa Nacional de DST e AIDS 2005**. Brasília: 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2011**. Ano 8(1). Brasília (DF): Departamento de DST/HIV/AIDS e hepatites virais. Brasília, 2011.
- _____. DIVEP – **Lista de Notificação Compulsória**. Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014.
- _____. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) – **Relatório de família**, 2002. Disponível em: <http://www.mtccbo.gov.br/pdf/template_5198.pdf>. Último acesso em: 13 de fevereiro 2015.

CARLOTO, Cássia Maria. **O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais.** Londrina: Serviço Social em Revista, v. 3, n. 2, p. 201-213, 2001.

CHAUÍ, Marilena. **Repressão sexual: essa nossa (des) conhecida.** São Paulo: Brasiliense, 1991.

COSTA, E. A.; RANGEL-S, M. L. (Org.). Comunicação em Vigilância Sanitária: princípios e diretrizes para uma política. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. **Relatório da Oficina de Comunicação em Vigilância Sanitária. Comunicação em Vigilância Sanitária: princípios e diretrizes para uma política.** Salvador: EDUFBA; p. 148-173, 2007.

COUTO, M.T. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.** / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos E. A. Coimbra Júnior. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

CROCHÍK, José Leon. **Preconceito: indivíduo e cultura.** São Paulo: Robe Editorial, 1996.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5ª ed. ampliada. São Paulo: Cortez e Oboré, 1992.

DINIZ, M. I e QUEIROZ, F. M. **A relação entre gênero, sexualidade e prostituição.** Paraná: Diversa Rev. Eletrônica Interdisciplinar, 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FESTINI, Severino. **Memória de Morte, Memória de Exclusão: Prostituição, Marginalidade Social e Reconquista da Cidadania.** São Paulo: Letras & Letras, 1993.

FREITAS, Renan S. **Bordel, bordéis: negociando identidades.** 1ª. Petrópolis: Ed. Vozes, 1985.

FREITAS, C.E.S. de. **Trabalho docente e saúde: efeitos do modelo neoliberal.** Feira de Santana: Editora UEFS, 2013.

GASPAR, M. D. **Garotas de programa: prostituição e identidade social.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

GEERTZ, Clifford. **Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura.** In: A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia.** Tradução de Sandra Regina Netz. 4ª edição. Porto Alegre: Editora ARTMED, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro. Ed. Guanabara, 1988.

GUIMARÃES, Katia e Merchán-Hamann, Edgar. **Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania.** Volume 13, nº 3. Florianópolis: Rev. de Estudos Femininos, 2005.

ILLOUZ, Eva. **Consuming the Romantic Utopia: love and the cultural contradictions of capitalism.** Califórnia: University of Califórnia Press, 1997.

KEMPADOO, Kamala. **Mudando o debate sobre o tráfico de mulheres.** Cadernos Pagu (25) - Mercado do Sexo. São Paulo: Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp, 2005.

LIRA, Vasconcelos Geison; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; NATIONS, Marilyn K. **A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método.** Fortaleza: Rev. Brasileira de Promoção da Saúde, v.16, n.1/2, 2003.

LOURO, Guacira Lopes. **O Corpo educado: pedagogias da sexualidade.** Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2001.

LUCCHINI, R. **A rapariga de rua: prostituição, família e droga.** Revista do Instituto de Reinserção Social; 3:9-70. João Pessoa, 1999.

MAYORGA, C. **Otras identidades: mujeres, inmigración y prostitución.** Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2007.

MARTIN, D. **Riscos na prostituição: um olhar antropológico.** São Paulo: FAPESP, 2003.

MAIA, M.B; CHACHAM, A.S; LOPES, A.F.C. **Profissionais do sexo e saúde.** João Pessoa: In: Jornal da rede feminista de saúde; 5(6): 11-14, 2002.

MARX, Karl; Engels, Friedrich. **A Ideologia Alemã.** São Paulo: HUCITEC, p.27, 1986.

MENDES, R; DIAS, E. C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** São Paulo: Revista de Saúde Pública, 1991.

MENDES, Ana Magnólia. **Cultura Organizacional e Prazer-sofrimento no Trabalho: uma abordagem psicodinâmica.** In: TAMAYO, Álvaro e col. Cultura e Saúde nas Organizações. Porto Alegre: ARTEMED, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 12ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MOTA, K. **A intervenção do estado como agente regulador e fiscalizador da atividade econômica: prostituição [dissertação].** Marília: Universidade de Marília, 2008.

MUIANGA, B. **Risco e Saúde no contexto do VIH\Sida, o caso da prostituição na Baixa da Cidade de Maputo.** Maputo, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual de atenção de saúde para profissionais da atenção básica.** Genebra, 2000.

PARKER, R. e GALVÃO, J. (org.). **Quebrando o silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil**. Relumé Dumará. . Rio de Janeiro: ABIA, IMS/UERJ, 1996.

RANGEL, S. M. L. **Epidemia e mídia: sentidos construídos em narrativas jornalísticas**. São Paulo: Saúde e. Sociedade, v. 12, n. 2, p. 5-17, 2003.

RAGO, Margareth. **Os prazeres da noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890-1930)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 309, 1991.

REY, F. L. G. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo. Pioneira Thomson Learning, 2005.

RUSSO, G. **No labirinto da prostituição: o dinheiro e seus aspectos simbólicos**. Porto Alegre: *Cad. CRH*, 20, 497-514, 2007.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCOTT, Joan W. Prefácio a *Gender and Politics of History*. *Cadernos Pagu*, nº 3, **Desacordos, desamores e diferenças**. Campinas: Pagu – Núcleo de Estudos de Gênero, p.16, 1994.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV**. . São Paulo: Revista Escola Enfermagem USP, 2009.

SILVA, J.S; BARBOSA, J.L. **O Sentido do trabalho informal na construção de alternativas socioeconômicas e o seu perfil no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UFF, 2004.

SILVA, R.A. da. **Prostituição: artes e manhas do ofício**. Goiânia: Editora da UCG, 2006.

SILVA, Tomaz Tadeu (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Trad. De Tomaz Tadeu da Silva. Petrópolis: Vozes, 2007.

SIMMEL, Georg – **O dinheiro nas relações entre os sexos**. In *Filosofia do autor*. Tradução de Luís Eduardo de Lima Brandão. Martins Fontes. São Paulo, 1993.

SORJ, B. Prefácio. In A. F. Moraes (Org.), **Mulheres da Vila: prostituição, identidade social e movimento associativo**. Petrópolis: Vozes, 1995.

WOODWARD, Kathryn. **Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual**. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

VILLELA, W. **Mulheres e AIDS. Soropositividade, Comunicação & Gênero**. Recife: Gestos, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO.**

Pesquisa: "Vulnerabilidade das Profissionais do Sexo e Riscos das Doenças Sexualmente Transmissíveis".

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa do tipo exploratória, de campo, com abordagem qualitativa que tem como objetivo analisar os significados para as profissionais do sexo sobre os aspectos situacionais das condições de trabalho e as condições de vulnerabilidade que estão associadas aos riscos para as doenças sexualmente transmissíveis em especial a AIDS e as Hepatites Virais (HV) e as estratégias utilizadas para lidar com esses riscos. A instituição responsável pela pesquisa é a Universidade Federal da Bahia, através do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina, sito Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico. CEP. 40.026-010 Salvador, Bahia - Brasil.

A entrevistadora, Sandra Regina Mendonça Lemos é mestranda sob orientação do Professor Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena. A sua participação na pesquisa é voluntária, ou seja; você só participa se e enquanto quiser. Você terá a liberdade de desistir a qualquer momento ao longo da pesquisa, sem prejuízo algum, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12). Caso aceite, você responderá a uma entrevista, efetuada pela própria pesquisadora e gravada em um aparelho de áudio no local que melhor lhe convier, acerca do objeto do estudo para posterior tratamento, considerando a história de vida e análise das narrativas individuais.

Para sua participação, você deverá ser profissional do sexo, viver e/ou desenvolver sua atividade laboral no Centro Histórico de Salvador, ser atendida e/ou cadastrada no Centro de Saúde São Francisco.

A importância dessa pesquisa para a sua categoria profissional refere-se a uma melhor compreensão das condições de trabalho das profissionais do sexo, o estabelecimento de estratégias que diminuam os

danos advindos da atividade laboral e a melhoria de acesso aos serviços de saúde e a rede sócio assistencial independente do término do estudo.

A pesquisa pode ocasionar alguns riscos as participantes: um deles de ordem psicológica, quando da possível alteração da percepção a respeito de si própria, impactando em medo e/ou vergonha. No que se refere aos riscos sociais é possível que fuja do controle do pesquisador e que algumas informações exponham as pesquisadas a formas discriminatórias ou estigmatizantes, uma vez que trabalhar as vulnerabilidades as DST/AIDS/HV além do risco da exclusão social pode implicar em ônus significativo para as participantes. Entretanto os possíveis riscos e desconfortos serão diminuídos visto que estará à disposição das profissionais a equipe de psicologia da unidade de saúde para um suporte terapêutico.

Você poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações relacionadas à pesquisa, e se for o seu desejo, poderá solicitar revisão do texto de transcrição das suas falas, bem como esclarecer quaisquer dúvidas entrando em contato com a pesquisadora Sandra Regina Mendonça Lemos pelos telefones (71) 91129237 e e-mail: sandmendonca1@ig.com.br; ou com o orientador prof. Dr. Paulo Pena através do telefone (71) 3283-5573 / 8828-9463 e e-mail: pena@ufba.br. Suas respostas serão confidenciais e somente você e os pesquisadores terão acesso a elas. Seu nome não será identificado em nenhum de nossos relatórios ou publicações que resultarão deste estudo, sendo para este fim utilizado um nome fictício. Esta pesquisa não oferece qualquer risco físico, pois serão realizadas apenas entrevistas cujos conteúdos permanecerão sigilosos. Você não será responsabilizado por nenhum custo relacionado à pesquisa. As transcrições e gravações decorrentes dessa pesquisa ficarão arquivadas por 05 (cinco) anos na sala do pesquisador Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena, localizada na sede do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia. Este estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, em caso de dúvidas entre em contato através do telefone (71) 3283-5564 – Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico.

Antes da assinatura do termo autorizando sua participação, se julgar necessário, poderá levá-lo para casa, com o intuito de fazer a leitura com calma e analisar o conteúdo do mesmo.

Caso você concorde em participar da pesquisa, por favor, assine esse termo que tem duas vias, uma sua e outra da pesquisadora.

Assinatura da Participante

Data ____/____/____

Assinatura da pesquisadora

Data ____/____/____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

INFORMAÇÕES PESSOAIS E PROFISSIONAIS

1. Idade
2. Idade de ingresso na prostituição
3. Tempo de trabalho
4. Escolaridade
5. Estado Civil
6. Filhos. Convivência familiar

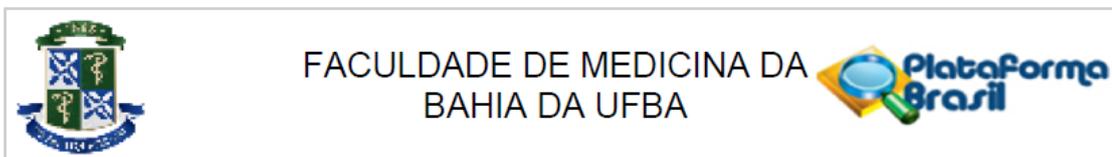
ASPECTOS RELACIONADOS AO TRABALHO E À SAÚDE

7. Por que você escolheu ser trabalhadora do sexo?
8. Identificação das condições de vulnerabilidade: aspectos da vida profissional, da vida privada, afetividade, conhecimentos e habilidades relativos à transmissão das DST/AIDS/HV, hábitos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, acesso a rede sócio assistencial;
9. Entendimento sobre as DST/AIDS/HV e a relação com o trabalho.
10. Reconhecimento das infecções como doenças do trabalho;
11. Significados da existência de práticas educativas de prevenção das infecções;
12. Sobre a atividade laboral: tipo de cliente e negociação do uso do preservativo, a ocorrência de violência, locais da realização do programa;
13. Perfil do cliente: o que paga o combinado sem criar problemas, o que tenta descumprir o preço combinado, o que ameaça ou agride, o cliente fixo;
14. A relação entre estigma e atividade profissional: satisfação com atividade laboral, autonomia em relação ao horário e condições de trabalho, ganhos financeiros, discriminação, violência, os riscos da atividade, pressão psicológica e emocional;
15. Vulnerabilidade à violência dos clientes, à violência urbana e à violência policial;
16. Adoção de práticas de sexo protegido: uso do preservativo e percepção de risco;
17. Sexualidade, gênero e dificuldades de negociação do uso do preservativo;
18. Cidadania e Saúde: Direitos/Deveres;
19. Identidade Profissional: reconhecimento subjetivo e da sociedade como trabalhadora.

ASPECTOS RELACIONADOS À REDE SÓCIOASSISTENCIAL

20. Relação estabelecida com o SUS;
21. Atendimento na rede sócio assistencial.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE DAS PROFISSIONAIS DO SEXO E RISCOS DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Pesquisador: Paulo Gilvane Lopes Pena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35305514.6.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 828.890

Data da Relatoria: 02/11/2014

Apresentação do Projeto:

O trabalho sexual é caracterizado como um dos mais antigos do mundo. E essa busca pelo prazer através do sexo constituiu vínculos, mais metafóricos do que factuais, com a transmissão das doenças sexualmente transmissíveis. A não formação e qualificação profissional e a falta de oportunidades faziam com que elas desenvolvessem atividades desvalorizadas e com menor remuneração o que implicou em buscar atividades mais lucrativas, dentre elas a comercialização da prática sexual em troca de favores ou vantagens monetárias. Entre os anos 1970 e 1980, as profissionais do sexo de diversos países iniciaram um processo de organização da classe em defesa dos seus direitos humanos e civis. É possível que os significados construídos pelas profissionais do sexo sobre os riscos de infecção das DST/AIDS e Hepatites Virais decorrentes do trabalho sejam determinantes no estabelecimento de estratégias utilizadas para evitar o risco de infecção.

Quinze de sessenta profissionais do sexo que moram e/ou trabalham no Centro Histórico, atendidas e ou cadastradas no Centro de Saúde São Francisco. Existe um número de sessenta profissionais cadastradas no centro de saúde sendo que a perspectiva as profissionais e parar em função da repetição dos conteúdos ou significados. A entrevista semidirigida é o instrumento

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 828.890

escolhido para a pesquisa. As entrevistas serão gravadas para tratamento posterior do material. A princípio será realizado dois a três encontros por entrevistada utilizando também o diário de campo que irá registrar as observações no desenvolvimento das entrevistas.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Analisar os significados para as profissionais do sexo sobre as condições de vulnerabilidade que estão associadas aos riscos de infecção das DST/AIDS/HV e as estratégias utilizadas para lidar com os riscos.

SECUNDÁRIO:

Identificar as concepções das atividades sexo laborais e a diferença entre as relações sexo afetivas;

Identificar as estratégias do cuidado, de si e do outro, conhecidas e utilizadas;

Analisar os impedimentos/ dificuldades para a prática das estratégias do cuidado;

Relacionar o conhecimento sobre as DST/AIDS/HV, o acesso a serviços de saúde e insumos de prevenção;

Descrever a rotina de trabalho das profissionais do sexo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

É possível que a pesquisa ocasione alguns riscos as participantes da pesquisa: um deles de ordem psicológica, quando da possível alteração da percepção a respeito de si própria, impactando em medo e/ou vergonha. No que se refere aos riscos sociais é possível que fuja do controle do pesquisador e que algumas informações exponham as pesquisadas a formas discriminatórias ou estigmatizantes, uma vez que trabalhar as vulnerabilidades as DST/AIDS/HV além do risco da exclusão social pode implicar em ônus significativo para as participantes. Entretanto os possíveis riscos e desconfortos serão diminuídos visto que estará à disposição das profissionais a equipe de psicologia da unidade de saúde para um suporte terapêutico.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n

Bairro: PELOURINHO

CEP: 40.026-010

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-5564

Fax: (71)3283-5567

E-mail: cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 828.890

BENEFÍCIOS:

Importância da pesquisa para a sua categoria profissional uma vez que permitirá uma melhor compreensão das condições de trabalho das profissionais do sexo impactando na diminuição dos danos advindos da atividade laboral.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de qualitativo entre trabalhadoras do sexo da região do Pelourinho entrevistadas por assistente social experiente em ambiente confidencial. Ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: O investigador responde à pendência retirando o último parágrafo. ADEQUADO

Cronograma: ADEQUADO.

Orçamento: 3280 reais; contrapartida anotada. ADEQUADO.

Carta de anuência da instituição: ADEQUADA

Carta de compromisso da Investigadora coparticipante: ADEQUADA.

Recomendações:

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 828.890

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-FMB SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 828.890

SALVADOR, 13 de Outubro de 2014

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria
da Saúde



COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Salvador, 18 de agosto de 2014.

CARTA DE ANUENCIA

A Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, os Distritos Sanitários e as Unidades de Saúde declaram-se co-participantes e cientes da realização do projeto de pesquisa *Vulnerabilidade das profissionais do sexo e riscos das doenças sexualmente transmissíveis*. Esse estudo está sendo desenvolvido por Sandra Regina Mendonça sob orientação do Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena da Universidade Federal da Bahia. Os dados serão coletados no Centro de Saúde São Francisco no Distrito Sanitário Centro Histórico. Os pesquisadores apresentaram seu projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta Secretaria, obtendo parecer favorável à sua condução após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,


Melícia Silva Reis Góes

Subcoordenadora/Capacitação/CGPS


Emanuel Silva

Téc. Capacitação/CGPS

ANEXO C _ DEFINIÇÃO DE PROFISSIONAIS DO SEXO SEGUNDO O MINISTÉRIO DO TRABALHO

A Classificação Brasileira de Ocupação – CBO descreve e ordena as ocupações classificando as funções, tarefas e obrigações que tipificam a ocupação. A CBO - 2002 introduziram novos conceitos e apresentou uma definição oficial para profissionais do sexo.

CBO - Nº 5198 - 05 PROFISSIONAIS DO SEXO

I – Condições gerais de exercício trabalham por conta própria, na rua, em bares, boates, hotéis, rodovias e em garimpos, atuam em ambientes a céus abertos, fechados e em veículos, horários irregulares. No exercício de algumas das atividades podem estar expostas à inalação de gases de veículos, a poluição sonora e a discriminação social. Há ainda indicações de contágios de DST e maus – tratos, violência de rua e morte.

II – Formação e experiência, para o exercício o profissional requer-se que os trabalhadores participem de oficinas sobre o sexo seguro, oferecidas pelas associações da categoria. Outros cursos complementares de formação profissional, como, por exemplo, curso de beleza, de cuidados pessoais, de planejamento de orçamento, bem como cursos profissionalizantes para rendimentos alternativos também são oferecidos pelas associações, em diversos Estados. O acesso à profissão é livre aos maiores de dezoito anos. O pleno desenvolvimento das atividades ocorre após dois anos de experiência.

III – Áreas de atividades

A – Batalhar programa

B – Minimizar as vulnerabilidades

C – Atender Clientes

D – Acompanhar Clientes

E – Administrar orçamentos

F – Promover a organização da categoria

G - Realizar ações educativas no campo da sexualidade.

IV - Competências

1 - Demonstrar capacidade de persuasão.

2 - Capacidade de expressão gestual.

3 - Demonstrar capacidade de realizar fantasias eróticas.

- 4 - Agir com honestidade.
- 5 – Paciência.
- 6 - Planejar o futuro.
- 7- Prestar solidariedade aos companheiros.
- 8 - Saber ouvir.
- 9 - Demonstrar capacidade lúdica.
- 10 - Respeitar o silêncio do cliente.
- 11 - Capacidade de comunicação em língua estrangeira.
- 12 - Ética profissional.
- 13 - Manter sigilo profissional.
- 14 - Não cortejar o companheiro de colegas de trabalho.
- 15 - Proporcionar prazer.
- 16 - Cuidar da higiene pessoal.
- 17 - Conquistar o cliente.

V - Recurso de Trabalho

- *Guarda roupa de batalha.
- *Preservativo masculino e feminino.
- *Cartão de visita.
- *Documento de identificação.
- *Gel lubrificante à base de água.
- *Papel higiênico e *Lenços umedecidos.
- *Acessórios.
- *Maquiagem.
- *Álcool.
- *Celular.
- *Agenda.

ANEXO D _ SOBRE O HIV E A AIDS E O MUNDO DO TRABALHO

A Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho, convocada em Genebra pelo Conselho de Administração da Organização Internacional do Trabalho, e reunida em sua 99ª Sessão, em 2 de junho de 2010;

Observando que o HIV e a AIDS têm sério impacto sobre a sociedade e as economias, sobre o mundo do trabalho tanto no setor formal quanto no informal, sobre os trabalhadores, suas famílias e dependentes, sobre as organizações de empregadores e de trabalhadores e sobre as empresas públicas e privadas, e dificultam a consecução do trabalho decente e o desenvolvimento sustentável;

Reafirmando a importância da atuação da Organização Internacional do Trabalho ao cuidar da questão do HIV e da AIDS no mundo do trabalho e a necessidade da Organização intensificar esforços para alcançar a justiça social e combater a discriminação e a estigmatização relativas ao HIV e à AIDS em todos os aspectos de seu trabalho e de seu mandato;

Recordando a importância de reduzir a economia informal pela consecução do trabalho decente e do desenvolvimento sustentável, para mobilizar melhor o mundo do trabalho no enfrentamento do HIV e da AIDS;

Observando que níveis elevados de desigualdade social e econômica, a ausência de informação e de esclarecimento, a falta de confiança e a dificuldade no acesso e adesão ao tratamento aumentam o risco de transmissão do HIV, os níveis de mortalidade, o número de crianças que perderam um dos pais ou ambos, e o número de trabalhadores engajados no trabalho informal;

Considerando que a pobreza, a desigualdade social e econômica e o desemprego aumentam o risco de falta de acesso à prevenção, ao tratamento, à atenção e ao apoio, com o consequente incremento do risco de transmissão;

Verificando que o estigma, a discriminação e a ameaça de perda de emprego experimentado pelas pessoas afetadas pelo HIV ou pela AIDS são barreiras ao conhecimento de sua própria situação relativa ao HIV, o que aumenta a vulnerabilidade dos trabalhadores ao HIV e prejudica seu direito a benefícios sociais;

Notando que o HIV e a AIDS têm impacto mais severo sobre os grupos vulneráveis e expostos a riscos;

Percebendo que o HIV atinge tanto homens quanto mulheres, embora as mulheres e as meninas estejam expostas a risco maior e sejam mais vulneráveis as infecções pelo HIV e desproporcionalmente afetadas pela pandemia de HIV comparadas aos homens, como resultado da desigualdade de gênero, e que, por isso, o empoderamento das mulheres é fator-chave para a resposta global ao HIV e à AIDS;

Relembrando a importância de salvaguardar os trabalhadores por meio de programas abrangentes de segurança e de saúde no trabalho;

Recordando a importância do Repertório de Recomendações Práticas da OIT sobre o HIV/AIDS e o Mundo do Trabalho, 2001, e a necessidade de fortalecer seu impacto, levando em conta que há limites e falhas em sua implementação;

Observando a necessidade de promover e implementar as convenções e recomendações internacionais do trabalho e outros instrumentos internacionais relacionados com o HIV e a AIDS e o mundo do trabalho, inclusive aqueles que reconhecem o direito ao mais elevado padrão de saúde possível e a níveis de vida dignos;

Lembrando o papel específico das organizações de empregadores e de trabalhadores no que tange a promover e apoiar os esforços nacionais e internacionais na resposta ao HIV e à AIDS no mundo do trabalho e por intermédio deste;

Observando o importante papel do local de trabalho quanto à informação relativa à prevenção, ao tratamento, à atenção e ao apoio no esforço nacional de luta contra o HIV e a AIDS, e quanto ao acesso a esses serviços;

Afirmando a necessidade de continuar e aumentar a cooperação internacional, em particular no contexto do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS, para apoiar os esforços destinados a tornar efetiva a presente Recomendação;

Recordando o valor da colaboração, nos âmbitos nacional, regional e internacional, com os organismos que lidam com o HIV e a AIDS, inclusive o setor de saúde, e com as organizações pertinentes, em particular as que representam pessoas que vivem com o HIV;

Asseverando a necessidade de estabelecer uma norma internacional para orientar os governos e as organizações de empregadores e de trabalhadores quanto a definir suas funções e responsabilidades em todos os níveis;

Havendo decidido quanto à adoção de determinadas propostas relativas ao HIV e à AIDS e o mundo do trabalho.

Tendo determinado que essas propostas devam assumir a forma de uma recomendação; aprovar neste décimo sétimo dia de junho do ano de dois mil e dez, a seguinte Recomendação, que pode ser denominada Recomendação sobre o HIV e a AIDS, 2010.

1. Para os fins da presente Recomendação:

- a) “HIV” se refere ao vírus da imunodeficiência humana, que danifica o sistema imunológico humano. A infecção pode ser prevenida por medidas adequadas;
- b) “AIDS” designa a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que resulta dos estágios avançados da infecção pelo HIV e se caracteriza por infecções oportunistas ou cânceres relacionados com o HIV, ou ambos;
- c) “pessoas que vivem com o HIV” significa pessoas infectadas pelo HIV;
- d) “estigma” quer dizer a marca social que, ligada a uma pessoa, causa normalmente marginalização ou significa obstáculo ao inteiro gozo da vida social pela pessoa infectada ou afetada pelo HIV;
- e) “discriminação” exprime qualquer distinção, exclusão ou preferência que resulte em anular ou reduzir a igualdade de oportunidade ou de tratamento em emprego ou ocupação, como referido na Convenção e na Recomendação sobre a Discriminação no Emprego e na Ocupação, 1958;
- f) “pessoas afetadas” significam pessoas cuja vida é modificada pelo HIV ou pela AIDS em decorrência do impacto da pandemia em sentido amplo;
- g) “adaptação razoável” é qualquer modificação ou ajustamento a emprego ou a local de trabalho que seja razoavelmente viável e permita a alguém que vive com o HIV ou a AIDS ter acesso ao emprego, dele participar ou nele progredir;
- h) “vulnerabilidade” significa diferença de oportunidades, de exclusão social, desemprego ou emprego precário, resultantes de fatores sociais, culturais, políticos ou econômicos que tornam a pessoa mais suscetível de ser infectada pelo HIV ou de desenvolver a AIDS;
- i) “local de trabalho” se refere a qualquer lugar em que os trabalhadores desenvolvem sua atividade;
- j) “trabalhador” é qualquer pessoa que realiza qualquer forma ou modalidade de trabalho.

2. A presente Recomendação se aplica a:

- a) todos os trabalhadores, quaisquer que sejam as formas e modalidades de trabalho e quaisquer que sejam os locais de trabalho, inclusive:
 - I) pessoas em qualquer emprego ou ocupação;
 - II) todos os que estão em processo de formação, inclusive os estagiários e os aprendizes;
 - III) voluntários;
 - IV) pessoas em busca de emprego ou candidatas a emprego;
 - V) trabalhadores com contratos suspensos ou interrompidos.

b) todos os setores da atividade econômica, inclusive os setores privado e público e as economias formal e informal.

c) as forças armadas e os serviços uniformizados.

3. Os seguintes princípios gerais devem aplicar-se a todas as ações incluídas na resposta nacional ao HIV e à AIDS no mundo do trabalho:

a) a resposta ao HIV e à AIDS deve ser reconhecida como contribuição à garantia dos direitos humanos, das liberdades fundamentais e da igualdade de gênero para todos, inclusive os trabalhadores, suas famílias e dependentes;

b) o HIV e a AIDS devem ser reconhecidos e tratados como tema pertinente ao local de trabalho, a ser incluído entre os elementos essenciais da resposta nacional, regional e internacional à pandemia, com inteira participação das organizações de empregadores e de trabalhadores;

c) não deve haver nenhuma discriminação nem estigmatização de trabalhadores, em particular dos que buscam emprego ou a ele se candidatam, a pretexto de infecção real ou presumida pelo HIV, ou pelo fato de pertencerem a regiões do mundo ou a segmentos da população tidos como de maior risco ou de mais vulnerabilidade à infecção pelo HIV;

d) a prevenção, por todos os meios, da transmissão do HIV deve ser prioridade fundamental;

e) os trabalhadores, suas famílias e dependentes devem ter acesso a serviços de prevenção, tratamento, atenção e apoio em relação ao HIV e à AIDS, deles se beneficiando, e o local de trabalho deve contribuir para facilitar esse acesso.

f) deve-se reconhecer e reforçar a participação e o engajamento dos trabalhadores no planejamento, na implementação e na avaliação de programas nos âmbitos nacional e do local de trabalho;

g) os trabalhadores devem beneficiar-se de programas voltados à prevenção de riscos específicos de transmissão do HIV vinculados ao trabalho e de doenças relacionadas, como a tuberculose;

h) os trabalhadores, suas famílias e dependentes devem usufruir de proteção a sua privacidade, inclusive a relacionada como HIV e a AIDS, em particular no que diz respeito a sua própria situação quanto ao HIV;

i) nenhum trabalhador deve ser obrigado a submeter-se a exame de HIV nem a revelar sua situação sorológica.

j) medidas para cuidar de HIV e AIDS no mundo do trabalho devem fazer parte das políticas e programas nacionais de desenvolvimento, inclusive os relacionados com trabalho, educação, proteção social e saúde;

k) a proteção dos trabalhadores que exercem ocupações particularmente expostas ao risco de transmissão do HIV.

4. Os Membros devem:

a) adotar políticas e programas nacionais sobre o HIV e a AIDS e o mundo do trabalho e sobre saúde e segurança no trabalho onde ainda não existam;

b) integrar suas políticas e programas sobre o HIV e a AIDS e o mundo do trabalho a planos de desenvolvimento e estratégias de redução da pobreza, inclusive a estratégias relativas ao trabalho decente, às empresas sustentáveis e à geração de renda, conforme o caso.

5. Ao elaborar as políticas e os programas nacionais, devem as autoridades competentes levar em conta o Repertório de Recomendações Práticas da OIT sobre o HIV/AIDS e o Mundo do Trabalho, 2001, e revisões posteriores, outros instrumentos pertinentes da Organização Internacional do Trabalho e, ainda, outras diretrizes internacionais concernentes à matéria.

6. As políticas e os programas nacionais devem ser formulados pelas autoridades competentes, em consulta com as organizações de empregadores e de trabalhadores mais representativas, e ainda com organizações que representem pessoas que vivem com o HIV, levando em conta as opiniões dos setores pertinentes, em especial o setor de saúde.

7. Ao elaborar as políticas e os programas nacionais, as autoridades competentes devem levar em conta a função do local de trabalho no que diz respeito à prevenção, tratamento, atenção e apoio, inclusive quanto à promoção de aconselhamento e exames voluntários, em colaboração com as comunidades locais.

8. Os Membros devem aproveitar todas as oportunidades para difundir informações a respeito de suas políticas e programas sobre o HIV e a AIDS e o mundo do trabalho, por meio de organizações de empregadores e de trabalhadores, outras entidades relacionadas com o HIV e a AIDS e os canais de informação públicos.

DISCRIMINAÇÃO E PROMOÇÃO DA IGUALDADE DE OPORTUNIDADE E DE TRATAMENTO

9. Os governos, em consulta com as organizações de empregadores e de trabalhadores mais representativas, devem considerar o oferecimento de proteção igual àquela prevista pela Convenção sobre a Discriminação no Emprego e na Ocupação, 1958, para prevenir discriminação baseada em situação de HIV real ou presumida.

10. Condição real ou presumida de infecção por HIV não deve ser motivo de discriminação, impedindo a contratação, a permanência no emprego ou a busca de iguais oportunidades em

consonância com os dispositivos da Convenção sobre a Discriminação no Emprego e na Profissão, 1958.

11. Condição real ou presumida de infecção por HIV não deve ser causa de término de relação de trabalho. Ausência temporária ao trabalho pela necessidade de prestar assistência a terceiros ou por motivo de enfermidade, relacionados com o HIV ou a AIDS, deve ser tratada da mesma forma que as ausências por outras razões de saúde, levando em conta a Convenção sobre o Término da Relação de Trabalho por Iniciativa do Empregador, 1982.

12. Quando as medidas existentes contra a discriminação no local de trabalho forem insuficientes para a proteção efetiva contra a discriminação em face do HIV e da AIDS, os Membros devem adaptá-las ou adotar novas medidas, cuidando para que sejam implementadas, de modo eficaz e transparente.

13. Pessoas com doenças relacionadas ao HIV não devem ser proibidas de continuar realizando seu trabalho, com adaptação razoável se necessário, pelo tempo em que a medicina as considere aptas para fazê-lo. Medidas para recolocar essas pessoas em trabalho razoavelmente adaptado a sua capacidade, para encontrar-lhes outro trabalho por meio de programa de formação ou para facilitar-lhes o retorno ao trabalho devem ser encorajadas, levando em conta os instrumentos pertinentes da Organização Internacional do Trabalho e das Nações Unidas.

14. Devem ser adotadas, no local de trabalho ou por meio dele, medidas para reduzir a transmissão do HIV e aliviar seu impacto, com vistas a:

- a) assegurar o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais;
- b) garantir a igualdade de gênero e o empoderamento da mulher;
- c) promover ações no sentido de prevenir e proibir violência e assédio no local de trabalho;
- d) promover a participação ativa tanto de homens quanto de mulheres na resposta ao HIV e à AIDS;
- e) estimular a participação e o empoderamento de todos os trabalhadores, independentemente de sua orientação sexual ou de pertencerem ou não a grupo vulnerável;
- f) fomentar a proteção à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens;
- g) assegurar o efetivo sigilo dos dados pessoais, inclusive os de caráter médico.

PREVENÇÃO

15. As estratégias de prevenção devem adaptar-se às condições nacionais e ao tipo de local de trabalho e devem levar em conta as diferenças entre homens e mulheres e fatores culturais, sociais e econômicos.

16. Os programas de prevenção devem assegurar:

- a) a prestação, ao alcance de todos, de informações corretas, atualizadas, pertinentes e oportunas, em formato e linguagem adequados ao contexto cultural, por meio dos diferentes meios de comunicação disponíveis;
- b) programas de educação integrais para auxiliar mulheres e homens a entender e reduzir o risco de todas as formas de transmissão do HIV, inclusive a transmissão de mãe para filho, e a compreender a importância de modificar comportamentos de risco relacionados à infecção;
- c) medidas efetivas de segurança e saúde no trabalho;
- d) medidas para encorajar os trabalhadores a conhecer sua própria situação quanto ao HIV, por meio de aconselhamento e testes voluntários;
- e) acesso a todos os métodos de prevenção, inclusive, entre outros, a garantia da disponibilidade dos meios necessários, em particular preservativos masculinos e femininos e, quando apropriado, informação a respeito do correto uso deles e, ainda, a disponibilidade de profilaxia posterior à exposição;
- f) medidas efetivas para reduzir os comportamentos de alto risco, inclusive dos grupos mais vulneráveis, com vistas a diminuir a incidência do HIV;
- g) estratégias de redução de danos baseadas em diretrizes publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), e em outras diretrizes pertinentes.

TRATAMENTO E ATENÇÃO

17. Os Membros devem garantir que suas políticas e programas nacionais relativos a intervenções de saúde no local de trabalho sejam estabelecidos em consulta com empregadores e trabalhadores e seus representantes e sejam ligados aos serviços de saúde pública. Devem oferecer o conjunto mais completo de intervenções apropriadas e eficazes para prevenir o HIV e a AIDS e controlar seu impacto.

18. Os Membros devem assegurar que os trabalhadores que vivem com o HIV e seus dependentes se beneficiem do acesso integral à assistência à saúde, seja ela provida pela saúde pública, por sistemas de seguridade social, regimes de seguro privado ou outros regimes.

Devem ainda garantir a educação e a conscientização dos trabalhadores, com vistas a facilitar-lhes o acesso à atenção à saúde.

19. Todas as pessoas amparadas por esta Recomendação, inclusive os trabalhadores que vivem com o HIV, suas famílias e dependentes, devem ter direito a serviços de saúde. Devem esses serviços incluir o acesso, gratuito ou disponível, a:

a) aconselhamento e testes voluntários;

b) tratamento antirretroviral e educação, informação e apoio para a observância desse tratamento;

c) nutrição apropriada, compatível com o tratamento;

d) tratamento contra infecções oportunistas, infecções sexualmente transmissíveis e outras doenças relacionadas como HIV, em particular a tuberculose;

e) programas de apoio e prevenção, inclusive apoio psicossocial, para pessoas que vivem com o HIV.

20. Não deve haver discriminação contra os trabalhadores e seus dependentes, com base em situação de HIV real ou presumida, no que diz respeito ao acesso a sistemas de seguridade social e planos de seguro profissional, ou em relação a benefícios deles resultantes, inclusive os de atenção à saúde e por incapacidade, bem como os benefícios por morte ou os destinados a sobreviventes.

APOIO

21. Os programas de atenção e apoio devem incluir medidas de razoável adaptação, no local de trabalho, para as pessoas que vivem com o HIV ou com doenças relacionadas ao HIV, observadas, como devido, as condições nacionais. O trabalho deve ser organizado levando em conta a natureza episódica do HIV e da AIDS, bem como os possíveis efeitos colaterais do tratamento.

22. Os Membros devem estimular a manutenção no trabalho e a contratação de pessoas que vivem com o HIV. Deve considerar a possibilidade de continuar prestando assistência durante os períodos de emprego e desemprego, inclusive, quando necessário, o oferecimento de oportunidades de geração de renda para pessoas que vivem com o HIV ou pessoas afetadas pelo HIV ou pela AIDS.

23. Nos casos em que se pode estabelecer ligação direta entre uma ocupação e o risco de infecção, a AIDS e a infecção pelo HIV devem ser reconhecidas como doença ocupacional ou acidente de trabalho, de acordo com os procedimentos e as definições nacionais e com referência à Recomendação sobre a Lista de Enfermidades Ocupacionais, 2002, e a outros instrumentos pertinentes da Organização Internacional do Trabalho.

DIAGNÓSTICO, PRIVACIDADE E SIGILO

24. Os testes devem ser rigorosamente voluntários e livres de qualquer coerção, e os programas de diagnóstico devem respeitar as diretrizes internacionais sobre sigilo, orientação e consentimento.

25. Os trabalhadores, inclusive os migrantes, os que buscam emprego e os candidatos a emprego, não devem ser obrigados a submeter-se a testes ou a outras formas de controle de HIV.

26. Os resultados dos testes de HIV devem ser confidenciais e não prejudicar o acesso a empregos, a manutenção de empregos, a garantia de emprego e as oportunidades de promoção.

27. Os trabalhadores, inclusive os migrantes, os que buscam emprego e os candidatos a emprego não devem ser obrigados pelos países de origem, de trânsito ou de destino a revelar informações relacionadas com HIV a respeito de si mesmos ou de terceiros. O acesso a tais informações deve ser regulado por normas de sigilo compatíveis com o Repertório de Recomendações Práticas da OIT sobre a Proteção dos Dados Pessoais dos Trabalhadores, 1997, e outras normas internacionais pertinentes sobre a proteção de dados.

28. Os trabalhadores migrantes ou aqueles que desejam migrarem buscam de emprego não devem ser impedidos de fazê-lo pelos países de origem, de trânsito ou de destino, com fundamento em sua situação de HIV, real ou presumida.

29. Os Membros devem dispor de procedimentos de resolução de conflitos facilmente acessíveis, para assegurar reparação aos trabalhadores em caso de violação dos seus direitos acima estabelecidos.

SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

30. O ambiente de trabalho deve ser seguro e saudável, com vistas a prevenir a transmissão do HIV no local de trabalho, levando em conta a Convenção e a Recomendação sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores, 1981, a Convenção e a Recomendação sobre o Marco Promocional para Segurança e Saúde no Trabalho, 2006, e outros instrumentos internacionais pertinentes, tais como os documentos de orientação conjuntos da Organização Internacional do Trabalho e da OMS.

31. As medidas de segurança e saúde destinadas a prevenira exposição dos trabalhadores ao HIV no trabalho devem incluir precauções universais, medidas de prevenção a acidentes e riscos, tais como medidas organizacionais, controles de técnica e métodos de trabalho, equipamento de proteção individual, quando apropriado, medidas de controle ambiental e

profilaxia posterior à exposição, além de outras medidas de segurança para minimizar os riscos de contrair o HIV e a tuberculose, em particular nas ocupações de maior risco, inclusive no setor de assistência à saúde.

32. Quando existe no trabalho a possibilidade de exposição ao HIV, os trabalhadores devem receber educação e habilitação sobre as formas de transmissão e sobre as medidas para evitar a exposição e a infecção. Os Membros devem adotar medidas para assegurar que se proporcionem serviços de prevenção, de segurança e de saúde em consonância com as normas pertinentes.

33. As medidas de sensibilização devem enfatizar que o HIV não é transmitido por simples contato físico e que a presença de uma pessoa que vive com o HIV não deve ser considerada ameaça no local de trabalho.

34. Os serviços de saúde no trabalho e os mecanismos existentes relativos à segurança e saúde no trabalho devem tratar das questões de HIV e AIDS levando em conta a Convenção e a Recomendação sobre os Serviços de Saúde no Trabalho, 1985, e as Diretrizes Conjuntas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e o HIV/AIDS, 2005, e as revisões subsequentes, além de outros instrumentos interacionais pertinentes.

CRIANÇAS E JOVENS

35. Os Membros devem adotar medidas para combater o trabalho infantil e o tráfico de crianças que possam resultar da morte ou da enfermidade, por causa da AIDS, de membros da família ou de pessoas encarregadas de cuidar das crianças, e para reduzir a vulnerabilidade das crianças ao HIV, levando em conta a Declaração da OIT sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho, 1998, a Convenção e a Recomendação sobre a Idade Mínima, 1973, e a Convenção e a Recomendação sobre as Piores Formas de Trabalho Infantil, 1999. Medidas especiais devem ser tomadas para proteger essas crianças contra o abuso sexual e a exploração sexual.

36. Os Membros devem adotar medidas para proteger os trabalhadores jovens contra a infecção pelo HIV e para incluir as necessidades especiais das crianças e dos jovens na resposta ao HIV e à AIDS no contexto das políticas e programas nacionais. Deve essas medidas incluir educação objetiva em matéria de saúde sexual e reprodutiva, em particular a divulgação de informações sobre o HIV e a AIDS, por meio da formação profissional e de programas e serviços de emprego para os jovens.

37. As políticas e os programas nacionais sobre o HIV e a AIDS e o mundo do trabalho devem:

a) ser levados a efeito, em consulta com as organizações de empregadores e de trabalhadores mais representativas e outras partes interessadas, inclusive as estruturas públicas e privadas competentes em matéria de saúde no trabalho, por intermédio de um dos seguintes meios ou de uma combinação deles:

I) a legislação nacional;

II) negociação coletiva;

III) políticas e programas de ação nacionais e do local de trabalho;

IV) estratégias setoriais, com atenção especial a setores nos quais as pessoas amparadas por esta Recomendação se encontrem mais expostas a risco;

b) incluir as autoridades judiciais competentes em matéria de trabalho e as autoridades de administração do trabalho no planejamento e implementação das políticas e dos programas, devendo ser-lhes proporcionada formação a esse respeito;

c) prever na legislação nacional dispositivos destinados a tratar da violação à privacidade, ao sigilo e a outras formas de proteção estabelecidas nesta Recomendação;

d) assegurar colaboração e coordenação entre as autoridades públicas e os serviços públicos e privados concernentes, inclusive programas de seguro e de prestações sociais ou programas de outros tipos;

e) incentivar e apoiar todas as empresas a implementar as políticas e os programas nacionais, por meio, inclusive, de suas cadeias de suprimento e redes de distribuição, coma participação de organizações de empregadores e de trabalhadores, e garantir a adesão das empresas que operam em zonas de processamento de exportação.

f) promover o diálogo social, incluída a celebração de consultas e negociação, de conformidade com a Convenção sobre Consulta Tripartite (Normas Internacionais do Trabalho), 1976, e outras formas de cooperação entre autoridades governamentais, empregadores públicos e privados e trabalhadores e seus representantes, levando em conta a opinião do pessoal dos serviços de saúde no trabalho, dos especialistas em HIV e AIDS e de outras partes interessadas, inclusive as organizações que representam as pessoas que vivem com o HIV, organizações internacionais, organizações da sociedade civil pertinentes e instâncias de coordenação nacionais;

g) ser formulados, implementados, revistos regularmente e atualizados, levando em conta a mais recente evolução científica e social e a necessidade de integrar as questões relativas às diferenças entre homens e mulheres e aos aspectos culturais;

h) estar coordenados com as políticas e programas de trabalho, seguridade social e saúde, entre outros;

i) assegurar que os Membros prevejam meios razoáveis para pô-lo em prática, com a devida atenção às condições nacionais, bem como à capacidade dos empregadores e dos trabalhadores.

DIÁLOGO SOCIAL

38. A implementação de políticas e programas sobre o HIV e a AIDS deve basear-se na cooperação e na confiança entre os empregadores e os trabalhadores e seus representantes e os governos, com o envolvimento ativo, em seus locais de trabalho, das pessoas que vivem com o HIV.

39. As organizações de empregadores e de trabalhadores devem promover a conscientização a respeito do HIV e da AIDS, inclusive sobre a prevenção e a não discriminação, por meio da oferta a seus membros de educação e de informação, que devem levar em conta preocupações quanto às diferenças entre homens e mulheres e quanto a aspectos culturais.

EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO, INFORMAÇÃO E CONSULTA

40. A formação, as instruções de segurança e todas as orientações necessárias no local de trabalho relacionadas com o HIV e a AIDS devem ser administradas de forma clara e acessível a todos os trabalhadores, em particular os migrantes, os recém-admitidos, os inexperientes, os jovens e aqueles em fase de treinamento, inclusive os estagiários e os aprendizes.

A formação, as instruções e as orientações devem levar em conta as preocupações relacionadas com as diferenças entre homens e mulheres e as de natureza cultural, e estar adaptadas às características da força de trabalho, considerando os fatores de risco a que está exposta.

41. Informações científicas e socioeconômicas atualizadas e, quando apropriado, educação e formação a respeito de HIV e AIDS devem estar disponíveis aos empregadores, ao pessoal de supervisão e aos representantes dos trabalhadores, com vistas a assisti-los na tomada de providências adequadas no local de trabalho.

42. Os trabalhadores, inclusive os estagiários, os aprendizes e os voluntários, devem receber esclarecimentos e formação apropriados sobre os procedimentos de controle de infecção pelo HIV em caso de acidente do trabalho e prestação de primeiros socorros no local de trabalho. Os trabalhadores cujas ocupações os submetam a risco de exposição ao sangue humano, aos derivados de sangue e a outros fluidos corporais devem receber formação adicional sobre

prevenção à exposição, procedimentos de registro dos casos de exposição e profilaxia posterior à exposição.

43. Os trabalhadores e seus representantes devem ter o direito de ser informados e consultados acerca das providências destinadas a implementarem políticas e programas relacionados com o HIV e a AIDS aplicáveis ao local de trabalho.

Representantes dos trabalhadores e dos empregadores devem participar das inspeções que se realizem no local de trabalho, de acordo com a prática nacional.

SERVIÇOS PÚBLICOS

44. Deve ser revisto e, se necessário, fortalecido, no combate ao HIV e à AIDS, o papel dos serviços de administração do trabalho, inclusive os de inspeção do trabalho, e das autoridades judiciais competentes em matéria trabalhista.

45. Os sistemas públicos de saúde devem ser fortalecidos e observar as Diretrizes conjuntas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e HIV/AIDS, 2005, e revisões posteriores, para ajudara garantir acesso mais amplo aos serviços de prevenção, tratamento, atenção e apoio, e para reduzir a pressão adicional sobre os serviços públicos, particularmente sobre os profissionais de saúde, causada pelo HIV e pela AIDS.

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

46. Os Membros devem cooperar, por meio de acordos bilaterais ou multilaterais, por intermédio de sua participação no sistema multilateral ou por outros meios efetivos, com vistas a dar cumprimento a presente Recomendação.

47. Medidas para garantir aos trabalhadores migrantes o acesso aos serviços de prevenção, tratamento, atenção e apoio relacionados com o HIV devem ser adotadas pelos países de origem, de trânsito e de destino, e devem ser firmados acordos entre esses países, sempre que apropriado.

48. Deve estimular-se a cooperação internacional entre os Membros, suas estruturas nacionais dedicadas ao HIV e à AIDS e as organizações internacionais pertinentes, incluindo-se o intercâmbio sistemático de informações a respeito de todas as medidas adotadas para responder à pandemia do HIV.

49. Os Membros e as organizações multilaterais devem dispensar particular atenção à coordenação e aos recursos necessários para satisfazer as necessidades de todos os países, em especial daqueles com elevada prevalência da epidemia, na elaboração de estratégias e

programas internacionais para a prevenção, o tratamento, a atenção e o apoio relacionados com o HIV.

50. Os Membros e as organizações internacionais devem empenhar-se para reduzir o preço de todos os tipos de insumos para a prevenção, o tratamento e o cuidado das infecções causadas pelo HIV, de outras infecções oportunistas e dos cânceres relacionados com o HIV.

51. Os Membros devem estabelecer mecanismo apropriado ou utilizar um mecanismo existente para monitorar a evolução de sua política nacional sobre HIV e AIDS e o mundo do trabalho, bem como para formular diretrizes para sua adoção e implementação.

52. As organizações de empregadores e de trabalhadores mais expressivas devem estar representadas, em igualdade de condições, no mecanismo destinado a monitorar a evolução da política nacional. Além disso, essas organizações devem ser consultadas, no âmbito desse mecanismo, com a frequência necessária e levando em conta as opiniões das organizações de pessoas que vivem com o HIV, relatórios de especialistas e estudos técnicos.

53. Os Membros devem, na medida do possível, coletar informações pormenorizadas e dados estatísticos e realizar pesquisas sobre a evolução, nos âmbitos nacional e setorial, dos temas relativos ao HIV e à AIDS no mundo do trabalho, levando em conta a distribuição entre mulheres e homens e outros fatores pertinentes.

54. Além das providências previstas no artigo 19 da Constituição da Organização Internacional do Trabalho, a revisão periódica das ações empreendidas com base na presente Recomendação pode ser incluída nos relatórios nacionais para o UNAIDS e em relatórios elaborados em razão de instrumentos internacionais pertinentes.