



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
CENTRO REGIONAL DE BRAGA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

**VIDAS EM PROMOÇÃO:**  
A influência da crise económica na prevenção da  
saúde na prostituição

**II Ciclo de Estudos em Serviço Social**

**Catarina Raposo Vieira da Silva**

Orientadora

Professora Doutora Alexandra Esteves

Braga 2015



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
CENTRO REGIONAL DE BRAGA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

**VIDAS EM PROMOÇÃO:**  
A influência da crise económica na prevenção da  
saúde na prostituição

**II Ciclo de Estudos em Serviço Social**

**Catarina Raposo Vieira da Silva**

Orientadora

Professora Doutora Alexandra Esteves

Braga 2015



## DECLARAÇÃO DE HONRA

### Entrega de dissertação ou relatório

Catarina Raposo Vieira da Silva, número: 232813081 do II Ciclo de Estudos em Serviço Social, declara por sua honra que o trabalho apresentado é de sua exclusiva autoria, é original, e todas as fontes utilizadas estão devidamente citadas e referenciadas, que tem conhecimento das normas e regulamentos em vigor<sup>1</sup> na Faculdade de Ciências Sociais e que tem consciência de que a prática voluntária de plágio, auto-plágio, cópia e permissão de cópia por outros constituem fraude académica.

Braga, 2015

Catarina Raposo Vieira da Silva  
(assinatura)

---

#### <sup>1</sup> Artigo 13º do Regulamento de Avaliação Fraude

1. A fraude em qualquer prova de avaliação implica uma classificação final de zero valores e impedirá o aluno de se apresentar a qualquer forma de avaliação na mesma unidade curricular na mesma época de exames em que a fraude ocorreu.
2. A ocorrência de fraude terá de ser comunicada, pelo docente responsável pela avaliação e respectivo vigilante, à Direcção da Faculdade com especificação das seguintes informações: tipo de prova de avaliação, data, nome e número do aluno em causa e descrição sumária da ocorrência anexando eventuais comprovativos da fraude.
3. A ocorrência destas fraudes será objecto de averbamento no processo do aluno.



*Ao meu Avô das Estrelas,*

*Homem de Abril, que marcou a minha vida...*

## **Agradecimentos**

Porque *a gratidão é a memória do coração*, não posso deixar de fazer um agradecimento especial a todos quantos fizeram parte da minha vida durante este percurso.

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Alexandra Esteves, minha orientadora de dissertação, pelo apoio, estímulo, confiança e amizade. A sua admirável disponibilidade e cooperação constantes, determinaram o meu percurso.

À coordenadora do Programa Autoestima Dr.<sup>a</sup> Cecília Eira que permitiu a minha presença na equipa do Programa Autoestima ao longo destes seis meses.

A toda a Equipa Técnica deste programa que me integrou e proporcionou uma relação de proximidade e confiança com a população trabalhadora sexual.

Aos amigos do coração que me apoiaram e acreditaram em mim: João, Irene, Sara, Vanda e Ana.

Ao meu pai e à minha irmã, pela sua presença e conselhos sábios ao longo desta caminhada.

À minha mãe, Graça Raposo, amiga, colega, companheira de luta e fonte de inspiração.

Finalmente, quero agradecer às protagonistas desta dissertação, as mulheres que exercem prostituição, pela disponibilidade, confiança, afeto, coragem e partilha de saberes e experiências.

*Adeus – disse a raposa – vou-te contar o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos.*

## Resumo

Em pleno século XXI, a prostituição, ainda que denominada a mais antiga profissão do mundo, continua a ser uma atividade invisível para muitos setores da sociedade.

A verdade é que a prostituição assume-se cada vez mais como profissão, como meio de subsistência aceite pelos seus trabalhadores pela necessidade de sobreviver e sustentar as suas famílias. No entanto, é evidente que a prostituição com o seu *status* estigmatizado é alvo de repressões e censuras, não sendo vista como uma profissão que requer atenção e cuidados de saúde.

No atual contexto socioeconómico, a pertinência deste estudo impõe-se pela necessidade de compreender *a influência da crise económica na prevenção da saúde na prostituição*. Este estudo foi efetuado ao longo de seis meses, com a colaboração do “Programa Autoestima”, projeto de apoio aos trabalhadores do sexo, com recurso a técnicas de observação e registos em diários de campo e composto por uma amostra de dez mulheres, a exercer atividade no concelho de Guimarães, inquiridas por entrevistas semiestruturadas, com o objetivo de avaliar o seu nível de conhecimento sobre riscos e práticas preventivas.

Efetuámos uma diversificada abordagem analítica a temas que consideramos relevantes sobre trabalho sexual e foram realizadas entrevistas aos técnicos intervenientes no “Programa Autoestima”, com o propósito de contribuirmos para um conhecimento mais aprofundado desta problemática em todas as suas vertentes.

Foi indiscutível a contextualização do tema no âmbito da saúde pública, tendo em conta as suas atuais particularidades, bem como os avanços e recuos ao longo dos tempos no combate às IST, nomeadamente ao VIH/SIDA.

Com este estudo pretendeu-se fazer emergir as preocupações associadas à problemática da prostituição, promover estratégias de prevenção das IST, percebendo a correlação dos efeitos da crise económica no comportamento destas mulheres. Procurámos ainda dar destaque ao “Programa Autoestima” como modelo de intervenção na promoção da saúde de grupos mais vulneráveis e estigmatizados.

Palavras-chave: Trabalho Sexual; Crise económica; Saúde Pública; Programa Autoestima; Estigma; IST.

## Abstract

In the XXI century, prostitution, although called the oldest job in the world, continues to be an invisible activity to many sectors of society.

The truth is that prostitution assumes itself more as a job, as a livelihood accepted by its workers by the need to survive and sustain their families. However it is clear that prostitution with its stigmatized status is a target of repressions and censorship, not being seen as a job that requires attention and healthcare.

In the current socio-economic context, the relevance of this study is imposed by the need to understand *the influence of the economical crisis on sex worker population's health prevention*.

This study was carried out over six months with the collaboration of a supported program for sex workers, "Programa Autoestima". It was used observation techniques, records, field diaries of a sample of ten women which are in activity in Guimarães, surveyed by semi-structured interviews in order to assess their level of knowledge about risks and preventive practices.

It was made a diversified analytical approach to issues that we consider relevant about sex work as well as interviews with the professionals that work in "Programa Autoestima" in order to contribute to the true knowledge of this issue in all its aspects. It was unarguable the contextualization of the public health particularly its current characteristics, as well as further advances and retreats over the years in the fight against STIs, as HIV / AIDS.

This study was intended to bring out the concerns associated with the issue of prostitution, promoting STI prevention strategies realizing the correlation effects of the economic crisis on the behavior of these women.

Still, we tried to emphasize the "Programa Autoestima" as a model of intervention in health promotion in vulnerable and stigmatized groups.

Keywords: Sex Work; Economic crisis; Public Health; Programa Autoestima; Stigma; IST.

## Índice

Agradecimentos .....	V
Resumo .....	VI
Abstract.....	VII
Índice de Quadros .....	XI
Índice de Gráficos .....	XII
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	XIII
Introdução.....	1
Capítulo I .....	5
Evolução histórica da prostituição.....	5
1.1 - A prostituição na era medieval .....	6
1.2 - O Renascimento .....	8
1.3 - Século XVIII.....	9
1.4 - A prostituição no século XIX .....	10
1.5 - Século XX.....	17
Capítulo II.....	21
As trabalhadoras do sexo e os seus comportamentos.....	21
2.1 - Porquê ser uma trabalhadora do sexo? .....	22
2.2 - Características das trabalhadoras sexuais.....	25
a) O estigma.....	25
b) A arte de encenar .....	26
c) Redes sociais familiares e conflitos .....	27
d) Boas práticas .....	31
2.3- A prostituição de rua e a prostituição abrigada.....	33
2.4- Tipos de clientes .....	34
Capítulo III .....	37
A Saúde Pública e as Infecções Sexualmente Transmissíveis .....	37
3.1 - Conceito de saúde pública .....	38
3.2 - Saúde pública - Breve resenha histórica .....	40
3.3 - Infecções Sexualmente Transmissíveis -VIH / SIDA .....	44
3.4 - Origem do VIH - SIDA.....	45
3.5 - A importância da Saúde Pública no combate às Infecções Sexualmente Transmissíveis .....	47
a) Utilização dos serviços de saúde.....	49



b) O uso do preservativo .....	49
c) As drogas e o álcool .....	51
d) As relações amorosas .....	52
3.6 - Educação Sexual: A necessidade de programas de saúde pública .....	52
3.7 - As trabalhadoras sexuais como potenciais educadoras sexuais.....	53
Capítulo IV .....	57
O efeito da crise económica .....	57
4.1 - A crise económica em Portugal .....	58
4.2 - O efeito da crise económica na vida das trabalhadoras sexuais .....	62
a) Os novos casos de prostituição em Portugal .....	62
4.3 - A crise nas trabalhadoras sexuais.....	64
Capítulo V .....	68
O Programa Autoestima.....	68
5.1 - Algumas considerações e sugestões para o sucesso de um programa com intervenção das trabalhadoras sexuais.....	69
5.2 - Programa Autoestima.....	74
a) Porquê a designação Programa Autoestima?.....	75
5.3 - A visão dos técnicos.....	83
Capítulo VI .....	93
Metodologia .....	93
6.1 - Questões orientadoras / Objetivos da investigação .....	94
6.2 - O método: O estudo de caso .....	95
6.3 - O método qualitativo .....	96
6.4 - Técnicas de recolha de informação .....	97
a) Entrevista.....	97
b) Observação .....	101
c) Pesquisa documental e pesquisa bibliográfica .....	103
6.5 - Técnicas de análise de dados.....	103
Análise de conteúdo.....	103
Capítulo VII.....	104
7 - Análise das entrevistas.....	105
Capítulo VIII .....	127
8 - Principais conclusões .....	128
Conclusão .....	140
Referências Bibliográficas .....	145

<b>Fontes.....</b>	<b>156</b>
<b>Apêndice.....</b>	<b>157</b>
<b>Anexo I - Quadro nº 6 : Identificação das trabalhadoras sexuais entrevistadas .....</b>	<b>158</b>
<b>Anexo II - Guião da Entrevista Semiestruturada.....</b>	<b>159</b>

## Índice de Quadros

Quadro nº 1 “Escolaridade”.....	107
Quadro nº 2 “Idade”.....	109
Quadro nº 3 “Média de valor mensal”.....	114
Quadro nº 4 “Média de valor mensal”.....	115
Quadro nº 5 “Número de clientes”.....	115
Quadro nº 6 “Identificação das trabalhadoras sexuais entrevistadas”.....	158

## Índice de Gráficos

Gráfico nº 1 “Em dez anos o que mudou?” .....	119
Gráfico nº 2 “O que acha do Programa Autoestima?” .....	124

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- ARS – Administração Regional de Saúde
- CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes
- CHAA – Centro Hospitalar do Alto Ave
- CRI – Centro de Respostas Integradas
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- HPV - Vírus do papiloma humano
- INE – Instituto Nacional de Estatísticas
- IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- TAMPEP - European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers
- VIH- Vírus da Imunodeficiência Humano

## Introdução

O fenómeno da prostituição é do conhecimento da sociedade.

Ainda que os trabalhadores sexuais tenham, desde a sua existência, um lugar invisível na sociedade, a verdade é que a prostituição também tem sido retratada na literatura, na música e nos meios de comunicação social. Todavia, na maioria das vezes, este fenómeno é visto de forma enviesada, associado a imagens negativas, pré concebidas e tendencialmente relacionado a drogas, à violência, à exploração, à prática de delitos, à necessidade económica e a comportamentos desviantes e promíscuos.

Face a este fenómeno, os serviços de saúde, à medida de cada época, foram desde sempre manifestando uma certa preocupação com a divulgação de conhecimentos de prevenção da doença e de promoção da saúde. Contudo, estes cuidados foram perdendo a exclusividade destes serviços e passaram a ser partilhadas por vários outros setores da sociedade e, muito especificamente, pela comunicação social.

Decorrente deste interesse e da divulgação de informações sobre o fenómeno da prostituição, este começa então a ser do conhecimento da sociedade, mas sob uma prescritiva tendencialmente marginalizada, em que não se questiona o motivo da sua existência, desvalorizando-se de forma contínua o âmago desta problemática. Por outro lado, constata-se que nos meios académicos são poucos os investigadores que abordam temáticas ou apresentam estudos e investigações sobre prostituição e, quando existem, verifica-se uma clara tendência para focar e limitar o assunto aos perigos de infeções sexualmente transmissíveis, ignorando-se mais uma vez a procura de um conhecimento mais lato e de uma maior compreensão sobre este fenómeno sob todas as suas vertentes.

Com esta dissertação, procuramos em primeiro lugar dar “voz” a todas as pessoas que exercem trabalho sexual, tentando de certo modo combater o estigma e reforçar a inclusão social destes indivíduos perdidos nos interstícios da sociedade e, por outro lado, pretendemos proporcionar aos leitores desta dissertação novas realidades, por certo bastantes diferentes das comuns áreas de conforto.

O facto de este ser um tema pouco abordado pelo Serviço Social, aguçou-nos o interesse e aliciou-nos para uma exploração mais aprofundada desta temática e alertou-nos para a pertinência de uma intervenção direcionada para a melhoria das condições de vida desta população, através de estratégias de prevenção e promoção da saúde.

Por último, consideramos fundamental dar a conhecer o programa de saúde pública que nos acompanhou ao longo destes seis meses, e que foi um parceiro fundamental para a realização desta dissertação, nomeadamente no que respeita à proximidade com a população alvo, realização de entrevistas, contactos e observações.

O presente trabalho constitui-se, assim, como uma compilação organizada de saberes, que tem como principal objeto a temática da prostituição de rua e prostituição abrigada, procurando compreender a influência da crise económica na prevenção da saúde na prostituição.

Para a concretização dos nossos objetivos devemos considerar três aspetos que se nos afiguram como essenciais: a atual crise económica portuguesa que tem vindo a provocar alterações estruturais nas classes sociais; a intervenção da saúde pública tendo em conta novos riscos e fragilidades na prevenção de infeções sexualmente transmissíveis; e o impacto do Programa Autoestima na prevenção e inclusão social dos trabalhadores sexuais.

Como resultado deste percurso, o trabalho que a seguir apresentamos organiza-se em oito capítulos, expondo-se em cada um as principais particularidades e objetivos do tema.

No primeiro capítulo, pretendemos contextualizar a temática da prostituição, expondo os marcos mais relevantes sobre os seus avanços e recuos, delineando uma abordagem histórica desde a Idade Média até ao século XX. Considerando que os restantes capítulos referem aspetos da atualidade, o século XXI bem como as particularidades da prostituição nesta época encontram-se contemplados ao longo da dissertação.

Deste modo, e de forma a compreender melhor as especificidades da população alvo, procedemos no segundo capítulo à caracterização das trabalhadoras sexuais, onde exploramos as razões pelas quais ingressam nesta prática e procuramos conhecer que tipo de clientes recorrem a estes serviços. Para uma melhor compreensão da temática, tornou-se assim imperioso perceber as principais diferenças entre a prostituição de rua e a prostituição abrigada, obtendo-se singularidades e perspetivas diferentes e, por conseguinte, um maior enriquecimento em termos de conhecimento.

Em consonância com os principais objetivos da nossa investigação, o conceito de saúde pública e o seu papel na prevenção das IST adquirem contornos particularmente importantes. Assim, no terceiro capítulo consideramos pertinente começar por delinear o conceito de saúde pública para apresentar de seguida uma breve

resenha histórica dos contributos mais notáveis na sua evolução a nível nacional e mundial.

A contextualização da saúde pública no presente trabalho encontra-se inevitavelmente interligada à temática das relações desprotegidas e riscos de infeções sexualmente transmissíveis, com particular relevância no que concerne ao vírus da SIDA, pelo impacto que a doença assumiu desde o seu surgimento até à atualidade. Perceber a sua história e a sua evolução, bem a sua associação aos homens e mulheres que se prostituem, afigurou-se-nos como uma abordagem fundamental de conhecimento e compreensão sobre o tema que nos propusemos trabalhar.

Foi nosso objetivo proporcionar as condições ideais para uma análise da importância da saúde pública no combate às infeções sexualmente transmissíveis, enfatizando a necessidade da utilização dos serviços de saúde, de métodos preventivos sexuais eficazes, o combate à toxicod dependência e o cuidado nas relações íntimas pessoais.

Procurámos ao longo desta análise e sempre em conformidade com o suporte teórico, realçar a importância da educação sexual para os trabalhadores do sexo, de modo a promover a sua autonomia e a capacidade de se assumirem como potenciais educadores sexuais, não só dos seus clientes, mas de todos os que integram as suas redes sociais.

No capítulo IV, dedicado à crise económica, procurámos compreender o atual contexto de crise económica em Portugal, as decorrentes alterações estruturais e as novas e conseqüentes necessidades sociais. Em consonância com os objetivos do presente trabalho, procurámos destacar, por analogia, os efeitos da crise económica na prostituição em Portugal, alicerçando-nos não só num vasto suporte teórico, mas também na observação e no testemunho das trabalhadoras sexuais entrevistadas e dos profissionais que trabalham esta área.

Seguindo o nosso percurso, no quinto capítulo apresentámos o Programa Autoestima. Além da abordagem sobre o enquadramento legal e objetivos deste programa, procurámos também transmitir o conhecimento adquirido sobre o mesmo através da nossa observação e da experiência de trabalho de campo; considerámos ainda indispensável revelar as atribuições e particularidades da sua intervenção, na melhoria das condições de vida da população trabalhadora sexual através da definição de estratégias de prevenção e promoção da saúde. A nossa atenção focou-se ainda na perspetiva dos técnicos intervenientes em diferentes áreas profissionais do Programa



Autoestima, como elementos altamente enriquecedores pelas informações e testemunhos que transmitiram, contribuindo para que a nossa análise se apresente mais completa e aprofundada

No sexto capítulo abordamos a metodologia utilizada, valorizando-a como ferramenta fundamental de todo o processo de investigação e de organização. Ao longo de seis meses de pesquisa, a abordagem utilizada foi o estudo de caso, focando-nos no método qualitativo, através das entrevistas realizadas, observação e suporte teórico.

Num dos principais momentos do nosso trabalho, o capítulo VII, apresentamos a análise das entrevistas realizadas às trabalhadoras sexuais, tendo como base de ordenação o guião da entrevista semiestruturada. A partir destas entrevistas propusemo-nos efetuar uma análise cuidada e aprofundada, recorrendo ao cruzamento de dados com vários autores, bem como de diversas fontes, no sentido de obtermos ilações válidas, ricas, muitas delas em conformidade com outras realidades de prostituição a nível nacional.

Depois de percorridas todas as temáticas que nos propusemos investigar, no oitavo capítulo apresentamos as principais conclusões obtidas na nossa investigação, através dos testemunhos e das observações realizadas às trabalhadoras sexuais, tendo sempre em conta a pesquisa documental e bibliográfica sobre a prostituição.

O nosso percurso termina com a conclusão sobre a temática que abordámos, apresentando-se sob a forma de uma reflexão de todos os dados empíricos que tratamos, em conformidade com as expectativas e objetivos por nós preconizados. Enunciamos também sugestões porque acreditamos que a exposição do presente trabalho não se constitui somente como um relato simplista ou um singular registo de informações obtidas através das atividades que desenvolvemos, esperamos sim que ele se torne um verdadeiro instrumento de análise que contribua para a solução de problemas sociais.

Terminamos com a apresentação de uma breve referência às trabalhadoras sexuais, que foram desde o início incansáveis para a realização das entrevistas, e que graças aos seus corajosos testemunhos poderão ser agentes de mudança de mentalidades.

**Capítulo I**  
**Evolução histórica da prostituição**

## 1.1 - A prostituição na era medieval

Ao realizarmos uma abordagem histórica da temática da prostituição, é inevitável que sejamos sempre confrontadas com diferentes posicionamentos assumidos por distintos autores. Fazendo uma síntese da análise histórica que realizámos, tentámos registar os marcos mais relevantes, bem como os que encontrámos com maior consenso bibliográfico.

Na Europa Medieval, existiam prostitutas que trabalhavam apenas para peregrinos que se deslocavam em romagens religiosas. Assim, além de proporcionarem uma distração para estes viajantes, garantia-se também o sustento das mulheres dos lugares por onde passavam. As prostitutas eram também muito requisitadas por membros dos exércitos que, além dos habituais serviços sexuais, requisitavam-nas também para outras tarefas como tratar de feridas, cozinhar e limpar. Na sua maioria, as prostitutas eram camponesas deslocadas das suas terras e que se encontravam em situações de grande pobreza e vulnerabilidade, sujeitas muitas vezes à prepotência dos seus clientes (Roberts, 1992).

No ocidente, o século XI foi provavelmente o menos opressivo para estas mulheres. Algumas conseguiram instalar os seus próprios bordéis, estalagens e tabernas e, apesar de a Igreja estar contra esta prática, as prostitutas não se escondiam e não eram exploradas. Contudo, esta realidade foi alterada com a ascensão dos grupos instruídos, passando a prostituição a ser vista como algo repulsivo (Roberts, 1992). Em consequência, e por intervenção do clero, começam-se a criar estratégias com o objetivo de extinguir esta prática, levando ao aparecimento de uma nova realidade: as comunidades monásticas de prostitutas convertidas.

Estas comunidades, também conhecida por “Lares de Convertidas” ou “Lares de Madalena” existiram por toda a Europa, mas com certas especificidades que variavam de país para país. Algumas só aceitavam mulheres com menos de 25 anos, outras aceitavam mulheres de todas as idades e outras ainda davam a opção de voltarem para a prostituição caso não se adaptassem às regras e conduta da sociedade (Roberts, 1992). No entanto, a maioria destes lares forçava as mulheres a fazer votos sagrados e, caso não o fizessem, eram punidas com os mais duros castigos. Atribuía-se às mulheres convertidas a execução de trabalhos considerados honrados, preferencialmente não remunerados, tais como o de bordadeiras e fiadeiras (Roberts, 1992).

Surgem, entretanto, as primeiras leis que visam controlar a prostituição. Apesar de muitas delas não serem concretizadas com sucesso, instituiu-se que as prostitutas não podiam testemunhar ou queixar-se em tribunal, nem podiam acusar pessoas por crimes contra elas, nomeadamente crime de rapto e violação (Pessoa, 2006; Roberts, 1992). As autoridades consideravam, portanto, que este grupo de mulheres era indigno da proteção das leis. Esta condição de prostituta facilitava a exploração, as ofensas e o abuso por parte dos homens e da sociedade em geral (Roberts, 1992).

Em 1254, o Rei Luís IX de França pretendeu erradicar a prostituição. Nesse sentido, anunciou que todas as prostitutas deveriam ser expulsas das cidades e do campo, e que todos os seus bens fossem confiscados. Devido a estas medidas, as prostitutas sentiram necessidade de uma maior prudência, mostrando-se reservadas durante muito tempo.

Esta realidade apenas foi alterada quando surgiram grandes manifestações por parte dos cidadãos, relacionadas com o facto de as suas mulheres e filhas serem perseguidas e molestadas por homens sedentos de sexo. As medidas então tomadas pelo monarca foram postas de lado, voltando a prostituição a ser tolerada (Roberts, 1992).

A prostituição, uma realidade secular, por um lado era condenada, mas, por outro, era defendida para evitar a mácula das mulheres de boas famílias, o que determinou a defesa da prostituição como uma instituição social de serviço público, que deveria ser tolerada e regulada (Tavares, 2012).

Assim, em toda a Europa surgiram movimentos de regulamentação de modo a se conseguir uma distinção entre as prostitutas e as mulheres respeitáveis. Em Milão, era obrigatório o uso de capas negras, em Londres toucas às riscas e em Viena todas as prostitutas deveriam ter um lenço amarelo (Pessoa, 2006; Roberts, 1992). Em Espanha, não lhes era permitido o uso de escapulários nem outros objetos associados à religião, não podiam usar carruagens nem adornos, como ouro, pérolas e sedas (Pessoa, 2006).

Em Portugal no reinado de D. Afonso IV, iniciou-se um movimento para criar bairros específicos para as prostitutas, bem como divisas, de modo a distingui-las das mulheres honradas (Costa & Alves, 2001).

No final do século XIV, na cidade de Londres, caso as prostitutas fossem encontradas a trabalhar fora dos locais estabelecidos, eram imediatamente presas, humilhadas em praça pública e torturadas, sendo usual raparem-lhes a cabeça (Roberts, 1992). Algumas, para escapar a esse destino, sujeitavam-se ao pagamento de subornos

às autoridades, contribuindo desta forma para que estas arrecadassem muito dinheiro à custa da sua fragilidade emocional (Roberts, 1992).

No final do século XIV dá-se, em França, um marco notável na História da prostituição: pela primeira vez estas mulheres poderiam testemunhar em tribunais, defendendo assim os seus direitos (Roberts, 1992).

Não obstante este reconhecimento de direitos, no século seguinte, a prostituição torna-se totalmente proibida em todos os países da Europa, aplicando-se penas severas contra todos os que favorecessem ou causassem a dissolução dos bons costumes. Também as concubinas eram perseguidas e castigadas (Pessoa, 2006).

## **1.2 - O Renascimento**

O Renascimento é caracterizado pela afirmação do “livre pensamento”, do ser racional e inquisitivo. Pela primeira vez, dá-se uma rutura com a Igreja Católica e ocorrem grandes mudanças económicas, sociais, políticas e religiosas (Delumeau, 1988b).

Sendo o Homem considerado o centro do Mundo, dá-se uma grande desvalorização do trabalho das mulheres em todos os domínios. Todo o saber deveria competir aos homens e as mulheres deveriam cingir-se ao trabalho doméstico (Delumeau, 1988a). Assim, a prostituição é novamente vista como um perigo para a sociedade, sendo interpretada como uma forma desonesta de conseguir poder económico (Roberts, 1992).

Neste período, a sífilis é identificada, espalhando-se pela Europa a um ritmo galopante. Apesar de na altura se desconhecer a forma de transmissão desta doença, a sífilis serviu facilmente de bode expiatório para discriminar e perseguir as prostitutas. Foi criada uma campanha de combate à vida meretrícia, aludindo-se à doença como o castigo à imoralidade dos homens que recorressem às prostitutas (Roberts, 1992).

No ano de 1521, o monarca português D. Manuel I promulgou a Lei de oito de Julho que proclamava que se alguma mulher se prostituísse, seria aplicada uma pena de prisão e desterro por quatro meses para fora da cidade onde residisse (Costa & Alves, 2001). Já D. João III, apesar de expulsar as prostitutas da cidade, criou abrigos para todas as que estivessem arrependidas e que pretendessem alterar o rumo das suas vidas. Fundou em Lisboa a “Casa das Convertidas de Nossa Senhora da Natividade” (Costa & Alves, 2001).

As penas mais severas eram geralmente aplicadas às prostitutas mais pobres e mais vulneráveis, enquanto as que exerciam prostituição abrigada, que frequentavam estalagens, mercados e feiras, conseguiam escapar com maior facilidade às punições.

No entanto, e apesar das repressões, a prostituição foi aumentando exponencialmente devido à expansão e crescimento da população e ao empobrecimento do povo (Roberts, 1992). As riquezas do Novo Mundo trouxeram um aumento da prostituição no século XVII, desenvolvendo-se tanto nas cidades como nas cortes (Costa & Alves, 2001).

É de referir que era uma realidade desta época os pais de famílias venderem as próprias filhas para a atividade da prostituição. Era um negócio bastante comum pelo facto de ser lucrativo (Roberts, 1992).

### **1.3 - Século XVIII**

No que concerne à sexualidade, o século XVIII surgiu com algumas inovações. Aparecem novas formas de expressar a sexualidade, nomeadamente através da pornografia, que trouxe consigo um novo termo: as profissionais do sexo. Eram caracterizadas pelo culto da imagem e, para que o seu trabalho fosse exímio, dedicavam-se mais à higiene e ao tratamento do corpo (Roberts, 1992). Na mesma época, nos Estados Unidos da América, surgem também os bordéis especializados em mulheres de raça negra e em mulheres virgens (Roberts, 1992).

Os defensores do Iluminismo, caracterizados como pensadores progressistas, fizeram uma análise racional de todos os aspetos que os rodeavam. Tal como na época Renascentista, reconheceram que o homem era um ser superior em detrimento da mulher, e que esta deveria apenas cingir-se à vida doméstica e materna (Gélis, 1990). Jean-Jacques Rousseau, figura incontornável do século XVIII, influenciou toda uma época, reforçando a importância da família, das crianças e da função da mulher para a procriação. A família era então uma instituição e um pilar fundamental da sociedade, e a prostituta era vista como um elemento para manter harmonia, uma vez que evitava a abstinência sexual dos homens (Gélis, 1990).

O aumento da pobreza e de problemas sociais, como a exploração laboral, levou muitas mulheres para a prostituição. Para as mulheres pobres, a vida meretrícia era uma alternativa preferível ao trabalho que ocupava dezasseis horas diárias.

Nada mudou ao longo dos tempos, pois a prostituição continuou a ser vista como um trabalho desonroso, mal pago e imoral (Roberts, 1992).

Em França, no final do século XVIII, a prostituição começou a ser encarada como um problema social, equiparado à delinquência e à deficiência, devendo por isso ser tratada como tal. Assim, e de acordo com Michel Foucault (Foucault, 1988b), sempre que uma mulher era condenada por se prostituir, deveria ser colocada num hospital que averiguaria que doenças venéreas tinha, devendo ser tratada com o objetivo de a reabilitar e inserir na sociedade. No entanto, as condições e tratamentos a que era sujeita eram desumanas (Roberts, 1992). Em Portugal, no final do século XVIII, o Pina Manique proíbe todas as meretrizes de deambularem em locais frequentados por gente honrada e honesta.

Ao longo deste século foram criadas várias leis e normas que, na sua maioria, eram contraditórias. Por outras palavras: quem detinha o poder poderia fazer o que bem entendesse com este grupo de marginalizadas (Roberts, 1992). Um marco significativo desta época foi a criação em Londres do “Magdalen Hospital” em 1758 por William Dodd, onde mais uma vez o objetivo era converter as prostitutas em mulheres disciplinadas e cristãs (Roberts, 1992).

#### **1.4 - A prostituição no século XIX**

No final do século XVIII, com a Revolução Francesa, a sociedade une-se pela primeira vez, estabelecendo uma aliança entre o povo rico e pobre. No entanto, esta aliança durou pouco tempo, provocando grandes alterações na sociedade. Os pressupostos de Igualdade, Liberdade e Fraternidade foram substituídos pela exploração dos pobres pela burguesia. A Revolução Francesa trouxe consigo o aumento dos preços dos produtos, ao passo que os ordenados eram muito baixos (Vovelle, 2007). Em consequência, surgem maiores índices de pobreza e o crescimento do negócio do sexo. As prostitutas assumiam-se em público e deambulavam por todas as ruas das cidades. Nunca em outro século tinham existido tantas mulheres a trabalhar na prostituição (Corbin, 1990; Roberts, 1992).

Em 1810, a polícia da cidade de Paris criou uma brigada para supervisionar as prostitutas, devendo todas estas mulheres sujeitar-se mensalmente a uma inspeção vaginal. Como no século anterior, caso se detetasse alguma doença venérea, a meretriz deveria ser institucionalizada num hospital-prisão. Em 1830, e nos anos que se

seguiram, criaram-se variadas regulamentações para a proibição da prostituição em locais públicos, tais como jardins e hotéis (Corbin, 1990; Roberts, 1992).

Apesar da prostituição ser proibida, surgem várias casas clandestinas com condições de higiene lastimáveis. As mulheres ofereciam os seus serviços por preços mínimos, sendo associada a prostituição clandestina à imagem de transmissoras de doenças, de lixo, morte e inferno (Corbin, 1990).

Em Portugal, no século XIX, a prostituição não estava proibida, mas apostava-se na aplicação de medidas de higienização para prevenir e combater as doenças venéreas (Esteves, 2012). Em 1836, foi criado o Conselho de Saúde Pública do Reino. Depois de serem realizados estudos sobre a sífilis e a sua associação à prostituição, tornou-se imperioso criar uma regulamentação para esta atividade. Era um mal que era necessário combater, tentando-se limitá-lo o mais possível. Foram criadas as inspeções sanitárias para todas as prostitutas que residiam em Casas de Toleradas (Alves, 2009; Policarpo, 2011).

O Código Administrativo de 1836 admitia uma certa permissividade em relação à prostituição, não com o objetivo de a facilitar, mas sobretudo de a controlar (Esteves, 2012). O administrador do concelho deveria proceder ao registo das prostitutas da sua área, para que pudessem ser submetidas a uma inspeção sanitária. As que faltassem à convocatória eram castigadas (Esteves, 2012). O Código Administrativo de 1842 preconiza o mesmo que o Código Administrativo de 1836, atribuindo ao administrador do concelho a responsabilidade de fiscalizar as prostitutas (Esteves, 2012). Outro regulamento, datado de 1838, proibia que todas as casas próximas de igrejas, passeios e praças fossem habitadas por prostitutas (Costa & Alves, 2001).

Em 1837, graças ao médico Francisco Inácio de Santos Cruz, surge o primeiro estudo sobre a prostituição, que visava regular policial e sanitariamente esta prática (Moreira, 2007).

Tavares refere que:

*A primeira regulação da prostituição em Portugal surgiu em 1853 (regulamento sanitário de meretrizes do Porto). Em 1858, foi decretada uma regulamentação mais geral que obrigava estas mulheres a matricularem-se num livro de registo na repartição da polícia ou no governo civil (Tavares,2012:2).*

Em 1871, foi publicado o Regulamento Policial das Toleradas do Concelho de Braga. Este regulamento tinha como principais objetivos: vigiar o comportamento das prostitutas; reprimir os excessos e ajudar as prostitutas que quisessem abandonar a



prostituição; garantir o cumprimento das normas sanitárias para impedir a propagação da sífilis e outras doenças venéreas. Quase todas as prostitutas eram consideradas toleradas, com exceção das menores de 17 anos (Esteves, 2012). As prostitutas deveriam ser invisíveis, ou seja, ninguém deveria aperceber-se da sua presença e, caso fossem localizáveis e identificáveis, as autoridades exerceriam controlo sobre as mesmas (Silva, 2007).

As prostitutas assumiam assim o seu papel na sociedade. Dado que os homens tinham necessidades sexuais, estas regulavam os seus “instintos depravados”, de modo a que as mulheres de família não sofressem qualquer tipo de promiscuidade. Assim, as prostitutas serviam para manter uma boa relação familiar (Vicent, 1991; Policarpo, 2011; Silva, 2007). Além dessa função, a meretriz tinha como utilidade a iniciação da vida sexual dos jovens menores, a satisfação sexual de quem se encontrava em celibato, e o apaziguamento dos maridos que não estavam satisfeitos com as suas mulheres (Corbin, 1990).

Conseguia-se fazer uma distinção entre a prostituta genuína e a meretriz teatral. A primeira prostituía-se por necessidade face a dificuldades económicas, deficiências físicas e mentais, acidentes, viuvez, abandono pelo marido, etc. A segunda resultava de uma opção de vida fácil e clandestina, que era motivada pelo prazer (Silva, 2007; Vieira, 1892).

Na Grã-Bretanha, na Era Vitoriana, enfrenta-se uma dura realidade: o trabalho infantil. E adicionado a esse facto, surge o aumento de exploração sexual de crianças. As crianças, além de trabalharem em condições desumanas, eram muitas vezes violentadas. O aumento da pobreza conduziu ao surgimento de tráfico infantil para redes de prostituição. Muitas vezes, eram as próprias famílias que, ao passarem situações de grande carência económica, colocavam os filhos na rua para venderem os seus corpos (Roberts, 1992).

A prostituição clandestina e o proxenetismo eram uma realidade em todos os países, sendo muitas vezes praticada pelas famílias, nomeadamente pelas próprias mães (Vieira, 1892). Neste século surge uma maior exigência por parte dos clientes em relação às prostitutas. Começa a apelar-se a maiores condições de higiene e de beleza das mulheres, bem como do espaço onde exercem prostituição. Assim, no final do século XIX, surgem as cortesãs, que eram prostitutas de origem humilde, agora ricas, que se destacavam por conseguirem arrecadar um lugar extravagante e notório na

sociedade (Corbin, 1990; Roberts, 1992). Os bordéis tornam-se locais de grande luxo, com decorações ostentosas e de grande requinte (Corbin, 1990).

Nos Estados Unidos da América, a prostituição cresceu com o aparecimento do comércio marítimo no século XVIII. Cidades como Nova Iorque e Boston atraíam muitas prostitutas da Europa. Aliás, comparativamente, os Estados Unidos da América desenvolveram uma indústria sexual bem maior que a existente na Europa (Roberts, 1992).

O século XIX foi também um século marcado pela elaboração de vários ensaios e teorias sobre a prostituição, tendo-se concluído que ser prostituta era inato e que havia uma predisposição natural para este tipo de trabalho. Acreditava-se também que, além da natureza, a família era também uma influência importante. Embora reconhecessem que as condições precárias eram uma realidade, não consideravam esse fator determinante para o ingresso na prostituição (Roberts, 1992). Em 1892, Jorge Vieira defendeu na sua dissertação inaugural que, entre os variados motivos e causas da prostituição, encontram-se a preguiça, as desavenças entre os pais, os maus conselhos, a vaidade, o amor pelo luxo, as relações ilegítimas, entre outros (Vieira, 1892).

A figura da prostituta era representada como imatura, instável, inconstante, frívola, mentirosa, gastadora, e limitada psicologicamente (Roberts, 1992). Alfredo Amorim Pessoa refere também que as prostitutas têm como defeito habitual a cólera e que muito facilmente entram em lutas causadas por ciúmes (Pessoa, 2006). Ainda de acordo com Antonino (1881), as prostitutas foram apontadas como as principais responsáveis dos maus relacionamentos familiares, comprometendo assim o futuro das famílias.

Mas, verdadeiramente, quem eram estas mulheres? De acordo com Roberts (1992), em Inglaterra 90% das trabalhadoras sexuais eram da classe trabalhadora, órfãs de bairros degradados e de lares destruídos, e uma percentagem significativa mencionava que eram vítimas de abuso sexual por parte de familiares.

De acordo com Vicent (1991), muitos homens oriundos da burguesia procuravam relações com prostitutas conhecidas como as “costureirinhas”, mulheres de prostituição abrigada, que tinham desistido de trabalhar no meio operário devido aos baixos salários e baixos rendimentos.

Em Portugal, Vieira (1892) refere que muitas prostitutas teriam sido abandonadas em crianças pelos pais na “Roda”, e a maioria antes de se prostituírem eram costureiras, camponesas, operárias de fábricas e serviçais. Segundo Pessoa (2006),

acreditava-se que as prostitutas ocupavam os seus tempos livres a coser roupa, a bordar e a engomar, e que a maioria tinha como principais hábitos comer, beber, dormir, saltar, cantar, brincar e jogar às cartas. Neste século já era habitual usarem nomes falsos no exercer da sua profissão.

Os observadores da época consideravam que a generosidade e solidariedade eram valores adotados pelas prostitutas. As relações de proximidade e a entreatajuda eram bastante valorizadas por estas (Roberts, 1992). Jorge Vieira afirma, na sua dissertação, que estas mulheres têm muita amizade, consideração, piedade e entreatajuda com as amigas, e acrescenta que são também muito amigas dos seus filhos, tendo uma grande preocupação com a sua educação e felicidade (Pessoa, 2006; Vieira, 1892).

Consideramos ser importante referir que William Acton, um respeitável médico e escritor, escreveu em 1857, no livro intitulado *Prostitution, Considered in its Moral, Social, and Sanitary Aspect*, que as prostitutas eram mais saudáveis do que outras trabalhadoras e que não tinham mais propensão para doenças que as restantes mulheres. No que concerne às doenças venéreas, Acton concluiu que as prostitutas eram muito vigilantes e conscientes (Acton, 1857; Roberts, 1992).

No entanto, as doenças venéreas estavam irradiadas por toda a sociedade e as prostitutas eram consideradas as principais culpadas (Vicent, 1991; Roberts, 1992). Era inquestionável que a prostituição era a principal difusora do vírus sífilítico e das suas consequências (Antonino, 1881; Vicent, 1991). Apesar dessa estigmatização, as prostitutas eram descritas como peritas em medidas de prevenção no combate à transmissão de doenças, realçando-se que tomavam remédios à base de ervas e cuidavam da higiene (Roberts, 1992). Apelava-se para todas fazerem lavagens minuciosas dos seus corpos, apresentando-se sugestões para a higiene íntima, que incluíam o vinho, vinagre aromático e, na falta destes ingredientes, água da fonte com sabão (Pessoa, 2006).

Com objetivos profiláticos, muitos médicos recomendavam a depilação dos órgãos sexuais e havia ainda alguns que sugeriam a circuncisão. Ainda de modo a combater a sífilis, e embora não fosse consensual entre todos os médicos, defendia-se que nas relações sexuais dever-se-ia usar a *camisa* (invólucro protetor criado no século XVII, que corresponde ao atual preservativo). A *camisa* era referida como uma camada de pele suplementar, impermeável e geralmente feita de tripa. Ficou também conhecida como *condom* (preservativo em inglês), nome do seu inventor (Leão, 1877).

Constatava-se que existia uma grande infecundidade nas prostitutas, sendo relatada a ocorrência de numerosos abortos naturais, e que as suas menstruações eram muito irregulares. Acreditava-se que tal realidade devia-se a um excesso de coito e de álcool (Vieira, 1892).

As doenças mais comuns das prostitutas nesta época eram as anginas, laringites, bronquites, pneumonias, gastrites e a sarna. No entanto, ao longo do século XIX, a infeção de maior preocupação era a sífilis. Apesar de a tuberculose ser a doença que mais mortes provocava, acreditava-se que o alcoolismo e a sífilis eram as doenças que mais ameaçavam as suas vidas (Antonino, 1881; Pessoa, 2006; Vieira, 1892). A sífilis, além de ser uma doença muito dolorosa, deixava marcas permanentes nas pessoas. Era considerada um perigo público que tinha de ser combatido. Assim, os cuidados sanitários eram considerados uma prioridade (Antonino, 1881; Pessoa, 2006; Vieira, 1892). Calculava-se que no ano de 1902 em França, existia um milhão de sifilíticos (Vicent, 1991).

Em 1860, Prosper Yvaren defende a criação de consultórios especializados para a sífilis, bem como consultas gratuitas e receitas aviadas gratuitamente para as populações sem condições de as pagarem. Constatou que muitas pessoas não se tratavam devido à falta de dinheiro (Antonino, 1881). A Ladies National Association (LNA), organização fundada em 1869, promoveu campanhas em defesa das prostitutas, apelando para que lutassem pelos seus direitos e que não permitissem o registo e os exames médicos forçados (Corbin, 1990; Roberts, 1992).

Julgamos ser oportuno expor uma ideia do médico Jorge Vieira, apresentada em 1892, relativa ao número cada vez maior de mulheres nas ruas.

*A prostituição encontra hoje entre nós um bello terreno para se desenvolver. O abaixamento do nível moral, as ideias materialistas da epocha, a perda de terreno que dia a dia vae experimentando a religião christã em grande parte por culpa e erro dos seus ministros, a má orientação politica e administrativa porque temos sido dirigidos e governados, e a recente crise financeira e económica que transforma a muitos a vida, até aqui cara, em insustentavel e impossivel, dão a razão do aumento consideravel da prostituição a que vamos assistindo (Vieira,1892:19).*

Em Inglaterra no ano de 1888, as prostitutas eram sistematicamente perseguidas e rejeitadas pela sociedade. A falta de direitos e a falta de proteção tornou as suas vidas cada vez mais inseguras (Roberts, 1992).

No final do século XIX, início do século XX, existiam algumas concepções peculiares em relação à prostituição (Pais, 1983). Desenvolveu-se a ideia de que era uma consequência da criminalidade, da decadência moral e da vadiagem. Em 1909, considerava-se que era nas prostitutas que se encontravam os comportamentos mais condenáveis: o uso de bebidas alcoólicas, o hábito de mentir, as desavenças, entre outros (Pais, 1983).

Em Portugal, todas as prostitutas toleradas ou donas de casas de tolerância, deveriam ser submetidas a uma inspeção sanitária semanal. Tal como no resto da Europa, estas inspeções tinham como principal objetivo o combate à sífilis e outras doenças infecciosas (Costa & Alves, 2001; Policarpo, 2011; Vieira, 1892). Quando as prostitutas não tinham uma doença venérea ou sífilítica, era-lhes permitido o tratamento em casa (Vieira, 1892) e, caso se constatasse uma infeção, eram internadas num hospital com vigilância e tratamento (Antonino, 1881). Os serviços sanitários nas cidades de Lisboa e do Porto eram considerados insuficientes para o número de prostitutas que existia. Em reflexo disso, assistia-se a um aumento exponencial do desenvolvimento da sífilis (Pessoa, 2006).

A cidade de Faro era conhecida como um destino de cura para a sífilis. Também conhecida como a “Meca dos sífilíticos”, várias pessoas de todas as partes do mundo deslocavam-se até ao Algarve para, durante cerca de um mês, curarem o flagelo da sífilis através de vários tratamentos e infusões de *Tisana Assis*. Apesar das infusões com esta planta, crê-se que os sífilíticos apresentavam melhorias não propriamente pelo tratamento, mas sim pelo clima de Faro (Pessoa, 2006).

No ano de 1890, quando a população em Lisboa rondava os 300 mil habitantes, mais de 11 mil eram prostitutas matriculadas. Crê-se que o número de clandestinas rondasse as 3 mil (Costa & Alves, 2001). Existia uma consciencialização de que a prostituição clandestina era muito perigosa pelo facto de não ser regulamentada nem sujeita à vigilância da polícia (Antonino, 1881).

No final do século XIX, a prostituição era encarada de uma forma muito peculiar. Uma vez que não se conseguia proibir, era tolerada em todos os países civilizados, aplicando-se estratégias de prevenção de doenças. Tínhamos assim uma “prostituição legal” que era proibida pela religião e pela moral, mas autorizada pela lei e pela sociedade (Vieira, 1892).

Em 1892, na cidade do Porto, encontravam-se matriculadas 380 prostitutas toleradas. Na altura, verificou-se que a proporção de inscritas na cidade do Porto em

relação a cidades como Paris, Madrid, Berlim, Berna, Marselha e Bordéus, era relativamente superior. Jorge Vieira sugere que essa relação poderia ser explicada pelo nosso clima ameno e pelas características dos portugueses, nomeadamente a preguiça e a indolência (Vieira, 1892).

Em 1840, na cidade de Lisboa, encontravam-se matriculadas 762 prostitutas toleradas, calculando-se que com as clandestinas, seriam cerca de mil mulheres. Este número duplicou no início do século XX, registando-se 2360 prostitutas (Policarpo, 2011).

## **1.5 - Século XX**

Nos primórdios do século XX, o pânico provocado pela transmissão de doenças venéreas e pelo tráfico humano, que era bastante facilitado pelas casas de toleradas, levou a que várias prostitutas fossem detidas (Costa & Alves, 2001).

Ao contrário da maioria dos portugueses que denegriam em absoluto a imagem das prostitutas, Tovar de Lemos, em 1906, realizou um estudo em que concluiu que, fisiologicamente, as prostitutas eram iguais às mulheres ditas normais. Acrescentava ainda que as prostitutas conseguiam ser ainda mais saudáveis que outras mulheres com profissões dignas, como, por exemplo, as costureiras (Alves, 2009).

Todos os estereótipos acerca da prostituição foram transpostos para o século XX. No entanto, começaram a existir problemas maiores no Mundo do que perseguir as prostitutas. A I Guerra Mundial, a Revolução Soviética, a Grande Depressão, a Guerra Civil Espanhola e a II Guerra Mundial foram acontecimentos devastadores para a humanidade (Roberts, 1992). Além disso, emergiram novos movimentos de experimentação sexual, nomeadamente os “Loucos Anos 20”, as teorias freudianas que legitimavam a existência de sexualidade nas mulheres e a entrada do sexo feminino no mundo do trabalho. Surgem, assim, as primeiras profissões direcionadas para o assistencialismo, maioritariamente exercidas por mulheres, nomeadamente na área do Serviço Social (Roberts, 1992).

Devido à “Grande Depressão”, milhares de mulheres viram-se obrigadas a trabalhar nas indústrias em condições precárias e insalubres, e tal fato empurrou muitas delas para redes de prostituição (Roberts, 1992). Surge também uma nova realidade: os gângsters. Estas organizações criminosas dirigiam bordéis e redes de rua, nas quais as

prostitutas eram obrigadas a trabalhar sob o peso de ameaças. Aparecem também os primeiros casos de prostituição nos carros dos clientes (Roberts, 1992).

São de destacar dois congressos realizados em Portugal, nos anos de 1926 e 1929, promovidos pela Liga Portuguesa Abolicionista, que considerou a prostituição como escravatura (Policarpo, 2011; Tavares, 2012) .

Na Alemanha Nazi, embora se saiba pouco sobre a prostituição na II Guerra Mundial, considerava-se que era um grave crime (Vicent, 1991). Assim, para castigá-las, as prostitutas eram marcadas com estrelas negras (que representavam o grupo de antissociais) na roupa, e eram enviadas para campos de concentração. As prostitutas fizeram parte dos primeiros grupos de excluídos enviados para o famoso campo de concentração de Auschwitz (Roberts, 1992).

Várias mulheres detidas pelo exército japonês na II Grande Guerra eram obrigadas a prestar serviços sexuais. Cada militar tinha uma espécie de senha, trabalhando de certa forma como um comprovativo, para recorrerem quando quisessem aos seus serviços sexuais (Ribeiro & Silva, 2010). No ano de 1944, em Portugal, José Crespo afirmava que o fenómeno da prostituição estava associado ao desejo de uma vida facilitada e de luxo, ao contrário de se associar à miséria e pobreza (Alves, 2009).

Em 2 de dezembro de 1949, foi aprovada pelas Nações Unidas a resolução segundo a qual a prostituição era incompatível com a dignidade da pessoa humana e afirmava que todas as pessoas que incentivam, exploravam e consentiam esta prática deveriam ser punidas (Tavares, 2012). Portugal, Espanha, Itália e França subscreveram esta deliberação, ao contrário da Alemanha e da Holanda que defendiam que a prostituição não deveria ser proibida por lei (Costa & Alves, 2001).

No período do pós-guerra, deu-se início a uma massificação de publicidade e de anúncios, surgindo a pílula e as estrelas de cinema apelando à atividade sexual (Vicent,1991). Poderá parecer irónico, mas mesmo com o aumento do relaxamento moral, as prostitutas continuaram a ser hostilizadas e desintegradas da sociedade. Os registos obrigatórios, as multas e as penas de prisão continuam a ser uma realidade (Roberts, 1992).

Em Portugal, com a instauração da ditadura do Estado Novo (1926-1974), a prostituição foi estigmatizada (Silva, 2007). Pretendia-se erradicá-la e reconverter as prostitutas em mulheres normais. Todas as mulheres que fossem trabalhadoras sexuais seriam presas e reeducadas socialmente (Silva, 2007). Na altura, eram representadas como devassas, indecentes e debochadas, que provocavam os homens para atos sexuais

(Alves, 2009; Policarpo, 2011). O exercício da prostituição foi proibido em 1962 e todas as casas de toleradas onde era exercida esta atividade foram fechadas (Vaquinhas, 2011; Policarpo, 2011).

No Estado Novo, as prostitutas eram encaradas como criminosas e, por isso, eram punidas com penas de prisão quando não cumpriam o estipulado por lei (Alves, 2009). Esta medida também incluía os proxenetas, prevendo pena de prisão a quem favorecesse ou fomentasse esta atividade (Costa & Alves, 2001). No entanto não existia qualquer penalização para os clientes que recorriam aos seus serviços (Policarpo, 2011). A proibição do exercício da prostituição levou a que muitas mulheres se tornassem prostitutas clandestinas (Alves, 2009; Policarpo, 2011).

Foram criadas duas figuras no combate à prostituição: a masculina e a policial, a quem competia a capturas destas mulheres, e a feminina e social (assistentes sociais) que tinha como objetivo tratar a mulher no sentido da sua purificação, educação e reintegração social (Silva, 2007) .

Em Portugal, com a Revolução de 25 de abril de 1974 e a mudança para um regime democrático, a concetualização da sexualidade foi-se alterando (Silva, 2007; Vaquinhas, 2011).

A prostituição foi descriminalizada em 1982. Ainda qua a prática não fosse punível, o seu fomento, favorecimento, facilitação ou exploração (lenocínio e tráfico de pessoas) passaram a ser criminalmente sancionados (Policarpo, 2011; Silva, 2007).

Na década de 70, em França, existem registos de trabalhadoras sexuais que chegavam a ser multadas quatro vezes ao dia. Por falta de meios para pagar as coimas, estas mulheres inevitavelmente teriam que voltar para as ruas (Roberts, 1992).

Em 1983, a prostituição foi declarada pela ONU como uma ofensa aos Direitos Humanos e como uma contínua forma de escravatura (Costa & Alves, 2001).

No ano de 1985, em Inglaterra, no governo de Thatcher, foi introduzida uma nova legislação e desta vez contra os clientes que veio trazer igualdade entre a prostituta e o cliente, que também ficava sujeito a penas de prisão (Roberts, 1992).

Nas décadas de 80 e 90, surgiram variados casos públicos de mulheres agredidas e violadas. O facto de serem prostitutas desvalorizou as respostas policiais. Nos EUA, devido à proibição da prostituição, foram criadas as primeiras casas de massagens e as agências de acompanhantes. As *callgirls* são também uma nova realidade (Roberts, 1992).



No século XX, com as grandes mudanças e os surtos emigratórios, surgem as prostitutas emigrantes clandestinas. Estas mulheres, sem vistos legais e sem possibilidade de emprego, recorrem ao trabalho sexual como meio de sobrevivência (Roberts, 1992). Uma nova categoria também encontrada na prostituta do século XX é a da “*drogada-prostituta*”, ou seja, a mulher viciada em droga, que se prostitui para sustentar o vício e que cobra preços mais baixos aos clientes para aumentar a procura, e oferece novas formas de sexo que são negadas por outras trabalhadoras sexuais (Roberts, 1992).

O grande marco do século XX e considerado a doença do século é o vírus da SIDA. Inicialmente associado aos homossexuais, quando comprovado que indivíduos heterossexuais também eram afetados, foi imediatamente associado à prostituição. Neste contexto, foi inevitável o ressurgimento dos preconceitos e estereótipos que considera as prostitutas as principais transmissoras e propagadoras de doenças (Policarpo, 2011; Roberts, 1992; Vicent, 1991). No entanto, verifica-se que, ao longo da História, as prostitutas já praticavam sexo seguro e vigilante, muito antes de o vírus da SIDA ser identificado (Roberts, 1992).

Confrontadas com as acusações de que foram alvo, as trabalhadoras sexuais tentaram defender-se, argumentando que os principais propagadores da doença são os seus clientes, pois recusam sexo seguro e tentam aliciá-las com mais dinheiro (Roberts, 1992). Estudos efetuados por Helen Ward e Sophie Day, em 1990, comprovaram que as prostitutas não eram as principais proliferadoras do vírus da SIDA (Roberts, 1992). Nickie Roberts, em 1992, defende que quem necessita de educação sanitária são os clientes e não as prostitutas (Roberts, 1992).

Apesar do avançar dos séculos, verificamos na atualidade a presença de muitas das características e estereótipos descritos nos anteriores séculos. Persistem nos dias de hoje na classe trabalhadora do sexo, fenómenos de exclusão pelo que se mantém a luta por direitos e pela não diferenciação com a restante sociedade.

**Capítulo II**  
**As trabalhadoras do sexo e os seus comportamentos**

## 2.1 - Porquê ser uma trabalhadora do sexo?

Cada ser humano é único e irrepetível, e os seus percursos influenciam toda uma vida. Não existe uma personalidade-tipo na prostituição, existe sim um conjunto de condicionantes que se relacionam entre si, levando à prostituição (Cordeiro, 2012; Costa & Alves, 2001).

Assim, a entrada no mundo da prostituição é uma opção que é condicionada por várias circunstâncias e poderá acontecer em diferentes momentos: há mulheres que se iniciam na juventude, as que a exercem depois de casadas e as que se prostituem depois de terem filhos, entre outros (Oliveira, 2011). No entanto, para a sociedade em geral as prostitutas são sempre as principais culpadas pela situação em que se encontram. São elas que criam o seu próprio rumo e destino (Costa & Alves, 2001).

De acordo com o trabalho de campo que desenvolvemos no âmbito do Programa Autoestima, existem vários motivos mencionados pelas trabalhadoras do sexo que as levou para o mundo da prostituição e que corroboram as diversas vertentes teóricas.

Vários autores (Cordeiro, 2012; Costa & Alves, 2001; Costa, 1983) defendem que a violência sexual ocorrida no período da infância e da adolescência deixa marcas irreparáveis. De facto, a maioria das trabalhadoras do sexo refere experiências e recordações traumáticas sofridas no seio familiar, relacionadas sobretudo com maus-tratos e abusos sexuais. Apontam, entre as razões que provocavam os conflitos familiares, problemas ligados ao álcool, a infidelidade conjugal e a ausência de qualquer tipo de afetividade. Admitem que nunca tiveram infância, nunca souberam o que era brincar (Silva, 2005).

Estas trabalhadoras de sexo encararam desde muito novas a sua sexualidade como algo vulgar, facilitando o seu ingresso na prostituição. Muitas delas sofreram danos psicológicos provocados pelas vivências familiares, que dificilmente poderão reparar. Não obstante, é usual atribuir-lhes a culpa, acusando-as de que o que passaram na sua infância foi o resultado de posturas provocatórias e de sedução para os seus familiares (Costa & Alves, 2001). Porém, não se deve deduzir que todas as prostitutas tiveram infâncias marcadas pela agressão e violência. Muitas delas relatam recordações felizes e que, apesar de pobres, tinham um bom ambiente familiar (Oliveira, 2011).

A toxicod dependência leva a que muitas mulheres se prostituam para “pagar o vício” da droga (Oliveira, 2011). Este dispendioso hábito leva-as a ter comportamentos e práticas desprotegidas, que geralmente são negadas por outras prostitutas, a troco de

uma maior quantia de dinheiro (Costa & Alves, 2001). Ao longo do contacto que efetuámos com as trabalhadoras sexuais, tivemos a oportunidade de conhecer uma jovem de 23 anos que se prostituía unicamente para conseguir a sua “dose diária” de droga.

18 de Novembro de 2014

A Marina (nome fictício) é uma jovem de 23 anos que está na serra da Lustosa todos os dias. Chama a atenção pela sua beleza, pela sua figura esbelta e pelos olhos verdes claros de uma profundidade indescritível.

Por conflitos familiares com a mãe e com o padrasto, acabou por sair de casa, deixou os estudos e refugiou-se na droga. Sempre muito tímida e semblante carregado, é uma mulher de poucas falas, que encontrou na prostituição a fonte de sustento para o seu vício. Segundo relatam as colegas, a Marina apenas se prostitui sob o efeito de drogas.

Depois de um mês de trabalho com estas mulheres e de ter ganho a sua confiança, perguntamos à Marina e às colegas se aceitavam ser entrevistadas. A Marina não quis. Disse que era arriscado e que tinha medo que a nossa gravação fosse parar aos jornais. Deixámos à vontade para não a realizar apesar de lhe garantir que tinha apenas objetivos académicos. Não quis. No entanto, quis assistir à entrevista de uma amiga brasileira. Estava muito nervosa e muito agitada e passado dez minutos quis sair da carrinha afirmando: “Sabe, eu tenho um vício... tenho que arranjar dinheiro para ele”.

A emigração acontece quando as condições de vida no país de origem são precárias, nomeadamente em matéria de emprego e de salário. O aumento da pobreza e as poucas opções de trabalho levam a que existam cada vez mais surtos migratórios. As emigrantes criam expectativas de que irão melhorar as suas vidas e que poderão ajudar as suas famílias. Muitas das vezes são aliciadas com falsas promessas de que em outros países terão grandes oportunidades para ganharem dinheiro, sendo que muitas delas acabam por ingressar no mundo da prostituição como única alternativa de melhorarem a sua situação económica (Oliveira, 2011).

Silva (2005) considera que uma das principais causas do ingresso no mundo da prostituição são as dificuldades económicas, em particular os baixos salários. Gaspar (1988:80) afirma que

*uma situação económica precária, marcada pela difícil colocação no mercado de trabalho, por baixos rendimentos e muitas vezes pela condição de arrimo e chefe de família, é uma forte justificativa para o fato de a mulher se dedicar à prostituição.*

É na população economicamente mais desfavorecida que existe uma maior probabilidade de entrada nesta atividade. (Cordeiro, 2012; Costa & Alves, 2001; Costa, 1983; Oliveira, 2011).

A prostituição poderá ser também motivada por acontecimentos inesperados: um despedimento, uma separação do marido/companheiro, a fuga a um casamento com violência doméstica, gravidez precoce, alcoolismo, entre outros (Oliveira, 2011).

A falta de habilitações também poderá contribuir para o ingresso nesta atividade. No entanto, e em contraposição, a presença de estudantes universitários é cada vez mais frequente, invocando problemas económicos para justificar a sua entrada na prostituição (Ceccarelli, 2008). Existem igualmente várias trabalhadoras sexuais que afirmam que largaram a Faculdade e boas profissões assalariadas para se dedicarem a esta atividade. Isto contraria a ideia de que apenas as pessoas sem “escapatória” ingressam na prostituição (Brito, 2008).

A debilidade mental é também referida como uma possível causa do ingresso na prostituição (Cordeiro, 2012).

Muitas trabalhadoras sexuais referem ainda que a entrada no meretrício teve influência de amigas que já trabalhavam nesta área e que lhes mostraram as suas vantagens (Oliveira, 2011).

Importa ainda destacar que a prostituição masculina é um fenómeno cada vez mais comum e que a sua proliferação é cada vez maior. A idade dos homens oscila entre os 18 e os 30 anos e envolve homossexuais, bissexuais e heterossexuais. Estes referem que são casados ou têm parceira ou parceiro fixa(o). Os seus clientes variam em função das razões da procura: solidão, aventura, uma noite a dois, uma experiência homossexual (Ceccarelli, 2008).

Como se pode constatar, o percurso de uma vida e as suas conjunturas particulares, como a origem social, as carências a nível económico, as relações familiares problemáticas, as perturbações psicológicas, o baixo nível de educação, a ausência de oportunidades de trabalho, as dificuldades de sobrevivência, a violência doméstica, a emigração ilegal e tráfico, a solidão, poderão levar à prática da prostituição (Costa, 1983).

Através do Programa Autoestima, pudemos verificar que a maior parte das trabalhadoras do sexo apresentam as seguintes características: têm idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos, existindo uma predominância da faixa etária entre os 25 e os 30 anos; as mais jovens são toxicodependentes. A nível económico, apresentam rendimentos baixos e dificuldades de sobrevivência; têm nível cultural e de educação baixo, situando-se a sua escolaridade ao nível do 4º e 6º ano; referem ausência de oportunidades de trabalho e discriminação socioeconómica.

Os motivos pelos quais ingressam nesta atividade são, fundamentalmente, para além das situações de pobreza, os seguintes: problemas familiares, violência doméstica, toxicoddependência e marginalização. Relativamente à população estrangeira, é de realçar, além das condições de vida precárias nos países de origem, a emigração ilegal e o tráfico (Relatório de Actividades do Projecto Autoestima, 2011).

## **2.2 - Características das trabalhadoras sexuais**

### a) O estigma

Ao longo dos tempos, como pudemos verificar no capítulo anterior, a sociedade tendia a discriminar as trabalhadoras sexuais. Em geral, todas as definições são associadas a ideias e características negativas, uma vez que as relações sexuais apenas deveriam acontecer em relações estáveis (Ribeiro & Silva, 2010).

O menosprezo que é sentido pelas trabalhadoras do sexo é também manifestado contra aqueles que com elas colaboram e com os quais têm relações de proximidade, tais como taxistas, proprietários de bares, donos de cafés, bem como ainda técnicos de programas e de projetos de ajuda (Ribeiro & Silva, 2010). Cordeiro (2012) refere que também as técnicas da Associação “O Ninho”<sup>1</sup> são alvo de uma certa discriminação e preconceito por trabalharem com mulheres prostitutas.

De facto, igualmente no âmbito da realização deste trabalho no Programa Autoestima, fomos confrontadas com este preconceito, conforme o registo do diário de campo que transcrevo:

*17 de Novembro de 2014*

*Hoje fomos com a Assistente Social do Programa Autoestima realizar entrevistas às mulheres trabalhadoras do sexo que exercem atividade em bares no centro da cidade*

---

<sup>1</sup>O Ninho é uma Instituição Particular de Solidariedade Social em Lisboa, que tem por objetivo a promoção humana e social de mulheres vítimas de prostituição.

*de Guimarães. As entrevistas foram realizadas no interior da carrinha do Programa (Ambulância adaptada com espaço para atendimento). Quando estávamos a entrar para a carrinha com as trabalhadoras sexuais, passou por nós uma senhora na casa dos 60 anos a passear o cão. Cruzámos o olhar com ela e ela encarou-nos com um olhar reprovador, abanando a cabeça com desprezo. Sentimos mesmo que estávamos a ser encaradas como umas transgressoras da lei.*

Fonte: Diário de Campo

A prostituição é assim uma atividade que leva à exclusão social. As trabalhadoras sexuais não estão incluídas na participação social, são discriminadas pela sociedade, pois exercem uma atividade sem regulamentação legal. Esta exclusão social leva à estigmatização, à violência, à discriminação e a um aumento do risco de contração de doenças, uma vez que muitas delas têm receio de ir aos serviços de saúde (Oliveira, 2011).

Os casos de violência sobre as mulheres que se prostituem são muito comuns e, tal como no passado, são muitas vezes desvalorizados pelas forças policiais e pela comunicação social, continuando a existir a ideia de que as agressões são motivadas pelos seus comportamentos.

Apesar de a maioria destas mulheres apelar à legalização da prostituição, afirmando que a sua atividade deve ser encarada como uma profissão (Oliveira, 2011), a verdade é que a sociedade continua com visão muito negativa sobre esta prática e com muitos preconceitos sobre estas mulheres (Almeida, 2011).

Torna-se imperativo refletirmos sobre as situações de marginalização e exclusão social a que estas mulheres estão sujeitas. É necessário a sociedade repensar sobre as práticas e as condições a que este grupo estigmatizado é sujeito diariamente. Torna-se fundamental escutar as pessoas que estão nesta condição para entender quais as suas verdadeiras necessidades, e a forma a criar as condições para legalizar e regular a sua atividade (Almeida, 2011).

#### b) A arte de encenar

Ao realizarem um trabalho tão íntimo, as trabalhadoras sexuais vêm-se obrigadas a representar para agradarem aos clientes e para serem pagas (Cunha, 2012). O ato, a postura e o vestuário fazem parte de uma encenação teatral. Para serem bem

pagas e terem clientes fixos têm que ser boas no que fazem. É necessário que sejam carinhosas, meigas e sedutoras (Ribeiro & Silva, 2010).

Uma particularidade das pessoas que exercem esta profissão é terem de mentir constantemente. É um atributo necessário, seja para protegerem a sua identidade, seja ainda para manter o cliente em sigilo, seja para proporcionar um serviço satisfatório (Silva, 2005).

As formas de vestir das trabalhadoras sexuais são muito peculiares. Regra geral, quase todas usam saias curtas, grandes decotes, sapatos de salto alto e muita maquilhagem (Ribeiro & Silva, 2010).

*Dia 28 de Outubro de 2014*

*E3*

*Mais uma vez, viemos à Serra da Lustosa fazer entrevistas. Estava um dia muito frio e com muita chuva. Apesar do tempo invernosso a maioria das trabalhadoras sexuais estava vestida de minissaia, decotes e roupa pouco agasalhada. Uma delas estava sentada num banco com um guarda-sol de praia para a proteger da chuva. Quando as abordamos, uma das trabalhadoras do sexo referiu como que para se justificar: “Sabe, se não nos vestirmos assim ninguém nos quer... tem que ser... quando sair daqui para ir buscar a minha menina ao infantário mudo de roupa, tenho aqui umas calças guardadas”*

Fonte: Diário de Campo

### c) Redes sociais familiares e conflitos

A entrada na prostituição nunca é uma escolha fácil. Embora se pense que não tem qualquer dificuldade, requer um conjunto de competências que só se adquirem com a prática. Quando uma mulher entra na prostituição não sabe com o que contar, não prevendo determinados comportamentos dos clientes. Assim, é necessário aprender com as mais experientes as técnicas de negociação com os clientes, a importância do sexo seguro, os riscos que poderão ter, a violência a que poderão estar sujeitas, entre outros (Oliveira, 2011).

É fundamental ter uma base de apoio neste tipo de trabalho, pois existem dificuldades, quer a nível físico, quer a nível psicológico. É preciso aprender a criar uma espécie de *alter-ego* que distancie do “verdadeiro eu”. As mulheres que praticam a



prostituição não necessitam de revelar traços e atributos da sua personalidade (Oliveira, 2011).

Apesar da difícil vida que estas mulheres têm e dos constantes conflitos com clientes, donos de bares e “colegas” de trabalho, verifica-se que nos momentos mais significativos mostram-se muito solidárias e amigas umas das outras. Quando existem momentos de sufoco monetário, constata-se solidariedade e entreaajuda (Costa & Alves, 2001).

*22 de janeiro de 2015*

*O destino de hoje é a Serra da Lustosa.*

*Cerca das 15.00 horas fizemos a primeira paragem para os contactos e entrega de preservativos. Nas paragens seguintes as trabalhadoras já estão à nossa espera, pois foram avisadas pelas colegas, da nossa presença.*

*Numa das paragens foi-nos solicitado por uma das trabalhadoras sexuais, preservativos para a colega que não estava presente por se encontrar com um cliente.*

*Esta solidariedade é uma constante nas relações entre colegas, que na medida do possível procuram estabelecer redes de amizade e suporte mútuo.*

*Ao final do dia, muitas delas partilham táxis ou carro para regressarem a casa.*

Fonte: Diário de Campo

Contudo, apesar destas relações de amizade entre as trabalhadoras do sexo, existem também desentendimentos. O aparecimento de pessoas cada vez mais jovens leva a que as mais velhas, além de serem postas de lado, tenham que partilhar zonas que pertenciam à sua “área territorial”, gerando vários conflitos. Para tentar eliminar a concorrência, criam-se rumores reprováveis sobre as novas trabalhadoras sexuais (Oliveira, 2011).

Tal como todos os indivíduos, também as prostitutas têm família, amigos, filhos e pais, sendo que a maioria tende a esconder da família a sua verdadeira profissão.

*6 de janeiro de 2015*

*Destino: Brito*

*E4*

*Hoje, em atendimento, uma trabalhadora falou sobre a sua situação familiar: “É tão triste quando me encontro com a família e ouço-os a falar dos empregos deles e eu calo*

*a boca porque não consigo falar do meu trabalho. Eles podem até desconfiar mas não há nada a apontar a mim. Não há homens em casa, fora do trabalho considero-me uma mulher como as outras”.*

Fonte: Diário de Campo

A maioria das trabalhadoras sexuais que entrevistámos tem filhos. O amor que sentem por eles e a preocupação com o seu bem-estar são a principal prioridade na vida destas mulheres. Muitas delas estão dispostas a fazer sacrifícios para que nada lhes falte. É curioso verificar que mesmo os filhos maiores de idade e autónomos são ainda vistos como uma preocupação para elas.

Nem todas estas mulheres são vítimas de violência pelos seus companheiros ou maridos, como muitas vezes se tende a mostrar na comunicação social (Oliveira, 2011). Existem relações marcadas pelo carinho, respeito e entendimento. Na sua relação conseguem diferenciar sexo de amor. Regra geral, os maridos ou companheiros têm características muito semelhantes às das prostitutas, tanto ao nível de habilitações literárias, idade, nacionalidade e empregos sem grandes qualificações (Oliveira, 2011).

Nas entrevistas que realizámos, existem de facto casos de trabalhadoras sexuais com namorados que as aceitam, apesar da sua profissão.

*6 de janeiro de 2015*

*Destino: Brito*

*E7*

*Em atendimento a uma trabalhadora, brasileira, 44 anos, esta falou sobre a sua situação familiar: “Ainda agora eu gostava tanto de sair com o meu namorado, ele sofre tanto com isto mas ele não pode ajudar porque ele não tem condição. Às vezes nós queremos estar juntos, um dia de domingo passear só que a gente não pode, não tem como. Se eu fico quinze dias parada as coisas abanam todas, fica tudo complicado. É um dia que não se ganha, uma semana sem ter que pagar renda, energia”*

Fonte: Diário de Campo

Estas mulheres admitem que são muitas vezes discriminadas em meios institucionais ligados à área da saúde, segurança social e justiça. Sentem um tratamento diferenciado do resto da população (Oliveira, 2011). A figura da Assistente Social

também é vista, por vezes, como um perigo, visto que em determinadas ocasiões retiram-lhes a guarda dos filhos (Oliveira, 2011).

*9 de dezembro de 2014*

*Destino: Serra da Lameira*

*E6*

*Um dia fui a uma consulta ao Porto a um Centro de Saúde e posso dizer que fui lá e fui muito mal atendida! Muito mal, tentaram-me barrar na receção quando eu disse o que era. O Autoestima gosto muito! Não aconteceu nada como no Centro de Saúde do Porto. O atendimento é bom, muito bom!*

*Eu não sei se os outros sítios atendem prostitutas ou não, mas é assim, eu falo por mim, ainda hoje fui ao Autoestima eu senti “Como se fosse uma deusa para elas”. É como se fossemos a prioridade do bem-estar.*

Fonte: Diário de Campo

*16 de dezembro de 2014*

*Destino: Sendim*

*E8*

*Olha eu já usei o autoestima, usei aqui em Guimarães e é uma coisa completamente diferente de outros programas da zona de Coimbra. Aqui a gente chega e eles são preparados e não tem aquela discriminação. Chego lá, não tem nada a ver com minha vida. Agora nas outras instituições eu senti mais preconceito.*

Fonte: Diário de Campo

Costa (1983) refere que a prostituição sujeita as trabalhadoras sexuais ao envelhecimento prematuro, ao risco de doenças sexualmente transmissíveis, à exclusão social, a sexo com homens com aspeto degradante, maus tratos, vício em drogas e álcool, falta de aceitação dos familiares e decadência (Costa, 1983). Quanto maior for o tempo de exposição no mundo da prostituição, maior é a probabilidade destas mulheres sofrerem danos irreparáveis nas suas personalidades. A perda de autoestima, da confiança no futuro, e a perda de suportes de apoio, como a família e amigos, são algumas das consequências (Barbosa, 2007; Cordeiro, 2012).

*22 de janeiro de 2015*

*Destino: Serra da Lustosa.*

*No percurso pela serra encontramos um grupo de mulheres a dar apoio a uma colega que se encontrava nauseada.*

*Relatou que tinha atendido um cliente “muito porco, a cheirar mal, nojento que me forçou a não usar preservativo... se eu não precisasse de dinheiro”*

Fonte: Diário de Campo

De facto, a vida destas mulheres é muito imprevisível. Existem diversas condicionantes que podem interferir na sua atividade. Em relação a quanto ganham, Costa (1983) refere que a época, o local de trabalho, a situação financeira, a altura do mês (normalmente antes de receberem o salário verifica-se uma diminuição de clientes), o período de férias e o desemprego são fatores preponderantes e que poderão limitar a atividade (Costa, 1983). Também a meteorologia (constata-se que em dias de chuva há poucos clientes) e o estado de saúde podem condicionar a sua atividade (Costa, 1983). Com a crise económica, dá-se uma descida dos preços e a menor procura leva a uma maior sujeição destas mulheres aos caprichos e fetiches dos seus clientes.

#### d) Boas práticas

Trabalhar na prostituição traz potenciais riscos. Muitas das vezes, as prostitutas são confrontadas com clientes que desconhecem que práticas desprotegidas poderão levar ao aparecimento de doenças. É necessário entender que, cada vez mais, as trabalhadoras sexuais possuem conhecimentos sobre os fatores de risco das infeções sexualmente transmissíveis, nomeadamente o VIH/SIDA (Cordeiro, 2012).

No entanto, muitas vezes, as prostitutas, para não perderem os seus clientes aceitam ter relações sexuais desprotegidas. Porém, sem eles darem conta, procuram colocar-lhes o preservativo durante o sexo oral (Ribeiro & Silva, 2010), correndo, no entanto, o risco de os clientes descobrirem e terem reações agressivas para com elas (Oliveira, 2011).

*3 de dezembro de 2014*

*Formação – ARS Norte “Populações de difícil acesso –Programa Autoestima e a Prevenção de VIH e outras IST nos trabalhadores de sexo”*

*Ao falar sobre as “boas práticas”, uma das técnicas que trabalha no Programa Autoestima relatou que as trabalhadoras sexuais queixavam-se da mudança da marca dos preservativos oferecidos, pois estes eram cor-de-rosa e os clientes davam conta que as prostitutas os colocavam. Elas apelavam a que voltassem a dar os da antiga marca que eram transparentes.*

Fonte: Diário de Campo

Um dos factos que pudemos constatar em trabalho de campo, é que as mulheres apelam cada vez mais à disponibilização de preservativos femininos. Muitas relatam que é uma forma de ganhar mais dinheiro, visto que muitos homens não se apercebem que estão a usar proteção (Oliveira, 2011). O uso do preservativo é uma realidade cada vez mais usual. No entanto, existem algumas mulheres que, em certas ocasiões, optam pelo não uso do preservativo. Uma das situações mais usuais acontece com clientes habituais, com os quais são estabelecidos, com frequência, laços de confiança, afirmando que só fazem sexo com elas e com mais ninguém (Oliveira, 2011).

As práticas sexuais mais comuns na prostituição são o sexo oral e o sexo vaginal. São raras as vezes que as trabalhadoras do sexo cedem a sexo anal. Ao contrário do que se crê, a maioria das prostitutas é que decide o que fazer durante o ato e como o farão. Muitas apenas tiram as peças de roupa que consideram necessárias para o ato sexual. Tentam criar barreiras e distanciamento, não permitindo ser tocadas nem beijadas, e o contacto com os clientes dura cerca de quinze, vinte minutos (Oliveira, 2011).

É importante referir que, apesar de na sua profissão ocuparem um lugar de poder e decisão, nas suas relações privadas têm pouca autonomia e expressividade (Oliveira, 2011).

### **2.3- A prostituição de rua e a prostituição abrigada**

As entrevistas que realizámos centraram-se em trabalhadoras sexuais de rua e trabalhadoras sexuais de bar. Passamos agora a fazer uma breve distinção entre estes dois tipos de prostituição.

A prostituição de rua é considerada a mais perigosa. A falta de privacidade, a exposição, a insegurança e a humilhação, são das características mais descritas (Ribeiro & Silva, 2010). Por outro lado, as trabalhadoras de rua são as que maior estigma sofrem na sociedade (Cordeiro, 2012; Martins, 2009). Uma particularidade e algo positivo da prostituição de rua é que o tempo por cliente é mais curto do que na prostituição abrigada. Partindo da premissa de que “tempo é dinheiro”, as prostitutas podem assim ocupar menos tempo por cliente (Oliveira, 2011).

A maior autonomia e liberdade de gerirem os seus ganhos torna estas prostitutas as principais decisoras sobre os clientes que aceitam ou rejeitam, o preço a cobrar e o horário de trabalho (Oliveira, 2011). O facto de muitas mulheres optarem pela prostituição de rua deve-se a uma maior dependência económica (Almeida, 2011), resultante do avançar da idade, de distúrbios mentais e da dependência de substâncias (Oliveira, 2011).

Já a prostituição abrigada é praticada das mais diversas formas: em moradias, apartamentos, casas de massagens, hotéis, bares e clubes. As mulheres que trabalham na prostituição abrigada apresentam uma grande heterogeneidade a nível social, físico e cultural. É frequente encontrar-se um elevado número de prostitutas estrangeiras, nomeadamente do Brasil e da Europa de Leste, que, regra geral, têm maior escolaridade em comparação com as de rua (Cunha, 2012). A prostituição abrigada é muitas vezes relacionada com um nível de vida mais elevado do que o das trabalhadoras sexuais de rua (Almeida, 2011).

Habitualmente, a prostituição abrigada tem preços mais altos que a de rua, existindo em cada lugar particularidades a nível de preços e horários (Martins, 2009). Existem normas muito específicas que definem quanto ganha cada prostituta, os seus horários, as folgas, entre outras. Quando alguma prostituta falta sem justificação, poderá ter que pagar multas que oscilam entre os 40 a 200 euros diários (Ribeiro & Silva, 2010). Quando recebem um cliente, o pagamento é adiantado e normalmente demoram cerca de 25 a 30 minutos, contando com o facto de, na maioria das vezes, os clientes

serem lavados, sendo esta uma exigência cada vez mais comum por parte das trabalhadoras sexuais por motivos de higiene (Ribeiro & Silva, 2010).

Apesar de a prostituição abrigada trazer uma maior proteção e conforto, as trabalhadoras sexuais encontram mais vantagens no trabalho de rua, designadamente a possibilidade de uma maior independência económica, em virtude de não terem de dar parte dos seus lucros aos proprietários dos bares. O trabalho independente é então apontado como o principal motivo para optarem pela rua (Oliveira, 2011).

Das entrevistas que realizámos, pudemos concluir que a maioria das prostitutas de rua já tinha trabalhado em bares, tendo apontado como principal motivo de saída o facto de dependerem de terceiros. Porém, existem também vários casos de trabalhadoras sexuais que se dedicam, simultaneamente, à prostituição de rua e de bar.

## **2.4- Tipos de clientes**

São vários os motivos que os clientes apresentam para recorrerem aos serviços de prostituição. Embora exista a ideia de que os clientes que procuram estes serviços estão apenas sedentos de sexo, é necessário entender que muitas vezes recorrem à prostituição por outros motivos. Muitos deles procuram as trabalhadoras sexuais por falta de afeto e de carinho, pelo gosto da mudança, ou ainda para conversar com alguém e para desabafar sobre os conflitos de casal ou para combater a solidão. Buscam algum consolo, expectando que as prostitutas tragam algo de novo que as suas esposas não poderão oferecer (Carreira, 2014; Ribeiro & Silva, 2010; Sousa, 1998). Procuram também serviços muito específicos que normalmente não são aceites pelas companheiras.

Calcula-se que 60% dos clientes são de classe média, meia-idade, raça caucasiana e empregados. Embora a maioria dos clientes sejam ocasionais e casados, encontram-se cada vez mais jovens solteiros a recorrer a sexo em grupo (Costa & Alves, 2001). A maioria das prostitutas admite que a faixa etária dos seus clientes situa-se entre os 35 e os 50 anos, sendo a maioria casados e com um nível socioeconómico médio/baixo (Carreira, 2014).

Através do Programa Autoestima, pudemos constatar que existem dois grupos etários predominantes de clientes, os que se situam na faixa etária entre os 25 e 40 anos e aqueles com mais de 60 anos, o que vem confirmar a teoria de uma predominância de idosos como clientes de prostituição.

Muitos idosos são infetados com VIH/SIDA já em idades avançadas. Este grupo é desprotegido no que diz respeito a campanhas preventivas de Infecções Sexualmente Transmissíveis, uma vez que a informação direcionada para esta faixa etária é quase inexistente. A propagação do VIH/SIDA nestas idades relaciona-se com práticas sexuais desprotegidas. A sexualidade nos idosos continua a ser desvalorizada e afastada da sociedade, dos profissionais e dos decisores políticos, levando a que seja encarada como um tabu (Carvalho, 2013).

Um facto curioso que Pais (2010) apurou foi que as trabalhadoras sexuais preferem os mais velhos ou “coroas” como lhes chamam. Em primeiro lugar, porque têm mais dinheiro, e por outro lado são mais carinhosos e atenciosos (Pais, 2010).

Com base nas informações reunidas por Pais, concluiu-se que existe uma grande diversidade de clientes: operários e empresários da construção civil, estudantes universitários, professores, advogados, juizes, polícias, entre outros.

O autor entrevistou dois comerciantes, um taxista, três aposentados, um jovem operário da construção civil e um empregado de café. Estes afirmavam que as casas de alterne eram frequentadas por todos os tipos de classes sociais (Pais, 2010).

Nas entrevistas que realizámos constatámos estes dados teóricos.

De acordo com uma das trabalhadoras de sexo, E2, os clientes têm entre 40, 50... até aos 80 anos de idade. Normalmente os mais velhos são reformados. E os outros têm firmas de móveis, outros são trolhas. Têm esse tipo de trabalhos.

E6: *Tenho de tudo. É assim, em bares é mais operários fabris e trabalhadores das obras. Agora apartamentos é mais bancários porque eles gostam de um ambiente completamente diferente. Os extratos sociais são diferentes, depende do sítio onde estiver a trabalhar. Aqui (bar) é mais a classe baixa porque é mesmo assim, se for numa boate é classe média, se for num apartamento é classe alta.*

Relativamente às relações que as profissionais do sexo estabelecem com os seus clientes, embora na sua maioria sejam de natureza sexual, surgem também, não raras vezes, casos de amizade, carinho, preocupação, confiança e intimidade, afeto e amor. Apesar do pagamento pelos serviços prestados, muitas vezes a relação sexual é apenas algo secundário para aqueles clientes que recorrem à prostituição para falarem sobre os seus problemas financeiros, laborais e familiares. As trabalhadoras acabam por ser as suas confidentes (Oliveira, 2011).



Também as entrevistadas revelaram estas realidades. E2, afirma: *tenho aqui clientes que me respeitam muito, não tenho clientes, já tenho amigos. Eu tenho aqui amigos, muito, muito meus amigos*". E1, diz que *"tenho clientes meus que estão na Inglaterra, na França, na Suíça, eles mal chegam a Portugal e a primeira coisa que vão ver sou eu! E ligam-me de lá para ver como é que eu estou. Trazem-me o que podem! São bons, são muito bons mesmo.*

Existem ainda os "clientes apaixonados" que gostariam de iniciar uma relação amorosa com estas mulheres (Oliveira, 2011).

E1 esclareceu: *E os apaixonados? Os que se apaixonam por nós? Ui é o que mais há, é verdade. Ficam doidos. As prostitutas são muito amadas. São amadas demais isso é o que conforta a gente. Às vezes no nosso trabalho o que nos conforta é ver que somos muito amadas. Eles ligam para nós às duas da manhã, à uma da manhã, de manhã, à tarde, à noite, para saberem como a gente passa. Isso conforta muito a gente pelo trabalho que a gente faz. Isso dá uma força.*

Na relação sexual pontual entre prostituta e cliente não existem emoções. O sexo é encarado como um trabalho. Os clientes satisfazem a sua vontade sexual e as trabalhadoras limitam-se a ser um objeto sexual (Ribeiro & Silva, 2010).

Estas mulheres são também alvo dos mais variados tipos de violência. É usual surgirem com bastante frequência mensagens escritas ofensivas nos locais de trabalho, agressões físicas e verbais, assaltos, violações, etc. É também bastante frequente atirarem-lhes diversos objetos, incluindo lixo, pedras, água, óleo, entre outros (Oliveira, 2011).

Mais uma vez, através das entrevistas que realizámos, pudemos constatar esta realidade. Segundo relatou uma das trabalhadoras do sexo, E2, *uma vez entrou no carro com um cliente, e o cliente trazia outro sujeito na mala. Então eu estava a fazer sexo com ele, e o outro saiu da mala, agarrou-me pelos cabelos e pegou no meu saco. E pronto, roubaram-me o saco, foi isso que mais me marcou. E também uma vez estava a fazer sexo com um cliente e vieram-me dois homens no meio do mato com uma arma e levaram o meu dinheiro todo.*

**Capítulo III**  
**A Saúde Pública e as Infecções Sexualmente Transmissíveis**

O aumento da incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representa, em todo o mundo, um problema de saúde pública preocupante, com um elevado peso socioeconómico, quer pela significativa morbilidade e mortalidade que provocam, quer pelas consequências nefastas que podem ter a nível da saúde materno-infantil. A Organização Mundial de Saúde estima que existam 340 milhões de novos casos por ano e que cerca de 33,2 milhões de pessoas em todo o mundo vivam infetadas com VIH (Longo et al., 2011).

### **3.1 - Conceito de saúde pública**

A definição de saúde pública não é perceptível para todos os cidadãos, existindo vários conceitos e significados atribuídos. Assim, consideramos que seja importante dar a conhecer algumas noções para uma melhor compreensão da saúde pública.

A saúde pública tem como objetivo principal a melhoria da saúde da população, bem como a diminuição de doenças que sejam uma realidade social. Existe assim um compromisso com a sociedade para que haja uma melhoria do bem-estar e da saúde da população (Turnock, 2009).

É também considerada a ciência de promoção de saúde, sendo esta um processo que envolve o bem-estar social, mental, físico e espiritual. A saúde pública atua com base no conhecimento do nível de vida das populações, sendo a saúde o seu recurso prioritário (Kickbusch, 1989). Os prismas fundamentais da sua intervenção, além da melhoria do nível de saúde das populações, são os autocuidados das populações, a intervenção dos cuidados primários e dos cuidados diferenciados (Almeida, 2010).

Contudo, importa compreender que a saúde pública é o resultado da época, bem como da mentalidade que lhe está subjacente. Os valores, a conjuntura económica, o governo e o avanço da tecnologia, são assim fatores preponderantes para a sua prática (Turnock, 2009). Como claro exemplo disso, podemos referir a área da prostituição, que apesar de ser uma realidade em programas de saúde pública em Portugal, em outros países ou em outras regiões poderá ser vista como uma área discriminada e rejeitada (Turnock, 2009).

Gonçalves Ferreira apresenta-nos a seguinte definição para saúde pública:

*A saúde pública, no presente, tem como características e objetivo essencial o estudo e a solução dos problemas que condicionam a saúde dos indivíduos*

*integrados no seu meio ambiente, segundo planos e programas coordenados, e assenta em três bases: a) o conhecimento das causas e mecanismos de aparecimento e evolução das doenças; b) a definição dos objetivos a atingir na luta contra a doença e na melhoria da saúde em cada comunidade humana; c) a escolha, montagem e aperfeiçoamento dos meios de acção que há necessidade de empregar; e pode ser compreendida como o somatório das múltiplas atuações que são empreendidas para melhorar a saúde e lutar contra as doenças, não apenas com a finalidade de curar os indivíduos atingidos, mas de as eliminar (Ferreira,1982:4).*

Importante é também referir que na atuação da saúde pública o grau de literacia da população poderá influenciar os cuidados que os indivíduos têm com a sua própria saúde e conseqüentemente condicionar o sucesso das medidas de educação nessa área. Os comportamentos preventivos e o controlo de doenças serão então mais problemáticos em populações desprotegidas, pelo que se torna imperioso que a saúde pública atue nas populações na ótica do *empowerment*, de modo a que os cidadãos sejam também um dos recursos para a promoção da sua saúde <sup>2</sup> (Almeida, 2010).

A saúde pública é uma área que envolve diferentes conhecimentos, beneficiando de contributos de diversas áreas científicas, como sejam a sociologia, a antropologia, a biologia, a matemática, a estatística, entre outros (George, 2011). Destacamos, porém, a relevância da epidemiologia, uma vez que esta ciência permite a avaliação da eficácia das intervenções realizadas (Almeida, 2010). Pode ainda entender-se que a saúde pública tem uma dimensão ecológica, na medida em que estuda os problemas dos indivíduos inseridos num determinado ambiente (Ferreira, 1963).

Nas relações que a saúde pública estabelece com outras áreas e dimensões de conhecimento, verifica-se também uma relação inevitável com o poder político (Almeida, 2010). De facto, só com a ação do Estado se podem desenvolver políticas nesse domínio, sendo os ganhos em saúde também proporcionais ao desenvolvimento económico e social (George, 2011).

A saúde pública moderna, além da evidente relação com o Estado, procura também colocar a tónica no *empowerment* aos cidadãos, na medida em que se considera que, cada vez mais, estes devem estar conscientes dos riscos inerentes aos seus comportamentos e serem agentes ativos no seu percurso de vida. Podemos assim facilmente compreender que a saúde pública procura estabelecer o progresso e a coesão social da sociedade (George, 2011).

---

<sup>2</sup> O empoderamento (*empowerment*) tem como principal objetivo o reconhecimento de responsabilidade às pessoas na tomada de decisões e ações das suas próprias vidas. O *empowerment* leva a que aja um espírito de motivação de outros indivíduos, ajudando no modo como cada um deverá atuar nas tomadas de decisão.

Para finalizar, destacamos o notável contributo do fundador da saúde pública moderna portuguesa, o médico Professor Arnaldo Sampaio, que considerou fundamental o trabalho e intervenção médica na elaboração e colaboração de projetos, para que estes sejam eficazes na promoção e prevenção de doenças, baseando toda a sua atuação na evidência, utilizando métodos e análises inquestionáveis para a produção de conhecimentos científicos (George, 2011).

### **3.2 - Saúde pública - Breve resenha histórica**

Nesta breve abordagem histórica, pretendemos mencionar alguns dos principais marcos da saúde pública ao longo dos tempos, procurando destacar os mais significativos no contexto português.

A saúde pública, enquanto ideal, existe desde as primeiras civilizações, constatando-se que, efetivamente, existe desde há milhares de anos e em todo o mundo a preocupação de intervenções ambientais<sup>3</sup> (Almeida, 2010). Contudo, e apesar do empenho das civilizações, ao longo dos séculos, em organizar da melhor forma possível as condições do seu meio ambiente, verificava-se também uma grande falta de conhecimentos ao nível da transmissão de doenças e, conseqüentemente, uma fraca regulamentação para o combate das mesmas (Ferreira, 1982).

Na Idade Média, com o aparecimento na Europa Ocidental dos primeiros hospitais, surgem também algumas medidas para combater os flagelos da época. O isolamento de indivíduos infetados com lepra é um claro exemplo disso.

No Renascimento, destaca-se a atuação preponderante das Misericórdias, preocupando-se com a melhoria das condições de saúde e empenhando-se no combate às doenças através dos seus hospitais.

A emergência e o apogeu da saúde pública ocorreram no século XVIII com o aparecimento e desenvolvimento da medicina social e preventiva. Este foi um século marcado por epidemias e pela necessidade de as combater e, neste contexto, a higiene passa a ser encarada como um fator preponderante para a melhoria das condições de vida das populações. Pela primeira vez, debate-se a importância da limpeza das ruas e

---

<sup>3</sup>Admite-se que o planeamento de saúde pública terá surgido pela primeira vez há cerca de 4000 anos pela civilização harapeana, que construiu os primeiros sistemas de esgotos (Almeida, 2010).

das praças para a salvaguarda da saúde, iniciando-se o estabelecimento de uma relação entre higiene e doenças (George, 2011).

Em Portugal, é também neste século, no ano de 1707, que surge o primeiro esboço de administração sanitária, instituído pela Provedoria – mor de Saúde. Competia ao Provedor – mor de Saúde coordenar os serviços da polícia sanitária, que, entre outras atividades, dedicavam particular atenção à identificação e controlo das mais diversas doenças importadas por via marítima. Numa missão mais alargada, a polícia sanitária acabou por estender a sua atuação à vigilância de epidemias de carácter infeccioso disseminadas por via terrestre (Viegas et al., 2006).

Destacamos ainda o desempenho crucial de Marquês de Pombal e de António Nunes Ribeiro Sanches no desenvolvimento da saúde pública portuguesa, aquando da reconstrução de Lisboa depois do terramoto de 1755. O contributo de ambos, através das recomendações sobre transmissão de doenças, permitiu uma melhoria significativa da qualidade de vida da população (George, 2011). Ribeiro Sanches é considerado o precursor do pensamento higienista português. A sua obra maior foi o *Tratado de Conservação da Saúde dos Povos* (1756), que resultou da prática que obteve nos diversos países por onde passou e onde propõe uma estreita articulação entre medicina e Estado e salienta a importância das medidas preventivas. Não obstante, é apenas no século XIX que em Portugal se verificam algumas alterações ao nível da saúde pública, designadamente com a promulgação de medidas higienistas a nível laboral e habitacional (George, 2011).

Destacamos, como nome de referência, o primeiro higienista Johann Peter Frank (1745-1821), que ainda hoje é considerado a grande figura da higiene pública, que desenvolveu um trabalho bibliográfico notável, preocupando-se em estudar as particularidades da saúde pública, nomeadamente as questões relacionadas com a pobreza, a doença, os cuidados médicos e hospitais (Ferreira, 1982). O século XIX tornou-se ainda um marco notável para a emergência da saúde pública, uma vez que ficou assinalado por um crescimento populacional, pela diminuição da mortalidade e pelo aumento da esperança de vida aumentou.

A necessidade de prevenção de patologias altamente contagiosas, como a cólera ou febre amarela que assolou a Europa do século XIX, e a urgência de pôr em prática novos conceitos e cuidados de assepsia e higiene, levou a que os diversos estados europeus, no decurso deste século, promovessem ações para dar resposta aos problemas de natureza sanitária das populações (Viegas et al., 2006).

Neste sentido, a Inglaterra torna-se um dos primeiros países do mundo a preocupar-se com a elaboração de leis de saúde pública com o objetivo de melhorar as condições de higiene e saneamento, bem como de promover o bem-estar social (George, 2011). Edwin Chadwick, higienista da época, destacou-se por concretizar a primeira lei de saúde pública do Reino Unido, surgindo pela primeira vez a associação entre doença e pobreza nas comunidades trabalhadoras (Almeida, 2010; Ferreira, 1982).

No mesmo período, em países como Alemanha e França, assiste-se também ao nascimento de diversas especialidades médicas e ao desenvolvimento de políticas de educação para a saúde. É ainda neste século que Bismarck (1815-1898), o “Chanceler de Ferro”, o mais importante estadista da Alemanha do século XIX, cria o primeiro sistema de proteção social, em que o Estado, pela primeira vez, assume uma posição na proteção à doença. A doença e os problemas sociais ganham assim, nesta época, uma nova dimensão, sendo a saúde pública a principal aliada na procura de respostas.

A par das primeiras organizações europeias de carácter sanitário, as comissões provinciais da Bélgica, nascidas em 1813, o Conselho Superior da França, que apareceu em 1822, e a Junta da Saúde, criada em Portugal no ano de 1813, assinalam o início daquilo a que se pode chamar consciência sanitária (Viegas et al., 2006). Em 1837, face aos acontecimentos epidémicos, é aprovado por Passos Manuel o Regulamento de Saúde e criado o Conselho de Saúde Pública, assistindo-se à alteração gradual do conceito tradicional de saúde, que deixa de corresponder apenas à ausência e à cura da doença, para passar a integrar também a sua prevenção (Viegas et al., 2006).

As mudanças determinadas pelo espírito científico da segunda metade do século XIX e a experiência até então adquirida conduziram a sociedade a uma visão diferente da saúde pública e dos seus problemas. Em Portugal, a saúde pública do século XIX terminou com acontecimentos cheios de simbolismos, quando, perante o surgimento de uma gravíssima epidemia, Ricardo Jorge conduziu uma investigação segundo padrões metodológicos válidos para os dias de hoje, o que é admirável para a época (Gonçalves, 2015). De facto, trezentos anos depois do último surto epidémico, a peste bubónica regressa a Portugal e Ricardo Jorge foi o primeiro investigador a diagnosticar corretamente a doença, a observar e descrever o seu agente bacteriano, bem como a definir com frieza e coragem as respetivas estratégias de luta (Viegas et al., 2006). Este episódio é o impulsionador para a saúde pública portuguesa do século XX (Viegas et al., 2006).

O século XX é marcado por avanços notáveis na medicina, que se refletiram essencialmente no aumento da esperança média de vida em quase 30 anos nos países mais desenvolvidos, e em 22 anos no resto do mundo (Almeida, 2010). Em Portugal continental, entre o recenseamento de 1864 e o de 1960, a população aumentou para cerca de 4.425.796 indivíduos, o que equivale a um acréscimo de 115,5% relativamente ao número de 1864 (Viegas et al., 2006). Este crescimento populacional resultou de uma diminuição significativa das taxas de mortalidade geral e infantil, como consequência, essencialmente, das medidas higiénico-sanitárias, já que “a medicina não dispunha de meios apropriados de combate às doenças nem de técnicas eficazes de tratamento” (Cosme, 2014; Ferreira, 1982). Em consonância, a saúde pública ganha, assim, cada vez mais visibilidade, levando à criação de cursos especiais de saúde pública e ao surgimento da primeira escola de Saúde Pública, em 1918, com o nome Johns Hopkins School of Hygiene (Ferreira, 1982).

Em Portugal, depois do diploma de 4 de outubro de 1899 que criou a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e da sua regulamentação em 1901, que evidenciava o papel dos párocos, começava a tornar-se cada vez mais clara a necessidade de separar questões relacionadas com a saúde das respeitantes à beneficência. Em 1911, é extinta a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criada a Direção-Geral de Saúde, que se revelou um marco significativo na legislação da saúde em Portugal (Viegas et al., 2006).

Apesar das importantes conquistas para a saúde da população portuguesa durante o século XX (Gonçalves, 2015), os surtos migratórios dos finais da segunda década deste século, que desencadearam e exacerbaram graves problemas higiénicos e sanitários difíceis de solucionar em termos de saúde pública, a par da Guerra de 1914-18, viriam demonstrar, uma vez mais, a fragilidade do sistema de saúde e a incapacidade das respostas sanitárias perante as pandemias, nomeadamente a gripe pneumónica de 1918, que terá matado mais de 60 mil portugueses. Assim, comparativamente com outros países da Europa que tinham desenvolvido e aperfeiçoado o seu sistema de saúde, como a Rússia, a Polónia, a Sérvia, a Checoslováquia e a Roménia, em Portugal continuava a preponderar a medicina preventiva (Viegas et al., 2006).

Depois da Segunda Guerra Mundial, a importância da saúde pública foi reconhecida na generalidade dos países evoluídos, o que contribuiu para a criação da Organização Mundial da Saúde, estrutura especializada em saúde, que tem como



principal objetivo apoiar os países a estruturarem os seus serviços de saúde e a lutarem contra doenças (Ferreira, 1982).

Atualmente, o sucesso da saúde pública depende de três fatores fundamentais: aposta na investigação na área médica e social; melhoria das condições socioeconómicas de determinados grupos sociais; reconhecimento da saúde como um bem essencial para todos os cidadãos, cabendo aos governos a sua organização apropriada (Ferreira, 1982).

### 3.3 - Infecções Sexualmente Transmissíveis -VIH / SIDA

As doenças ou infeções sexualmente transmissíveis, conhecidas comumente por DST ou IST, são doenças infecciosas que se transmitem essencialmente pelo contacto sexual. Das várias infeções, as mais conhecidas são a gonorreia, a sífilis, a clamídia, a herpes genital e o VIH (Adler et al., 2004).

Relativamente ao VIH, importa referir que as implicações desta infeção em todos os níveis da saúde e da integração social, bem como a dimensão abrangente dos determinantes da sua transmissão, resultaram numa efetiva prioridade de conhecimento e intervenção.

*A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e a síndrome da imunodeficiência adquirida, representaram, em todo o mundo, e ao longo dos últimos vinte e cinco anos uma causa fundamental de doença e de morte, atingindo preferencialmente adultos jovens, e afectando com intensidade extrema o desenvolvimento demográfico e social das populações mais pobres, sobretudo de África, constituindo globalmente uma ameaça ao desenvolvimento social, ao equilíbrio internacional e à segurança das populações ("Programa Nacional de prevenção e Controlo da Infeção por VIH/SIDA: um compromisso com o futuro," 2006).*

Quando falamos em incidência do vírus da SIDA, facilmente constatamos as suas variações, quer nas diferentes partes do globo, quer mesmo dentro de um país, onde poderão existir zonas com maiores índices desta doença, bem como particularidades no que respeita ao meio de transmissão ou à população mais afetada (Estébanez et al., 1993). Por exemplo, nas Caraíbas existe uma tendência igualitária na transmissão do vírus em indivíduos homossexuais e heterossexuais. O mesmo se passa no Haiti, tendo sido este um dos países onde se verificaram os primeiros casos de SIDA (Estébanez et al., 1993). Países como a Tailândia, Índia e Indonésia registaram, na década de 80, um aumento exponencial de atividade sexual e consumos de drogas que

hoje se refletem num aumento da transmissão do vírus da SIDA (Estébanez et al., 1993).

Em Portugal, e conforme os dados divulgados pelo Programa Nacional de Prevenção Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010, o primeiro caso de SIDA foi diagnosticado em Outubro de 1983. Após 30 anos desde o primeiro caso, e reportando-nos aos dados disponibilizados pelo Programa Nacional de Prevenção Controlo da Infecção VIH/Sida 2012-2016, encontram-se notificados 41.086 casos de infecção por VIH. Destes, 38,7% correspondem a utilizadores de drogas, 42,9% a transmissão heterossexual, 13,5% a transmissão homossexual e 0,8% a transmissão mãe-filho. Do total dos 16 906 casos de SIDA, 82,5% ocorreram no grupo etário dos 20 aos 49 anos e 19,1% ocorreram em mulheres (Martins & Shivaji, 2014). Estima-se também a existência de um elevado número de indivíduos com diagnósticos tardios, mostrando que é imperioso compreender e reverter esta tendência (Martins & Shivaji, 2014).

Estes dados, ainda que com uma tendência de aumento transversal a todo o mundo, fazem de Portugal o país que, no espaço da Europa Ocidental, apresenta uma das mais elevadas incidências de infecção por VIH, com cerca de 158 novos casos diagnosticados por 1.000.000 habitantes (Martins & Shivaji, 2014; Southwick, 2007) e, sugerem, portanto, a necessidade urgente de serem tomadas medidas que possam controlar a expansão desta pandemia, muitas vezes associada a grupos sociais marginalizados.

### **3.4 - Origem do VIH - SIDA**

O aparecimento do vírus da SIDA ainda hoje é um mistério e motivo de investigação para compreender qual foi a sua origem exata. Nas investigações mais atuais, considera-se que tenha surgido no início do século XX, algures na República dos Camarões, país da África Central. Teoriza-se que o vírus se tenha propagado através de um chimpanzé caçado e depois cozinhado por um ser humano. Até 1920, o vírus permaneceu confinado àquela área. Contudo, deduz-se que alguém que esteve em contacto com esse ser humano viajou até à República Democrática do Congo, transmitindo aí o vírus a outras pessoas (Mendonça, 2014; Southwick, 2007).

Entre 1937 e 1940, o vírus, hoje designado por VIH, espalha-se por várias cidades da República Democrática do Congo e, a partir de 1960, conheceu uma fase de

crescimento exponencial disseminando-se numa primeira fase para o Haiti, passando depois facilmente para os Estados Unidos e Europa (Mendonça, 2014).

Os primeiros casos de SIDA nos EUA foram observados em Los Angeles em 1979, quando se detetou algo em comum em cinco jovens pacientes: pneumonia, febres persistentes, diarreias, irritação oral, baixo número de linfócitos, candidíase e manchas no corpo<sup>4</sup> (Adler et al., 2004; Longo et al., 2011). Em 1981, confirmaram-se cinco casos de morte pela mesma patologia, tendo todos em comum a homossexualidade. Uma vez que esta doença ou vírus estava associada à comunidade homossexual, passou a denominar-se "GRID", (gay related immune deficiency<sup>5</sup>) (Tubiana, 1995).

Em 1982, a prestigiada revista de Medicina *New England Journal of Medicine* relatam casos de doentes com os mesmos sintomas na população haitiana, hemofílica e toxicod dependente. Assim, concluiu-se que a transmissão não seria apenas pelas relações homossexuais, mas também pelo sangue<sup>6</sup> (Tubiana, 1995).

Em 1982, através da análise de vários casos, concluiu-se que muitos pacientes tinham estado em África e nas Caraíbas e, atendendo a essa circunstância, assumiu-se que o paciente zero desta doença era um comissário de bordo da *Air Canada*, homossexual, que viajava muitas vezes para territórios africanos. Atribuiu-se a Gaeten Dunas a transmissão de SIDA a 48 doentes americanos em 1982. No mesmo período, em França, associa-se o paciente zero europeu, também este comissário de bordo numa companhia de navegação aérea. Na Rússia, o primeiro caso foi detetado a um homossexual que tinha estado em África, tendo tido ao todo 22 parceiros no seu país. Em Portugal, o primeiro caso de SIDA foi registado em 1985 (Tubiana, 1995).

Em 1986, percebe-se que existem duas epidemias distintas: SIDA e o VIH. Embora com várias semelhanças, o número de indivíduos seropositivos é muito maior que os portadores de SIDA, e que a taxa de mortalidade nestes é mais elevada. Assim, conclui-se que a SIDA é um dos resultados da interação do vírus da imunodeficiência humana com o corpo humano (Goldman & Schafer, 2011; Tubiana, 1995).

Depois de um longo período de associação do VIH/SIDA à homossexualidade, surgem os primeiros casos no sexo feminino. Dada essa constatação, a SIDA foi assim associada não só à homossexualidade, mas também a determinados grupos

---

<sup>4</sup> Essas manchas eram o cancro de pele "sarcoma de Kaposi", cancro muito raro e de evolução lenta.

<sup>5</sup> Em português, deficiência imunológica relacionada aos gays.

<sup>6</sup> A SIDA ficou conhecida como "a doença dos 4 H's", uma vez que a síndrome parecia afetar haitianos, homossexuais, hemofílicos e população que consumia heroína.

socioprofissionais, tais como os marginais, os delinquentes, as prostitutas, os toxicodependentes e jovens disfuncionais (Goldman & Schafer, 2011; Tubiana, 1995).

Apesar de ainda hoje o VIH/SIDA ser muito associado a grupos marginalizados, a percepção de que esta doença é transmitida a qualquer classe social foi possível graças ao facto de grandes figuras públicas sido infetadas.

Na atualidade, apesar de não existir uma cura, os tratamentos que existem reduzem o vírus da SIDA e atrasam os danos que pode provocar no sistema imunológico. Apesar de 99% do vírus ser eliminado do sangue, permanece no organismo e mantém-se o risco de transmissão da infeção a outras pessoas. Adicionado a esse facto, estudos mais recentes defendem que o risco de infeção por VIH é maior de homem para mulher do que o contrário (Southwick, 2007).

Existem várias fundações que procuram a cura para esta doença que têm proporcionado avanços notáveis na terapêutica. A pesquisa já não se centra apenas na procura de qualidade de vida dos pacientes, mas também na sua cura.

### 3.5 - A importância da Saúde Pública no combate às Infeções Sexualmente Transmissíveis

Quando na década de 80 apareceu o vírus da SIDA, acreditava-se que a doença apenas era transmitida pelos homossexuais masculinos, pelos toxicodependentes e pelos hemofílicos (Moura et al., 2009). No entanto, as elevadas taxas de prevalência de SIDA, relatadas nas trabalhadoras do sexo em diversos países de África, Europa e América, contrariaram a ideia anterior e tornaram estas mulheres uma população muito vulnerável na transmissão de Infeções Sexualmente Transmissíveis. (Estébanez et al., 1993; Passos & Figueiredo, 2004; Sanders, 2006). Consequentemente, os relacionamentos sexuais desprotegidos passaram a ser encarados como uma das principais formas de transmissão do VIH (Estébanez et al., 1993).

Em boa verdade e ao longo dos vários séculos, as prostitutas foram vistas como um perigo para a saúde pública e foram consideradas responsáveis pela transmissão da sífilis, o que resultou na criação de políticas públicas para o combate desta doença (Foucault, 1988a; Moreira, 2007; Saraiva, 2009; Vieira, 1892). Com o aparecimento do vírus VIH/Sida, foram apontadas como as principais responsáveis pela disseminação da doença.

Neste contexto, importa pois compreender como é que um grupo tão estigmatizado como as trabalhadoras do sexo lida com o aparecimento das infeções sexualmente transmissíveis e como é que programas de saúde pública poderão ser uma mais-valia para as combater. Assim, é possível constatar que a maioria das intervenções no âmbito da saúde pública de combate ao VIH e às IST foca o ónus nas prostitutas apontando-as como as principais transmissoras das doenças, desvalorizando-se a abordagem aos comportamentos sexuais dos clientes. Tal situação pode ser explicada pela inexistência ou reduzida investigação nesta área por dificuldade de colheita de dados e de amostras representativas (Barnard et al., 1993).

Nestes termos, foi então considerado necessário compreender o contexto socioeconómico destas mulheres. Estudos referem que a maioria vive em situações socioeconómicas frágeis, sem acesso a redes de suporte social. São mulheres rejeitadas pela sociedade, não tendo por isso proteção social, com tendência para desleixar os cuidados básicos de saúde, como o estado nutricional, hábitos de higiene e gravidez (Estébanez et al., 1993).

Por outro lado, e em relação à perceção destas mulheres sobre as Infeções Sexualmente Transmissíveis, verifica-se que possuem conhecimentos muito básicos, ideias erradas e deturpadas sobre a transmissão destas doenças, preocupando-se com a SIDA e desvalorizando todas as outras doenças, também contraídas por via sexual. Neste contexto e com a proliferação da epidemia - VIH/SIDA - na década de 80, este grupo tornou-se numa preocupação para a saúde pública. Considerou-se imperioso perspetivar novas formas de intervenção, não só no sentido de conhecer melhor esta população e identificar os fatores de risco que enfrentam (Passos & Figueiredo, 2004), mas também, e acima de tudo, definir estratégias de informação e de divulgação de programas de apoio, direcionadas não só ao VIH/SIDA, mas também às restantes infeções sexualmente transmissíveis (Ceccarelli, 2008).

Em conformidade, a Saúde Pública deve orientar programas preventivos das IST, tendo em conta a conjuntura socioeconómica do país, tentando compreender as particularidades da população e as mudanças culturais e sociais de cada época (Passos & Figueiredo, 2004). Os programas de saúde pública deverão ainda centrar a sua ação na investigação, no trabalho de campo, na não discriminação e na emancipação dos indivíduos (Benzaken et al., 2007).

Ressaltamos de seguida aspetos que consideramos fundamentais transmitir às trabalhadoras do sexo e que devem ser contemplados nos Programas de Saúde Pública dirigidos a estas mulheres.

a) Utilização dos serviços de saúde

Considerando o risco elevado de as trabalhadoras do sexo contraírem infeções sexualmente transmissíveis, torna-se necessário um diagnóstico precoce, de modo a que as mesmas se possam tratar com eficiência e sem complicações (Moura et al., 2010).

No entanto, verifica-se que a utilização dos serviços de saúde pelas prostitutas é inconstante, e quando os utilizam não é com o objetivo preventivo, mas sim quando já têm algum problema que consideram sério (Jeal & Salisbury, 2004). Aparentemente, os principais motivos para não recorrerem a um serviço de saúde são a vergonha, as dificuldades económicas, o tempo de espera, a perceção de atitudes discriminatórias dos outros utentes e o medo de serem julgadas (Jeal & Salisbury, 2004; Moura et al., 2010). Por outro lado, sendo nas trabalhadoras sexuais mais velhas que se revela uma maior preocupação com o aparecimento de infeções sexualmente transmissíveis, torna-se cada vez mais necessário esclarecer a importância da prevenção das IST pelas mais jovens (Oltramari & Camargo, 2004b; Saraiva, 2009).

b) O uso do preservativo

Embora muitos autores defendam que as trabalhadoras sexuais possuem conhecimentos suficientes sobre o uso do preservativo (Moura et al., 2009), outros, contudo, consideram que existe ainda muita desinformação no que concerne ao seu uso, principalmente nas populações mais vulneráveis e de difícil acesso. Não obstante, tem-se vindo a registar um aumento da sua utilização (Estébanez et al., 1993). E, contrariamente ao que seria expectável, a realidade mostra que muitas vezes são os clientes que se mostram renitentes à sua aplicação (Oltramari & Camargo, 2004b). É frequente estas mulheres serem aliciadas para práticas sexuais desprotegidas, às quais acabam por se sujeitar com a promessa de recompensas e porque não querem perder os clientes (Moura et al., 2009).

*9 de Dezembro de 2014*

*Serra da Lameira*

*E1*

*Sabe, às vezes nós vamos no quarto com um homem e temos de por 5, 6 preservativos! Porque eles tiram. Basta a gente virar que eles tiram! Eles tiram! Eu vou com uma mão e digo: "para tudo amigo! Vai ficar sem dinheiro se tirar de novo!" Aí eu pego e boto outro! Eles vão e tiram. Eu pego e boto outro, e eles tiram. São uns desonestos, muito desonestos! Eu esqueci de falar esse detalhe. Mas estou sempre esperta! Eu não sou de bebida alcoólica, só bebo de vez em quando. Não fumo maconha porque temos de estar conscientes! Para saber o que estou a fazer, né?*

Fonte: Diário de Campo

Pudemos constatar que existem trabalhadoras sexuais que embora usem o preservativo no sexo vaginal, cedem a não o utilizar no sexo oral em troca de mais dinheiro, mostrando um desconhecimento sobre a transmissão de IST por esta via. É importante informar que outras infeções sexualmente transmissíveis, como sejam a gonorreia, a sífilis, as úlceras genitais, a clamídia, a tricomonas e o herpes genital, poderão ser transmitidas mesmo em práticas sexuais protegidas (Estébanez et al., 1993; Moura et al., 2010; Sanders, 2006; Ward et al., 1993).

Muitas trabalhadoras sexuais afirmam que, pela aparência e pela observação do cliente, conseguem facilmente detetar se o mesmo tem uma doença sexualmente transmissível (Oltramari & Camargo, 2004b). Assim, tendem a confiar em alguns clientes, acreditando que, pelo seu aspeto e suposto estatuto social, não há possibilidade de contração de IST.

*09 de Dezembro de 2014*

*Serra da Lameira*

*E1*

*Cada lugar que a gente vai trabalhar, tem uma mulher que não usa preservativo, não tenho a menor dúvida. Porque vem um e diz " eu quero sem preservativo", e a colega diz que não, vai a outra colega e ela também diz que não, depois vai a outra e ela vai. A mesma coisa acontece outras vezes, chega outro e é mesma coisa. Sempre tem umas que fazem, sempre tem.*

Fonte: Diário de Campo

Ainda que vários estudos sugiram que as trabalhadoras sexuais são um grupo pouco provável na transmissão do vírus da SIDA para os clientes, uma vez que cada vez mais fazem uso do preservativo, parece-nos muito pertinente ter em conta a recusa daqueles em usá-lo. Neste sentido, consideramos necessário repensar a promoção da prevenção, designadamente através do aumento da distribuição de preservativos femininos (Estébanez et al., 1993; Moura et al., 2010).

c) As drogas e o álcool

O risco de infeção do vírus da SIDA está, grande parte das vezes, associado a indivíduos com historial de consumo de drogas injetáveis e de prostituição de rua (Ward et al., 1993). De facto, muitas toxicodependentes sujeitam-se ao trabalho sexual para conseguirem pagar a sua dose diária de droga (Passos & Figueiredo, 2004).

Drogas como a marijuana, o crack e a cocaína, bem como o álcool, são referidas como substâncias que levam a uma situação de dependência e à necessidade de consumir continuamente (Passos & Figueiredo, 2004). Estas drogas, pela dependência que provocam e consequente diminuição da capacidade de reflexão no uso das práticas seguras, poderão proporcionar comportamentos desprotegidos e, por conseguinte, fomentar o contágio e transmissão do vírus da SIDA (Estébanez et al., 1993; Moura et al., 2010). Também o facto de serem drogas com preços elevados poderão levar os consumidores a sujeitarem-se com maior facilidade a práticas desprotegidas. Por outro lado, a toxicod dependência leva a uma situação económica de grande fragilidade, que pode conduzir à prostituição.

Assim, torna-se fundamental a implementação de programas de intervenção dirigidos à população toxicod dependente, considerando que também este é um grupo potencial de transmissão de doenças como a SIDA, devendo investir-se em informação sobre troca de seringas e agulhas e risco de contágio de infeções sexualmente transmissíveis (Estébanez et al., 1993).



#### d) As relações amorosas

Apesar de as trabalhadoras sexuais possuírem alguns conhecimentos sobre educação sexual e comportamentos seguros, quando se apaixonam ou mantêm relações amorosas tornam-se, à semelhança de qualquer outra mulher, muito mais vulneráveis (Moura et al., 2009; Oltramari & Camargo, 2004a, 2004b). Assim, na presença dos namorados, parceiros ou companheiros, abdicam do uso de preservativo, acreditando na lealdade e confiança de praticar com eles sexo seguro. Tem-se demonstrado que as trabalhadoras sexuais não usam preservativo com companheiros, com a intenção de diferenciar a sua vida privada da sua vida profissional (Estébanez et al., 1993).

Em modo de conclusão, entendemos que as campanhas de prevenção direcionadas às trabalhadoras sexuais deveriam considerar não apenas a redução de riscos com clientes, mas também a redução de riscos inerentes aos seus relacionamentos pessoais (Ward et al., 1993).

### **3.6 - Educação Sexual: A necessidade de programas de saúde pública**

O panorama epidemiológico do mundo moderno, com uma prevalência elevada de IST em certos grupos populacionais, impõe cada vez mais novas abordagens que permitam, por um lado, uma maior intervenção dos técnicos de saúde e, por outro lado, que sejam adaptadas às populações socialmente excluídas, nomeadamente as trabalhadoras do sexo.

Todas as campanhas de informação sobre o vírus da SIDA e das IST são elaboradas para a população em geral. Existem várias organizações governamentais e não-governamentais que divulgam este tipo de informação através da comunicação social, palestras, cursos e projetos (Moura et al., 2010).

No entanto, esta informação não chega a todas as populações, nomeadamente às populações mais pobres, sem acesso a jornais, televisões e rádios e ainda muitas vezes iletradas. Às trabalhadoras sexuais a informação surge através de conversas informais e, muitas vezes, por conselhos de colegas de trabalho e amigas. Contudo, e tendencialmente, esta informação é distorcida, criando-se ideias erradas acerca das infeções sexualmente transmissíveis (Moura et al., 2010; Oltramari & Camargo, 2004a). Posto isso, torna-se necessário repensar os canais de acesso à informação e divulgação às trabalhadoras sexuais.

É importante ter em conta que as mulheres que exercem a prostituição constituem uma população muito heterogénea, pelo que é indispensável direcionar a aprendizagem para a educação sexual, considerando os diferentes graus de escolaridade, os meios culturais e as faixas etárias (Estébanez et al., 1993). A título de exemplo, refere-se que as mulheres com maior escolaridade preocupam-se em fazer mais vezes os testes do VIH do que as têm menor escolaridade (Ward et al., 1993). Embora já se verifique um maior conhecimento sobre práticas protegidas, ainda assim é necessário continuar a orientar as trabalhadoras sexuais para mais medidas de prevenção (Estébanez et al., 1993). Importa, designadamente, trabalhar a educação para a saúde, reforçando a informação sobre as doenças e formas de contágio, mostrando-lhes assim que o simples facto de não estarem infetadas com nenhuma doença não as torna imunes ao seu aparecimento.

O trabalho de campo que realizámos no âmbito do Programa Autoestima, programa de saúde pública da ARS do Norte, do qual falaremos mais adiante, permitiu-nos corroborar as teorias de que o nível de conhecimentos sobre Infeções Sexualmente Transmissíveis, designadamente no que respeita à forma de transmissão e aos métodos preventivos, eram maiores nas trabalhadoras do sexo que se encontravam já inseridas no Programa do que naquelas com quem tivemos um primeiro contacto (Sanders, 2006). Reconhecemos, pois, que este programa é um importante facilitador do conhecimento e da prevenção das IST. Em conformidade, é nosso entendimento que deveriam existir mais programas de saúde pública direcionados para a educação sexual das trabalhadoras do sexo, tendo como principais objetivos a transmissão de conhecimentos, desmitificação de ideias, disponibilização de métodos contraceptivos e apoio médico e psico-social (Rhodes, 1994).

### **3.7 - As trabalhadoras sexuais como potenciais educadoras sexuais**

Com base na literatura e no trabalho de campo que desenvolvemos, parece-nos pertinente salientar a importância dos programas e projetos especificamente dirigidos pela Saúde Pública às trabalhadoras sexuais.

No entanto, se por um lado estes programas e projetos reforçam a informação e profilaxia das IST, por outro lado poderão imputar a estas mulheres o ónus da responsabilidade pela transmissão destas doenças. Impõe-se assim repensar formas de

promoção da saúde e definir estratégias que contribuam efetivamente para a redução do número de indivíduos com infeções sexualmente transmissíveis.

Em alguns países, são aplicadas medidas de educação sexual dirigidas às trabalhadoras sexuais, consideradas um sucesso. Na Austrália, por exemplo, encontram-se implementadas medidas eficazes de prevenção dirigidas às trabalhadoras sexuais, uma vez que estas estão incluídas na participação ativa em políticas governamentais (Bates & Berg, 2014). Na década de 80, com o aparecimento do VIH, o governo australiano criou parcerias com clínicas de saúde, com apoios sociais e com projetos de investigação (Bates & Berg, 2014).

Em resultado desse trabalho, desenvolveu-se uma cultura sexual segura, com novas mentalidades, estabelecendo-se barreiras entre a trabalhadora sexual e o cliente (Bates & Berg, 2014). Devemos evidenciar que, atualmente, a prevalência do uso do preservativo na Austrália é de aproximadamente 100% (Bates & Berg, 2014). Das diversas reformas legislativas, destacamos alguns dos objetivos da UNAIDS<sup>7</sup> que foram uma das bases do bem-sucedido exemplo australiano: Garantir acesso universal para a prevenção, tratamento, cuidados e apoio do VIH; Construir ambientes de suporte, com fortes parcerias e várias opções de escolha; Reduzir a vulnerabilidade desta população (Bates & Berg, 2014).

Grande parte do sucesso da prevenção das IST na Austrália deve-se à descriminalização da prostituição, assumindo-se que o trabalho sexual é legítimo e que este grupo tem iguais direitos como qualquer outro trabalhador (Bates & Berg, 2014). Outra das medidas de educação sexual dirigidas às trabalhadoras sexuais consiste na aplicação do método de educação de pares, modelo bastante desenvolvido no Reino Unido, e que tem mostrado resultados eficazes de mudanças comportamentais ao nível da transmissão do VIH.

Neste tipo de abordagem, tem-se vindo a verificar uma diminuição do risco de IST, com mais evidência nos trabalhos de grupo do que individualmente. Isto poderá ser explicado pelo facto de existir uma consciencialização de pares que se reproduzirá na transmissão dos conhecimentos para outros indivíduos das suas redes sociais (Rhodes, 1994). O *empowerment* dado a este grupo é uma mais-valia para a saúde pública, uma

---

<sup>7</sup>A UNAIDS foi criada em 1996 e tem como principal objetivo a prevenção primária e secundária do VIH. Adota medidas de apoio, baseadas na ajuda, apoiam, tratamento e prevenção.

vez que o conhecimento dos indivíduos está subjacente a um trabalho de profissionais de saúde (Rhodes, 1994).

A metodologia de pares pressupõe também que todos os saberes são válidos e que indivíduos que têm ou tiveram uma experiência difícil nas suas vidas poderão também dar “formação” aos técnicos, podendo-se adquirir conhecimentos através das experiências de vida (Albergaria, 2014). Embora em Portugal este tipo de metodologia não seja muito utilizado, acreditamos que poderia ser facilmente transportado para a nossa realidade.

A saúde sexual não pode apenas ser teorizada. Nesta era de permissividade, torna-se cada vez mais imperativo o diálogo com as prostitutas, de modo a compreender e contextualizar as suas vivências pessoais e experiências profissionais. É cada vez mais fundamental legitimar a trabalhadora sexual como interventora na prevenção de práticas desprotegidas, devendo a sua opinião e a sua informação serem consideradas na elaboração dos programas de intervenção no âmbito da prevenção das IST (Estébanez et al., 1993).

Ainda considerando a importância da promoção da saúde, importa também repensar práticas de intervenção e formação dirigida a clientes e aos companheiros das trabalhadoras sexuais, apostando em campanhas de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis direcionadas para este público (Estébanez et al., 1993).

De facto, as mulheres admitem que, ao longo do seu dia de trabalho, vários clientes desconhecem o modo de transmissão das IST e, por outro lado, existem também aqueles que recusam métodos contraceptivos, mesmo sabendo os riscos que correm (Pais, 2010).

*09 de Dezembro de 2014*

*Serra da Lameira*

*E7*

*Eles (os clientes) pedem (para não usar preservativo) mas eu não faço. Eu prefiro voltar para casa sem nada do que colocar a minha vida em risco. Porque a gente está nessa vida e é muito perigoso, a gente nunca sabe o dia de amanhã. Até com o preservativo às vezes é perigoso. Eu digo que é perigoso, até falo nas doenças, mas eles mesmo assim preferem sem preservativo e até pagam mais.*

*Eu, prefiro voltar para casa sem nada. Eu preciso de trabalhar para ganhar o meu dinheiro, mas o dinheiro não faz a minha cabeça, para mim não é tudo. O dinheiro que eu ganhar depois não me vai servir para nada.*

Fonte: Diário de Campo

É necessário repensar as abordagens a este grupo social, uma vez que o contágio das IST tem-se modificado, estando atualmente associado a outros fatores, como sejam o uso de drogas e a desinformação dos clientes. Estudar as particularidades dos clientes que procuram as trabalhadoras sexuais é assim um trabalho que consideramos desafiante, e que necessita cada vez mais de investigação (Sanders, 2006). Por outro lado, a participação destas mulheres como transmissoras de informação poderá também favorecer a redução de estereótipos discriminatórios, transmitindo a ideia de que as trabalhadoras sexuais desempenham uma função positiva na sociedade (Sanders, 2006).

Para finalizar, consideramos pertinente referir o apoio da equipa multidisciplinar do Programa Autoestima como elementos facilitadores de comunicação e confiança com as mulheres entrevistadas, as quais se disponibilizaram a colaborar de livre vontade, de forma empenhada, discutindo e expondo as suas ideias, manifestando respeito e reconhecimento pelo trabalho dos técnicos do Programa.

**Capítulo IV**  
**O efeito da crise económica**

#### **4.1. A crise económica em Portugal**

A crise económica que atualmente assola Portugal é o resultado de várias causas e motivos que só serão possíveis de compreender em plenitude daqui a alguns anos com mais informações do que as que agora dispomos (Bento et al., 2009).

Ao longo deste capítulo, quando mencionamos a palavra “crise”, referimo-nos sempre à crise financeira, económica e de emprego. No entanto, não deixa de ser imprescindível mencionar que “esta crise” suscita outras que lhe estão inevitavelmente interligadas. A crise de valores, a família e a político-social ficam forçosamente influenciadas com o efeito dominó da crise económica (Estanque, 2009).

Contextualizando, é um facto conhecido que Portugal enfrenta hoje uma das maiores crises económicas de sempre. A cada dia que passa, multiplicam-se os empregos instáveis, cresce de forma abrupta o desemprego de longa duração, há uma elevada emigração forçada e uma elevada precariedade laboral, originando uma profunda degradação do mercado de trabalho. Estes fenómenos traduzem-se no aumento das desigualdades, espelhando uma sociedade em desagregação onde o emprego precário ronda os 40% do emprego total em Portugal (Cruz, 2009; Estanque & Costa, 2012).

Esta nova conjuntura tem fomentado o aparecimento de quadros de pobreza e de exclusão social nunca antes vistos e tem exibido repercussões em todas as classes sociais, verificando-se uma descida acentuada da qualidade de vida com maior incidência nas classes média e média alta.

No período anterior a esta crise, assistiu-se, a nível mundial, a um consumismo desregrado de bens materiais, em que Portugal não foi exceção. Podemos afirmar que se vivia um período de prosperidade, em que facilmente qualquer pessoa acedia a bens de consumo e luxo, como aquisição de automóvel, habitação e férias, através de empréstimos bancários com pagamentos a prestações.

A população portuguesa, que perdeu a noção do poupar para depois comprar, tornou-se cada vez mais exigente com a qualidade de vida e com maiores expectativas de como a viver. O facilitismo e a convicção de que todos merecíamos uma vida melhor levaram a que milhares de indivíduos gastassem de forma irracional, gerando uma “riqueza artificial”, refletida em consumos insustentáveis a longo prazo (Bento et al., 2009; Estanque, 2009).

A percepção da maioria dos portugueses sobre a valorização do dinheiro sintetizava-se na premissa de que para uma maior satisfação há que fazer gastos imediatos em detrimento das poupanças. *De certo modo, pode dizer-se que essa transformação comportamental nos habituou a viver à custa do futuro e que este agora nos confrontou com a factura acumulada* (Bento et al., 2009:3).

Com a instalação da crise, emergiu uma realidade de dificuldades. Os que outrora viviam uma vida estável, sem necessidades de poupanças, viam-se agora rodeados de empréstimos que não conseguiam pagar, com rendas e juros demasiado altos.

Paralelamente, ocorrem os despedimentos maciços, transversais a toda a população, mas com especial incidência nos indivíduos com poucas habilitações; verifica-se o aumento das desigualdades de género e das situações de precariedade no emprego, refletindo-se esta conjuntura num aumento acrescido das desigualdades sociais (Estanque, 2009).

A classe média foi uma das classes que mais alterações estruturais sofreu: os despedimentos maciços na função pública, o agravamento da carga fiscal, a perda do subsídio de Natal e do subsídio de férias, despoletaram um recuo nos direitos sociais que afetaram cerca de 3 milhões de pessoas.

Também no setor industrial, o surgimento das novas tecnologias fomentou o aparecimento de novas profissões com competências e especializações industriotecnológicas que ditaram o desemprego ou mudanças significativas nos postos de trabalho muitas vezes associadas a pedras de retribuição.

Mesmo aqueles outrora considerados especialistas passam agora para o “mundo do desemprego”, sem lugar na era da tecnologia. (Estanque, 2013; Estanque & Costa, 2012) Assumiu-se assim, abertamente, uma desvalorização do trabalho dos portugueses e da dignidade da sua vida pessoal e familiar (Estanque, 2009; Estanque & Costa, 2012).

Como sequência, Portugal assiste ao aparecimento de “novos pobres”<sup>8</sup>. Regista-se que cerca de 500 mil famílias se encontram em situação de “nova pobreza” tornando-se por isso, cada vez mais necessário intervir com respostas na comunidade de modo a evitar casos de exclusão social.

A crise que se presencia é o reflexo de fragilidades estruturais da economia portuguesa. É possível detetar inúmeros sinais que revelam o agravamento da situação

---

<sup>8</sup> “Novos Pobres” são famílias que têm emprego, rendimentos, mas o que ganham não é o suficiente para viverem acima do limiar da pobreza.



laboral, económica e financeira dos cidadãos. Num momento de insuficiência de proteção social pública, com cortes no subsídio de desemprego, no subsídio de doença e no Rendimento Social de Inserção, verifica-se um número cada vez maior de pessoas a recorrer a redes de proximidade – familiares e amigos, bem como a instituições de solidariedade social, o que coloca pressão nestas redes de apoio informal, dificultando a capacidade de resposta a todas as necessidades requeridas. O crescimento das situações de pobreza origina uma ausência de perspetivas e de expectativas de futuro face à capacidade de reconstrução de vida.

Com o objetivo de conhecermos esta nova realidade e, nomeadamente, avaliar a proporção da população em risco de pobreza ou exclusão social, no ano de 2014 foram realizados diversos estudos e aplicados inquéritos a indivíduos portugueses em risco de pobreza que viviam em agregados com reduzida intensidade laboral *per capita* e/ou em situação de privação material severa.

As principais conclusões foram as seguintes: Apesar do aumento do contributo de apoios sociais, crê-se que 19,5% das pessoas estavam em risco de pobreza em 2013. O aumento do risco de pobreza abrangeu todos os grupos etários. Distingue-se que a presença de crianças num agregado familiar está relacionada ao aumento do risco de pobreza, sendo de 23,0% para as famílias com crianças dependentes e de 15,8% para as famílias sem crianças dependentes. Em 2013, o risco de pobreza atingiu com maior impacto as mulheres, constituindo-se num risco de pobreza de 20,0% para as mulheres face a 18,9% para os homens. Em 2014, a população em risco de pobreza ou exclusão social foi de 27,5% (Rendimento e Condições de Vida - 2014 (Dados provisórios), 2015).

Atualmente, e de acordo com os dados de 4 de Fevereiro de 2015 do Instituto Nacional de Estatística (INE), a população desempregada em Portugal ronda as 698,3 mil pessoas, com as seguintes características: 50,1% da população desempregada são homens e 49,9% mulheres; 9,8 mil (35,7%) dos desempregados são indivíduos com mais de 45 anos, enquanto 18,0% corresponde a jovens (15 a 24 anos) , 22,9% dos 25 aos 34 anos, 23,4% dos 35 aos 44 anos (INE).

Por nível de escolaridade, concluiu-se que 54,9% dos desempregados completaram, no máximo, o 3º ciclo do ensino básico, 28,1% o ensino secundário e pós-secundário e 17,0% o ensino superior; 64,5% da população desempregada está à procura de emprego há mais de 12 meses, sendo assim denominados desempregados de longa duração (Estatísticas do Emprego - 4º trimestre de 2014, 2015).

Neste contexto atual, de crise económica, que atinge todas as classes sociais da sociedade portuguesa e que desperta momentos de fragilidade e de rutura nunca antes sentidos, torna-se fundamental interrogarmo-nos como é que a população mais vulnerável, e em especial os grupos mais marginalizados, como o das trabalhadoras sexuais, lida com a cada vez maior escassez de recursos, ou assegura a satisfação das suas necessidades básicas de forma a garantir uma vida digna (Bento et al., 2009; Cruz, 2009; Estanque, 2009).

Assim, ao analisar as categorias sociais desfavorecidas reconhece-se que à pobreza<sup>9</sup> e à exclusão social<sup>10</sup> poderão estar associados determinados *handicaps*<sup>11</sup> dos indivíduos, que aqui são apresentados como características que poderão aumentar a vulnerabilidade daqueles socialmente desfavorecidos. A falta de emprego, a falta de habilitações, os baixos rendimentos e fraca participação político-social poderão levar à sua vulnerabilidade (Rodrigues et al., 1999).

Dada esta perceção, pode afirmar-se que as questões e transformações sociais contemporâneas a que temos assistido a nível económico (a precarização das relações de emprego e das relações sociais, o aumento do desemprego e da insegurança em relação ao futuro), a nível político (a crise de governabilidade e do estado-providência), e a nível social (reflexo das crises económicas), têm conjeturado uma rutura da coesão social<sup>12</sup> (Albuquerque, 2008; Estanque, 2013).

Ora, um dos pressupostos desta coesão social é, sem dúvida, a participação dos indivíduos. No entanto, esta participação tem sido cada vez mais posta em causa devido à crise do principal mecanismo de integração e participação social - o trabalho assalariado. Ocorrem então novas situações de vulnerabilidade e exclusão, em que o certo é substituído pelo incerto, tornando as pessoas desintegradas.

A falta de emprego e a impossibilidade de sustentar famílias levam a que vários indivíduos se sujeitem a empregos sem condições e mal remunerados, revelando-se

---

<sup>9</sup> Definido como uma situação de privação resultante do não acesso a recursos fundamentais da dignidade humana. Esta definição afasta o conceito de pobreza dum leitura meramente economicista, ou seja, a pobreza tem que ver com outros recursos para além do dinheiro. Também recusa ver a pobreza como um problema individual, mas sim social e para além disso deve ser visto numa perspetiva estrutural (Amaro, 2014).

<sup>10</sup> É visto como uma situação de rutura com a sociedade. É a quebra dos laços sociais. É um conceito relacional e de cidadania.

<sup>11</sup> Falta de vantagem ou défice que dificulta ou êxito ou a vitória.

<sup>12</sup> O conceito de coesão social pode ser visto como um processo e situação em que se verifica existir condições de igualdade de oportunidades (processo) e resultados que se rejam pela equidade (resultados) e onde situações de pobreza, exclusão social e desigualdades profundas sejam exceção e tendam a desaparecer. Ou seja, é uma situação de realização de cidadania plena para todos/as.

ainda situações em as pessoas não recorrendo a outras opções para lidarem com os problemas, sujeitam-se a práticas pouco dignas (Estanque, 2009).

#### 4.2. O efeito da crise económica na vida das trabalhadoras sexuais

##### a) Os novos casos de prostituição em Portugal

Como vimos anteriormente, a crise económica provocou várias mudanças sociais nas trajetórias e percursos de vida dos portugueses. As dificuldades no mundo laboral contribuíram para que muitos indivíduos aceitassem empregos instáveis, mal remunerados e muitas vezes em atividades informais.

Não querendo colocar em causa que, de facto, a crise económica afetou toda a população portuguesa, é pertinente referir, e uma vez que a presente investigação é baseada no sexo feminino, que as mulheres continuam a ser inferiorizadas no campo laboral, mesmo em categorias em que possuam uma maior qualificação. À partida, a falta de oportunidades será maior para o sexo feminino, aumentando as desigualdades a nível de desemprego, de pobreza e futuras oportunidades de emprego (Estanque & Costa, 2012).

A prostituição (muitas das vezes através de esquemas de *smuggling*<sup>13</sup> (Silva et al., 2013) surge assim como uma hipótese para muitas mulheres que não se adaptam às exigências deste novo mundo do trabalho ou que se encontram em situações de desemprego de longa duração. Efetivamente, as situações precárias provocadas pela carência de dinheiro, e associada à perda de emprego, ou à falta de apoios sociais, está a levar cada vez mais mulheres para a prostituição (Crise chega ao negócio da prostituição, 2011; Jesus, 2010; Neves, 2009).

28 de outubro de 2014

Destino: Bares do centro de Guimarães

E5

*Eu acho que cada vez é pior, [os clientes] respeitam-nos menos e há mais quantidade [de trabalhadoras do sexo].*

*Enquanto, imaginemos que há dois ou três anos atrás, nós éramos, suponhamos umas mil, agora somos um milhão! Cada vez há mais!*

---

<sup>13</sup> Atividades relacionadas com a imigração ilegal.

*Devido à crise aparecem mulheres a prostituir-se que antes não eram prostitutas. Não há dinheiro!*

*Elas têm que se sustentar a elas e aos filhos, têm que pagar a renda, água e luz, por isso têm que fazer alguma coisa.*

Fonte: Diário de Campo

Numa entrevista ao Jornal Expresso, Inês Fontinha, diretora da associação “O Ninho”, afirma que o aumento da crise na prostituição teve início em 2010, afetando mulheres entre os 30 e 40 anos e de classe média (Baião, 2011). Verifica-se que o número de trabalhadoras sexuais nas ruas e em apartamentos está a aumentar, combinando-se com um aumento da idade e do grau de escolaridade (Mães na prostituição para pagar dívidas, 2011).

A maioria dos novos casos de mulheres que optam pelo mundo da prostituição afirma que o fazem como meio de sobrevivência e pela sua família. É importante referir que o ingresso na prostituição é mais fácil quando se trata de mulheres com filhos, uma vez que pretendem proporcionar um melhor futuro para os seus (Silva et al., 2013).

De facto, ao longo das entrevistas e da observação que realizámos no Programa Autoestima, pudemos observar que todos os novos casos de trabalhadoras sexuais diziam respeito a mulheres desempregadas e com filhos para sustentar. Muitas delas afirmaram que tentaram arranjar vários empregos, e uma vez que não os conseguiam, aventuraram-se no mundo da prostituição.

28 de outubro de 2014

Destino: Serra da Lustosa

E10

*Eu trabalhei num Hospital no Porto (como auxiliar de limpezas) durante muitos anos. Depois vim embora por causa desta maldita crise que está a afetar o país. Entretanto fui trabalhar para um café onde estive lá 8 dias e fui enganada e vim parar a este tipo de situação. Não aqui [bar na Lustosa], mas em Penafiel.*

*Pronto, conclusão, estive lá 15 dias se tanto, ao fim de 15 dias tinha algum dinheiro junto e tentei fazer novamente a vida, e como não consegui tornei a voltar para a prostituição e vim parar cá.*

*Tenho um filho a estudar, está a tirar um curso. E para que não lhe falte nada, tive que me aventurar a isto! Eu antes até era contra a prostituição.*

*Não criticava quem fazia, tinha uma ideia completamente diferente do que era.  
A maioria das mulheres hoje em dia escolhem este tipo de trabalho por necessidade.  
Cada vez há menos emprego, as rendas aumentam nas casas e elas sujeitam-se a isto  
tudo.*

Fonte: Diário de Campo

### **4.3 A crise nas trabalhadoras sexuais**

As trabalhadoras do sexo foram desde sempre excluídas de múltiplas formas. Ao serem afastadas do sistema social e do exercício de diversos direitos, como os de cidadania, ficam privadas do poder reivindicativo.

Com a situação de crise económica instalada, muitas destas mulheres, na sua maioria com ausência de redes de suporte familiar e social, sujeitam-se a práticas degradantes e arriscadas, com pagamentos muito baixos, para que possam assegurar as suas despesas diárias (Oliveira, 2004).

A prostituição de rua e de bares enfrenta agora dificuldades que não eram sentidas há já muitos anos. A partir de vários relatos, pudemos constatar que, comparativamente com há dez anos atrás, a vida destas mulheres tem-se vindo a alterar. Outrora, apesar do difícil trabalho, as trabalhadoras sexuais conseguiam alcançar estabilidade financeira e tinham um nível de vida acima da média. Hoje em dia, esse nível baixou. Encontram-se endividadas pelos baixos rendimentos, sendo também a sua qualidade de vida muito afetada.

Por outro lado verifica-se que, com a ascensão e divulgação da internet e das tecnologias informáticas, ocorreram alterações significativas na indústria sexual. A internet permite às trabalhadoras sexuais, de uma forma mais discreta, fazer anúncios e negociar, não havendo limites e barreiras para serviços sexuais.

Podemos então concluir que estes fenómenos tecnológicos prejudicam a indústria sexual tradicional, afetando sobretudo as trabalhadoras sexuais de rua (Sanders et al., 2009).

27 de outubro de 2014

Destino: Bares do centro de Guimarães

E8

*Olhe para mim, eu comecei a trabalhar há 15 anos, com 2 anos de luta, já comprei uma casa e comprei uma loja. Antigamente fazíamos 200€ por noite porque o povo tinha dinheiro.*

*Tinha dinheiro para gastar, hoje em dia não. Hoje em dia um cliente vai, bebe uma cerveja e fica para ver as mulheres e vai embora. O povo não tem dinheiro, preferem ver as mulheres na net, é grátis, sabe!!*

Fonte: Diário de Campo

A prostituição assume-se agora para estas mulheres, como a única forma de ganharem dinheiro. A falta de empregos e a necessidade de sustentar as suas famílias fazem com que se torne cada vez mais difícil sair desta prática (Jesus, 2010).

Efetivamente, verifica-se uma grande preocupação destas mulheres no compromisso com a sua família – filhos, pais e irmãos. O dinheiro é pois valorizado não só por razões que se prendem com a própria sobrevivência, mas também com a possibilidade de promover o bem-estar das suas famílias (Ribeiro et al., 2007).

Não obstante, e mais uma vez face à crise, esta realidade tem-se vindo a alterar nos últimos tempos, pois grande parte destas mulheres já não consegue ajudar economicamente as suas famílias. De referir em especial as trabalhadoras do sexo estrangeiras que semanalmente enviavam para o seu país de origem parte do seu rendimento, e hoje encontram-se impossibilitadas de o fazer.

São frequentes as queixas das trabalhadoras sexuais, que se sujeitam a longas horas na rua para, às vezes, conseguirem obter uma quantia mínima, insultuosa até, de dinheiro (Jesus, 2010).

17 de novembro de 2014

Destino: Serra da Lustosa

E2

*Os meus rendimentos baixaram muito, muito, muito. Antes a gente vestia-se bem, íamos a boas boutiques, agora não se vai. Agora vou à loja dos chineses comprar umas botas, uns sapatos. Não há dinheiro.*

*Eu pagava uma renda de 225€ e disse à minha senhoria que saía se ela não baixasse renda. Ela disse: prontos não saia que eu baixo a renda. Senão não tinha hipótese de pagar 225€. Também ajudava os meus pais todos os meses... e agora nem para mim ganho.*

Fonte: Diário de Campo

E6

*Olha se quer que diga, em 10 anos mudou tudo na nossa vida. Tudo! Não há nada que não tivesse mudado e tudo para pior! Enquanto que há 10 anos atrás nos ganhávamos 100€ por dia, hoje ganhamos 10€.*

Fonte: Diário de Campo

Devido à atual crise económica, verifica-se cada vez mais uma diminuição na procura dos serviços sexuais da prostituição, associada a uma diminuição dos preços praticados e a um regatear dos mesmos, que em nada beneficiam a condição destas mulheres. Os chamados clientes habituais deixaram de o ser, aparecendo apenas esporadicamente, também por falta de recursos económicos (Caneco, 2013; Crise chega ao negócio da prostituição, 2011; Jesus, 2010; Neves, 2009). De realçar que em 2010 o negócio da prostituição registou quebras superiores a 40% (Prostitutas fogem da crise, 2010).

17 de novembro de 2014

Destino: Serra da Lustosa

E3

*Os clientes dizem que estão muito mal, que estão desempregados, que vêm aqui menos vezes, claro que a gente também nota isso. Mas há sempre aqueles dez eurinhos para eles virem uma vez por mês.*

Fonte: Diário de Campo

Ao longo dos seis meses de acompanhamento destas mulheres, foi possível constatar, através dos seus relatos, que a sua condição social sofreu profundas modificações, não só ao nível da diminuição drástica dos rendimentos, mas também da pressão exercida pelos clientes para baixar o preço e ao nível de exigência de práticas desprotegidas.

Todas as mulheres admitiram conhecer colegas que faziam sexo não protegido para não perderem o cliente, usando de concorrência desleal. No entanto, algumas delas também confessaram que elas próprias não utilizavam preservativo no sexo oral para conseguir um maior rendimento.

24 de novembro de 2014

Destino: Serra da Lustosa

E3

*Eles pedem para ser sem preservativo e eu até posso estar a precisar muito de dinheiro e dizer que não faço, mas tenho ali duas ou três à frente que vão fazer. Porque elas precisam de dinheiro. Elas têm os filhos em casa a passar fome, rendas para pagar, muitas delas já estão a viver por favor, porque não têm dinheiro para pagar renda e sujeitam-se a qualquer coisa!*

Fonte: Diário de Campo

Constamos assim que a crise económica afetou também de forma considerável a segurança das trabalhadoras sexuais, tornando-as mais frágeis. Outrora, tinham a possibilidade de escolher os seus clientes, mas hoje em dia, com a diminuição da procura, muitas arriscam-se a alinhar com indivíduos que poderão ser um perigo para as suas vidas (Jesus, 2010).

Importa ainda salientar que se constata uma nova tendência no trabalho sexual abrigado denominado “as quinzenas”. Para tentarem fugir à crise, as trabalhadoras sexuais ficam a trabalhar quinze dias no mesmo local, passando depois a trabalhar mais quinze noutra cidade, passando por várias cidades de forma a atraírem novos clientes. Esta nova prática pressupõe a existência de um “intercâmbio” entre as prostitutas de todo o país.

Tendo em conta que todos os efeitos nefastos que a atual crise acarreta para a sociedade e designadamente para as trabalhadoras sexuais far-se-ão sentir ao longo de vários anos, impõe-se a necessidade de promover intervenções no âmbito da prostituição ao nível da informação e educação para a saúde, políticas de apoio social, bem como ainda ao nível de novas oportunidades de emprego e formação de modo a por fim ou minimizar de forma considerável a deterioração social.



**Capítulo V**  
**O Programa Autoestima**

## **5.1 - Algumas considerações e sugestões para o sucesso de um programa com intervenção das trabalhadoras sexuais**

Na década de 90 do século passado, registou-se um crescimento exponencial do VIH/SIDA, estimando-se que cerca de 4,6 milhões de pessoas foram infetadas com esta doença. Face à situação, as entidades responsáveis pela promoção da saúde em todas as partes do mundo foram unânimes em concluir a necessidade de criação de grupos de trabalho e organizações específicas que se dedicassem ao combate do vírus da SIDA (Ribeiro & Silva, 2010).

No que concerne especificamente à temática da prostituição, concluiu-se que a metodologia de intervenção de determinados programas de saúde pública se encontrava desatualizada e era demasiado simplista tendo em conta esta nova realidade. Assim sendo, tornou-se cada vez mais necessário proceder a uma revisão das metodologias de intervenção, uma vez que o fundamento dos programas encarava os trabalhadores sexuais como os responsáveis pela transmissão da maioria das infeções sexualmente transmissíveis (Pires, 2009). Neste contexto, é pois essencial clarificar esta ideia e centrar o trabalho de intervenção não só na doença do VIH/SIDA, mas também na relevância das IST, considerando que cada vez mais se verifica uma maior incidência destas, provocando, conseqüentemente, uma deterioração do estado de saúde dos indivíduos (Pires, 2009). Assim, as organizações que trabalham com população que se prostitui, deverão centrar a sua intervenção em áreas de promoção da saúde, como o acesso a apoios sociais, o encaminhamento para tratamentos relacionados com o uso de drogas e informações sobre os direitos humanos e cívicos para a promoção da sua autoestima (Coutinho, 2012).

Em conformidade com este argumento, levantam-se novas questões sobre o modo de lidar com a população trabalhadora do sexo, nomeadamente as seguintes: quais as novas metodologias a usar? Quais as melhores estratégias para o sucesso de um programa com esta população? Como combater a discriminação? (Cordeiro, 2012; Eira, 2014b; Ribeiro & Silva, 2010). Como proceder no sentido de diminuir a vulnerabilidade e aumentar os fatores protetores dos trabalhadores sexuais? (Gradim, 2014).

Perspetivando-se uma nova lógica de intervenção com as trabalhadoras sexuais, o trabalho dos técnicos com esta população deverá assim focar a sua ação na promoção da prevenção do VIH/SIDA e das IST, não só junto das trabalhadoras sexuais mas também junto de uma população mais alargada, como sejam clientes e namorados, não

tendo apenas como principal objetivo o bem-estar dos clientes da prostituição (Ribeiro & Silva, 2010). Ou seja, é fundamental considerar a heterogeneidade dos indivíduos, assumindo-se desde logo que a educação sexual tem de facto um papel preponderante de importância no combate à transmissão de doenças, sendo necessário inculcar estas ideias não só às trabalhadoras sexuais, mas também às redes sociais que as envolvem (Coutinho, 2012; Pires, 2009).

Ressalvamos, contudo, que na medida em que qualquer indivíduo poderá estar sujeito à transmissão de infeções sexualmente transmissíveis<sup>14</sup>, a intervenção de programas de combate ao VIH/SIDA e às IST deverá encarar os trabalhadores sexuais como “indivíduos com comportamentos de risco” ao invés de “grupos de risco” (Pires, 2009). Contudo, o facto de esta população estar diariamente sujeita a uma maior exposição de riscos justifica plenamente a criação e implementação de programas que procurem a capacitação de comportamentos protegidos (Pires, 2009).

Importa ainda referirmos que, ao longo dos capítulos da nossa dissertação, temos vindo a constatar que as mulheres ao serem rotuladas como trabalhadoras sexuais sentem muitas vezes a perda de estatuto na sociedade, bem como uma desvalorização pessoal. O estigma torna-as pessoas inseguras e sem autoestima, facilitando práticas abusivas, tais como a violência e a negação de utilização de vários serviços da comunidade (Coutinho, 2012). Em consequência, esta tendência generalizada para criminalizar o trabalhador sexual aumenta a sua vulnerabilidade e isolamento (Soares, 2014).

Erving Goffman, autor de referência pela importância dos seus contributos no estudo dos grupos estigmatizados, considera que o estigma não pode ser definido como um atributo pessoal de cada indivíduo, sendo antes uma definição construída pela sociedade. Ou seja, na presença de indivíduos com características físicas ou biológicas<sup>15</sup> diferentes, ou com características comportamentais fora do padrão da normalidade, a sociedade cria categorizações e atributos, passando esses a serem considerados naturais. O estigma social proporciona a rotulagem dos indivíduos, levando a que todos os que se afastem da normalidade sejam estigmatizados (Ferreira, 1995; Goffman, 1988; Melo, 2000), gerando expectativas à própria sociedade sobre a sua conduta. A sociedade cria

---

<sup>14</sup> Vários estudos demonstram que a percentagem de disseminação de IST é maior em relações não relacionadas com a prostituição.

<sup>15</sup> Goffman ao longo da sua obra define também o conceito de “estigmas tribais”, considerando que os preconceitos e as representações sociais poderão ser determinados pelo aspeto físico e sociocultural dos indivíduos (Goffman, 1988; M. Ribeiro et al., 2007).

representações de tal modo influentes (Coutinho, 2012) que tende a criar categorias ou grupos de acordo com os atributos pessoais e sociais dos indivíduos, determinando qual a sua identidade social e as relações que terão com o meio envolvente. A conceção destes modelos sociais conduzem por sua vez à criação de imagens que não são de todo reais, mas que são assumidas como tal (Goffman, 1988; Melo, 2000).

Quanto mais diferenças visuais existirem perante o resto da sociedade, mais difícil será a inclusão dos indivíduos diferentes. A estes será ainda acrescida uma perda de poder e de identidade social, levando a que sejam vistos como prejudiciais em relação à restante população (Melo, 2000).

De acordo com Goffman, a estigmatização de um determinado grupo social não parte apenas dos indivíduos comuns da sociedade, podendo também ser suscitada por aqueles que se encontram em cargos de “poder” justificando comportamentos punitivos de forma a manter a ordem social (Goffman, 1988; Ribeiro et al., 2007).

O estigma elimina assim todas as características positivas de um indivíduo, fazendo sobressair somente a imagem social negativa preconizada pela sociedade. Os grupos estigmatizados perdem a sua autoconfiança, tornando-se incapazes de reagir aos atributos que lhes são impostos (Goffman, 1988; Melo, 2000).

No caso concreto da prostituição, as trabalhadoras sexuais, ao tomarem consciência da forma como são encarados pela sociedade, tentam corresponder às expectativas sociais esperadas. Ou seja, na medida em que a sociedade lhes atribui uma imagem negativa, tentam desenvolver uma teatralização do seu papel de modo a que corresponda ao esperado pela sociedade em geral e pelos seus clientes em particular (M. Ribeiro et al., 2007). E, uma vez que se caracterizam pela grande fragilidade emocional, tornam-se mais suscetíveis ao aumento da violência física e psicológica, inferiorizando-se em relação ao resto da sociedade (Oliveira, 2011).

Das variadas categorizações e rotulagens inculcadas às trabalhadoras sexuais, destacamos aqui a ideia de que todas estas mulheres são vítimas de lenocínio por proxenetas ou por proprietários de bares e que são vistas como um objetivo unicamente sexual para os clientes. Esta rotulagem reducionista acaba por menosprezar as diferentes motivações e percursos de vida destas mulheres, bem como a uma falsa ideia das particularidades do seu trabalho (Ribeiro et al., 2007).

Importa pois destacarmos que a sociedade ao distinguir uma “mulher honrada”, de uma mulher “desonrada”, não apenas separa as trabalhadoras sexuais das restantes mulheres, como delimita o que uma “mulher honrada” deverá ou não fazer a nível

comportamental e físico, sob risco de caso seja divergente do esperado, acabe colocada no grupo das mulheres desonradas com as restantes trabalhadoras sexuais (Ribeiro et al., 2007).

Tendo em conta esta realidade, o Programa Autoestima, surge com o propósito de pretender combater as ideias discriminatórias e rótulos incutidos pela sociedade e que, em muitos casos, foram já incutidos pelas trabalhadoras sexuais (Ribeiro et al., 2007). Torna-se fundamental compreender as diferenças entre os indivíduos que compõem o mesmo grupo, sendo necessário perceber que cada um possui uma identidade própria e uma autoestima que deverá ser entendida e preservada.

De facto, todos os programas de intervenção com trabalhadores sexuais deverão adotar uma postura baseada na promoção, proteção e acesso aos serviços de saúde, assegurando-se a qualidade no tratamento de doenças e na modificação de determinados comportamentos de risco (Ribeiro & Silva, 2010). Essas mudanças por certo levarão a melhorias no bem-estar físico, social e mental desta população (Cordeiro, 2012; Pires, 2009) cabendo aos técnicos intervenientes assegurar momentos de partilha, direcionando iniciativas de educação para a saúde da população trabalhadora do sexo com o objetivo da transmissão de conhecimentos de práticas preventivas (Ribeiro & Silva, 2010).

Neste âmbito de intervenção, o apoio social torna-se um dos aspetos fundamentais para a inclusão desta população marginalizada, uma vez que poderá contribuir para a diminuição da violência sexual, o aumento da participação social e a articulação com os restantes serviços de apoio da comunidade. O reforço da autoestima poderá ajudar a combater o estigma, permitindo que os trabalhadores sexuais reforcem atitudes de confiança enquanto indivíduos membros de uma sociedade (Ribeiro & Silva, 2010).

A lógica do *empowerment* tornou-se um conceito fundamental nos programas de educação para a saúde, uma vez que, graças a este, os trabalhadores sexuais são os principais condutores do desenvolvimento pessoal e social das suas vidas, levando a uma participação ativa dos seus direitos de cidadania (Pires, 2009). Respeitando-se o ponto de vista dos trabalhadores sexuais, considerando as suas experiências e conhecimentos (Soares, 2014), torna-os mais realizados, melhorando significativamente as suas vidas, na medida em que há uma maior preocupação nos seus estados de saúde e decisão de tomarem práticas mais preventivas. Ao exercerem as tomadas de decisão e ao terem conhecimento dos recursos comunitários disponíveis, cria-se a oportunidade de

redução de comportamentos de risco, o que se reflete em ganhos de autoestima (Coutinho, 2012; Pires, 2009).

O desconhecimento, os sentimentos de vergonha e estigma, inibem muitas vezes esta população de aceder a programas direcionados ao seu bem-estar. Dada essa realidade, e para uma maior redução de riscos, torna-se assim fundamental recorrer a estratégia do *outreach*<sup>16</sup>. Esta técnica baseia-se na ideia de que, para um programa ter sucesso, dever-se-á abordar diretamente os trabalhadores sexuais nos seus locais de trabalho, em vez de esperarmos que estes se desloquem até aos serviços de apoio e de saúde (Coutinho, 2012). É muito importante enfatizar a confidencialidade dos projetos, na medida em que se deverá evitar ao máximo elementos que identifiquem as equipas, respeitando o direito à privacidade e ao anonimato e à não interferência<sup>17</sup> com o trabalho dos trabalhadores sexuais (Soares, 2014). A empatia e as relações de confiança permitirão que de futuro os trabalhadores sexuais se dirijam, por iniciativa própria, aos serviços disponibilizados na comunidade.

No terceiro capítulo em que abordamos - *A Saúde Pública e as Infecções Sexualmente Transmissíveis*, destacamos a importância da educação de pares. Apesar de esta técnica não ser muito utilizada em Portugal, em vários países já foi bem-sucedida, nomeadamente para a compreensão das reais necessidades desta população (Coutinho, 2012). A educação de pares poderá ser uma mais-valia, pois vários programas de saúde pública apresentam redução dos apoios e a sua cessação, podendo ser útil face às fragilidades na atuação com as trabalhadoras sexuais (Coutinho, 2012).

Também a troca de partilhas e experiências no âmbito da rede de trabalhos nacionais e internacionais entre profissionais que atuam com a população trabalhadora sexual representa uma mais-valia na melhoria das intervenções e respetiva taxa de sucesso (Soares, 2014).

Expostas algumas considerações e sugestões que consideramos pertinentes para o sucesso da intervenção com a população que exerce a prostituição, apresentamos agora o programa que serviu de base e sustentou o nosso trabalho de investigação. Todos os pressupostos anteriormente referidos encontram-se contemplados no que preconiza o “Programa Autoestima”.

---

<sup>16</sup> Alcance.

<sup>17</sup> O Jornal de Notícias deixa a um preço reduzido colocar linhas de apoio para as trabalhadoras sexuais (Soares, 2014).

## 5.2 - Programa Autoestima

Apesar dos esforços desenvolvidos pelo Estado português e pelas organizações não-governamentais na prevenção da SIDA e de outras infeções sexualmente transmissíveis, na década de 90 do século XX, reconheceu-se que a informação e o conhecimento sobre estas doenças e métodos de prevenção não estavam ao alcance de todos os grupos sociais. O grupo de mulheres e homens que exercem o trabalho sexual mostram a necessidade de novos conhecimentos e de encaminhamentos para aceder aos serviços de saúde (Autoestima - Informação, 1999; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1997; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1999).

Tendo em conta o reconhecimento do sucesso de projetos internacionais e nacionais no combate à SIDA e IST na prostituição, e uma vez que Espanha e Portugal demonstravam ser dos países europeus ocidentais com maiores taxas de SIDA, a ARS Norte e a Direção Geral de Saúde Pública da Junta da Galiza, juntos, criaram um projeto denominado “Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal”. Considerando a sua pertinência face ao contexto de saúde, este projeto acabou por ser aprovado e cofinanciado pela União Europeia (Autoestima - Informação, 1999; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1997; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1999).

Deste projeto conjunto nasceu o subprojeto português denominado “Projeto Autoestima<sup>18</sup>”, sendo um programa de saúde da ARS Norte, que desempenha a sua atividade desde fevereiro de 1998, estando integrado na rede europeia TAMPEP. A rede europeia TAMPEP 8- Rede europeia para a prevenção do VIH/IST e promoção da saúde nos trabalhadores do sexo migrantes é uma organização internacional que tem como principal objetivo o apoio da saúde e dos direitos humanos dos trabalhadores

---

<sup>18</sup> Sendo agora denominado Programa Autoestima.

sexuais na Europa. Foi fundada em 1993, em Amesterdão, e hoje coordena vinte e seis organizações em vinte e cinco países da Europa. O objetivo principal desta organização é a prevenção do VIH/SIDA, mas também pretende aplicar ganhos em saúde e direitos humanos a esta população, trabalhando sempre na ótica do *empowerment* e na procura da determinação pessoal na procura de melhores condições de trabalho e sociais (Brussa, 2009; Coutinho, 2012).

a) Porquê a designação Programa Autoestima?

O objetivo principal do Programa Autoestima consiste no restabelecimento e fortalecimento da autoestima dos trabalhadores sexuais. A sua forma de atuação, através da disponibilização de serviços gratuitos de especialidades médicas, o apoio legal, o apoio psicossocial e a distribuição de métodos contraceptivos, permitirá o estabelecimento de laços de confiança, afinidade e empatia entre os colaboradores do Programa e os seus intervenientes (Autoestima - Informação, 1999; Eira, 2014a; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1997; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1999).

O Programa preconiza ainda o estabelecimento de relações empáticas entre os técnicos e a população alvo de forma a fomentar a confiança, a motivação e integração social, bem como a responsabilização no apoio à resolução de problemas pessoais.

*Este projeto foi muito bom, foi a coisa mais importante para nós. Foi o Autoestima que sempre nos acompanhou. Pelo médico, pelo preservativo, por tudo. Foi uma grande proteção para nós. Há alguém que ainda se importa connosco. E2*

O sentimento de empatia deverá pois ser altamente valorizado, uma vez que os técnicos interventores trabalham com uma realidade desconhecida pela maioria da sociedade. O Programa Autoestima é assim um programa de afetos, com um impacto qualitativo na vida dos trabalhadores sexuais, e leva a um conhecimento das reais necessidades dos indivíduos.



*Autoestima, acho que fui das primeiras. P'raí há catorze, quinze anos ou se calhar mais. Foi a melhor coisa que conheci até hoje foi o Autoestima... em tudo! Em questões de nos ensinar um certo número de coisas, as camisinhas, o gel, as prevenções de doenças, tudo, tudo, tudo. Há coisas que hoje não tenho porque fui tratada no Autoestima! Só tenho a dizer maravilhas do Autoestima. Para mim foi a melhor coisa que eu tive, que eu conheci na vida. Todas, Dra. Graça, Dra Alice, Dra Diana, Enf<sup>ª</sup> Fátima, todas elas são pessoas que se eu morresse hoje, iam comigo no coração. E5*

Relativamente aos objetivos e metodologias deste Programa, que já funciona há dezassete anos, destacamos que a população-alvo são todos os homens e mulheres que se assumem como trabalhadores do sexo, que exercem prostituição de rua, nas estradas e centro de cidades e, prostituição abrigada em bares ou casas de alterne. Tem como principais objetivos aumentar o nível de saúde dos trabalhadores sexuais, protegendo-os do risco de infeção pelo VIH e outras IST (Relatório de Actividades do Projecto Autoestima, 2011). Procura também o diagnóstico precoce de doenças, bem como melhorar a saúde da população já infetada (Pires, 2009).

Em termos específicos, este Programa propõe-se ainda alcançar muitos outros objetivos que visam a melhoria da população trabalhadora sexual. Em conformidade, uma das principais funções dos técnicos do programa Autoestima é proporcionar um maior conhecimento sobre o vírus da SIDA e de todas as outras IST, bem como os métodos mais eficazes de prevenção. Assim, pretende-se garantir o ensino e correta utilização dos métodos contraceptivos existentes.

Uma vez que o Programa Autoestima é um programa de saúde pública, direciona também a sua intervenção no diagnóstico de doenças e o seu tratamento atempado. As infeções sexualmente transmissíveis e a prevenção de cancros do colo uterino têm-se sido uma das principais preocupações por parte dos técnicos.

Com este Programa, pretende-se não só proporcionar um maior acesso aos serviços de saúde, tendo também como preocupação os apoios sociais e jurídicos, bem como a divulgação da importância dos diferentes programas e projetos existentes no país (Eira, 2014b).

É também importante salientarmos que esta iniciativa tenta contribuir para o *empowerment* e exercício da cidadania por parte desta população, favorecendo o aumento da sua capacidade de negociação (Eira, 2014b), bem como o combate ao

estigma e à discriminação. A autonomização e o maior poder de escolha e decisão só são possíveis com o estabelecimento de relações de empatia e laços de confiança entre os intervenientes do programa.

Ao longo dos dezassete anos de intervenção têm-se criado estatísticas e bases de dados da situação epidemiológica atual das cidades em que o Programa Autoestima exerce função. Estes dados são muito importantes para verificar se a intervenção dos técnicos estabelece ganhos em saúde.

Procura-se estabelecer momentos de partilha de informação, experiências e métodos com outros projetos e parceiros que têm como população-alvo as trabalhadoras sexuais, de modo a se conseguir uma maior formação e compreensão dos desafios de trabalhar com esta população (Autoestima - Informação, 1999; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1997; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1999).

Uma vez que o Programa Autoestima foi criado num projeto conjunto com Espanha, a sua área geográfica de abrangência é a faixa territorial litoral que une o projeto de Portugal com o projeto de Espanha.

Inicialmente, o Programa Autoestima garantia a sua intervenção em Matosinhos, Viana do Castelo, Braga e Guimarães. Atualmente, desenvolve atividade na zona industrial do Porto, Maia, Vila Nova de Gaia, Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Bragança, Santo Tirso, Valongo, Barcelos, Vila Nova de Famalicão, Póvoa de Lanhoso, Serra da Lameira, Sandim e Serra da Lustosa (1º Esboço de Sub-Projecto: Prevenção da Infecção por VIH e outras IST em Homens que se prostituem, 2002; Autoestima - Informação, 1999; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1997; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1999).

#### b) Metodologia de intervenção

Quanto aos métodos de intervenção, distinguimos os seguintes campos:

## **Prevenção primária<sup>19</sup>**

Na sua atuação, o Programa Autoestima considera prioritária a divulgação de informação sobre os meios de prevenção e os riscos das IST e da SIDA. Assim, as principais doenças venéreas são esclarecidas, inculcando-se uma motivação para os trabalhadores sexuais acederem aos serviços de saúde, podendo de forma gratuita fazer exames complementares de diagnóstico e prevenção, como os rastreios do colo do útero, da mama e da SIDA. O principal objetivo é que a população trabalhadora sexual se torne responsável e deliberadamente tome decisões refletidas em ganhos em saúde.

Também como forma de combate à exposição de infeções, o Programa facultava gratuitamente preservativos (masculinos e femininos), a vacina da hepatite B e do tétano, lubrificantes e pílulas contraceptivas. Também faz a promoção da saúde através do programa “Diz não a uma seringa em segunda mão”. Nesta intervenção, é possível efetuar troca de seringas na população consumidora de drogas por via parentérica que contacta com o Programa.

## **Prevenção secundária<sup>20</sup>**

No capítulo III – “A Saúde Pública e as Infeções Sexualmente Transmissíveis” foi descrito que a população trabalhadora sexual é das que menos acede aos serviços de saúde. Considerando esta realidade, o Programa Autoestima propõe-se facilitar a acessibilidade aos cuidados de saúde, permitindo a efetivação de consultas de Medicina Geral e Familiar, de especialidade ginecológica, de planeamento familiar e de saúde materna. Para o sucesso e adesão aos serviços de saúde, todas as despesas são salvaguardadas pelo Programa. Prevê também um acompanhamento e vigilância nos casos sinalizados, bem como parcerias na integração de casos para tratamentos venéreos e de toxicod dependência.

Outra metodologia de intervenção do Programa Autoestima consiste na elaboração de uma base de dados epidemiológica da ARS Norte. Toda a informação recolhida nas diferentes áreas de abrangência do programa permite inserir e analisar dados estatísticos que possibilitam inferir conclusões sobre a demografia dos grupos

---

<sup>19</sup> Prevenção primária é o conjunto de ações que visam evitar a doença na população, removendo os fatores causais. Ou seja, visam a diminuição da incidência da doença. Tem por objetivo a promoção de saúde e proteção específica.

<sup>20</sup> Prevenção secundária é o conjunto de ações que visam identificar e corrigir o mais precocemente possível qualquer desvio da normalidade, de forma a colocar o indivíduo de imediato na situação saudável, ou seja, têm como objetivo a diminuição da prevalência da doença. Visam ao diagnóstico, ao tratamento e à limitação do dano.

sociais e epidemiologia de diferentes vertentes clínicas. Todos os anos, a base de dados é atualizada e discutida para potencialmente apurar novas necessidades e monitorizar as principais patologias.

No final de cada ano de trabalho, em modo de balanço da atividade, são organizadas formações destinadas aos profissionais de saúde afetos ao projeto, para a partilha de experiências e avaliação de novas necessidades. São convidadas a participar outras organizações que trabalham na mesma área, para que também elas possam falar sobre as suas práticas e conhecimentos bem como fornecer novos contributos e formas de atuação.

A implementação deste Projeto, implicou necessariamente o desenvolvimento e implementação de mecanismos de proximidade à população, tendo em vista a concretização dos seus objetivos. Neste sentido e considerando as dificuldades de deslocação da população alvo aos serviços de saúde, o Programa Autoestima dispõe de uma Unidade Móvel, que, semanalmente, percorre as áreas territoriais de abrangência para um contacto mais próximo com os trabalhadores sexuais. As horas e trajetos variam. Em Guimarães, funciona dois dias por semana: um dia tem o horário das 21h00 até à 00h00, percorrendo todos os bares e prostituição de rua do centro da cidade, e outro dia funciona durante a tarde, das 15h30 às 20h00 com destino à prostituição de estrada, serras e casas de alterne distanciadas dos centros urbanos.

Esta Unidade Móvel está equipada com uma sala de convívio, que disponibiliza chá e café, destinada ao acolhimento das trabalhadoras, sendo o local onde se efetuam as entrevistas e os primeiros contactos e conhecimento de novos casos. O facto de ser o Programa Autoestima a deslocar-se ao encontro desta população facilita a sinalização de novos casos, bem como a divulgação do programa pelas trabalhadoras sexuais (Autoestima - Informação, 1999; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1997; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1999).

Em cada área de intervenção, existe um centro de aconselhamento onde as trabalhadoras sexuais se podem dirigir, que representa uma mais-valia, uma vez que disponibiliza serviços de duche e lavandaria, atendimento médico, de enfermagem, apoio jurídico, social e psicológico. Em Guimarães, o Centro de Aconselhamento do Programa Autoestima funciona no Centro de Saúde, disponibilizando consulta médica,

de enfermagem, psicologia e social. Existe também um Centro de Aconselhamento em Braga, que funciona todos os dias úteis, das 17h00 às 20h00, e disponibiliza para as trabalhadoras sexuais uma sala de convívio, uma zona de tratamento de roupas e a possibilidade de executar testes rápidos e gratuitos da SIDA.

Nestes centros de aconselhamento, desenvolvem-se ações de educação para a saúde, permitindo que os trabalhadores sexuais possam divulgar o Programa, bem como todas as informações sobre métodos de prevenção (Autoestima - Informação, 1999; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1997; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1999). Este projeto é constituído por uma equipa técnica multidisciplinar, formada por uma médica, uma assistente social, uma enfermeira e uma psicóloga (Relatório de Actividades do Projecto Autoestima, 2011) .

As atividades desenvolvidas pelo Programa Autoestima no concelho de Guimarães tiveram início em 16 de março de 1999, através da deslocação da Unidade Móvel aos locais comuns de prostituição. Em Guimarães, o Programa encontra-se sediado no Centro de Saúde Professor Arnaldo Sampaio (ACES Alto Ave), sob a coordenação de uma assistente social. Inicialmente a sua divulgação foi efetuada com a colaboração das autoridades policiais e da autarquia vimaranense.

O Programa conta ainda com a parceria do Centro Hospitalar do Alto Ave, que disponibiliza uma médica ginecologista que trabalha em articulação com uma enfermeira do centro de saúde. O apoio psicológico é assegurado apenas na Unidade Móvel e no Centro de Aconselhamento de Braga, sendo o apoio psicossocial assegurado por uma assistente social, quer na Unidade Móvel quer no Centro de Aconselhamento de Guimarães.

Existe também uma rede de respostas na comunidade como a “Cantina Social” e o CRI, Centro de Respostas Integradas, para a população toxicod dependente, com quem o Programa articula sempre que necessário (Autoestima - Informação, 1999; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1997; Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua, 1999).

No que concerne ao trabalho desenvolvido pelo Programa no Centro de Guimarães, em 2014, constatámos que foram estabelecidos 1080 contactos, dos quais 61 foram sinalizados como novos casos de trabalhadoras sexuais. Nesses contactos, foram distribuídos 16.846 preservativos masculinos, 42 preservativos femininos e 1045 lubrificantes. De salientar que durante todo o ano não se verificou a distribuição de uma única seringa, o que poderá eventualmente ser explicado pela diminuição da toxicoddependência no grupo de trabalhadoras do sexo (Eira, 2014a).

Ao longo do ano de 2014 registaram-se nas instalações do Centro de Aconselhamento de Guimarães 188 consultas médicas, 641 consultas de enfermagem e 746 consultas de Serviço Social. As consultas de Psicologia foram efetuadas apenas na Unidade Móvel, pelo que estão incluídas na estatística de Braga (Eira, 2014a).

De facto, os dados estatísticos apresentados referem-se apenas ao Centro de Aconselhamento de Guimarães em 2014. Apesar do Programa Autoestima ter como área de atuação a Serra da Lameira, Sandim e Serra da Lustosa, esses dados estão contemplados no Centro de Aconselhamento de Braga (Eira, 2014a). A partir destes elementos, e comparando os dados de anos anteriores, foi possível concluir que no ano de 2014 ocorreram mais contactos com trabalhadores sexuais e houve uma maior distribuição de métodos contraceptivos.

No âmbito de intervenção deste Programa, devemos realçar o papel do Serviço Social pela importância crucial que assume na reabilitação e na reinserção deste grupo social estigmatizado. Consideramos que a intervenção da assistente social é determinante para a melhoria de vida desta população (Relatório de Actividades do Projecto Autoestima, 2011).

O assistente social possui conhecimentos e competências para trabalhar a dimensão da prostituição, as suas causas, a sua incidência sobre os indivíduos, procurando conhecer os parâmetros desta problemática, das pessoas em causa, da sua psicologia, dos aspetos familiares, do grupo e da sua origem. Tal competência permite-lhe poder avaliar as situações e determinar com clareza a sua área de intervenção, o seu papel como um dos vários intervenientes do processo, assumindo-se como um parceiro fundamental na articulação, quer entre os técnicos quer com as instituições e serviços da comunidade.

De facto, o assistente social tem muitas vezes uma atuação de primeira linha, tanto em questões de informação como de prevenção. A sua disponibilidade de

atendimento, a sua presença no “terreno”, e o seu conhecimento das realidades do dia-a-dia, permitem-lhe uma intervenção oportuna e direcionada à problemática apresentada.

No Centro de Aconselhamento de Guimarães, os primeiros contactos são sempre efetuados pelo Serviço Social, que procede ao acolhimento e informação sobre o projeto, demonstrando total disponibilidade e escuta ativa para com os indivíduos alvo, sem qualquer preconceito e emissão de juízo de valores, usando uma linguagem clara, facilmente entendida por quem necessita de apoio. Esta postura favorece uma relação de confiança e proporciona a criação de ambientes favoráveis, sem qualquer tipo de discriminação. Acima de tudo, o assistente social, através do encaminhamento e articulação com a restante equipa de saúde, promove estratégias não só de prevenção e promoção da saúde, mas também de reinserção social (Relatório de Actividades do Projecto Autoestima, 2011).

Após a realização do diagnóstico social conducente a uma intervenção que visa a integração social desta população através da definição de um projeto de vida, o Serviço Social assume-se como um pilar fundamental na articulação, quer com os vários serviços da comunidade, nomeadamente Segurança Social, Câmara Municipal - Apoio Jurídico, Instituto da Droga e Toxicoddependência, IPPS, quer com os Serviços de Saúde, nomeadamente os médicos de família e os restantes elementos da equipa do projeto (Relatório de Actividades do Projecto Autoestima, 2011) .

Tendo em conta que os trabalhadores do sexo são indivíduos com problemas psicossociais muito graves (fragilidade afetiva, crise de identidade, dificuldade de emprego, experiências de não integração, violência doméstica, famílias em rutura ou desestruturadas, doença, entre outros), o assistente social deve promover uma atitude positiva de compreensão e motivação com o objetivo de promover mudanças de comportamento em termos de saúde e uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde (Relatório de Actividades do Projecto Autoestima, 2011) .

O estabelecimento de laços de confiança entre os técnicos e a população alvo é fundamental para o sucesso do Programa, na medida em que permite uma maior empatia e conseqüentemente uma maior possibilidade de conhecimento da situação favorecendo uma melhor adaptação do projeto às reais necessidades da população alvo (Relatório de Actividades do Projecto Autoestima, 2011) .

### 5.3 - A visão dos técnicos

Para uma abordagem mais completa do presente trabalho, consideramos de extrema importância colher opiniões e perspectivas que não seriam possíveis somente através da pesquisa bibliográfica e da observação. Assim, e em complementaridade, a entrevista, e designadamente as que efetuámos aos técnicos do Programa Autoestima, revelou-se nesta fase como uma indispensável fonte na obtenção de informações mais subjetivas relacionadas com valores, com a familiaridade sobre o assunto, com opiniões válidas.

Cecília Eira é a coordenadora do “Programa Autoestima”, desempenhando também funções como médica de saúde pública. Segundo a coordenadora, o programa Autoestima segue de perto as recomendações da OMS presentes no Guia “Prevention and Treatment of HIV and other Sexually Transmitted Infections for Sex Workers in Low – and Middle-Income Countries”, procurando proporcionar a todos os trabalhadores sexuais melhorias nas suas condições de vida e dignidade.

Cecília Eira acredita que todos os países devem trabalhar com vista à descriminalização do trabalho sexual e eliminação da aplicação injusta das leis não criminalizadoras e regulamentos contra os trabalhadores do sexo. Para isso ser possível, considera que os governos deverão estabelecer leis e outros direitos para proteger contra a discriminação, a violência e outras violações dos direitos dos trabalhadores do sexo, no sentido de realizar os seus direitos humanos e reduzir a sua vulnerabilidade à infeção pelo VIH e ao impacto da SIDA. As leis e regulamentação anti-discriminação deverão garantir os direitos dos trabalhadores do sexo aos serviços sociais, de saúde e financeiros.

Em relação às boas práticas de saúde pública, considera que os serviços de saúde deverão estar disponíveis, acessíveis e acolhedores para os trabalhadores do sexo, baseados nos princípios de recusa do estigma, não discriminação e direito à saúde. Alerta que a violência contra os trabalhadores do sexo é um fator de risco para o VIH e deve ser prevenida com uma orientação em parceria com os trabalhadores do sexo e as suas organizações representativas.

Seguindo as recomendações da OMS, Cecília Eira considera que os programas de saúde pública, têm um custo de efetividade muito favorável, afirmando que *o Programa Autoestima tem tido um papel importante neste grupo vulnerável da população – com 17 anos de existência, é para muitas das nossas utentes uma*



*“âncora” nas suas vidas. Sendo um programa de saúde com poucos profissionais e poucos recursos, são muitas as dificuldades que diariamente temos de enfrentar - tentamos ultrapassar os obstáculos, o que só é possível devido à motivação dos profissionais, pela certeza da importância deste programa de saúde na vida da população que servimos.*

Graça Raposo desenvolve a sua atividade como Assistente Social no Centro de Saúde de Guimarães e integra a equipa do Programa Autoestima desde o seu início, em Março de 1999. Falou-nos da trajetória do Programa.

*Quando o programa teve início, e cuja população alvo eram exclusivamente as mulheres de rua, verificou-se que um elevado número destas mulheres não tinham acesso aos serviços de saúde, sendo assim prioritária uma motivação e uma facilitação de procedimentos para o recurso aos mesmos. Também a divulgação da consulta médica e de enfermagem do Programa Autoestima, bem como a oferta de outros serviços, nomeadamente o Serviço Social, ajudou e determinou a vinda destas mulheres aos serviços de saúde.*

*Esta técnica referiu que a procura inicial teve fundamentalmente a ver com o recurso ao Serviço Social, onde eram apresentadas as principais problemáticas das suas vidas nomeadamente situações de insuficiência económica, os problemas familiares relacionados com a colocação dos filhos em amas ou creches, prestações familiares de direito da Segurança Social, questões de violência por parte dos clientes, e ainda situações de maus tratos familiares. Este foi um local privilegiado para a elaboração de um diagnóstico social e conseqüente encaminhamento para outras respostas da comunidade e um acompanhamento mais próximo desta população, bem como a articulação com os serviços de saúde, que facilitaram não só a sua inscrição em médico de família como também um acompanhamento efetivo da sua situação de saúde.*

No decorrer dos três primeiros anos do Programa Autoestima em Guimarães, e de acordo com as informações prestadas pela técnica, foram contactadas apenas mulheres de nacionalidade portuguesa, em trabalho de rua. Com o recurso à unidade móvel, e através do trabalho de informação e educação para a saúde aí desenvolvido, percebeu-se que o nível de conhecimentos sobre VIH e outras IST era diminuto. Foi prioritário o acesso à informação, por se verificar que a maioria, para além de nunca

*ter recorrido aos serviços de saúde, também nunca se dirigiu a nenhum local para obter informações sobre o VIH/SIDA. Referiram que este afastamento teve por base as situações de discriminação por parte de muitos profissionais dos serviços de saúde e a burocracia dos mesmos.*

*Graça Raposo refere que a partir de 2002, a intervenção do Programa foi alargada a trabalhadoras sexuais estrangeiras, nomeadamente brasileiras, colombianas e dominicanas, a exercer prostituição em contexto abrigado, designadamente bares de alterne. Os contactos com estas mulheres eram feitos na unidade móvel, junto dos bares e sempre com a autorização dos proprietários. A intervenção dos técnicos, para além da educação para a saúde baseada na informação sobre os riscos, métodos de prevenção e a sua correta utilização, e a oferta de preservativos e seringas, passava também por facilitar o acesso aos serviços de saúde com a possibilidade de efetuar consulta médica e de enfermagem, com a realização dos exames complementares de diagnóstico, de uma forma totalmente anónima, confidencial e gratuita. Estas populações estrangeiras, atendendo à sua vulnerabilidade e ao facto de se encontrarem em Portugal numa situação ilegal, deparavam-se com maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde.*

Esta profissional considera que o Autoestima foi e continua a ser a resposta de proximidade para esta população desenraizada, sem qualquer rede social e familiar de suporte, de forma a colmatar as vulnerabilidades a que estão sujeitas.

Relativamente à crise económica e à forma como influenciou a vida desta população, na opinião de Graça Raposo, verificou-se sobretudo a partir de 2008/2009 um decréscimo dos rendimentos, quer na prostituição de rua quer na abrigada. Referiu que no trabalho de rua foram praticados sempre os mesmos preços ao longo dos anos, preços muito baixos, situados nos dez euros, mas considerando o elevado número de clientes, as mulheres conseguiam até àquela altura um rendimento suficiente para suprir as suas necessidades. Em contrapartida, refere que as mulheres que trabalhavam nos bares de alterne, sobretudo as mulheres estrangeiras, possuíam elevados rendimentos, dado que eram consideradas “novidade” e se apresentavam com uma imagem cuidada e sedutora, diferente da mulher portuguesa, de rua ou mesmo de bar. Esta situação permitia-lhes não só juntar dinheiro para compra de casa e criação do seu próprio emprego quando regressassem ao seu país, como também lhes possibilitava o envio semanal ou mensal de quantias de dinheiro para as suas famílias.

Questionada sobre os efeitos da crise, Graça Raposo considera *que com a instalação da crise em Portugal e o desemprego a ela associada, o número de clientes reduziu drasticamente, quer na rua quer nos bares, começando a verificar-se a saída de muitas mulheres estrangeiras dos bares, por falta de clientes e ainda para evitar o pagamento da percentagem habitual aos proprietários dos bares.*

Refere ainda que é também nesta altura que começam a surgir novos casos de mulheres portuguesas que recorrem pela primeira vez à prostituição, devido a situações de desemprego, muitas vezes do casal, e sem possibilidades de recurso a outra forma de sobrevivência. Por outro lado, revela que a concorrência era grande e desigual, comparando as mulheres estrangeiras e portuguesas e verificando-se a preferência dos clientes pelas mulheres estrangeiras, mais jovens e atraentes.

Na opinião da técnica, *este aumento significativo de mulheres na rua, o número reduzido de clientes e as práticas desprotegidas por eles solicitadas, colocou em causa o trabalho de prevenção na medida em que, face à redução da procura, a rejeição de algumas mulheres ao não uso do preservativo, favorecia a adesão de outras, menos procuradas, mas também conscientes dos riscos que corriam. Se por um lado equacionavam a questão do risco, por outro confrontavam-se com as necessidades familiares, nomeadamente dos filhos, e todas as outras despesas que tinham que suportar.*

Considera ainda que *face a esta situação, e paralelamente a um reforço de intervenção em termos de prevenção da doença e promoção da saúde, mais uma vez, o Serviço Social teve um papel crucial no encaminhamento e na articulação com outras respostas da comunidade, nomeadamente Serviço de Segurança Social através do RSI - Rendimento Social de Inserção, departamento de ação social das autarquias, cantinas sociais, bancos de apoio social, banco alimentar contra a fome, entre outros, que respondem favoravelmente às solicitações mais prementes.*

Em modo de conclusão, Graça Raposo, pela larga experiência no trabalho desenvolvido ao longo de dezasseis anos com estas mulheres, comprova *que o nível de saúde das populações está intimamente ligado ao seu nível económico e de informação, podendo muitas vezes ser impelidos a comportamentos de risco, não pelo seu nível de conhecimentos e informação, mas sim em função da situação de precariedade económica em que se encontram.*

Diana Correia, psicóloga a exercer atividade no Programa Autoestima há dez anos, considera que o papel dos técnicos do programa tem vindo a mudar. Há uma década atrás, as trabalhadoras sexuais eram altamente estigmatizadas e marginalizadas, muito mais do que agora, existindo uma relação com o Programa Autoestima de “agradecimento eterno” pelo trabalho que desempenhavam. O Autoestima funcionava como o ponto de encontro para obtenção de informação e orientação, não só para o acesso a serviços saúde, mas também a outros organismos, designadamente a Segurança Social, Autarquia e CAT (atualmente CRI). Essa era a importância que as utentes atribuíam Programa Autoestima, sendo muito valorizado o facto de serem os técnicos a deslocarem-se até aos locais onde exerciam a atividade.

Na sua opinião, de há dez anos para cá, com o significativo aumento da imigração das brasileiras como trabalhadoras sexuais, assistimos a uma modificação do trabalho sexual. Estas mulheres assumem-se como profissionais do sexo, rejeitando assumir o papel de prostituta, que dependia na maioria das vezes de um *chulo*, *proxeneta*. Assim, por um lado, assiste-se a uma autonomização destas mulheres, passando o *chulo* a assumir um papel secundário. No entanto, e paralelamente, começam a aparecer algumas situações de lenocínio.

O Programa Autoestima passou a ser muito mais do que um programa de saúde pública. Passou a ser um programa de proximidade. Na opinião de Diana Correia, esta evolução foi a melhor coisa que poderia ter acontecido. *O facto de uma mulher ser trabalhadora sexual, já por si é um trabalho difícil na condição de ser humano. Uma mulher na posição de trabalhadora sexual nunca tem uma relação propriamente fácil, e é muito complicado porque nem todos os clientes são iguais e sabemos que elas são insultadas, diminuídas, por vezes forçadas a práticas sexuais, e a terem que renegociar o sexo muitas vezes antes de o iniciarem. Tudo isto acaba por desgastar uma mulher refletindo-se nas suas relações pessoais, e interferindo na sua esfera familiar. O facto de a família ter de aceitar a profissão, e os filhos nunca poderem saber a verdade, colocando a mentira sempre em primeiro lugar.*

Esta profissional mostra-se cada vez mais satisfeita com os resultados do Programa Autoestima, uma vez que vê mulheres mais autónomas, mais instruídas e com conhecimentos sobre os seus direitos. Por outro lado, considera também que o atual contexto de crise económica tem levado muitas mulheres à prática da prostituição de

forma oculta, optando por recorrer ao Programa Autoestima, ocultando, por vergonha, ao médico de família a sua nova condição.

*Na minha opinião esta nova realidade camuflada não é daquela mulher pobre, desprovida de conhecimentos completamente desenraizada do contexto social. Muitas são mulheres de classe média que fazem paralelismos para terem rendimentos extra, que têm médico de família e que sabem cuidar da sua própria saúde, que têm filhos nas creches e que não estão à margem da sociedade, continuando a cumprir com a sua situação contributiva para a segurança social.*

A psicóloga considera que faz todo o sentido trabalhar os afetos, uma vez que a sociedade empurra as trabalhadoras sexuais para o estigma e para a discriminação.

*O fundamental do nosso trabalho é ouvirmos uma mulher dizer que não tem problema nenhum em ir ao centro de saúde. Ainda que infelizmente nos serviços de saúde existam profissionais que associam a mulher de nacionalidade brasileira ao trabalho sexual, estas mulheres têm agora uma autoestima diferente para lidar com esta situação e até registar queixa no livro amarelo.*

O Programa Autoestima contou sempre com equipas multidisciplinares, altamente qualificadas, conscientes das mudanças no trabalho sexual em diversos contextos, como sejam a crise económica e a emigração. Independentemente da particularidade de cada época, procura sempre transmitir uma mensagem de autonomia a estas mulheres. *É importante que estas mulheres entendam que não devem estar à margem da sociedade. Que devem usufruir de todos os direitos, como cidadãos, como utentes dos serviços de saúde, como profissionais, como mães sem qualquer receio.*

Atualmente, é possível apercebermo-nos que estas mulheres pertencem cada vez mais à classe média, apresentando níveis de escolaridade mais elevados: *Em determinadas zonas verificamos que desapareceram por completo as toxicodependentes de rua. Na prostituição abrigada verifica-se cada vez mais a existência de consumos de substâncias aditivas não degradantes, assim como na prostituição de rua as mulheres são cada vez menos degradadas e mais instruídas.*

Diana Correia afirma não ter dúvidas que os bares de alterne estão em crise, referindo que cada vez há mais mulheres a vir para a rua para não terem de partilhar percentagens. *Não há clientes, não há dinheiro. Antigamente os clientes procuravam nos bares as mulheres mais bonitas e exuberantes a quem tinham sempre de pagar uma bebida alcoólica para ter relações. Atualmente existem na rua as mesmas mulheres e a preços mais baixos sem pagamentos adicionais.*

A partir da sua experiência, Diana Correia acredita que as trabalhadoras sexuais possam tornar-se elas próprias em educadoras sexuais. Considerando que um dos objetivos do Programa Autoestima consiste em informá-las sobre os custos das doenças ao Estado e sobre os ganhos advindos da prevenção, esta profissional admite a consciencialização destas mulheres e o seu importante contributo na promoção da saúde e prevenção das doenças.

Em relação aos métodos preventivos, a psicóloga referiu que, tendo em conta a recusa de muitos clientes em usar o preservativo masculino, está a ser desenvolvido um trabalho de sensibilização em relação ao uso do preservativo feminino. Apesar de muitas mulheres usarem o preservativo feminino escondido do cliente, para que ele pense que está a fazer sexo desprotegido, esta postura deverá ser contrariada, uma vez que é importante que o próprio cliente saiba que a mulher usa um método contraceutivo, em benefício da saúde de ambos.

Esta profissional considera ainda que as trabalhadoras sexuais têm noção de uma ausência de direitos e da falta de um enquadramento legal sobre a sua profissão no nosso país. Apesar de perceberem a sua exclusão, não deixam, contudo, de arriscar a expor-se nas zonas de prostituição, mesmo sabendo que a polícia aparece muitas vezes e inviabiliza o seu trabalho: *Está de certa forma cimentada nestas mulheres a ideia de que não têm direitos, e o facto de nos dirigirmos aos locais de prostituição numa carrinha identificada com o logótipo do “Ministério da Saúde”, dá-lhes um poder de existência em termos de enquadramento pseudolegal que lhes confere uma maior força interior.*

Na opinião de Carla Pereira, assistente social do Programa Autoestima do Centro de Aconselhamento de Braga, o impacto da crise económica na vida das mulheres que se prostituem, manifestou os primeiros indícios a partir de 2008, atingindo atualmente o seu apogeu. Referiu que o Programa Autoestima trabalha com muitas mulheres da América do Sul, nomeadamente do Brasil, verificando-se que as trabalhadoras do sexo já não vêm o trabalho sexual como algo rentável, regressando por isso aos seus países de origem. Aquelas que continuam a viver em Portugal não referem questões de rentabilidade, mas justificam a sua permanência pela criação de laços afetivos e constituição de família.

Em termos de procura da prostituição, esta profissional considera que efetivamente se tem verificado um decréscimo do número de clientes, uma vez que a

população masculina regista situações de desempregos, perda de salário e mesmo emigração. Ao nível do acompanhamento efetuado pelos técnicos do Programa Autoestima, Carla Pereira realça o trabalho de proximidade desenvolvido com estas, acompanhando os seus percursos de vida, partilhando as suas problemáticas e orientando no sentido da resolução das mesmas: *Há realmente a preocupação de uma proximidade com estas mulheres, porque procuramos fomentar uma relação informal de partilha, de conhecimento, tratando-as pelo nome, mostrando conhecimento e interesse pela particularidade da sua situação.*

*Pretendemos criar um ambiente informal, atípico dos vários programas e projetos. Quando falamos em Ministério da Saúde, em Saúde Pública, em áreas de apoio a mulheres que se prostituem ninguém espera este tipo de informalidade.*

Em relação ao nível sócio cultural das utentes do Programa Autoestima, a assistente social referiu que abrange um leque muito vasto, desde pessoas que não sabem ler, até pessoas licenciadas: *O que nós verificamos é que as brasileiras trazem mais conhecimentos de um modo global, mais conhecimentos das IST em relação às portuguesas. As portuguesas talvez porque seja mais tabu falar de sexualidade, são mais inibidas até com os médicos de família, que muitas vezes desconhecem a sua atividade. As mulheres brasileiras apesar de possuírem um nível distinto de conhecimento, também trazem uma série de mitos que se impõe esclarecer.*

A Enfermeira Irene Silva, técnica do Programa Autoestima e especialista em saúde materna e obstetria, referiu que uma das principais preocupações numa primeira abordagem/contacto com uma trabalhadora sexual é a de “desmontar” mitos relativos a algumas questões e IST. Refere que as trabalhadoras sexuais estão mais centradas na prevenção do vírus da SIDA do que nas IST.

*Nós sabemos que se elas usam o preservativo para a prevenção do VIH, automaticamente vão prevenir o HPV, a sífilis, etc. De certa forma elas focam sempre a questão do VIH pois para elas é encarado como uma doença sem cura, sem tratamento, enquanto que para as restantes IST sabem que ainda vai havendo tratamento.*

Apesar de a maioria das trabalhadoras sexuais estarem focadas apenas na prevenção do VIH/SIDA, no Programa Autoestima fazem-se diversas análises e exames para identificar eventuais IST. Refere que é importante demonstrar que existem outras doenças para além da SIDA, sensibilizando-as para as especificidades da sua anatomia e formas de contágio. Esta profissional considera que a intervenção dos técnicos com as

trabalhadoras sexuais em grupo em ações de educação para a saúde obtém resultados mais eficazes, na medida em que há oportunidade de uma maior partilha.

De forma a tornar o trabalho sexual mais seguro, a equipa do Programa Autoestima procura adequar a informação e disponibilização de material contraceptivo em conformidade com as práticas sexuais de cada mulher.

Irene Silva salientou também que, face à crise económica, se tem verificado uma incapacidade financeira de algumas mulheres para adquirir a vacina do HPV, tornando-se neste sentido fundamental consciencializar para esta doença, mostrando as consequências que dela advém. Por outro lado, e considerando a mobilidade itinerante destas mulheres, alertou também para a dificuldade de um acompanhamento regular de saúde.

Em relação ao papel dos técnicos em programas de apoio à prostituição, a enfermeira destacou a importância de existirem profissionais sensibilizados para o grupo alvo. *Dentro do próprio grupo de profissionais de saúde temos tendência a estigmatizar esta população. Quem trabalha neste programa tem de ter um perfil muito específico para fazer uma abordagem adequada a este tipo de trabalhadoras do sexo. Assim, os técnicos deverão estar sensibilizados para o tipo de trabalho que desempenham, compreendendo que a venda do corpo ao cliente é algo muito difícil, sendo necessário partilhar emoções e sentimentos do seu dia-a-dia.*

*Como elas dizem: nos estamos a representar, nos fazemos teatro no nosso trabalho. Estamos num palco a representar e é assim que nós nos conseguimos desligar do “eu” pessoa. Só assim desempenham o papel para vender um serviço.*

Para uma abordagem correta a esta população, refere que a empatia, a forma de abordagem não invasiva, deixando espaço para que sejam as trabalhadoras sexuais a ter as condições e à vontade para falarem, implica tempo de modo a conseguirem ser quem realmente são. *Elas desempenham papéis, e aqui estão no papel de mulher e afirmam “nós também somos mulheres, nós também somos mães”. Elas também têm um companheiro, quase todas. São mães, e para além disso fazem este trabalho de venda de sexo e onde são submetidas a muitas pressões psicológicas. Para as diferentes práticas como sabemos e para o qual nós profissionais também temos de estar muito sensibilizados para explicar que não é normal determinadas práticas. Temos de consciencializar o utente para a prevenção das doenças, o uso do preservativo reforçado, o lubrificante, até que ela nos escute. Depois criam-se laços em termos de*



*relação profissional-utente que são extremamente importantes para a prevenção em saúde.*

Na opinião desta profissional, as trabalhadoras sexuais são sem dúvida educadoras sexuais: *“Quando nós vemos um trabalhador do sexo chegar ao pé de nós e dizer “olhe quando eu estava numa posição que não conseguia ter controlo, o individuo tirou o preservativo e eu agora estou cheia de medo de contrair uma doença, o VIH, eu quero fazer análises”.*

Outra questão que referiu e que considera de extrema pertinência é a da quantidade de mulheres que têm namorados e que não usam preservativo como prova de amor. *80 a 90% dizem que têm namorados e que não usam preservativo como forma de marcar a diferença. Quando nós sabemos que muitas vezes é por aí que são os motivos de doenças, pois estes companheiros já têm um histórico sexual, podendo ser eles próprios os portadores de IST e não ser propriamente os clientes.*

**Capítulo VI**  
**Metodología**

## 6.1 - Questões orientadoras / Objetivos da investigação

Antes de definirmos a metodologia elaborada para esta dissertação, pensamos que é importante explicitar o quão desafiante foi estudar a temática da prostituição. Todas as investigações estão sujeitas a dificuldades e riscos quando confrontadas com a prática. No entanto, a temática da prostituição (no nosso caso a prostituição feminina de rua e abrigada) vê-se sujeita a uma maior dificuldade de atuação. Ribeiro et al (2007) refere que as representações sociais negativas e os preconceitos a que a prostituição está sujeita, levam a uma desvalorização e descredibilização desta temática por alguns indivíduos, nomeadamente das áreas das ciências sociais (Ribeiro et al., 2007).

Segundo Oliveira (2011), ao longo dos tempos os estudos sobre a temática prostituição têm-se vindo a alterar, deixando-se de parte o entendimento dos motivos pelos quais as trabalhadoras sexuais optam pela prostituição, passando para estudos mais complexos sobre temáticas nunca antes abordadas. Esta mesma autora (2011) acredita que os novos estudos realizados sobre este fenómeno, bem como as metodologias utilizadas, proporcionam um melhor conhecimento desta realidade, conseguindo-se compreender verdadeiramente a temática, bem como a desmitificação de estereótipos e ideias sobre a prostituição.

O facto de a nossa investigação ter sido feita no terreno em locais de atuação da prostituição, permitiu que a nossa atuação fosse mais rica, percecionando-se assim de uma forma mais real a temática da prostituição. Devemos destacar que o Programa Autoestima foi um parceiro fundamental para o sucesso da nossa intervenção, uma vez que foram elementos facilitadores para o contacto com todas as trabalhadoras sexuais, mesmo aquelas que não conheciam o Programa (Ribeiro et al., 2007).

Realizar um projeto de investigação a partir de um objetivo geral, só é vantajoso se a pergunta de partida estiver bem formulada. O objetivo tem de ser claro, e a partir dele dever-se-á trabalhar na formulação de elementos de resposta ao mesmo (Quivy, 1992). Os critérios de uma boa pergunta são a clareza (sintético e unívoco), a exequibilidade (realista) e a pertinência (não fazendo juízos de valor) (Quivy, 1992).

Apresentamos, de seguida, os principais objetivos de investigação que pretendemos alcançar através do nosso projeto de investigação. O objeto da nossa dissertação é a prostituição feminina de rua e abrigada, sendo o objetivo geral compreender a influência da crise económica na prevenção da saúde na prostituição. Uma vez que a nossa temática estabelece uma estrita ligação entre a crise económica, a

prevenção da saúde e a população trabalhadora do sexo, estabelecemos objetivos mais específicos para orientarmos o nosso trabalho, de modo a criar uma melhor compreensão da temática. Assim, começámos por tentar compreender o impacto da crise económica no universo da prostituição, bem como analisar os velhos perigos e as novas fragilidades que afetam as trabalhadoras do sexo e os seus clientes. Também, de modo a percebermos uma melhor compreensão da prevenção da saúde nas trabalhadoras sexuais, consideramos que deveríamos conhecer o impacto do “Programa Autoestima” junto das prostitutas do concelho de Guimarães, caracterizando as trabalhadoras do sexo e os seus comportamentos.

Ao estabelecermos uma ligação dos diferentes conceitos, foi também possível refletir sobre os novos riscos que afetam a saúde pública na atualidade, resultantes do impacto da crise económica nos trabalhadores do sexo.

A metodologia que utilizámos permitiu-nos várias conclusões a partir de diferentes métodos. Efetivamente isso só nos foi possível graças ao contacto estabelecido regularmente com as trabalhadoras sexuais, permitindo-nos assim ganhar a sua confiança, refletindo-se em relatos muito ricos para esta investigação. Além das entrevistas semi-estruturadas com um guião definido que não foi necessariamente seguido com rigor, foram valorizados outros momentos de partilha e de observação (Ribeiro et al., 2007).

## **6.2 - O método: O estudo de caso**

O estudo de caso é uma metodologia que preconiza o estudo pormenorizado e aprofundado de um contexto natural. Esse contexto natural pode ser um indivíduo, uma organização, comunidade, entre outros. Pressupõe uma recolha de dados pormenorizada e detalhada, procurando várias informações do contexto estudado (Creswell, 1998). O investigador utiliza diversas fontes, procurando compreender saber o “como” e o “porquê” dos acontecimentos (Silva, 2014; Yin, 1994). O estudo de caso é então uma investigação empírica (Yin, 1994) que tem como base o raciocínio indutivo (Guerra, 2006). Um estudo de caso é sempre uma análise microsocial que de facto tem como objetivo compreender realidades muito específicas (Guerra, 2006).

Ao longo desta investigação procurámos desenvolver o nosso trabalho sempre na perspetiva de uma participação ativa, fazendo uma análise introspetiva do que

observamos e do campo de investigação abordado (Silva, 2014). Apresentamos, de seguida, a estrutura do nosso estudo de caso direcionado para a temática da prostituição.

Para a realização de uma investigação na área da prostituição, foi necessário compreender e aprofundar a temática. Isso só foi possível através da teorização de vários estudos e investigações. Assim, através das teorias existentes sobre a prostituição, foi possível formular as questões e objetivos de investigação acima apresentados.

Depois de orientarmos o nosso suporte teórico, seleccionámos os nossos sujeitos/objetos de estudo. A partir do Programa Autoestima concluímos que seria possível estabelecer facilmente contactos com os trabalhadores do sexo, decidimos que a nossa amostra seria a prostituição de rua e a prostituição abrigada de modo a tornar esta investigação mais rica e diversificada.

De seguida, definimos os protocolos de recolha de dados, estabelecendo uma ordenação do trabalho e do como deveria ser produzida cada operação intermédia, bem como a definição operacional dos processos de observação e análise da temática.

Na recolha e análise de dados, procurámos orientar o nosso trabalho com entrevistas semiestruturadas (entrevistámos dez trabalhadoras do sexo que se dedicam à prostituição de rua e alterne, do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 25 e os 55 anos, do concelho de Guimarães), e estabelecemos vários contactos com os técnicos que integram o “Programa Autoestima”, tratando-se de encontros algo intencionais, na medida em que foram traçadas algumas condicionantes para a seleção das entrevistadas. A recolha e a análise de dados só se tornou possível também graças à observação ao longo do trabalho de campo, bem como da realização da pesquisa documental e bibliográfica sobre a temática da prostituição e do Programa Autoestima (Silva, 2014).

### **6.3 - O método qualitativo**

A investigação qualitativa tem como objetivo compreender e interpretar os significados que os indivíduos e as sociedades atribuem aos diferentes fenómenos. Ou seja, procura compreender as representações dos indivíduos (Denzin & Lincoln, 2000, 2006). É importante compreendermos que a investigação qualitativa foca-se na análise

de casos concretos, tendo sempre em conta as experiências e as opiniões das pessoas (Flick, 2005).

Assim, o nosso trabalho focou-se na interpretação dos processos, significados e experiências das trabalhadoras do sexo, e dos profissionais de saúde que lidam com elas diariamente (Bryman, 2004; Creswell, 1998; Newman & Benz, 1998). Importa salientar que, através do método de investigação qualitativo, também procuramos perceber o que as trabalhadoras do sexo fazem ou dizem e, assim, compreendê-las através da indução, da descrição e da interpretação.

No que concerne à interação do investigador com o objeto do trabalho, bem como dos sujeitos estudados, realizar uma reflexão sobre as suas ações, observações, impressões e sentimentos, constituiu-se uma parte da interpretação dos dados (Flick, 2005).

Assim, a nossa investigação centrou-se numa abordagem qualitativa e interpretativa, ao invés da lógica da dedução e da abordagem quantitativa (Oliveira, 2011). Essencialmente, a abordagem qualitativa procura compilar dados através de entrevistas semiestruturadas ou narrativas (Flick, 2005), tendo como principais características o seguinte: Ao se escolher o método qualitativo, tem de se ter consciência que esta abordagem envolve trabalho de campo, onde o investigador é um sujeito ativo e interventor no estudo, existindo uma interação mútua entre o investigador e o objetivo. Ao realizarmos uma investigação com uma abordagem qualitativa, devemos partir de uma análise do particular para o geral, interessando-se em compreender o significado do estudo, estudo esse subjetivo e múltiplo, possibilitando o desenvolvimento de teorias (Pocinho, 2012).

A dinâmica desta abordagem tem mais em conta o método do que com os resultados alcançados, usando-se ao longo do trabalho de campo uma linguagem pessoal e informal, refletindo-se numa escrita descritiva (Pocinho, 2012).

#### **6.4 - Técnicas de recolha de informação**

##### **a ) Entrevista**

É importante referir que a prostituição de rua e a prostituição abrigada além das claras diferenças de atuação têm também diferentes particularidades no modo de abordagem de entrevistas. Na prostituição de rua, tivemos o cuidado de nos

deslocarmos aos locais de exercício da prostituição em horas perto do final do dia (onde normalmente já não há clientes), enquanto que na prostituição abrigada, tivemos de realizar os contactos durante a noite, num horário com bastante movimento de clientes. Apesar de não termos tido qualquer constrangimento com proprietários de bares, alguns contactos ficaram aquém do esperado, uma vez que muitas trabalhadoras sexuais referiam-nos que necessitavam de voltar para o estabelecimento para trabalharem (Ribeiro et al., 2007). Algo que constatámos, foi a agradável satisfação dos proprietários dos bares pela vinda do Programa Autoestima, uma vez que graças a este há uma redução de gastos na compra de preservativos e gel.

O nosso objetivo foi facilmente cumprido, tendo sido bastante fácil entrevistar as dez trabalhadoras sexuais, tendo ainda muitos outros relatos de outras mulheres. As entrevistas semiestruturadas despertam cada vez mais interesse e são cada vez mais utilizadas. Este interesse tem muito a ver com o facto de os sujeitos poderem expressar-se com uma maior facilidade, e darem o seu ponto de vista ao contrário de uma entrevista estruturada ou um questionário (Flick, 2005). A escolha da entrevista semiestruturada em detrimento do inquérito no nosso caso, deveu-se ao facto de pretendermos conhecer em maior profundidade as angústias das trabalhadoras sexuais, e por outro lado considerarmos que os inquéritos poderiam não ser devidamente bem preenchidos e compreendidos.

A entrevista semiestruturada ou semidiretiva, não é, na sua totalidade, aberta nem tem um número grande de perguntas particularizadas. Assim, existe uma série de perguntas guias e abertas que têm que ser respondidas pelo entrevistado (Pocinho, 2012).

Espera-se que as perguntas incorporadas no guião sejam respondidas livremente pelo entrevistado (Flick, 2005), e não necessitam de ter uma ordem necessária, podendo ser escolhidas conforme o desenrolar da conversa (Pocinho, 2012). Ao longo das entrevistas, procurámos deixar as trabalhadoras sexuais responderem às questões e caso acontecesse, seguimos uma diferente ordem do guião da entrevista. Assim, foi possível constatarmos particularidades dos seus trabalhos desconhecidas por nós e muito interessantes para a nossa temática (o facto dos clientes tirarem vezes sem conta o preservativo durante o ato sexual).

No entanto tem que se ter sempre o cuidado de se centrar nos aspetos mais relevantes do tema, de modo a não perder os pontos-chave (Flick, 2005).

As entrevistas que realizámos foram das mais diversificadas possíveis. Efetuámos entrevistas desde dez minutos de duração, a entrevistas com quarenta minutos. Algumas trabalhadoras sexuais limitavam-se a responder com respostas muito básicas, enquanto que outras expunham a sua vida, fugindo por vezes ao intuito da resposta que pretendíamos. A disponibilidade e simpatia pela maioria das mulheres que exercem a prostituição foi uma surpresa sentida por nós. É de realçar que a espontaneidade das trabalhadoras sexuais brasileiras é notória em relação às portuguesas, sendo mais simpáticas e mais abertas a questões mais íntimas (Ribeiro et al., 2007).

É necessário expor que as entrevistas não foram feitas no imediato. Antes disso houve momentos de partilha, onde explicámos o quão importante era compreender as suas vivências, mostrando-lhes que estávamos lá com o objetivo de as valorizar como pessoas. Depois dessa abordagem e de uma aproximação, foi bem mais fácil criar momentos de grande partilha e de narrativas sinceras (Ribeiro et al., 2007).

As entrevistas foram todas efetuadas na carrinha do Programa Autoestima, e o facto de as termos realizado no outono e no inverno, fez-nos apanhar noites muito frias e fins de tarde com chuva, tornando a carrinha um local aconchegante para as trabalhadoras sexuais partilharem as suas histórias de vida. Um ambiente caloroso, com a oferta de café ou chá, fez com que muitas trabalhadoras sexuais quisessem estar ainda mais tempo a falar de todos os diferentes assuntos dos seus quotidianos.

A partir das entrevistas, foi-nos possível retirar informações e elementos de reflexão muito ricos e diversificados sobre a temática da prostituição. O facto de existir contacto direto, permitiu-nos uma relação privilegiada, que se refletiu numa base de confiança e de abertura para as perguntas (Pocinho, 2012).

Pensamos que a entrevista foi uma técnica de recolha de informação muito importante para a temática da prostituição, pois permitiu-nos analisar a atribuição dos significados que as trabalhadoras do sexo dão às suas práticas e aos acontecimentos das suas vidas (Pocinho, 2012).

Os valores, as suas referências normativas, os conflitos e as suas experiências, são fundamentais para compreender a opinião das entrevistadas, bem como na reconstituição de ações, experiências ou de acontecimentos antigos (Pocinho, 2012).

A entrevista é a palavra das pessoas e temos de saber como a construir e analisar. Por vezes, as entrevistadas podem não dar informações fiáveis. E assim, ao longo das entrevistas não perguntámos mais do que aquilo que precisávamos. É



importante que numa entrevista se esteja numa relação de igualdade. A conversa deverá ser fluente, e o entrevistado deve sentir-se à vontade para falar de si e do que quiser (Cunha, 2013).

Tal como Ribeiro et al (2007) também consideramos que as entrevistas em grupo levaram a uma maior vontade de expor episódios e relatos das suas vidas, bem como um debate sobre as principais características da prostituição. A dinâmica de grupo foi de facto algo muito interessante e com grandes contributos (Ribeiro et al., 2007). Nas entrevistas realizadas, duas trabalhadoras sexuais optaram por estar ao pé de colegas.

É necessário compreender que por vezes os discursos poderão ser enviesados e nem sempre claros, fazendo com que tenhamos sempre uma postura de reserva (Ribeiro et al., 2007). Esse facto levou-nos ao ponto de não incluir uma entrevista realizada a uma trabalhadora sexual, uma vez que desde o início da entrevista não foi coerente e assertiva no discurso.

Os critérios de escolha das entrevistadas foi a sua disponibilidade, a abertura e o tempo (Oliveira, 2011). Quando sentíamos que uma trabalhadora sexual estava com pressa para voltar para o trabalho, ou que tinha que ir embora porque tinha que ir buscar os filhos à escola, optávamos por combinar a entrevista noutra hora. O fator tempo poderia influenciar nas respostas.

O local das entrevistas tal como já tínhamos referido foi sempre na carrinha do Programa Autoestima, onde apesar de ser um local privado, devemos referir que nas entrevistas às trabalhadoras sexuais de rua notámos maiores dificuldades sonoras devido à passagem de carros na estrada. Nas entrevistas às trabalhadoras sexuais abrigadas, estacionámos a carrinha sempre em locais onde raramente passam carros.

As maiores dificuldades sentidas por nós, foi por vezes a falta de entendimento de algumas questões formuladas. Algumas entrevistadas não compreendiam a questão, dando respostas fora dos objetivos por nós pretendidos. Dado isso, necessitámos de reformular algumas questões de forma a obtermos uma resposta válida. As diminutas habilitações literárias de algumas entrevistadas levaram a que o nosso discurso tivesse que ser mais básico e menos formal (Ribeiro et al., 2007).

Outra dificuldade sentida foi a inibição que duas entrevistadas sentiram ao verem que a entrevista estava a ser gravada. Foi notória a diferença de discurso antes (muito extrovertida) para depois (muito tímida) no início da gravação. Tentámos

explicar que a gravação não seria exposta em lado nenhum e que era apenas para fins académicos (Oliveira, 2011; Ribeiro et al., 2007).

#### b) Observação

A observação direta é um método de investigação que consegue alcançar e detetar os comportamentos dos indivíduos no momento em que se produzem. Não é necessário um intermediário. Apesar de, regra geral, o ato de observar ser estruturado por uma grelha de observação previamente construída, consideramos não ser necessário uma vez que realizámos em todas as visitas um diário de campo, permitindo-nos que a observação se tornasse mais fácil, bem como a recolha de informações no contacto com as trabalhadoras do sexo.

Na observação direta ou participante, foi-nos possível conhecer e explorar a temática da prostituição durante um longo período de tempo, estudando e aprofundando os seus modos de vida ao pormenor. Contudo, foi sempre necessário rigor e exatidão nas observações (Pocinho, 2012).

Na observação participante, o investigador deverá ter o cuidado de compreender como é o ambiente à sua volta, de modo a conseguir estabelecer relações com os indivíduos. Não poderá ser um processo imediato, levando a que haja um processo de integração demorado para assim se poder proceder ao seguimento da investigação. Para isso se realizar, a observação participante deverá ser contínua, estabelecendo-se com os processos de confiança (Oliveira, 2011).

Algo que também foi muito importante para a nossa investigação foi o contacto com trabalhadoras sexuais bastante sociáveis, e que graças a elas foi possível conhecer novas trabalhadoras sexuais para entrevista. A relação de confiança que depositaram em nós, foi estendida para outras trabalhadoras sexuais da sua confiança (Oliveira, 2011).

O nosso trabalho de campo teve início em Setembro de 2014, abrangendo a área de atuação do Programa Autoestima no concelho de Guimarães. Iniciámos o nosso trabalho a partir da observação do trabalho de atuação dos técnicos do Programa Autoestima, apreendendo a forma como abordavam os trabalhadores do sexo, bem como os proprietários dos bares. Os técnicos do Programa Autoestima tiveram sempre o cuidado de nos apresentarem às trabalhadoras sexuais, explicando-lhes quais os objetivos da nossa investigação (Ribeiro et al., 2007). Num curto espaço de tempo

iniciámos um trabalho mais autónomo, participando nas observações realizadas pelos técnicos.

A partir da observação participante e da recolha de dados através das entrevistas semi-estruturadas, foi-nos possível perceber não só a opinião das entrevistadas mas também de outras trabalhadoras sexuais (Ribeiro et al., 2007). Para efetuarmos uma correta abordagem na entrevista e observação, foi necessário elaborarmos um esquema de intervenção (Quivy, 1992).

A observação e a realização de entrevistas teriam que ter como premissa a procura de validação do que definimos como temática. Assim, procurámos entender quais os perigos e as fragilidades que as trabalhadoras do sexo se sujeitam através dos clientes, percebendo desse modo quais os diferentes comportamentos e tipos de resposta que nos davam ou transmitiam, bem como perceber o significado e importância do Programa Autoestima junto das prostitutas no combate às IST.

Isso só seria possível se o nosso trabalho fosse algo contínuo de modo a estabelecermos relações de confiança com as trabalhadoras sexuais. Assim, tornou-se imperioso estabelecer semanalmente um acompanhamento com o Programa Autoestima no espaço geográfico e social de intervenção. Existiu de nossa parte uma observação semanal no Programa Autoestima na equipa móvel, que se direccionou aos espaços físicos onde as trabalhadoras do sexo atuam, bem como uma observação através das consultas de “planeamento da mulher” no Centro de Saúde de Guimarães e através das entrevistas realizadas.

A nível de instrumentos de observação e recolha de dados, tornou-se necessário a construção de um instrumento de observação, designado Diário de Campo. O Diário de Campo foi uma narrativa muito importante para nós, pois além de permitir uma estruturação dos contactos estabelecidos com as trabalhadoras sexuais, permitiu ao longo da nossa investigação a exposição de observações que não foram abordadas nas entrevistas semiestruturadas (Ribeiro et al., 2007).

Também outro instrumento para uma maior possibilidade de recolha de dados é o aspeto que apresentamos, mais propriamente a roupa que vestimos. Para um trabalho de campo, dever-se-á vestir algo simples como calças, sapatilhas e uma camisola, tendo em atenção que a forma como as trabalhadoras sexuais se vestem no seu local de trabalho não é como se vestem no seu dia-a-dia, percebendo-se uma relação de maior à vontade se nos vestirmos de forma simples, de modo a não as inibir no modo como falam (Oliveira, 2011).

### c) Pesquisa documental e pesquisa bibliográfica

Tal como Ribeiro et al (2007) ao longo da nossa investigação tentámos cruzar a pesquisa teórica lida com a aferição dos dados constatados pela nossa observação e entrevistas. Assim, conseguimos conciliar o que nos transmitiu a teoria, com os testemunhos e observações feita por nós no trabalho de campo.

De forma a conseguirmos o máximo de dados possíveis sobre a temática que nos propusemos a abordar, procuramos além da observação participante e da entrevista semiestruturada, recorrer a teses de investigação, artigos científicos, notícias de jornais atuais e monografias (Oliveira, 2011). Foi tida em consideração a qualidade dos artigos, e importância dos autores na área.

A pesquisa bibliográfica foi realizada na ERIC (Educational Resources Information Center), Psychological Abstracts, Dissertations Abstracts, Base de Dados da CSIC e Repositórios Portugueses (Universidade do Porto, Universidade de Coimbra, Universidade de Lisboa, Universidade do Minho) (Coutinho, 2011).

Em relação à pesquisa documental, analisámos toda a documentação que foi elaborada para o Programa Autoestima, que no âmbito do seu trabalho produziu três manuais e um website.

De modo a tornar o nosso trabalho com dados atuais e complementares à nossa investigação, ao longo do ano de 2014 participámos em três congressos relacionados com a temática da prostituição e tráfico sexual. Devemos referir que ainda fomos convidadas a realizar uma conferência sobre o tema da nossa dissertação.

### **6.5- Técnicas de análise de dados**

A análise de conteúdo foi utilizada para o nosso projeto de investigação e, como anteriormente já tínhamos referido, procedemos à análise de conteúdo das observações com base no diário de campo.

Além disso tivemos o cuidado de passar as dez entrevistas realizadas para suporte de papel, de modo a conseguirmos organizar quais as passagens mais relevantes, bem como para tornar a análise das entrevistas o mais minucioso possível.

**Capítulo VII**  
**Análise das Entrevistas**

## 7. Análise das entrevistas

No âmbito do presente estudo, a seleção da população particular, ou seja, das dez entrevistadas que constituíram a amostra, realizou-se mediante os contactos estabelecidos pela equipa do Programa Autoestima. Após um período de observação, selecionámos aleatoriamente, de entre as que se mostraram mais disponíveis e recetivas para participar neste estudo, depois de explicados os objetivos do mesmo e, claro está, garantida a confidencialidade da sua identidade. Para efetuar essa escolha, dirigimo-nos aos locais habituais de prostituição do concelho de Guimarães, de modo a conseguirmos estabelecer contacto não apenas com trabalhadoras sexuais já acompanhadas pelo Programa Autoestima, mas também com outras mulheres ligadas a essa profissão. Devemos destacar que o facto de muitas delas terem já uma relação de confiança com os técnicos do Programa facilitou a nossa abordagem e a realização das entrevistas.

### Idade e amostra

Realizámos dez entrevistas, cinco em contexto de rua e cinco em contexto de prostituição abrigada, no concelho de Guimarães, em locais do centro da cidade e na periferia. A idade média da nossa amostra é de 43 anos. É de referir que, ao longo do trabalho de observação, foram raras as vezes em que contactámos com trabalhadoras sexuais na faixa etária dos vinte anos. Também a investigação realizada por Barra da Costa e por Lurdes Barata Alves, em 2001, constatou que 82% da amostra feminina por eles entrevistada tinha uma predominância de idades até aos 44 anos, existindo menos mulheres a exercer acima dessa idade (Costa & Alves, 2001).

Na investigação levada a cabo na cidade do Porto por Alexandra Oliveira, sob o título “*Andar na Vida: Prostituição de rua e reação social*”, constatou-se que das trinta e duas entrevistas aplicadas a trabalhadoras sexuais, as idades variaram entre os 21 e 60 anos, existindo uma maior predominância de idades entre os 31 e os 40 anos (Oliveira, 2011).

O trabalho de campo de Ribeiro et al em 2007, mostra que, num total de 197 inquiridas, se verifica uma supremacia de idades entre os 20 e os 30 anos (Ribeiro et al., 2007). A investigação desenvolvida por Raquel Magalhães, apoiada no projeto de apoio a prostitutas/as de rua, o Espaço Pessoa (EP), na cidade do Porto, apurou uma média de

idades inferior à da nossa amostra, sendo de 35 anos (Magalhães, 2006). A tese de Silva (2013) apresenta o predomínio de trabalhadoras sexuais de idades compreendidas entre os 26 e os 40 anos (Silva, 2013).

Em relação à nacionalidade das entrevistadas, sete trabalhadoras sexuais intervenientes no nosso estudo são portuguesas e três são brasileiras. Devemos destacar que duas destas encontravam-se em situação ilegal no nosso país. Ao longo das observações e contactos que efetuámos foi possível confirmar a predominância de mulheres maioritariamente portuguesas e brasileiras. Apenas estabelecemos contacto com uma trabalhadora sexual de nacionalidade romena.

Também na literatura e estudos recentes sobre esta matéria, foi possível notar a existência de um número considerável de mulheres portuguesas. Das trinta e duas entrevistas realizadas por Oliveira (2011) a trabalhadoras sexuais de rua na cidade do Porto, no âmbito da sua investigação, constatou-se a existência de vinte e três mulheres portuguesas e apenas nove estrangeiras (Oliveira, 2011). Nas investigações de Ribeiro et al, relata-se que 35% da sua amostra referia-se a trabalhadoras sexuais de origem portuguesa (Ribeiro et al., 2007). Na investigação realizada por Cunha (2012) com trabalhadoras sexuais de interior, nas cidades de Coimbra, Aveiro e Portalegre, constatou-se que de nove entrevistadas, quatro eram portuguesas, quatro brasileiras e uma russa (Cunha, 2012).

Considerando os dados apresentados, bem como o resultado da nossa observação e a realidade expressa pelos técnicos do Programa Autoestima, devemos destacar o aumento do número de trabalhadoras sexuais portuguesas. Nas entrevistas que efetuámos em contexto de rua, no âmbito do presente estudo, 80% das entrevistadas eram de nacionalidade portuguesa, enquanto em contexto de bar a percentagem diminuía para 60%. Com base nas observações efetuadas, podemos então concluir que tendencialmente a população trabalhadora sexual portuguesa encontra-se a exercer a sua atividade maioritariamente em contexto de rua, enquanto a nacionalidade brasileira está em grande parte em bares.

No que concerne ao local onde residem, constatámos que a maioria vive em Guimarães ou em cidades próximas. A partir das entrevistas, verificámos que quatro residem em Vizela (cidade a 10 km de Guimarães), três vivem em Guimarães, enquanto o resto residia em Felgueiras, Vila Nova de Famalicão e Porto.

## Escolaridade

A nossa amostra, apesar de se mostrar bastante heterogénea no que concerne ao grau de instrução, revela que a escolaridade das trabalhadoras sexuais não vai muito para além do ensino básico.

**Quadro n.º 1 - Escolaridade**

Escolaridade	%	Nº	Tipo de prostituição
Não possui	10	1	Rua
1.º ano	10	1	Rua
2.º ano	10	1	Abrigada
4.º ano	20	2	Rua e Abrigada
6.º ano	10	1	Rua
7.º ano	10	1	Abrigada
8.º ano	10	1	Rua
9.º ano	10	1	Abrigada
12.º ano	10	1	Abrigada

Fonte: Entrevistas realizadas às trabalhadoras sexuais.

Pela análise da tabela acima apresentada, podemos concluir que três das trabalhadoras sexuais não possuem a antiga escolaridade obrigatória, ou seja, a 4.<sup>a</sup> classe, e apenas duas concluíram este nível, presumindo-se portanto um baixo nível de literacia. Das restantes, apenas uma concluiu o ensino básico, ou seja, o 9.º ano, e somente uma tem o 12.º ano. Salientamos que as três trabalhadoras sexuais com menor ou nenhuma escolaridade exercem prostituição de rua, enquanto na prostituição abrigada há uma tendência para um maior grau de escolaridade.

Nas conclusões de outros estudos e investigações efetuados, nomeadamente na investigação realizada por Cunha (2012) com trabalhadoras sexuais de prostituição de interior, nas cidades de Coimbra, Aveiro e Portalegre, foi possível averiguar que as entrevistadas tinham uma elevada escolaridade, sendo que quatro das nove possuíam licenciatura ou mestrado e três tinham terminado o 12.º ano (Cunha, 2012). Na investigação de Costa & Alves (2001), apenas 20% das trabalhadoras sexuais não possuíam a 4.<sup>a</sup> classe (Costa & Alves, 2001), enquanto no estudo realizado por Ribeiro et al (2007), verificou-se em 58% da amostra variações na formação escolar das mulheres, da 4.<sup>a</sup> classe até ao 9.º ano (M. Ribeiro et al., 2007). A investigação



desenvolvida por Magalhães (2006) demonstrou que o nível de habilitações das trabalhadoras sexuais situa-se maioritariamente entre o 4.º e o 6.º ano de escolaridade (Magalhães, 2006).

### **Agregado familiar**

O estado civil e o número de filhos foram também variáveis analisadas no nosso estudo. A partir das respostas das entrevistadas, procurámos compreender as suas relações familiares e sociais, bem como a reciprocidade dos apoios familiares. Das trabalhadoras sexuais entrevistadas, sete referiram que, de momento, estavam solteiras, enquanto três afirmaram ter companheiros/namorados.

Em relação a filhos, 80% das trabalhadoras sexuais declararam terem filhos, sendo notória a preocupação e prioridade que lhes dão, mesmo aquelas que já têm filhos maiores e até mesmo casados. Oliveira (2011) refere que, das 88 mulheres que entrevistou, 77,3% têm filhos, sendo que também estas os mencionam como a prioridade nas suas vidas, atribuindo-lhes, muitas vezes, o motivo de ingressarem na prostituição (Oliveira, 2011). Na investigação realizada por Cunha (2012), concluiu-se que cinco trabalhadoras sexuais eram solteiras e quatro estavam separadas/divorciadas. Cinco das nove mulheres tinham filhos (Cunha, 2012). Também no estudo apresentado por Costa & Alves (2001) 75% da amostra tinha filhos (Costa & Alves, 2001).

Antes de iniciarmos a análise das entrevistas, é importante referirmos que a numeração apresentada diz respeito ao seguimento das perguntas efetuadas. No decorrer dos capítulos, fomos transcrevendo partes de entrevistas que, pela sua particularidade, consideramos pertinentes.

## 1) Com que idade começou como trabalhadora sexual?

**Quadro n.º 2 - Idade**

Idade	%	Nº
[15-20]	50	5
[21-25]	10	1
[26-30]	10	1
[31-35]	10	1
[36-40]	0	0
[45-50]	20	2

Fonte: Entrevistas realizadas às trabalhadoras sexuais.

Em relação à questão “Com que idade começou como trabalhadora sexual?” a nossa amostra situou-se na idade média de 27,1 anos. Contudo, não podemos deixar de ressaltar uma certa heterogeneidade: 50% das trabalhadoras sexuais referiram o início desta profissão numa idade muito jovem, entre os 15 a 20 anos de idade, 30% indicaram idades entre a faixa etária dos 30 aos 45 anos, enquanto 20% admitiram ter entrado na prostituição depois dos 45 anos.

No cruzamento de outras entrevistas realizadas pelos autores anteriormente citados, registámos médias de idade muito semelhantes às verificadas no que apresentamos. Ribeiro et al (2007) situa a sua amostra entre os 18 e 21 anos para o início da prostituição (Ribeiro et al., 2007). No estudo apresentado por Cunha (2012) a média de idades de ingresso na prostituição é de 26,6 anos (Cunha, 2012). Assim, podemos concluir através destes dados que se tem verificado ao longo dos anos um ligeiro aumento da idade de ingresso no trabalho sexual.

## 2) Atualmente paga percentagem a alguém?

Relativamente ao pagamento de contrapartidas a outrem, 70% da nossa amostra revelou não o fazer. 30% das entrevistadas admitiu o pagamento de percentagens sobre o seu trabalho a outra pessoa. Este facto poderá mostrar que a crise económica já chegou à prostituição abrigada, fazendo com o que os donos dos bares exijam menos dinheiro às trabalhadoras sexuais.

### 3) Já alguma vez interrompeu a sua atividade?

Com esta questão, tínhamos como principal objetivo compreender se estas mulheres já tinham tentado a sua integração profissional noutras áreas, além da prostituição. 70% da amostra referiu que, por esse motivo, já tinha interrompido a prática da prostituição.

### 4) Durante quanto tempo e o que correu menos bem?

Em relação à questão “Durante quanto tempo e o que correu menos bem?” foram enumerados pelas entrevistadas os mais variados motivos:

Uma trabalhadora sexual referiu que durante algum tempo esteve inserida profissionalmente numa fábrica, mas acabou por desistir: E2 - *Sei lá, são coisas de juventude, sabe como é. Não foi problemas da vida, não foi nada disso. Foi prontos, como hei-de explicar, prontos coisas da vida. Coisas da vida, o dinheiro era mais fácil (na prostituição).*

Duas das entrevistadas declararam que voltaram a ingressar na prostituição alegando o sustento dos seus filhos. O primeiro caso era de uma trabalhadora sexual que, face ao despedimento do filho, viu-se na necessidade de voltar para a prostituição com o objetivo de ganhar mais dinheiro, para o poder ajudar: E4 - *Não há hipóteses de trabalho, não há. Na altura em que eu tinha hipótese de trabalhar na confeção, se o meu filho continuasse a trabalhar, eu não teria desistido da confeção. Se fosse hoje eu já não saía da confeção, mas naquela altura teve de ser. Ele estava a passar fome, não estava a conseguir sobreviver.*

O segundo caso é o de uma mulher que trabalhou durante muitos anos num hospital na cidade do Porto. Com o término do vínculo laboral, ingressou na prostituição para que nada faltasse ao seu filho: E3 - *Tenho um filho a estudar, está a tirar um curso. E para que não lhe falte nada...não é? Tive que me aventurar a isto? Não vale a pena termos os cursos hoje em dia. Eu tenho o curso de Geriatria, e olhe o que dá.*

Outro caso que despertou interesse foi o de uma trabalhadora sexual que tentou estabelecer-se por conta própria ao abrir sua própria casa de alterne. No entanto, o negócio não correu como esperado, as suas expectativas saíram frustradas, pelo que

regressou à prática da prostituição: E6 - *Quatro anos e não consegui explorar os outros. Eu já tendo estado na situação delas que eu estou hoje de novo, não me sentia bem. É muito complicado a gente usufruir do corpo das outras mulheres. Não me senti bem porque eu já tinha estado no lugar delas, que é o lugar onde eu estou hoje, que então não consegui.*

A discriminação laboral foi também um motivo apontado por uma das trabalhadoras sexuais, que nos confidenciou que se sentiu discriminada pelas colegas, assim que estas souberam certas particularidades da sua vida: E5 - *Eu já arranjei um trabalho, mas depois entretanto como vocês sabem as pessoas conhecendo que já fomos prostitutas ou coisa do género, já não me aceitam porque há preconceito. E eu voltei a ficar desempregada de novo. Trabalhei pouco tempo e não me senti incluída na sociedade. E é o que acontece com toda a gente. Conheço pessoas a quem aconteceu o mesmo.*

A possibilidade de obter dinheiro no dia-a-dia foi também um motivo apontado por uma trabalhadora sexual brasileira. Esta admitiu que, depois de estar habituada a ganhar dinheiro desta forma, é difícil esperar pelo fim do mês e receber uma única vez: E8 - *É muita despesa. Quando a gente começa a trabalhar nessa vida já está naquele ritmo daquela forma de gastar dinheiro. Temos dinheiro todos os dias, às vezes mais ou menos mas sempre tem dinheiro. Então dá mais para as despesas do que outro tipo de trabalho.*

Outro caso que merece relevo diz respeito a uma trabalhadora sexual brasileira que recebeu falsas promessas de emprego em Portugal. Vendo-se então explorada e maltratada, numa situação de grande precariedade, afirmou não ter tido outra alternativa senão recorrer à prostituição: E7- *Arrumei um trabalho só que a pessoa me prometeu um monte de coisas só que depois não fez nada aquilo que tinha prometido e depois tratou a gente igual a cachorro. Aí eu desisti.*

Os dados que apresentamos são de facto corroborados por diversas conclusões da literatura sobre o mesmo assunto, que também apontam como razões e motivações para o ingresso na prostituição “ganhar mais dinheiro”, “não conseguir arranjar emprego”, bem como ainda “dar melhor educação aos filhos” (Ribeiro et al., 2007). Contudo, salienta-se que a opção pela prostituição está maioritariamente relacionada com os filhos e com a possibilidade de uma maior segurança financeira (Cunha, 2012).

## 5) Quais os riscos inerentes a esta profissão?

No contexto deste estudo, pareceu-nos pertinente avaliar os riscos inerentes ao exercício da prostituição. Constatou-se assim uma grande predisposição de estas mulheres serem vítimas de assalto. 80% das entrevistadas relataram episódios em que foram acometidas com facas e armas apontadas à cabeça e sofreram violência física: E5 - *Olhe, uma das principais que não vou esquecer nunca foi quando entrei para esta vida e tive uma faca apontada para o pescoço, que não queriam pagar e roubaram tudo que eu tinha. Não vou esquecer nunca.*

A violência, quer física quer verbal, é efetivamente uma situação muito referida ao longo das entrevistas, perpetrada não só por clientes mas também por outras pessoas que condenam e enxovalham a atividade destas mulheres: E4 - *Partiram-me a cana do nariz a mim e ao cliente, e roubaram-nos o dinheiro.*

Um medo ainda maior que o risco de assaltos prende-se com a possibilidade de o preservativo rebentar. 20% das trabalhadoras sexuais admitiram que esta eventualidade poderia de facto condicionar de forma irreversível a sua saúde e a sua vida: E7- *A mim, quando a camisinha estoura, eu particularmente fico assim arrasada, fico triste, desiludida, o dia acaba. Não tenho mais vontade de trabalhar, me dá uma tristeza, uma angústia, um desespero. É isso. É muito ruim quando estoura.*

O menosprezo e a humilhação por parte dos clientes, sobretudo em relação às trabalhadoras sexuais mais velhas e a conseqüente perda de autoestima, foram também aspetos referidos como um risco inerente à profissão, o que revela, de resto, uma forma de violência psicológica. E1- *Os homens bons tipo assim, um homem já de 50 e 60 anos, eles não querem mulher de 54. Eles querem é uma menina nova. São uns tarados eles. Não querem uma velha da minha idade.*

No entanto, é o risco de vida o maior receio das trabalhadoras sexuais. Não conhecem muitos dos seus clientes, e admitem a existência de personalidades perturbadas e comportamentos violentos. E10 - *É o que mais me intimida....a gente vai lá para cima com um cliente e não sabe se volta a descer não é?*

Oliveira (2011) refere que, ao longo do seu trabalho de investigação, ouviu relatos de violência física, sexual e psicológica. Refere que com frequência existem casos de raptos de trabalhadoras sexuais, que, depois de agredidas, assaltadas ou violentadas sexualmente, são abandonadas em locais longe da área onde exercem a sua profissão. No que concerne particularmente a agressões físicas, destaca que ataques com

armas poderão causar grandes danos psicológicos, provocando marcas irreparáveis na vida das trabalhadoras sexuais. Esta autora também constatou que é bastante habitual o lançamento de todo o tipo de objetos às trabalhadoras sexuais, tais como comida estragada, água, óleo, pedras, por pessoas que gostam de as denegrir.

## **6) Relação com os clientes**

Outra das particularidades que nos interessou avaliar diz respeito à relação que as trabalhadoras sexuais estabelecem com os seus clientes. Os resultados apresentaram-se bastantes heterogêneos. 30% das mulheres sentiam-se respeitadas pelos clientes, enquanto 20% consideraram que nunca eram respeitadas. No entanto, as restantes 50% referiram ser mais respeitadas por uns do que por outros, não aludindo a uma constância sobre o assunto. Os dados dissemelhantes que foram obtidos remetem-nos assim para a pertinência de estudar e conhecer que tipo de clientes procuram estas mulheres.

*E1 - Aliás vou falar a verdade eu nunca fui tão bem tratada em toda a minha vida! Sabe? Quando era uma mulher honesta, ui o que eu sofri minha filha! Agora eu tenho vida de rainha.*

*E7 - Alguns sim, outros não. A maioria respeita mas tem sempre alguém, alguns assim engraçadinhos que acham que estão pagando, quer fazer da gente o que quer. Quer abusar. Quer obrigar a fazer a gente certas coisas que a gente não faz.*

Oliveira (2011) refere que ao longo das suas entrevistas e observações, pôde perceber que há todo o tipo de clientes, desde os grosseiros aos amáveis e respeitosos (Oliveira, 2011).

Já Ribeiro et al. (2007), referem que mais de metade das trabalhadoras sexuais confidenciaram-lhes que são bem tratadas pelos seus clientes, enquanto que 37% referem que a relação com os clientes não é “nem boa, nem má”. O mesmo estudo revela que apesar de as trabalhadoras sexuais não terem uma má relação com os clientes, reconhece-se no entanto, a existência de conflitos, nomeadamente agressões verbais, físicas e psicológicas. Os autores consideram que este paradoxo deverá ser melhor estudado (Ribeiro et al., 2007).

## 7) Horário de trabalho

Nos horários de trabalho, podemos dividir a amostra em dois tipos consoante o lugar onde exercem a profissão: as trabalhadoras sexuais de rua, e as trabalhadoras sexuais de bares. As trabalhadoras sexuais de rua exercem a sua atividade em horário diurno, de acordo com o considerado turno normal de 40 horas semanais, das 8h:00-12h:00 e das 13h:00-17h:00, ao passo que as trabalhadoras sexuais de bar referem praticar horários com cerca de dez horas de trabalho diário, muitas vezes em período noturno.

## 8) Rendimento mensal

Relativamente ao rendimento mensal, nas respostas dadas pelas trabalhadoras sexuais, admitiu-se uma certa inconstância nos rendimentos, explicada por muitas delas pelo calendário em que se verifica um pico de rendimentos nas datas de recebimentos de salários, e uma quebra em final de mês. Pela análise do quadro, podemos verificar que mais de metade da nossa amostra auferem um rendimento inferior ao salário mínimo nacional, pelo que podemos concluir que os rendimentos mensais médios das trabalhadoras sexuais são muito baixos, verificando-se uma tendência cada vez maior para diminuírem.

**Quadro n.º 3 – Média de Valor Mensal**

Média de Valor Mensal	%	Nº
[300€ - 400€]	60	6
[500€ - 700€]	30	3
[ + 700€]	10	1

Fonte: Entrevistas realizadas às trabalhadoras sexuais.

Em 2013, no estudo apresentado por Silva, o rendimento mensal aproximado das trabalhadoras sexuais era bastante superior ao verificado na nossa amostra:

#### Quadro n.º 4 - Média de Valor Mensal

Média de Valor Mensal	%
[501-750€];	13,9%
[751-1000€];	25,6%
[1001-2000€];	27,1%
[2001-3000€];	16,2%
[> 3000€];	7,9%

Fonte: (Silva, 2013).

#### 9) Em média, quantos clientes atende?

No que respeita ao número de clientes atendidos por dia por cada uma das trabalhadoras sexuais, podemos também confirmar uma certa heterogeneidade. Destacamos que a idade, a aparência, o local onde exercem a prostituição e o grau de escolaridade, poderão ser fatores que condicionem a preferência dos clientes. E9 - *Não tenho bem uma conta. Mas faço aqui, ainda hoje três clientes em nove horas. Três, quatro... clientes não passa disso.*

#### Quadro n.º 5 – Número de clientes

Nº de Clientes	%	Nº
[0-2]	30	3
[2-4]	20	2
[4-6]	30	3
[6-10]	20	2

Fonte: Entrevistas realizadas às trabalhadoras sexuais.

#### 10) Profissões e idade dos clientes

Relativamente à idade dos clientes, as trabalhadoras sexuais foram unânimes em referir que são os mais velhos que normalmente procuram os seus serviços. Ainda que



as idades variem entre os vinte e os oitenta anos, os clientes mais frequentes situam-se na faixa etária entre os 35 e os 50 anos. Ao nível das profissões, foi possível constatar que, embora alguns dos clientes pertençam à classe média, como empresários e licenciados, a maioria inclui operários da construção civil, operários fabris, trabalhadores rurais, reformados e ainda desempregos com o rendimento social de inserção. E1 - *Sim, eles estão empregados. Há clientes jovens. Tenho clientes empregados, outros estão no desemprego. Aquele cliente que vinha todas as semanas agora vem uma vez ao mês. Tenho aquele cliente emigrado que quando vem a Portugal vem duas ou três vezinhas. Tenho aquele cliente que está no desemprego e que menos vezes vem. Alguns vêm todas as semanas, mas são mesmo poucos. Só os que trabalham, os que não trabalham não conseguem.*

Também Ribeiro et al (2007) referem no seu estudo que 91% das trabalhadoras sexuais afirmaram que os seus clientes terão entre 31 e 40 anos de idade e que, de seguida, a faixa etária referida é a dos 41 aos 50 anos, com 79% da amostra. Em relação às profissões dos clientes que frequentemente recorrem à prostituição, constatou-se que 34% são operários da construção civil, 17% empregados de comércio, 14% agricultores e 16% operários fabris (Ribeiro et al., 2007). Da mesma forma, Oliveira (2011) refere na sua investigação que a maioria dos clientes está entre os 25 e os 40 anos, e que engloba técnicos de informática, empresários, estudantes, operários fabris, e desempregados.

### **11) De que forma a crise económica influenciou a sua atividade?**

Em relação a esta questão, apenas uma trabalhadora sexual referiu que não sentiu qualquer efeito da crise económica. No entanto, todas as outras admitiram que a crise provocou, por um lado, uma diminuição significativa da procura e, por outro, uma limitação nos pedidos dos clientes.

E6 - *Acho que influenciou como em todas as profissões. Prejudicou muito, bastante. Enquanto que há uns quatro anos atrás fazia numa casa destas, que nós chamamos praça, 100 €, 150 € por dia, hoje em dia faço 50 no máximo. Está mal para todo o tipo de trabalho... até para nós. Olhe se eles [clientes] não tiverem emprego, também não têm dinheiro para nos procurar.*

*[Eles queixam-se da crise?]*

*Queixam, nós temos clientes em que aqui o preço é 15€ e chegam ao quarto e perguntam pode ser por 10 €?”*

*[E vocês aceitam?]*

*Não... não porque a casa tem regras... eu acho muito humilhação porque dos 15€ nós ganhamos 10 €! Acho muita humilhação nós irmos por 10€ e receber 5. E já é muito difícil ganharmos 10 €.*

### **12) Em média, quanto baixaram os seus rendimentos?**

Nesta questão, 60% das trabalhadoras sexuais que admitiram sentir o efeito da crise, afirmaram simplesmente que os seus rendimentos baixaram muito. No entanto, 30 % da amostra explicou que os seus rendimentos caíram cerca de 80% a 90%, afirmando ter de recorrer à ajuda de familiares e amigos para suportar todos os seus compromissos financeiros: E8 - *Ah não sei... o dinheiro! Falta de dinheiro. Recebo bem menos, o pessoal tem pouco dinheiro. Às vezes arranjam dinheiro para vir aqui mas pouco, guardam 10€ por mês para vir aqui às meninas. Antes vinham todas as semanas e pagavam muito mais. Antes vinham toda a semana, quase todos os dias, 3 vezes por semana. Mudou muito.*

### **13) Sente pressão dos clientes para tirar o preservativo?**

Em relação à questão do uso do preservativo e à pressão dos clientes para retirá-lo, 80% da amostra referiu que de facto sofria muito essa pressão, enquanto 20% referiu que a sentia apenas pontualmente. Da mesma forma, 70% das trabalhadoras sexuais confidenciou-nos que os clientes não oferecem mais dinheiro quando pedem para não usar o preservativo, sendo que, em contraposição, 30 % referiram serem aliciadas com mais dinheiro para não o usarem.

Outra questão referida por 60% trabalhadoras sexuais refere-se às “manhas” dos clientes. Esclareceram que estes procuram muitas vezes retirar discretamente o preservativo durante o ato sexual. Explicaram-nos que por diversas vezes aproveitam a mudança de uma posição para o retirar, sem que elas se apercebam. Por isso, as trabalhadoras sexuais salientaram a necessidade de estarem sempre vigilantes, evitando, por isso, beber e tomar drogas. No entanto, todas as trabalhadoras sexuais também admitiram que muitas das suas colegas aceitam fazer sexo desprotegido.

*E1 - Ui! É o que mais tem! Os rapazes novos não pedem para tirar, mas a maioria dos homens de idade pede tudo para tirar o preservativo.*

*[E oferecem mais dinheiro por isso?]*

*Nada (risos) se for de graça é só assim que querem.*

*E5 - [E em relação a manhas dos clientes?]*

*Ui, eles arrebatam, tiram, mandam mudar de posição para tirar, fazem um monte de coisas, é verdade sim, é preciso ter muito cuidado.*

*[Já usaram a força consigo?]*

*Já, e já cheguei a andar ao estalo como diz o português. Porque há clientes que insistem mesmo, são teimosos e há um pequeno movimento de mudar de posição... e outros que cortam com a unha? Montes de coisas que eles têm, que eles fazem, que eles usam manhas.*

#### **14) Atualmente o dinheiro dá para as despesas?**

No que respeita a questões de rendimento e gestão da economia doméstica, cinco das trabalhadoras sexuais referiram que o dinheiro auferido serve unicamente para assegurar as despesas fixas mensais. Por outro lado, 30% das entrevistadas admitiram que não conseguem pagar as suas despesas sem recorrer a ajudas de terceiros. Somente duas das mulheres afirmaram conseguir equilibrar sem dificuldade receitas e despesas.

*E5 - Não. Se antes comia duas refeições agora não como, se antes tomava dois ou três cafés agora não tomo. Se comia bifes agora não como, né? Uma sopinha ao meio dia e à noite não janto.*

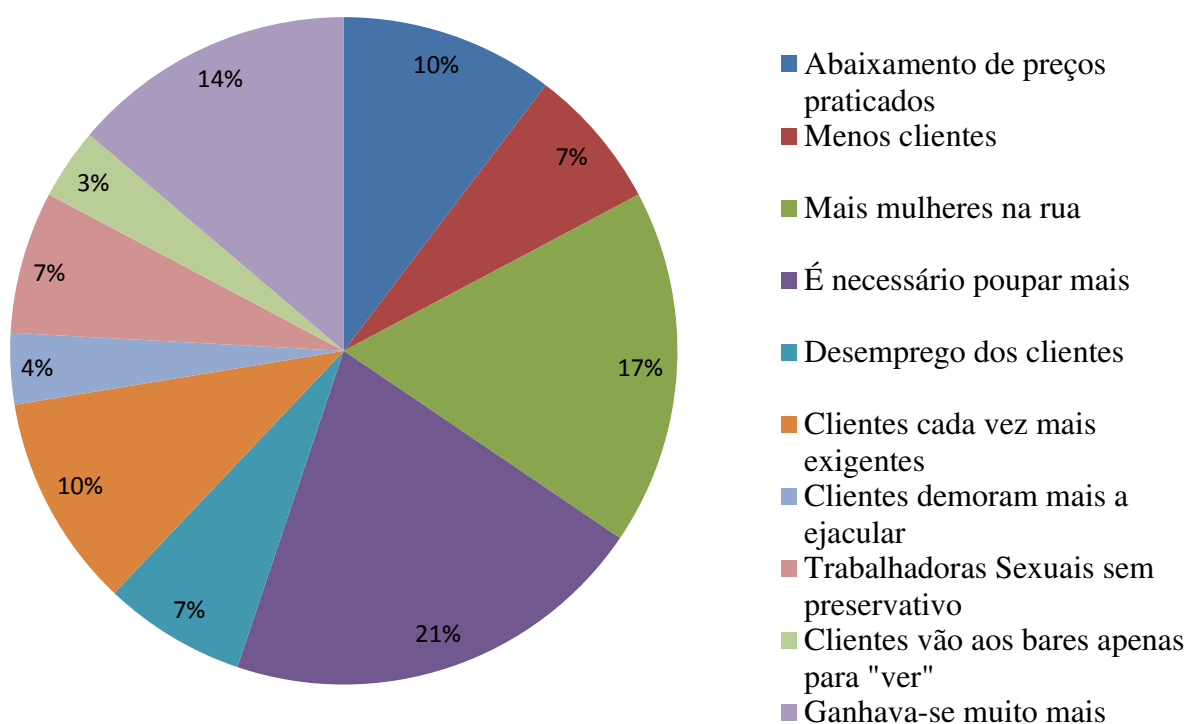
*E6 - Não [risos], de maneira nenhuma. Eu tenho um filho com 12 anos. Graças a Deus tenho um amigo ou outro há muitos anos que vai ajudando. Agora se dependesse de só trabalhar assim não conseguia. Não conseguia mesmo.*

*E1 - Já foi bom né? Já foi bom! Nós pedíamos aquilo que a gente queria. Hoje em dia minha filha eles dão o que podem! Né? Agora ultimamente para te falar verdade não tenho feito contas, mas dá para sobreviver bem. Dá para pagar renda, pagar comida e beber.*

### 15) Pode fazer uma comparação do seu trabalho há 10 anos e do seu trabalho agora? O que mais mudou, na sua opinião?

Relativamente a esta questão, as nossas entrevistadas relataram diferentes mudanças nas suas vidas. Apresentamos de seguida as principais alterações sentidas pelas trabalhadoras sexuais.

**Gráfico 1- Em dez anos o que mudou?**



Fonte: Entrevistas realizadas às trabalhadoras sexuais

Pela análise do gráfico 1, podemos concluir que atualmente as trabalhadoras sexuais têm consciência da necessidade de poupar (21%), admitindo que se privam de pequenos luxos como ir ao cabeleireiro, comprar roupas em *boutiques*, fazer refeições completas e fumar.

As entrevistadas referiram que há cada vez mais mulheres na rua (17%), provocando um desequilíbrio acentuado entre a oferta e a procura de clientes (7%), tendo em consideração que muitos deles estão desempregados (7%).

Por outro lado, este quadro de desequilíbrio conduz, conseqüentemente, a fenómenos de concorrência desleal, relacionados muitas vezes com o facto de as trabalhadoras consentirem relações sexuais desprotegidas. Ora, considerando a perda de clientes e o exacerbamento da concorrência, a maioria das trabalhadoras sexuais vê-se obrigada a diminuir os preços praticados (10%).

Outro aspeto relatado é o facto de na prostituição de bar os clientes consumirem cada vez menos, frequentando o espaço apenas para “observar” as trabalhadoras sexuais, pondo assim em causa a sustentabilidade das casas de prostituição.

Devido aos efeitos da crise económica, as trabalhadoras sexuais relataram-nos que os clientes, além de serem cada vez mais exigentes (14%) no que concerne a práticas sexuais, solicitam também e cada vez mais sexo desprotegido. Por outro lado, e presumivelmente face também à frustração das suas próprias vidas, os clientes demonstram cada vez mais dificuldade em finalizarem o ato sexual (4%): E4 - *Mudou-me muita coisa. Há uns anos atrás o homem não era esquisito, não pedia nada, era segundos, era um momentinho, agora querem tudo e mais alguma coisa. Eles pedem. Se for um cliente habitual já não pede nada, se for aquele que não conhece, pede logo sem preservativo. Eu digo logo: “Filho, tás à vontade para ir embora, não queres? Só ficas se quiseres.” Já me aconteceu de o expulsar fora. Eles dizem muitas vezes: “Não queres? Não falta quem queira.” E oferecem a outras aos 20, 30 € para não usar preservativo. E eles dizem “Ai não queres 20? Olha que tenho bem quem me faça por 10!” É por isso que não se consegue trabalhar. Trabalha-se muito mal, se toda a gente trabalhasse da mesma maneira... mas não. Repartia-se muito mais o trabalho, porque eu tenho dias em que estou parada sem fazer nada e quando passam é para pedir sem preservativo.*

Nas entrevistas realizadas por Almeida (2011) às trabalhadoras sexuais, constatou-se que a crise económica levou a uma diminuição dos clientes, mantendo-se apenas os clientes habituais. A concorrência desleal é também referida, uma vez que muitas trabalhadoras sexuais cedem a não usar o preservativo.

## **16) A percentagem nos bares mantém-se?**

A partir das entrevistas realizadas, conseguimos perceber que não é consensual a opinião das entrevistadas quanto à percentagem pedida nos bares. 40% da nossa amostra verbalizou que as percentagens se têm mantido. Contudo, a mesma percentagem de 40% assegurou uma diminuição progressiva das gratificações. Podemos então concluir que atualmente os rendimentos dos indivíduos que exploram a prostituição abrigada está a regredir.

*E6 - Isso já é outra história... tipo assim, nesta casa não mudou como era há 10 anos atrás, é sempre a mesma coisa, a percentagem é a mesma, as condições são as mesmas, nesta casa continua igual mas tem muitas casas que baixaram. Nas boates antes davam 10€, agora dão 5€. Agora nestas casas tipo praça mantém-se igual. A percentagem mantém-se e o preço também.*

*E3 - Já trabalhei em bares, mas já me deixei disso. Eu tenho uma filha pequena. Ui mas os proprietários sentem muito a crise, aliás uns já fecharam... nas casas chega a ser pior do que aqui.*

Esta realidade é comprovada pelas entrevistas realizadas por Almeida (2011) a trabalhadores sexuais. No seu estudo refere a crise económica nas casas de alterne, prevendo-se o seu desaparecimento, o que levará cada vez mais mulheres para as ruas (Almeida, 2011).

## **17) Costuma recorrer a algum serviço de saúde?**

Em relação a esta questão, tínhamos como principal objetivo verificar se as trabalhadoras sexuais se encontravam inscritas em algum serviço de saúde, se possuíam médico de família, e qual a importância que davam aos serviços de saúde. 80% da amostra referiu recorrer aos serviços de saúde. Considerámos pertinente referir que as duas trabalhadoras sexuais que não tinham acompanhamento médico não eram acompanhadas pelo Programa Autoestima.

*E4 - Sim, eu por acaso costumo ir para o Autoestima, faço lá exames. Gosto bem, vou lá muitas vezes. E vou ao médico de família, ainda há pouco fui porque fui operada à vesícula. Mandou-me fazer montes de análises, colesterol, diabetes, tudo, papa Nicolau, mamografia.*

Nas entrevistas efetuadas por Silva (2013) constatou-se que na questão sobre a utilização e acesso aos serviços de saúde para informação, prevenção e teste de VIH, 33% da amostra em estudo respondeu ter recorrido aos serviços de saúde nos últimos três meses, 16% entre três e seis meses, 15% entre seis meses e um ano, 20% recorreu pela última vez há mais de um ano e 16% diz nunca ter recorrido ao SNS (Silva, 2013).

### **18) Tem conhecimento das principais IST?**

Em relação ao nível de conhecimento das IST, 70% das trabalhadoras sexuais referiram possuir conhecimento das principais IST, enquanto duas entrevistadas afirmaram que não sabiam muito mais para além do que era o vírus da SIDA. Uma trabalhadora sexual referiu que tinha apenas uma ideia geral do que eram as IST. Concluímos que apesar das trabalhadoras sexuais terem bastantes conhecimentos sobre o VIH/SIDA, não estão tão à vontade para falar de outras IST e dos seus potenciais riscos: E4 - *É assim, como se transmitem não tenho muita ideia, mas pelo que vejo é atrás da falta de higiene. Um homem vai com uma, com outra... Até a mim já me aparecem doenças. Eles andam com tantas. Ainda no outro dia me apareceu um todo lixado a querer ir comigo e eu disse “nem penses, contigo não faço nada”. Ele pronto enfia-me dois preservativos. E eu 2? Eu nem meia dúzia deles, quanto mais 2?! Às vezes é preferível ir-se embora com 20 ou 30€ no bolso do que querer tudo e apanhar para aí doenças. Eu tenho três filhos, todos crescidinhos, o mais novo vai fazer 24, mas não quero chegar um dia a casa e dizer a minha mãe tem sida. Como é que apanho sida se nem companheiro tenho? Só me conheceram com o pai deles, não foi com mais homem nenhum. Se ela não tem companheiro, o que é que ela faz para apanhar? É uma situação muito complicada, tenho uma filha com 30 anos já. Posso-me orgulhar dos meus filhos, nunca me perguntaram nada, nada, nada da minha profissão. O meu filho mais novo é o meu maior orgulho, é a coisa mais amiga que tenho na vida.*

Na investigação de Magalhães (2006), concluiu-se que as trabalhadoras sexuais possuem alguns conhecimentos sobre as infeções sexualmente transmissíveis (IST), identificando a SIDA/VIH, a Hepatite e a Sífilis. Demonstrou-se que algumas tinham noções muito básicas e usavam terminologias erradas para explicar as infeções. Referiam que as IST eram transmitidas por via sexual, toxicodpendência e contacto de sangue (Magalhães, 2006).

### **19) A quem recorre quando tem dúvidas?**

Em relação a esta questão, seis das trabalhadoras sexuais explicaram que quando têm dúvidas recorrem aos técnicos do Programa Autoestima, ao passo que duas vão ao médico de família. As trabalhadoras sexuais que recorrem ao médico de família foram orientadas pela equipa do Programa Autoestima para a inscrição nas respetivas unidades de saúde familiares. Duas das trabalhadoras sexuais referiram que quando têm dúvidas não recorrem a ninguém (na data da entrevista o Programa Autoestima era desconhecido para uma delas): E4 - *Ainda hoje lá fui (Autoestima)! Por incrível que pareça ainda hoje lá fui porque tenho problemas de tensão, (suspiro) tenho problemas de útero e por acaso ainda hoje lá fui a uma consulta e estive com a Enf. Fátima. É a melhor coisa que eu conheci, tenho médico de família cá no Distrito de Braga graças a elas.*

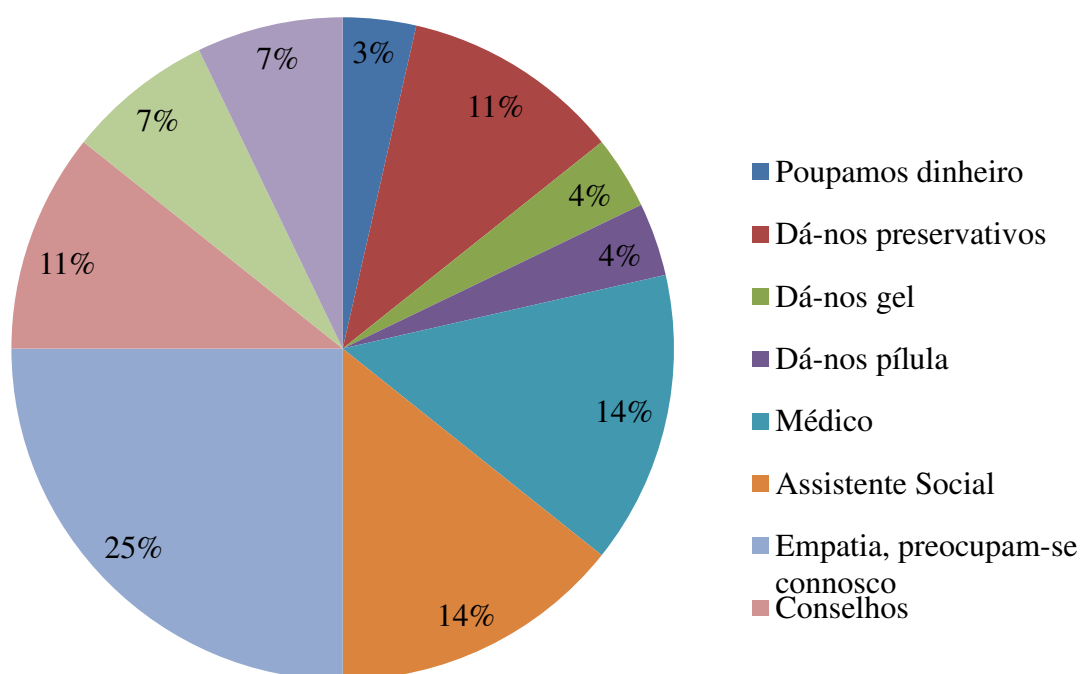
Silva (2013) concluiu nos seus inquéritos que quando as trabalhadoras sexuais têm questões relativamente ao VIH/SIDA adotam os seguintes procedimentos: 103 pessoas (38%) referem a Internet como fonte primordial de informação, de seguida surgem os meios de comunicação social (n=81; 30%), as ONG (n=30; 11%), 10,3% e os amigos e parentes (n=28; 7%), surgindo os profissionais de saúde em último lugar para obter informação sobre o VIH/Sida (n=18; 6,6%) (Silva, 2013:51).



## 20 e 21) O que acha do Programa Autoestima? Como contribui para o seu bem-estar?

As trabalhadoras sexuais entrevistadas referiram os mais diversos exemplos. No gráfico 2 mostramos os contributos que melhor caracterizam o Programa Autoestima, segundo as trabalhadoras sexuais entrevistadas.

Gráfico 2 - “ O que acha do Programa Autoestima?”



Fonte: Entrevistas realizadas às trabalhadoras sexuais.

O Programa Autoestima é referido pelas trabalhadoras sexuais como um programa que se preocupa com o bem-estar da população trabalhadora sexual. As relações de empatia e de preocupação estabelecidas com os técnicos (25%) são muito valorizadas. Declaram que são importantes conselheiros para as boas práticas preventivas. O facto de o Programa disponibilizar preservativos (11%), gel (4%), pílula (4%), contribui para uma certa poupança das trabalhadoras sexuais (3%), uma vez que todos os produtos são fornecidos gratuitamente. O papel do médico e da assistente social é extremamente valorizado (14%) tanto pelas consultas médicas, como pelo apoio

psicossocial e de intervenção na mudança. Os atos de enfermagem e de apoio psicológico são também referidos como muito importantes (7%). E9 - *Este projeto foi muito bom, foi a coisa mais importante para nós. Foi o Autoestima que sempre nos acompanhou. Pelo médico, pelo preservativo, por tudo. Foi uma grande proteção para nós. Há alguém que ainda se importa connosco.*

No programa Espaço Pessoa<sup>21</sup>, os serviços disponibilizados são a oferta e venda de preservativos, serviço de enfermagem, serviços de balneário e lavandaria, apoio psicológico e convívio, apoio do serviço social e cursos de formação. Apesar de todos estes serviços serem disponibilizados, o serviço de enfermagem, lavandaria, balneários e distribuição de preservativos são os mais solicitados. Na dissertação de Cunha (2012), a opinião dos trabalhadores sexuais refere que o aparecimento do Espaço Pessoa não trouxe mudanças comportamentais na prevenção de IST, mas que foi positivo uma vez que tiveram acesso a contraceptivos mais baratos e aprenderam coisas que não sabiam.

## **22) Como encara o seu futuro?**

Esta foi das questões mais emotivas e de maior introspeção colocadas às entrevistadas. Nas respostas, cinco das trabalhadoras sexuais confidenciaram-nos que gostavam muito de abandonar a prostituição e ingressar num emprego dito normal, ainda que reconheçam as dificuldades inerentes a estas mudanças.

*E2 - Como é que eu hei-de encarar não é? Sei lá, vou encarando como posso né? Eu não quero continuar nesta vida, eu queria mais, se houvesse outro trabalho eu ia procurar. Às vezes é preferível pelo dinheiro que estou aqui, que sou uma prostituta no meio de uma estrada, eu preferia pelo dinheiro que faço estar numa fábrica... Preferia estar a fazer limpezas. Ganhava menos, ou quase igual, mas estava no emprego limpinho. Não era rejeitada por certas pessoas, por tudo pronto estar aqui no meio duma estrada.*

[Já tentou arranjar emprego acha que é difícil?]

*É difícil, é assim eu tentar ainda não tentei mas por aquilo que as pessoas dizem tá muito difícil se não há trabalho para os outros como é que eles hão-de querer para nós? É muito complicado.*

---

<sup>21</sup>O “Espaço Pessoa” é um local de encontro e um projeto que dá apoio a prostitutas e prostitutos da cidade do Porto. Tem gabinetes de apoio e um serviço de balneários e distribui preservativos, roupas e alimentos.

Três trabalhadoras sexuais referiram que preveem um futuro muito triste, provavelmente vivido na rua com os sem abrigo: E5 - *Ai não sei... mas eu vou ter um futuro muito triste, porque se assim continuar vamos ter todos um futuro muito triste, todas. Não sei, se calhar vamos acabar na beira da rua, possivelmente a maior parte delas. Não dá para juntar dinheiro, mal dá para sobreviver, a gente chega a uma certa idade e ninguém olha para nós, e depois é o que acontece a todas... Matam-se, vão para a beira da rua, andam a pedir dinheiro a este ou aquele para comer uma sopa. É um fim triste que eu penso que todas vamos ter. Já tentei sair desta vida mas... tenho a 4ª classe. Acho que hoje em dia nem para varrer a rua dá. Com a minha idade, não vejo mais nada para fazer. Abrir alguma coisa por minha conta para quê? Para abrir hoje e fechar amanhã? Com a crise que estamos, [começou a chorar] não dá...*

Duas trabalhadoras sexuais declararam preferir não pensar no futuro, optando por viver um dia de cada vez, à espera de verem onde o futuro as levará.

E1 - *Apesar de gostar muito de fazer sexo, se eu pudesse o meu futuro era longe da prostituição. Se eu encontrasse um homem que eu gostasse por amor eu ia. A vida de prostituição não é vida para ninguém. Mas como eu estou dentro dela eu tenho de ser feliz. Eu tenho que mostrar que estou bem. Sabe, se eu estiver chorando e triste, eu não trabalho. Eu se pudesse, eu sairia, porque eu não nasci prostituta. Só com 45 anos é que fui virar uma.*

**Capítulo VIII**  
**Principais Conclusões**

## 8. Principais conclusões

Considerámos que o nosso trabalho contribuiu para uma apreciação global do fenómeno da prostituição feminina de rua e abrigada, e também para o conhecimento da intervenção dos técnicos do Programa Autoestima junto das trabalhadoras do sexo. A investigação realizada surgiu da necessidade de compreendermos como é que um grupo social excluído e marginalizado da sociedade lida com os efeitos da crise económica, nomeadamente na prevenção de doenças.

Efetivamente, face ao contexto atual de crise, a promoção de boas práticas de saúde nesta população enfrenta retrocessos históricos, sobretudo no apoio e na prevenção, levando a um aumento da vulnerabilidade das pessoas que exercem prostituição.

Considerando estes factos, iremos de seguida expor as principais conclusões que esta investigação nos permitiu alcançar, bem como algumas sugestões e contributos sobre a intervenção em programas de apoio à população trabalhadora sexual, que poderão até incentivar futuros estudos e intervenções.

Na primeira fase da nossa investigação, receámos o quão difícil seria conseguir entrevistar a amostra pretendida. Apesar da população trabalhadora sexual ser considerada inacessível e tendo em conta a sua grande mobilidade pelas várias regiões do país, podemos afirmar que o objetivo do nosso trabalho foi bem-sucedido, uma vez que a colaboração do Programa Autoestima permitiu a proximidade com estas mulheres, facilitando os contactos e a realização das entrevistas.

Aquando do primeiro contacto para realização da entrevista, constituiu-se condição fundamental o esclarecimento claro e inequívoco dos objetivos do estudo, sendo para tal apresentado um termo de consentimento informado e a advertência de que as gravações seriam usadas apenas para fins académicos. Salientamos, contudo, que todas as entrevistadas desvalorizaram a necessidade de assinatura do referido termo, demonstrando assim plena confiança na equipa de técnicos que nos acompanhava.

O facto de a nossa investigação abranger a prostituição de rua e a prostituição abrigada representa, sem dúvida, uma mais-valia, que permitiu compreender de forma diferenciada o efeito da crise económica nos comportamentos relacionados com a prevenção da doença das trabalhadoras do sexo, em diferentes contextos.

Com uma amostra de dez trabalhadoras sexuais, sendo cinco de prostituição de rua e cinco de prostituição abrigada, não tivemos como preocupação apresentar conclusões finais vinculativas sobre as características e particularidades destas mulheres, mas foi antes nosso objetivo expor testemunhos vividos e reais sobre a prática da prostituição numa conjuntura de crise económica e sobre as práticas de prevenção das IST.

A partir dos testemunhos das nossas entrevistadas, foi-nos possível apreender particularidades da prostituição no concelho de Guimarães, podendo esta realidade ser semelhante à de outras zonas, uma vez que vários dados obtidos estão em conformidade com outros estudos e investigações sobre o mesmo tema.

Foram também de extrema importância os testemunhos facultados pelos técnicos do Programa Autoestima, uma vez que, pela sua experiência com esta realidade estão conscientes das mudanças do paradigma da prostituição, bem como da necessidade de novas metodologias e de novas exigências dos programas de saúde pública.

Concluimos que a temática da prostituição ainda tem muitas áreas por explorar no contexto português, pelo que pretendemos que esta dissertação seja um contributo para a não estigmatização das trabalhadoras sexuais. Pensamos também que é fundamental para a sociedade o conhecimento da existência de programas de apoio à prostituição, como o Programa Autoestima, na medida em que estes constituem suportes de bem-estar e de promoção de boas práticas de saúde para as trabalhadoras sexuais. Por último, esperamos que esta dissertação seja uma oportunidade de reflexão e que suscite a discussão de questões que importa explorar, designadamente no que respeita a comportamentos e formação.

A partir das entrevistas e dos contactos realizados, a primeira conclusão que podemos retirar é a de que há uma média de idade cada vez mais elevada nas trabalhadoras sexuais, havendo várias mulheres na faixa etária acima dos 40 anos de idade. Também verificámos que a maioria das mulheres “mais velhas” atendidas no Programa Autoestima são de origem portuguesa, enquanto as mais jovens são brasileiras. Com base nestes dados, a perceção dos técnicos do Programa Autoestima é que nos últimos anos se verificou um aumento de mulheres portuguesas na prostituição.

Apesar de a nossa amostra demonstrar níveis de escolaridade baixos, a visão dos técnicos intervenientes no Programa Autoestima é a de que surgem cada vez mais mulheres com habilitações literárias mais elevadas, constatando-se também que há cada vez mais mulheres que se dedicam a este trabalho com o objetivo de angariarem o

sustento da família. É notória a preocupação das trabalhadoras sexuais pelo futuro dos seus filhos, sendo perceptível que, embora não queiram que eles saibam as suas profissões, muitas estão na prostituição para lhes proporcionarem o máximo bem-estar. Essa realidade é confirmada nos trabalhos de Jesus (2010), Oliveira (2004, 2011), Ribeiro et al (2007) e Silva et al (2013).

Verificámos que a criminalidade continua a aumentar, demonstrando-se que é na prostituição de rua que se verificam maiores índices de violência física e de desamparo. O facto de estas mulheres serem excluídas da sociedade leva-as a exercerem a prostituição em locais inseguros e sem retaguarda, o que tem contribuído para o aumento de violência. As experiências traumáticas por que passam poderão deixar marcas profundas e irreparáveis nas suas vidas. Estas realidades estão também mencionadas nos trabalhos de Cordeiro (2012), Martins (2009) e Oliveira (2011) e Ribeiro & Silva (2007).

Na prostituição abrigada verifica-se que estas mulheres se encontram muito mais protegidas, não estando tão expostas aos riscos da rua, como agressões e assaltos. No entanto, devemos destacar que, nos contactos realizados, verificámos que todas as mulheres já tinham passado por ambas as experiências. Efetivamente, muitas das vezes verifica-se que as mulheres da prostituição abrigada recorrem à rua, por um lado, com o objetivo de angariarem mais clientes, uma vez que a crise também chegou aos bares e apartamentos, e, por outro, para não terem que pagar a percentagem estabelecida, já que os rendimentos reduziram drasticamente. Oliveira (2011) salienta a maior autonomia no trabalho de rua, bem como o maior poder de decisão. Também encontrámos diversas situações de mulheres que trabalharam na rua, mas que optaram pelo trabalho em contexto abrigado para fugir aos riscos e à violência que diariamente vivenciavam.

Embora Cunha (2012) considere que, tendencialmente, na prostituição abrigada a aparência física é melhor e o nível cultural e de escolaridade é mais elevado do que na prostituição de rua, a partir das nossas observações, bem como das nossas entrevistas, pudemos constatar que ambas apresentam cada vez mais semelhanças a nível cultural e no aspeto físico. No entanto, concordamos com a posição de Oliveira (2011), na medida em que é na prostituição de rua que se encontram mais mulheres dependentes de substâncias e com idades mais avançadas.

Com o aparecimento do VIH/SIDA, surgiu a ideia de que as prostitutas eram as principais responsáveis pela disseminação da doença. Contudo, surgem cada vez mais estudos que mostram que as práticas desprotegidas são menos frequentes em contextos

de prostituição, como Barnard et al. (1993) referem na sua investigação. Esses estudos contrariam, por um lado, a ideia de que as prostitutas são as principais responsáveis pela transmissão da doença e, por outro, contribuem para que, cada vez mais, se imponha a ideia de que poderão prevenir a difusão da mesma, podendo até serem potenciais educadoras sexuais na medida em que elas próprias é que têm a responsabilidade de levar até ao cliente toda a informação/formação sobre a prevenção das IST e os riscos que daí advêm (Bates & Berg, 2014, Sanders, 2006).

A partir das nossas entrevistas e observações, conseguimos compreender que as trabalhadoras sexuais seguidas pelo Programa Autoestima possuem variados conhecimentos sobre as IST, bem como sobre a sua prevenção.

Neste contexto, afigura-se de extrema importância a implementação de grupos de educação de pares (Albergaria, 2014; Coutinho, 2012), ao nível dos programas e projetos, numa ótica de educação para a saúde e reforço de informação/formação, integrando sempre as trabalhadoras sexuais. Só assim se conseguirão contrariar mitos e falsas ideias acerca das IST e da sua prevenção, apostando na formação destas mulheres como potenciais educadoras junto dos seus clientes. Também no estudo apresentado por Roberts (1992), é salientada a importância de ações de educação para a saúde dirigidas a clientes de prostituição.

De modo a compreender as reais necessidades desta população, o diálogo torna-se uma ferramenta de extrema importância. Assim, ao legitimarmos a trabalhadora sexual em programas de intervenção no âmbito da prevenção das IST, torna-se possível, por um lado, uma maior inclusão social e, por outro, uma maior autonomização. Tal como nós, também há vinte e dois anos atrás, Estébanez et al., (1993) referiram a importância de uma abordagem direta com estas mulheres, a fim de se compreender quais são as suas reais necessidades.

Embora a maioria das entrevistadas não o refira, foi-nos mencionado ao longo de duas entrevistas que, por vezes, costumam abdicar do uso do preservativo a clientes/amigos com quem têm muita confiança. Esta realidade foi também confirmada no trabalho de Oliveira (2011) onde é referido que em relações de amizade e confiança com clientes, algumas trabalhadoras sexuais não usam preservativo. Apesar das dez entrevistadas não assumirem a cedência à sua utilização, confidenciaram-nos que é uma prática comum em algumas mulheres que conhecem.

Apesar desta situação, consegue-se facilmente verificar que as trabalhadoras sexuais seguidas pelo Programa Autoestima há já vários anos têm conhecimento dos



riscos do não uso do preservativo e mostram terem consciência de que, apesar da crise económica, não vale a pena o risco de contrair uma doença, nomeadamente a SIDA, optando assim pela valorização da sua saúde em detrimento de maiores rendimentos.

Pudemos constatar que o nível de conhecimentos sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis e o grau de prevenção (nomeadamente, o uso do preservativo) eram maiores nas trabalhadoras do sexo que estavam inseridas no Programa Autoestima do que naquelas com quem tivemos um primeiro contacto. Constatámos também que o Programa Autoestima é um importante facilitador do conhecimento e da prevenção das IST. Também graças a este programa, as mulheres têm melhor acesso aos serviços de saúde. Todas elas estão inscritas em médico de família, bem como o seu agregado familiar. No trabalho de investigação de Ribeiro et al (2007), o Programa Autoestima foi também referido como um parceiro fundamental para o estabelecimento de contactos com as trabalhadoras sexuais.

As estrangeiras, nomeadamente as que se encontram em situação ilegal, são observadas em consulta médica de ginecologia do Programa Autoestima, é feito um rastreio de IST e, em caso de necessidade, um encaminhamento para o hospital. No Centro de Aconselhamento do Programa Autoestima, para além da consulta médica e de enfermagem, há um acompanhamento psicológico e social, muitas vezes com encaminhamento para outros serviços e recursos da comunidade.

As trabalhadoras sexuais encaram este Programa como um reforço para a sua autoestima, na medida em que facilita a sua inclusão na sociedade e capacita-as para um maior *empowerment*. Esta é uma das estratégias consideradas mais importantes para autonomização e inclusão das trabalhadoras sexuais na sociedade, sendo referida por autores como Coutinho (2012), Eira (2014), Pires (2000), Rhodes (1994), Soares (2014).

Na perspetiva das técnicas do projeto, as mulheres apresentam-se com cada vez mais autonomia, mais cultura, maior grau de literacia e maior exigência com a sua saúde e imagem. Verifica-se assim um progresso na intervenção dos técnicos que, consciencializados das mudanças sociais ocorridas, para além da prevenção, investem também no acompanhamento destas mulheres, nos seus percursos de vida e no encaminhamento para outras soluções nomeadamente outros recursos comunitários como Segurança Social, IEFP, cantinas sociais, entre outros. Tal como Estébanez et al., (1993) e Ward (1993) mencionam nas suas investigações, também concluímos que o trabalho de técnicos de educação para a saúde com esta população deverá ter em conta

que as trabalhadoras sexuais são um grupo muito heterogêneo, sendo assim necessário adequar o nível de intervenção ao grau de literacia, ao contexto cultural e às faixas etárias.

Torna-se também necessário compreender que, por vezes, são atribuídos às trabalhadoras sexuais comportamentos e atitudes que não passam de mitos, sem qualquer fundamento credível, promovendo entre elas a ignorância de conceitos básicos de educação sexual e de educação para a saúde. Por vezes, acreditam em métodos preventivos caseiros, rudimentares, como o uso de água oxigenada ou vinagre para a sua higiene íntima, sendo por isso necessário intervir para acabar com estas práticas incorretas. Moura et al., (2010) e Oltramari & Camargo, (2004a) abordam esta questão, colocando ênfase na importância dos canais de acesso à informação e de divulgação das trabalhadoras sexuais.

Reconhecemos que os programas de saúde pública direcionados para a temática da prostituição são importantes facilitadores de conhecimento e da prevenção das IST, devendo existir mais programas a nível nacional. Além da transmissão de conhecimentos, desmitificação de ideias, disponibilização de métodos contraceptivos e apoio médico e psicossocial (Rhodes, 1994), corroboramos as conclusões de Coutinho (2012) e Pires (2009), ao considerarem que os programas de saúde pública não deverão centrar-se apenas no combate das IST, visando também a abordagem da autoestima, dos problemas sociais, a inclusão social, bem como o combate ao estigma, sendo estes também os objetivos preconizados pelo Programa Autoestima.

A relação custo/benefício do Programa Autoestima vem, em larga escala, diminuir os custos que poderiam ser imputados ao Estado se o trabalho de prevenção e educação para a saúde não fosse realizado. As IST, nomeadamente a SIDA, apontam para um gasto de milhões de euros por ano, com tendência para aumentar (Eira, 2014a). Assim, o trabalho de prevenção do Programa Autoestima desempenha um papel fundamental na diminuição de casos de doenças e consequentemente de gastos em saúde.

Tal como Costa & Alves (2001), Estébanez (1993), Moura et al., (2010), Oliveira (2011), Passos & Figueiredo (2004) e Ward et al., (1993) referem, a toxicod dependência é uma realidade associada à prática da prostituição, bem como ao contágio de IST nomeadamente o VIH/SIDA. Algo que constatámos ao longo da nossa investigação é que as trabalhadoras sexuais toxicod dependentes não são uma realidade comum em Guimarães, confirmada pelo Programa de troca de seringas que no ano de

2014 não registou a distribuição/troca de uma única seringa. Ao longo dos nossos contactos com trabalhadoras sexuais, apenas tivemos conhecimento do caso de uma mulher toxicod dependente. Por outro lado, foram-nos relatados diversos casos de diminuição do consumo de álcool e drogas, que terão resultado da necessidade de estarem alerta em relação aos comportamentos dos clientes. Esta conclusão poderá explicar a diminuição da toxicod dependência no grupo de trabalhadoras do sexo (Eira, 2014a).

A distribuição de preservativos femininos no Programa Autoestima é bastante inferior em relação à distribuição de preservativos masculinos. Este facto é explicado, por um lado, pela falta de preservativos disponibilizados para o programa e, por outro, pela falta de habituação e desconforto sentido pelas mulheres. Em todo o caso, importa salientarmos que as técnicas do Programa Autoestima não aconselham o uso deste método contraceptivo, uma vez que tem uma eficácia menor em relação ao preservativo masculino.

A partir das entrevistas realizadas e do contacto com os técnicos do Programa Autoestima, concluímos que a maioria da informação de prevenção de IST centra-se no combate ao VIH/SIDA, pondo de parte todas as outras doenças. Neste sentido, consideramos fundamental que os técnicos de projetos e programas que tenham como população alvo as trabalhadoras sexuais informem sobre as restantes IST, bem como os riscos que lhes estão associados. As campanhas de informação deverão focar não só o vírus da SIDA, mas também as restantes IST. As observações que realizámos ao longo da nossa investigação foram também referidas por Estébanez (1993), Moura (2010), Oltramari & Camargo (2004b), Sanders (2006), Saraiva (2009) e Ward et al., (1993).

Com o esbatimento dos tabus sexuais, as práticas de risco deixaram de ser uma preocupação restrita a determinados grupos, como o da prostituição. As práticas sexuais entre jovens com idades cada vez menores, bem como o uso recreativo de álcool e drogas de uma forma mais liberal, levam a que surjam cada vez mais IST nos diversos grupos sociais. Assim, deverá deixar de se associar a transmissão de IST apenas a determinados grupos sociais como o das trabalhadoras sexuais, passando a associá-la a todos os indivíduos com comportamentos de risco. Esta preocupação foi também referida no trabalho de Pires em 2009.

As conclusões desta investigação permitem apontar uma nova realidade no que respeita às relações pessoais das trabalhadoras sexuais que nos seus relacionamentos amorosos tendem a ceder a práticas sexuais desprotegidas como forma de as diferenciar

do trabalho sexual. Uma vez que muitos companheiros ou namorados possuem relacionamentos sexuais anteriores, podendo ser eles próprios os portadores de IST, consideramos muito importante que os técnicos dos programas, bem como as campanhas de sensibilização das IST, reforcem a prevenção sexual mesmo em relacionamentos amorosos. Estébanez (1993), Moura et al., (2010), Oltramari & Camargo (2004b) e Ward et al., (1993) referem também esta conclusão.

Ao nível das profissões dos clientes, embora muitos pertençam à classe social média incluindo, nomeadamente, empresários, o grande número de clientes que habitualmente recorre à prostituição é casado e exerce profissões muito variadas: operários da construção civil, operários fabris, trabalhadores rurais e outros com habilitações literárias mínimas. Carreira (2014) e Costa & Alves (2001) nas suas investigações constataram que a maioria dos clientes são casados e com níveis socioeconómicos baixos. Tal como nos trabalhos de Carvalho (2013) e Pais (2010), identificou-se também uma grande predominância de idosos como clientes, sendo estes os mais renitentes ao uso do preservativo, bem como os que apresentam menores conhecimentos sobre as IST.

No nosso trabalho de campo, pudemos constatar uma heterogeneidade de clientes no que se refere aos motivos da procura destas mulheres. Embora o motivo da procura seja, maioritariamente, a atividade sexual, há outro tipo de clientes que estabelecem com estas mulheres relações de amizade e paixão (Oliveira, 2011), que as procuram muitas vezes para desabafar e partilhar os seus problemas familiares e procurar carinho e afeto que não possuem com as suas companheiras, com quem dizem ter uma relação de frieza e distância (Carreira, 2014; Oliveira, 2011; Ribeiro & Silva, 2010; Sousa, 1998). É com este tipo de clientes que há uma maior facilidade de as trabalhadoras sexuais cederem ao uso do preservativo em determinadas práticas sexuais.

Outros há que, embora assumam possuir bons casamentos e bom relacionamento familiar, o motivo da procura são as experiências de outras práticas sexuais consideradas por eles “impróprias” para terem com as suas esposas. Tal como Oltramari & Camargo (2004a), Oliveira (2011) e Pais (2010) referem, há ainda aqueles que apenas procuram satisfação sexual sem qualquer preocupação com o risco, procurando sempre práticas desprotegidas. Associadas a estes surgem as “manhas dos clientes” que, face à negação das mulheres relativamente às práticas desprotegidas tentam, dissimuladamente, retirar o preservativo, satisfazendo assim a sua vontade. Esta realidade foi também exposta na investigação elaborada por Cunha em 2012.

Verificou-se igualmente que muitos clientes solicitam práticas desprotegidas às trabalhadoras do sexo, pedindo para terem relações sexuais pelo mesmo preço, ou em alternativa recorreriam a outras mulheres cuja prática é o não uso do preservativo. Pudemos constatar que há alguns anos atrás verificavam-se os mesmos pedidos mas com a contrapartida de as mulheres serem largamente recompensadas. Tal realidade também foi referida no trabalho de Moura et al., (2009) e Moura (2007).

Todas as entrevistadas referiram conhecer trabalhadoras sexuais que se sujeitavam a práticas sexuais desprotegidas em troca de maiores quantias de dinheiro ou simplesmente para não perderem o cliente, conduzindo esta situação a uma concorrência desleal. A ideia deste tipo de concorrência na prostituição é também abordada nos trabalhos de Coutinho (2012) e Oliveira (2011).

Foi ainda possível constatar que algumas trabalhadoras sexuais tendem a negociar práticas desprotegidas com os clientes com o objetivo de ganhar mais dinheiro, enganando-os na medida em que usam métodos contraceptivos às escondidas. A atual crise económica que Portugal atravessa levou ao afastamento de clientes habituais das trabalhadoras sexuais, levando à diminuição da procura dos seus serviços. Segundo referem, os motivos mencionados pelos clientes são a falta de dinheiro e o desemprego. A este propósito, conseguimos distinguir duas realidades: por um lado, verifica-se uma diminuição de clientes a recorrer à prostituição abrigada, uma vez que este tipo de estabelecimentos implica o consumo de bebidas, encarecendo consequentemente os serviços, passando a procurar a prostituição de rua. Por outro lado, verifica-se cada vez mais que os clientes que ainda recorrem aos bares fazem-no apenas para ver as mulheres, registando pequenos consumos. Embora não haja bibliografia sobre a questão da crise económica na prostituição em Portugal, jornalistas como Caneco (2013), Neves (2009), Jesus (2010) e jornais nacionais relataram notícias sobre a diminuição de clientes habituais na prostituição devido à crise económica.

Concomitantemente, com o acentuar dos fluxos migratórios, verificou-se uma maior oferta ao nível da prostituição, nomeadamente por mulheres oriundas do Brasil. Estas, pela sua imagem, simpatia e disponibilidade, conseguem facilmente cativar os clientes tornando-se preferidas em detrimento das portuguesas. Também esta perspetiva foi corroborada por Ribeiro et al., (2007).

De acordo com Sanders (2006), também concordamos que deveriam existir estudos mais alargados sobre as particularidades dos clientes, bem como das suas motivações. Ao longo dos contactos estabelecidos com as trabalhadoras sexuais, foi-nos

referido que, para conseguirem fazer este tipo de trabalho, é necessário existir uma distanciação das suas verdadeiras personalidades, adotando posturas adequadas à expectativa que os clientes têm delas. Encaram a prostituição como um trabalho em que se torna necessário encenar. Há uma tendência para serem sempre afáveis, simpáticas, ternurentas e disponíveis para ouvir os problemas dos clientes, bem como para os elogiar. A nível sexual, foi também referido que há uma constância para fingirem atingir prazer de modo a satisfazer os clientes. A nossa constatação sobre a arte de encenar ou de teatralizar foi também referida por Cunha (2012), Oliveira (2011), Ribeiro et al., (2007), Ribeiro & Silva (2010) e Silva (2005).

As trabalhadoras sexuais e as técnicas do Programa Autoestima referiram-nos que a discriminação e o estigma estão presentes diariamente nas suas vidas. A título de exemplo, referiram o facto de em alguns serviços de saúde sentirem a repulsa e aversão por parte dos profissionais que as atendem. Esta realidade desperta em algumas trabalhadoras sexuais vergonha e acanhamento, impedindo por isso que recorram com maior frequência aos serviços de saúde, o que poderá comprometer a prevenção de IST, bem como a sua saúde em geral. Esta constatação foi igualmente descrita nos trabalhos de Oliveira (2011), Jeal & Salisbury (2004) e Moura (2010).

De acordo com esta realidade, pudemos também constatar que há, por parte da sociedade, desdém pelas pessoas que de certo modo associam à prostituição. Ao longo das nossas observações, verificámos desprezo e aversão por parte de alguns cidadãos sempre que viam a carrinha do Programa Autoestima chegar a determinados locais. Compreendemos assim que as redes sociais que estão presentes na vida das trabalhadoras sexuais são também estigmatizadas e inferiorizadas pela sociedade. Cordeiro (2012), Oliveira (2011) e Ribeiro & Silva (2010) referiram e abordaram esta realidade, colocando o estigma da sociedade não só nos seus trabalhos como investigadores, mas também em proprietários de bares, pensões, cabeleireiros, etc.

Além das duas referências atrás descritas relativas ao estigma pelas trabalhadoras sexuais, pudemos ainda compreender que elas próprias se encaram como pessoas diminuídas quando comparadas com o resto da sociedade. A sua autoestima é muito baixa, entendendo que a sua vida, além de inferior à da restante população, deverá ser invisível para todos. Essa autoestima é diariamente trabalhada no Programa Autoestima, fazendo com que ao longo dos anos se assista a uma maior autonomização, maior amor-próprio e *empowerment* perante o estigma que lhes é associado. Todas estas constatações foram complementadas com bibliografia relacionada com a temática do

estigma. Os autores de referência foram Benzaken et al., (2007), Ferreira (1995), Goffman (2009), Melo (2000), Oliveira (2011), e Ribeiro et al., (2007).

Nos últimos dez anos, a vida destas mulheres piorou drasticamente ao nível dos rendimentos, do seu estilo e qualidade de vida. Foram mencionadas diversas dificuldades económicas para fazer face às despesas diárias. Deixaram de frequentar restaurantes, cabeleireiros, de comprar roupas de marca e aquelas que enviavam mensalmente dinheiro para o Brasil deixaram de o fazer. Debatem-se no dia-a-dia com o drama de pagamentos em atraso, nomeadamente rendas e eletricidade. Para colmatar estas necessidades, passaram a trabalhar mais horas, mas nem por isso os rendimentos aumentaram. Enquanto diariamente se juntavam para fazerem as refeições num restaurante, neste momento levam consigo uma sande que lhes serve de refeição. Uma vez que não têm transporte, utilizam o táxi partilhado por várias mulheres. Apesar de todas as dificuldades, existem entre elas redes de solidariedade e suporte para as situações de maior desespero. Todas elas dão prioridade aos filhos, sendo os primeiros rendimentos do mês direcionados para o pagamento dos infantários, amas, despesas com a saúde, entre outros.

Ao longo da nossa investigação, foi constatado que a maioria das trabalhadoras sexuais que se prostituem em rua e em bares no centro e arredores de Guimarães estão a conseguir ganhar por mês menos que o ordenado mínimo nacional. Essa realidade fez com que tivessem que efetuar mudanças comportamentais, deixando de ter gastos imediatos e irracionais em bens secundários, passando a poupar ao máximo para conseguirem sobreviver. O paradigma da mudança comportamental da sociedade face à crise económica foi também abordado por Bento et al., (2009) e Estanque (2009).

Conseguimos concluir que têm vindo a aparecer novas realidades que motivam o ingresso no mundo da prostituição, nomeadamente mulheres que outrora tinham empregos estáveis e que agora encaram a prostituição como única alternativa para sobreviverem. A crise económica, o desemprego e falta de habilitações face às exigências do mundo laboral, são apontados como alguns dos principais motivos. Estas questões foram abordadas na comunicação social.

Com a elevada precaridade laboral, a exigência de cada vez mais qualificações e o aumento do desemprego, detetamos cada vez mais mulheres a ingressarem no mundo da prostituição, uma vez que não se adequam às exigências do mercado de trabalho. A questão relacionada com o ingresso no mundo da prostituição motivada pelas

dificuldades económicas foi mencionada nos trabalhos de Costa (1983), Costa & Alves (2001), Cordeiro (2012), Gaspar (1988) e Oliveira (2011).

A classe média é das que mais alterações estruturais sofreu com a crise económica. Os despedimentos maciços, o aumento da carga fiscal e a diminuição salarial, afetaram cerca de 3 milhões de pessoas, levando a que a classe média surja com novas particularidades, como a realidade dos “novos pobres”. A partir dos contactos estabelecidos com as trabalhadoras sexuais, conseguimos inferir que o ingresso da classe média na prostituição é uma realidade cada vez mais comum.

Dada a existência de uma crise financeira a nível mundial, é necessário repensar as condutas a que as trabalhadoras do sexo se sujeitam diariamente. É imperioso refletirmos sobre a importância do apoio psicossocial a estas mulheres, muitas das quais não estão consciencializadas para o tipo de vida que enfrentarão diariamente, e sobre os novos riscos que, na atualidade, afetam a saúde pública, resultantes do impacto da crise económica nas trabalhadoras do sexo. O uso de práticas desprotegidas está altamente relacionado com a propagação do VIH/SIDA, e, dada a crise financeira, cada vez mais as trabalhadoras do sexo se sujeitam a essas práticas.



## **Conclusão**

## Conclusão

Elaborar uma dissertação sobre a temática da prostituição permitiu-nos aprofundar o conhecimento sobre este fenómeno universal e constatar que, apesar das transformações que se vêm operando ao longo dos tempos, o olhar da sociedade e as representações sociais face aos profissionais do sexo pouco têm evoluído. A realização desta investigação permitiu-nos não só responder às questões por nós colocadas, como também nos proporcionou a possibilidade de ir mais além, de chegar a novas conclusões que consolidaram a apresentação de sugestões para diferentes abordagens.

Estudar e investigar uma atividade frequentemente vista como clandestina, cuja população é considerada por muitos como invisível ou inacessível, apresentou-se-nos como um aliciente desafio.

Efetivamente, esta população está associada a riscos estruturais continuando a ser alvo de marginalização, preconceitos, pobreza, estigmatização e violência, havendo por parte da sociedade em geral uma total inoperância, mesmo constatando que este é um dos domínios em que a exclusão social ocorre com elevada frequência. Também ao nível do enquadramento político-jurídico da prostituição, constatamos que Portugal, em comparação com outros países europeus, apresenta leis pouco claras e sem qualquer proteção legal para esta população.

Paralelamente ao vazio político e legislativo, verificamos também a parca investigação e produção de conhecimento científico, quer ao nível das práticas sociais quer ao nível dos projetos de apoio ou intervenção com trabalhadores do sexo.

Não obstante a falta de investigação sobre a temática da prostituição, a sustentação teórica da nossa dissertação, com referência a autores portugueses, como Alexandra Oliveira, Manuela Ribeiro e Manuel Silva, que elaboraram as suas investigações através de trabalho de campo com os trabalhadores do sexo, fundamentou e enriqueceu o trabalho agora apresentado.

Também o suporte do Programa Autoestima foi determinante no reforço da nossa investigação, na medida em que durante seis meses nos proporcionou e facilitou o acesso a esta população, contribuindo para uma maior proximidade e estabelecimento de laços de confiança.

Constatamos que a prática da prostituição em Portugal tem vindo a aumentar, tanto ao nível de mulheres portuguesas, como estrangeiras, muitas delas em situação ilegal, adicionalmente com dificuldades acrescidas no acesso a serviços de saúde. Esta

proliferação justifica-se pela atual conjuntura social, nomeadamente pela crise económica vigente, que fomentou níveis elevados de desemprego e, conseqüentemente, provocou o aumento do número de pessoas a recorrer a esta prática como alternativa, quase exclusiva, de fonte de rendimentos, levando até ao aparecimento de casos de “novos pobres”.

Assistimos assim a uma mudança de paradigma, não só no que respeita às formas de prostituição, mas também aos níveis de literacia destas mulheres. Efetivamente, para além do aumento da prostituição de rua, verifica-se também um aumento das casas de alterne, bares e apartamentos, clubes, agências de acompanhamento, bem como anúncios e ofertas na comunicação social. Por outro lado, encontramos agora mulheres cada vez mais instruídas, com maiores níveis de conhecimentos e com percursos de vida marcados pela estabilidade profissional e familiar.

É um facto que as trabalhadoras sexuais estão cada vez mais instruídas e com maiores níveis de conhecimentos sobre as IST. Estes conhecimentos advêm, naturalmente, do seu nível de escolaridade e são reforçados no âmbito do Programa Autoestima, na medida em que este se assume como um importante facilitador no acesso aos cuidados de saúde. No entanto, é importante tomarmos consciência que o problema que a saúde pública atualmente enfrenta não está apenas no nível de conhecimentos sobre as IST, mas também nas necessidades económicas que, muitas vezes, propiciam práticas desprotegidas.

No domínio da saúde pública importa tomar consciência de que a crise económica levou, por um lado, ao aparecimento de cada vez mais mulheres como trabalhadoras sexuais e, por outro, à diminuição de clientes. Decorrente desta situação, estas mulheres tendem a ceder mais facilmente às práticas desprotegidas, uma vez que, com maiores níveis de concorrência, caem no desespero e na necessidade de angariar dinheiro. Esta realidade leva a retrocessos nas boas práticas na medida em que, mesmo conscientes dos riscos, acabam por anuir ao não uso do preservativo.

Cabe ao Estado, em particular aos serviços de saúde, num esforço conjunto, tomar consciência desta nova fragilidade social, propondo novas formas de intervenção, com responsabilidades na área da saúde e da ação social, de forma a permitir uma rede de respostas mais eficaz para esta população particularmente vulnerável.

O Programa Autoestima, programa de saúde pública, deverá ser um exemplo de boas práticas de intervenção junto da população que se prostitui, uma vez que, além de

ter como objetivo o combate às IST, promovendo o acesso a cuidados de saúde contínuos, bem como a articulação com todos os recursos disponíveis da comunidade, é também um programa de afetos, com um impacto qualitativo na vida destas mulheres. O *empowerment*, o poder de decisão, e a inserção social, tornam-nas, aos nossos olhos, potenciais educadoras sexuais dos clientes, na medida em que acreditamos que grande parte das mulheres acompanhadas por este Programa lutam e resistem face às adversidades económicas, sabendo que acima do dinheiro está a sua saúde, o seu bem-estar, a sua autoestima.

Assim, consideramos importante destacar uma valorização de todos os programas de apoio a trabalhadores sexuais, na medida em que, embora façam um trabalho invisível aos olhos da sociedade, são responsáveis pela prevenção do aparecimento de novos casos de doenças, bem como pela promoção da inclusão social.

Torna-se cada vez mais pertinente a intervenção dos técnicos, nomeadamente do Serviço Social, tendo em vista a melhoria das condições de vida dos trabalhadores sexuais. Esta intervenção é fundamental na articulação com vários serviços na comunidade e, sendo concretizada com sucesso, poderá levar a um processo de mudança refletido em melhorias para este grupo estigmatizado.

Consideramos ainda fundamental o investimento nesta área do conhecimento, no sentido de criar um suporte legislativo e políticas sociais direcionadas a estes trabalhadores, no sentido de identificar as suas reais necessidades e reduzir as suas vulnerabilidades.

Em síntese, em vez de centrarmos os nossos esforços no debate de questões de saúde pública já tão visíveis, como o alcoolismo, a toxicodependência e o tabagismo, entre outros, pensamos que seria extremamente oportuno priorizar e reforçar outras matérias, como as infeções sexualmente transmissíveis, muitas delas ainda desconhecidas por grande parte da sociedade, dando especial atenção às trabalhadoras do sexo, como população particularmente vulnerável à infeção pelo VIH/Sida, nomeadamente através de campanhas de informação e prevenção, recorrendo não só aos meios de comunicação social e às redes sociais, mas também ao reforço de projetos nesta área.

Consideramos ainda fundamental o planeamento de estratégias de intervenção ao nível da prostituição, designadamente através do estabelecimento de parcerias entre os programas que atuam no terreno, como o Programa Autoestima, e as várias entidades

públicas e privadas, bem como através da sensibilização dos profissionais que trabalham com esta população.

Que esta tese proporcione às universidades e ao público em geral uma visão consciente e humanizada da prostituição, das adversidades com que atualmente se debatem, bem como o conhecimento de um programa que há mais de quinze anos traz aos excluídos a autoestima há muito perdida.

## Referências Bibliográficas

(2002). *1º Esboço de Sub-Projecto: Prevenção da Infecção por VIH e outras IST em Homens que se prostituem*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.

Acton, W. (1857). *Prostitution, Considered in its Moral, Social, and Sanitary Aspect*. Londres: John Churchill.

Adler, M. W., Cowan, F., French, P., Mitchell, H., & Richens, J. (2004). *ABC of Sexually Transmitted Infections*. London: Wiley.

Albergaria, C. (2014). *Pobreza em Portugal e as suas características atuais* Paper presented at the Populações de difícil acesso - programa Autoestima e a Prevenção de VIH e outras IST, Porto.

Albuquerque, M. C. P. (2008). *Coesão Social* (aula). Universidade de Coimbra.

Almeida, L. M. d. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (28), 79-92.

Almeida, V. (2011). *Profissionalização da Prostituição: Perceções de quem a pratica e de outros profissionais*. Mestrado Integrado de Psicologia. Universidade do Porto, Portugal.

Alves, A. M. d. R. P. C. (2009). *Percursos de Vida: A Prostituição no Porto na década de 60/70*. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto, Porto.

Amaro, R. R. (2014). *Economia Solidária, bem-estar e coesão social* (aula). ISCTE

Antonino, J. (1881). *A Prostituição sob o ponto de vista da Hygiene Social*. Porto: Typographia Universal de Nogueira & Caceres

(1999). *Autoestima - Informação*. Porto: ARS Norte.

Barbosa, M. (2007). *Na Corda Bamba. Reinserção Social: História de Vida de uma mulher ex-prostituta*. Lisboa: ISCSP.

Barnard, M. A., McKeganey, N. P., & Leyland, A. H. (1993). Risk behaviours among male clients of female prostitutes. *British Medical Journal*, 307(6900), 361-362.

Bates, J., & Berg, R. (2014). Sex workers as safe sex advocates: Sex workers protect both themselves and the wider community from HIV. *AIDS Educ Prev*, 26 (3), 191-201.

Bento, V., Machado, J. F., & Leite, A. N. (2009). A crise financeira e económica internacional. *Relações Internacionais (R.I)*, n.21, 173-185.

Benzaken, A. S., Galbán Garcia, E., Sardinha, J. C. G., Pedrosa, V. L., & Paiva, V. (2007). Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/AIDS na região amazônica, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, (41), 118-126.

Brito, M. (2008). *Prostituição no Brasil e inclusão social: Uma análise do Projeto de Lei Nº. 98, de 2003, sob o aspecto constitucional*. <http://www.fesmpdft.org.br>. Acedido em 10 de junho de 2014.

Brussa, L. (2009). *Work safe in sex work. A european manual on good practices in work with and for sex workers*. Netherlands: TAMPEP International Foundation.

Bryman, A. (2004). *Social Research Methods*. Oxford: University Press.

Carreira, C. J. L. (2014). Psicopatologia e personalidade em clientes de prostitutas: Um estudo comparativo. 14. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0348.pdf>. Acedido em 2 de janeiro de 2015.

Carvalho, M. I. d. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.

Ceccarelli, P. (2008). Prostituição - Corpo como mercadoria, from [http://ceccarelli.psc.br/pt/?page\\_id=157](http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=157), acessado em 15 de maio de 2014.

Corbin, A. (1990). A relação íntima ou os prazeres da troca. In P. Ariès & G. Duby (Dir.), *História da Vida Privada: Da Revolução à Grande Guerra*, vol IV, (528-561). Porto: Edições Afrontamento.

Cordeiro, S. P. T. d. S. (2012). *Prostituição Feminina de Rua : Escutar e Atuar: Papel do Técnico d'O Ninho na Intervenção com Mulheres Prostitutas*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Educação Social e Intervenção Comunitária, Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal.

Cosme, J. (2014). A consciência sanitária em Portugal nos séculos XVIII-XIX. *Cem. Cultura, Espaço & Memória*, (5), 45-62.

Costa, B., & Alves, L. (2001). *Prostituição 2001: O Masculino e o Feminino de Rua*. Lisboa: Edições Colibri.

Costa, J. (1983). *Droga e Prostituição em Lisboa* (4º ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Coutinho, C. P. (2011). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

Coutinho, J. (2012). *Intervenção e Redução de Riscos no Trabalho Sexual em Portugal: As Representações dos Técnicos Interventores*. Mestrado Integrado em Psicologia Dissertação, Universidade do Porto, Portugal.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Cruz, A. (2009). *Crise financeira e economia solidária: cenários*. Paper presented at the XXVII Congresso ALAS, Buenos Aires. <http://antares.ucpel>



Cunha, M. A. (2013). *Seminário de Investigação e Reflexão sobre Intervenção e Práticas Profissionais em Serviço Social II - Entrevista* (Power-Point).

Cunha, M. J. M. d. (2012). *Vivências do Corpo na Prostituição Feminina*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia da Educação - Desenvolvimento e Aconselhamento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.

Delumeau, J. (1988a). *A Civilização do Renascimento*, Vol. II. Lisboa: Editorial Estampa.

Delumeau, J. (1988b). *A Civilização do Renascimento*, Vol. I. Lisboa: Editorial Estampa.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). *O planeamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.

Eira, C. (2014a). *Autoestima: Programa de Saúde*: Porto. Administração Regional de Saúde do Norte.

Eira, C. (2014b). O acesso à saúde como direito humano e o trabalho de proximidade: Programa Autoestima. *Populações de difícil acesso - programa Autoestima e a prevenção de VIH e outras IST nos trabalhadores do sexo*, Porto, 2 de dezembro de 2014.

Estanque, E. (2009). A Crise Mundial e os Dilemas do Trabalho. *Estudos do Trabalho*, (5), 1-19.

Estanque, E. (2013). Crise, Estado social e desafios do sindicalismo. Breve reflexão sobre a Europa. *Educar em Revista*, (48), 23-37.

Estanque, E. e Costa, H. A. (2012). Trabalho, precariedade e movimentos sociolaborais. In S. F. Casaca, Sara (Org.), *Mudanças Laborais e Relações de Género: novos vetores de (des)igualdade*, (165-203). Lisboa/Coimbra: Almedina.

Estébanez, P., Fitch, K., & Nájera, R. (1993). HIV and female sex workers. *Bulletin of the World Health Organization*, 71 (3-4), 397-412.

Esteves, A. (2012a). La Enfermedad como elemento de discriminación social en el norte de Portugal, a finales del siglo XIX y principios del XX. *Estudios Humanísticos, Historia*, (11), 289-308.

Ferreira, F. A. G. (1982). *Moderna Saúde Pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira, J. M. C. (1995). *Sociologia*. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal.

Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.

Foucault, M. (1988a). *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Foucault, M. (1988b). *História da Sexualidade II : O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Gaspar, M. D. (1988). *Garotas de Programa: Prostituição em Copacabana e Identidade Social* (2 ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Gélis, J. (1990). A individualização da criança. In P. Ariès & G. Duby (Dir.). *História da Vida Privada: Do Renascimento ao Século das Luzes*, Vol. III, (305-320). Porto: Edições Afrontamento.

George, F. (2011). Sobre o Conceito de Saúde Pública, from <http://www.franciscojorge.pt/29301/29422.html> , acedido em 24 de março de 2015.

Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Livros Téc. e Cient. Editora.

Goldman, L., & Schafer, A. I. (2011). *Cecil Medicine* (24 ed.): Philadelphia: Elsevier Health Sciences.

Gonçalves, G. (2015). *Guião de apoio (versão provisória de 20-02-2015) à “ficha de unidade curricular” (FUC): Saúde Comunitária I*. Porto: Saúde Comunitária. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Gradim, N. (2014). Prostituição - situação atual e perspetivas futuras. *Populações de difícil acesso - programa Autoestima e a prevenção de VIH e outras IST nos trabalhadores do sexo*, Porto, (02 de dezembro de 2014).

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncípia.

Jeal, N., & Salisbury, C. (2004). Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *The British Journal of General Practice*, 54 (504), 515-519.

Kickbusch, I. (1989). Saúde Pública. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal>. Acedido em 1 de fevereiro de 2015.

Leão, J. G. C. d. S. (1877). *Algumas palavras sobre a prophylaxia das moléstias venéreas*. Porto: Imprensa Commercial.

Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2011). *Harrison's Principles of Internal Medicine* (18 ed.). New York: McGraw-Hill Education.

Magalhães, R. S. M. (2006). *Promoção da saúde em instituições de apoio a prostitutas/as de rua: perspectivas de técnicos e utentes*. Dissertação de Mestrado em Promoção da Saúde e do Meio Ambiente, Universidade do Minho, Portugal.

Martins, C. (2009). *Significados vividos por prostitutas (os) de rua e de interior: discursos construtores de identidade profissional*. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia, Universidade do Porto.

Martins, H. C., & Shivaji, T. (2014). Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2013. In *INSA* (Ed.), Vol. 145, (1-70). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Melo, Z. M. d. (2000). Estigmas: espaços para exclusão social. *Ciências, Humanidades e Letras*, (número especial), 18-22.

Moreira, R. (2007). *Prostituição de Rua: Um problema de Saúde Pública? Contributos para o seu Estudo*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Universidade do Porto, Portugal.

Moura, A., Oliveira, R. M. S. d., Lima, G. G. d., Farias, L. M., & Feitoza, A. R. (2010). O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19 (3), 545-553.

Moura, A. D., Lima, G. d., Farias, L., Feitoza, A., & Barroso, M. G. (2009). Prostituição x DST/ AIDS: Um Estudo Descritivo com Perspectiva de Práticas de Prevenção. *DST – Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis*, 21 (3), 143-148.

Newman, I., & Benz, C. R. (1998). *Qualitative-quantitative research methodology: exploring the interactive continuum*. Carbondale: Southern Illinois University Press.

Oliveira, A. (2004). *Prostituição, Exclusão e Violência. Estudo empírico da vitimização sobre prostitutas de rua*. Paper presented at the II Congresso Internacional de Investigação e Desenvolvimento Sócio-Cultural, Paredes de Coura.

Oliveira, A. (2011). *Andar na Vida: Prostituição de Rua e Reação Social*. Coimbra: Almedina.

Oltramari, L. C., & Camargo, B. V. (2004a). Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. *Estudos de Psicologia (Natal)* (9), 317-323.

Oltramari, L. C., & Camargo, B. V. (2004b). Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. *Psicologia: teoria e prática* (6), 75-87.

Pais, J. M. (2010). “Mães de Bragança” e Feitiços: enredos luso-brasileiros em torno da sexualidade. *Revista de Ciências Sociais*, 41 (2), 9-23.

Passos, A. D. C., & Figueiredo, J. F. d. C. (2004). Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* (16), 95-101.

Pessoa, A. A. (2006). *Os bons velhos tempos da prostituição em Portugal*. Lisboa: Antígona.

Pires, R. C. V. (2009). *Educação e Promoção de Saúde na Prostituição: (Res)estruturar estratégias de intervenção nas ruas do Porto*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação), Universidade do Porto, Porto.

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa: Lidel.

Policarpo, V. (2011). Sexualidades em construção, entre o privado e o público. In J. Mattoso (dir). *História da Vida Privada em Portugal*, Vol.4, (48-79). Lisboa: Temas e Debates.

Programa Nacional de prevenção e Controlo da Infecção por VIH/SIDA: um compromisso com o futuro (2006). em <http://www.portaldasaude.pt/>. Acedido em 23 de abril de 2015.

(1997). *Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua*. Porto: ARS Norte.

(1999). *Projecto Prevenção de SIDA, DST e Outras Doenças Transmissíveis em Pessoas que se Prostituem na Galiza e no Norte de Portugal - Sub-projecto Português Autoestima na Rua*. Porto: ARS Norte.

Quivy, R. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Trajectos.

(2011). *Relatório de Actividades do Projecto Autoestima*. Porto: ARS Norte

Rhodes, T. (1994). HIV outreach, peer education and community change: developments and dilemmas. *Health Education Journal*, 53 (1), 92-99.

Ribeiro, F. B., & Silva, M. C. (2010). *Mulheres da Vida. Mulheres com vida: Prostituição, Estado e Políticas*. Vila Nova de Famalicão: Editora Húmus.

Ribeiro, M., Silva, M. C., Schouten, J., Ribeiro, F., & Sacramento, O. (2007). *Vidas na Raia - Prostituição feminina em regiões de fronteira*. Porto: Edições Afrontamento.

Roberts, N. (1992). *A Prostituição através dos tempos na sociedade ocidental*. Lisboa: Editorial Presença.

Rodrigues, E. V., Samagaio, F. M. d. S., Ferreira, H., Mendes, M. M. F., & Januário, S. P. C. (1999). A pobreza e a exclusão social : teorias conceitos e políticas sociais em Portugal. *Revista da Faculdade de Letras : Sociologia*, 09, 63-101.

Sanders, T. (2006). Female sex workers as health educators with men who buy sex: Utilising narratives of rationalisations. *Social Science & Medicine*, 62 (10), 2434-2444.

Sanders, T., O'Neill, M., & Pitcher, J. (2009). *Prostitution: Sex Work, Policy and Politics*. London: SAGE Publications.

Saraiva, L. J. C. (2009). *O renascer de vénus: Prostituição, trabalho e saúde em tempos de SIDA*. ICS: Universidade de Lisboa.

Silva, A. C. B. (2013). *Entre Portas: Trabalhadores do sexo em contexto de interior: utilização e acesso a serviços de saúde na área da infeção VIH/Sida*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Silva, M. (2014). [Seminário de Investigação e Reflexão sobre Intervenção e Práticas Profissionais em Serviço Social II - O estudo de caso].

Silva, M. C. (2005). Trabalhadores Sexuais em regiões de fronteira: género, origens de classe e percursos sociais. *Configurações*, (1), 101-129.

Silva, M. C., Ribeiro, F. B., & Granja, R. (2013). *Prostituição e tráfico de mulheres para fins de exploração sexual - um contributo para a sua delimitação conceptual e aproximação ao contexto português*. Prior Velho: Letras paralelas.

Silva, S. (2007). Classificar e silenciar: vigilância e controlo institucional sobre a prostituição feminina em Portugal. *Análise Social*, (42), 789-810.

Soares, I. (2014). Caraterísticas e boas práticas no trabalho de prevenção no trabalho sexual de interior. Populações de difícil acesso - programa Autoestima e a prevenção de VIH e outras IST nos trabalhadores do sexo, (Porto, 2 de dezembro de 2014).

Sousa, I. d. (1998). *O cliente - o outro lado da prostituição*. São Paulo: Anna Blume.

Southwick, F. (2007). *Infectious Diseases: A Clinical Short Course, Second Edition: A Clinical Short Course* (2 ed.). New York: McGraw-Hill Education.

Tavares, M. (2012). Prostituição: Diferentes Posicionamentos no movimento feminista. <http://www.umarfeminismos.org/images/stories/pdf/prostituicaomantavares.pdf>.

Acedido a 15 de outubro de 2014.

Tubiana, M. (1995). *História da Medicina e do Pensamento Médico*. Lisboa: teorema.

Turnock, B. (2009). *Public Health: What It Is and How It Works*. United States of America: Jones & Bartlett Learning.

Vaquinhas, I. (2011). Paixões funestas e prazeres proibidos. In J. Mattoso (Dir), *História da Vida Privada em Portugal*, Vol.3, (322-350). Lisboa: Temas e Debates.

Vicent, Gérard. (1991). O corpo e o enigma sexual. In P. Ariès & G. Duby (Dir.), *História da Vida Privada*, vol V, (380-389). Porto: Edições Afrontamento.

Viegas, V., Frada, J., & Miguel, J. P. (2006). *A Direcção-geral da saúde: Notas Históricas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Vieira, J. (1892). *A Prostituição no Porto*. Porto: Typographia de José da Silva Mendonça.

Vovelle, M. (2007). *A Revolução Francesa 1789-1799*. Lisboa: Edições 70.

Ward, H., Day, S., Mezzone, J., Dunlop, L., Donegan, C., Farrar, S., & Miller, D. L. (1993). Prostitution and risk of HIV: female prostitutes in London. *BMJ: British Medical Journal*, 307 (6900), 356-358.

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2º ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.



## Fontes

Baião, A. (2011). Crise: prostituição aumenta em Portugal. *Expresso*. (acedido a 7 de outubro de 2014) em <http://expresso.sapo.pt/crise-prostituicao-aumenta-em-portugal=f680246>

Caneco, S. (2013). Reportagem. A crise chegou à prostituição. *Jornal i*. (acedido a 18 de fevereiro de 2015).

Crise chega ao negócio da prostituição. (2011). *Agência Lusa e económico*. (acedido a 5 de abril de 2015) em [http://economico.sapo.pt/noticias/crise-chega-ao-negocio-da-prostituicao\\_118668.html](http://economico.sapo.pt/noticias/crise-chega-ao-negocio-da-prostituicao_118668.html)

Jesus, P. (2010). Crise rouba clientes às prostitutas. *Diário de Notícias*. (acedido a 18 de fevereiro de 2015) em [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=1604072&page=-1](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1604072&page=-1)

Mães na prostituição para pagar dívidas. (2011). *Correio da Manhã*. (acedido a 18 de fevereiro de 2015) em <http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/portugal/detalhe/maes-na-prostituicao-para-pagar-dividas.html>

Mendonça, C. (2014). VIH: O vírus que apareceu em Kinshasa em 1920 e alastrou para o mundo inteiro. *Público*. (acedido a 26 de Março 2015) em <http://www.publico.pt/multimedia/infografia/vih-o-virus-que-apareceu-em-kinshasa-em-1920-e-alastrou-para-o-mundo-inteiro-153>

Neves, C. (2009). Prostituição aumenta mas faltam os clientes. *Diário de Notícias*. (acedido a 27 de fevereiro de 2015) em [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=1192157&page=-1](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1192157&page=-1)

Prostitutas fogem da crise. (2010). *Correio da Manhã*. (acedido a 10 de Abril de 2015) em <http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/portugal/detalhe/prostitutas-fogem-da-crise.html>

# **Apêndice**

**Anexo I - Quadro nº 6 : Identificação das trabalhadoras sexuais entrevistadas**

	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>	<b>E5</b>	<b>E6</b>	<b>E7</b>	<b>E8</b>	<b>E9</b>	<b>E10</b>
<b>Idade</b>	54	41	43	55	46	32	44	35	41	43
<b>Companheiro</b>	Solteira	Companheiro	Solteira	Solteira	Solteira	Solteira	Companheiro	Soltiera	Companheiro	Solteira
<b>Nacionalidade</b>	Brasileira	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Brasileira	Brasileira	Portuguesa	Portuguesa
<b>Escolaridade</b>	2ª Classe	Não tem	8º ano	4ª classe	4ª classe	12º ano	7º ano	6º ano	1ª Classe	4ª Classe
<b>Filhos</b>	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
<b>Tipo de Prostituição</b>	Bar	Rua	Rua	Rua	Bar	Bar	Bar	Rua	Rua	Bar

## Anexo II - Guião da Entrevista Semiestruturada

Idade\_\_\_\_ Escolaridade\_\_\_\_\_ Nacionalidade\_\_\_\_\_ Residência  
Agregado familiar\_\_\_\_\_ Nº de filhos\_\_\_\_\_

1. Com que idade começou como trabalhadora do sexo?
2. Actualmente no seu trabalho, paga alguma percentagem do que recebe a alguém?
3. Já alguma vez interrompeu a sua actividade?
4. Durante quanto tempo e o que correu menos bem?
5. De todos os riscos inerentes a esta profissão, quais aqueles que mais a marcaram? (maus-tratos corporais, menosprezo, humilhação dos clientes, abuso financeiro, contrair doenças, roubo e risco de vida)
6. E dos relatos de amigas ou amigos que trabalham consigo, acha que os clientes respeitam mais os trabalhadores do sexo actualmente?
7. Qual o seu horário de trabalho?
8. Qual é o seu rendimento mensal aproximadamente?
9. Em média quantos clientes atende durante o período de trabalho?
10. Quais são as profissões (se estão empregados) e idade dos seus clientes?
11. De que forma a crise económica deste país influenciou a sua actividade?
12. Em média quanto baixaram os seus rendimentos?
13. Sente maior pressão dos clientes solicitando práticas desprotegidas?
14. Actualmente o dinheiro que auferes dá-lhe para as despesas?
15. Pode fazer uma comparação do seu trabalho há dez anos e do seu trabalho agora? O que mais mudou, na sua opinião?
16. E os proprietários dos bares? A percentagem mantem-se?
17. Costuma recorrer a algum serviço de saúde?
18. Tem conhecimentos das IST que existem e sabe como se transmitem?
19. A quem recorre quando tem duvidas?
20. O que acha do Projecto Autoestima?
21. Em que medida acha que o Projeto Autoestima contribui para o seu bem estar?
22. Como encara o futuro?



## Caso I

### **Trabalhadora do Sexo em contexto de Bar**

**Idade:** 54

**Escolaridade:** 2 grau completo

**Nacionalidade:** Brasileira

**Agregado familiar:** Solteira com uma filha

**Número de filhos:** uma filha

**Residência:** Famliação

#### **Com que idade começou como trabalhadora do sexo?**

Há nove anos ...nunca tinha trabalhado nisso foi a primeira vez... Foi com 45 anos

#### **Actualmente no seu trabalho, paga alguma percentagem do que recebe a alguém?**

Não, não, não.

#### **Já alguma vez interrompeu a sua actividade?**

Foi sem parar.! De dia de noite!

#### **De todos os riscos inerentes a esta profissão, quais aqueles que mais a marcaram? (maus-tratos corporais, menosprezo, humilhação dos clientes, abuso financeiro, contrair doenças, roubo e risco de vida)**

Foram poucas as humilhações que eu sofri, mas muitos homens me humilham pela minha idade. Quando eu chego para falar com eles, eles falam: “você é velha” , aí eu rebento com eles logo! Posso falar assim o que eu falo para eles? Eu falo " velho é o cú deles que nasceu cheio de pregas” . Isso é que é velho. Aí pego eles na treta conversa com eles conversa pra cá, conversa para lá, e eles falam “vamos lá então ver quando é que você vale.!” . Aí eles vão e vamos ficando amigo! A gente sofre humilhação, gozam comigo por eu ser velha. Eles acham que eu tenho mais idade do que eu tenho. De todo o resto fui sempre muito bem tratada. Aliás a prostituição vou falar a verdade eu nunca

fui tão bem tratado em toda a minha vida! Sabe? Quando era uma mulher honesta ui o que eu sofri minha filha! Agora eu tenho vida de rainha.

**[Teve portanto um percurso de vida difícil antes de entrar na prostituição?]**

Na minha vida passada. Depois de ter vindo trabalhar nisso graça de Deus já não tive problema não! Está ótimo! Ainda vou ganhando um dinheiro rápido

**E dos relatos de amigas ou amigos que trabalham consigo, acha que os clientes respeitam mais os trabalhadores do sexo actualmente?**

Você tá perguntando se eles respeitam as mulheres? Respeitam, respeitam sim.

**Qual o seu horário de trabalho?**

Eu pego das duas à meia-noite. Mas depois eu também trabalho fora, fora desta casa.

**[Faz domicílios?]**

Faço sim domicílio. Às vezes eu saio daqui vou para casa de um, ou de outro.

**[E são clientes mais habituais?]**

São, são habituais. São meus amigos. Desde quando eu cheguei.

**Qual é o seu rendimento mensal aproximadamente?**

Já foi bom né? Já foi bom! Nós pedíamos aquilo que a gente queria. Hoje em dia minha filha eles dão o que podem! Né? Agora ultimamente para te falar verdade não tenho feito contas, mas dá para sobreviver bem. Dá para pagar renda, pagar comida e beber.

**Em média quantos clientes atende durante o período de trabalho?**

Ultimamente minha filha está tão fraco. Hoje não atendi ninguém! Mas tem dia que dá sim, tem dia que dá quatro, dá três, mas as mulheres mais novas fazem 10, fazem nove, fazem oito.

**Quais são as profissões (se estão empregados) e idade dos seus clientes?**

Tem muitos que estão no subsídio desemprego, tem muitos que trabalham com um salário mínimo, sabe? Tem muitos que fazem biscates. Aqui para ver homens de dinheiro é difícil. Só vem mesmo pé-rapado. Sabe o que é pé-rapado?

**[Sei. E quanto é que eles pagam?!]**

15, €20 no máximo

**De que forma a crise económica deste país influenciou a sua actividade?**

Eu acho muito. Desde isto da crise desceu muito né? Abaixou muito. Antigamente estas casas davam muito homem agora não. Diminuiu muito o movimento.

**Em média quanto baixaram os seus rendimentos?**

Isso reflecte-se nos seus rendimentos? É claro. É o que falei antes, diminui muito no meu salário.

**Sente maior pressão dos clientes solicitando práticas desprotegidas?**

Ui! É o que mais tem! Os rapazes novos não pedem para tirar, mas a maioria dos homens de idade pede tudo para tirar o preservativo.

**[E oferecem mais dinheiro por isso?]**

Nada (risos) se for de graça é só assim que querem.

**[E normalmente costuma ceder alguém?]**

Não! Eu com os velhos não tenho isso! É ruim hein? Ui não quero pegar doença não. Deus me livre, às vezes eu deixo de ir porque eles querem ir mesmo sem camisa. Eu? Deixar a minha Piriquita no lixo?

**Actualmente o dinheiro que auferê dá-lhe para as despesas?**

**Pode fazer uma comparação do seu trabalho há 10 anos e do seu trabalho agora? O que mais mudou, na sua opinião?**

Agora tenho que poupar mais. Porque caiu né? Mas há uns anitos atrás tava muito bom né? Dava para estar à vontade, agora não. Tenho que poupar.

**[Qual era a diferença do antigamente para o que ganha agora?]**

Ui! É Mais de 60%. Muito mais a diferença.

**E os proprietários dos bares? A percentagem mantem-se?**



Não... também caiu tudo.

**Costuma recorrer a algum serviço de saúde?**

Ai vou! Vou na minha doutora, na minha Médica de Família eu vou sempre, faço sempre os meus exames.

**Tem conhecimentos das ISTs que existem e sabe como se transmitem?**

Sei. Sei e nunca tive uma doença na minha vida. Graças a deus! Nunca peguei um corrimento. Sou uma mulher de muita sorte. Graças a Deus né? Eu uso preservativo quando o homem faz sexo oral, me lavo com pasta de dente. Por exemplo, se eu tiver na minha casa eu lavo com vinagre, que é bom que a doutora falou que vinagre é muito bom para tirar as bactérias! Graças a Deus que eu nunca peguei nada! Eu tive essa sorte até hoje né? Graças a deus.

**A quem recorre quando tem duvidas?**

Falo sempre com a médica . Ui! Converso muito com a minha médica! A minha Doutora do Centro de Saúde sabe o que eu faço. Porque a maioria das mulheres que leva esta vida, elas não falam com a médica de família o que elas são. Eu falo. Vou mentir para quê? Eu faço mesmo! Ir mentir e pedir para fazer o exame da sida? Aí ela perguntava: “para quê? Você andou a transar sem preservativo?” Aí eu tenho que explicar o porquê. Já me aconteceu romper o preservativo pode! E aí eu fico com medo!

**O que acha do Projecto Autoestima?**

**Em que medida acha que o Projeto Autoestima contribui para o seu bem-estar?**

Olha para mim está me servindo né? Eu acho bom. Apesar de que está demorando às vezes a passar aqui. Mas eu acho fixe. Agora tenho aquela carrinha que faz o exame da sida e essa nunca passou aqui.

**[Está satisfeita com o nível de informação que as técnicas do programa lhe dão ?]**

Eu gostei. Também gostava de ir a Braga que tem um lugar que faz tudo né? Eu nunca precisei por ter o Centro de Saúde. Mas qualquer dia destes eu vou lá em Braga. A gente tem de gastar muito dinheiro a comprar preservativo e gel e o dinheiro vai todo embora! Sabe como é que é.

Sabe, às vezes nós vamos no quarto com um homem e passo 5, 6 preservativos!

**[Porquê?]**

Porque eles tiram. Basta a gente virar que eles tiram! Eles tiram! Eu vou com uma mão e digo: “para tudo amigo! Vai ficar sem dinheiro tirar de novo! Vai sumir!”

Aí eu pego e boto outro! Eles vão e tiram. Eu pego e boto outro, e eles tiram.

**[Portanto nesse aspecto eles são desonestos?]**

São os desonestos, muito desonestos! Eu esqueci de falar esse detalhe. Mas eu tou sempre esperta! Eu não sou de bebida alcoólica, só bebo de vez em quando. Não fumo maconha porque temos de estar conscientes! Para saber o que estou a fazer né?

**[Portanto em relação às práticas desprotegidas os clientes além de pedirem sem preservativo, nunca exigiram usando força?]**

Não, comigo não.

**Como encara o futuro?**

Jesus (risos) o meu futuro sabe o que é? Eu queria arrumar um homem bom para mim, para sair disso. Mas cadê ele minha filha? Os homens bons tipo assim, um homem já de 50 e 60 anos, eles não querem mulher de 54. Eles querem é uma menina nova. São uns tarados eles. Não querem uma velha da minha idade.

Sabe só homem novo é que me quer, porque são os que ainda me ajudam, os rapazes novos. Aliás se eu pegar “um corona”, um velho, eles não me querem, eles querem saber da mulher nova. Eu gostava de arrumar um homem e ser feliz né? Acho que toda mulher pensa nisso.

Eu tou falar por mim, porque tem muita mulher que pode aparecer um homem rico, milionário mas elas não querem. Elas nasceram para isto, para ser prostituta. Já apareceu homem cheio do dinheiro para tirar elas desta vida e elas não querem sair, mas eu não. Se aparecesse um homem bom eu ia.

Apesar de gostar muito de fazer sexo se eu pudesse o meu futuro era longe da prostituição. Se eu encontrasse um homem que eu gostasse por amor eu ia. A vida de prostituição não é vida para ninguém.

Mas como eu estou dentro dela eu tenho de ser feliz. Eu tenho que mostrar que estou bem. Sabe, se eu estiver chorando e triste eu não trabalho.

Eu se pudesse, eu sairia, porque eu não nasci prostituta. Só com 45 anos é que fui virar uma.

**[Porquê aos 45 anos?]**

Eu vim para cá trabalhar com uma colega minha e ela falou que cá há mais trabalho do que no Brasil. Rodei, rodei, rodei e ninguém dá emprego para brasileira. É muito complicado não tem emprego. Aí eu pensei: "não vou voltar perdida para o Brasil, aí encontrei umas colegas que disseram ai minha filha aqui só prostituição " então foi isso que eu tive que encontrar.

**[E custou ao início?]**

Olha não vou mentir não. Até gostei. Até temos vida boa. É muito difícil fazer o trabalho, mas é fácil de você arrumar um dinheiro.

Por exemplo, se eu não tiver um tostão agora, dou um telefonema e ganho logo uns €50 sabe?

É um dinheiro que não entra fácil, e o trabalho não é fácil. Dá até vômito! A gente vomita, mas não morre de fome. E sabe uma coisa? É um dinheiro maldito que se você não souber segurar do jeito que ele entrou, ele vai embora.

E agora está tão difícil para ganhar, agora que está crise.

**[Tenho conhecimento de alguma colega sua que ceda ao uso do preservativo?]**

Cada lugar que a gente vai trabalhar, tem uma mulher que faz isso, não tenho a menor duvida. Porque tipo assim: vem um e diz " ai tipo eu quero sem preservativo ", vai outra colega " Não também não ", depois vai outra e ela vai. A mesma coisa acontece depois, nós ficamos olhando essas coisas, depois chega outro e é mesma coisa. Sempre tem umas que fazem, sempre tem. Agora eu vou falar, eu disse que não faço mas é na vagina, na vagina não deixo. Mas um broche geral faço.

**[Mesmo pessoas que não conhece?]**

Não. Só faço mesmo com amigos meus muito chegados. Os que vêm ter comigo muito limpinhos, não vou negar não. Mas agora lá na minha vagina não deixo porque eu acho muito perigoso sabe? É só mesmo aquele brochezinho aquela coisa rápida sabe como é? A gente também não pode estar no quarto a vida toda lá com eles né?

**[Mas sabe que tem riscos também?]**

Eu sei que tem.! Eu lavo minha boca joga tudo para fora, não engulo nada e depois lavo com água oxigenada.

**[Está mesmo consciente dos riscos?]**

Sei que tem.! Graças a Deus nunca peguei nada, isso só faço com homens que eu conheço. Não é com qualquer um que pede que eu vou fazer. Isso é de anos que eu tou com eles entendeu? Amigos chegados, e se uma mulher te disser que não faz igual, ela está a mentir. Porque todas fazem percebe? Todas! Ui eu já vi tanta coisa menina, até fazem sem preservativo. Eu não faço sexo anal, mas conheço muitas meninas que fazem sem preservativo. Eu falo para elas: “ meninas.?? Vocês são doidas.? Fazer sexo anal sem preservativo ?”

Eu dou altas aulas para elas.

**[E as suas colegas que fazem isso é porque não estão cientes das doenças das doenças?]**

Não! Porque dão mais dinheiro, ou porque não querem perder o cliente para outra. A prostituição é uma falsidade que você não tem ideia, é uma querendo furar o olho da outra. Eu sou leiga nisso sabe? Eu sou aprendiz. Sou uma santa para falar a verdade. Para que é que eu vou mentir? Para mim mesma?

**[Acha que muitas vezes elas cedem por estarem a precisar de dinheiro?]**

A precisar dinheiro sim, é verdade. E a maioria dos homens são todos safados, tudo uns porcos. A verdade é essa. Porque o homem que penetra uma mulher em sexo anal sem camisinha é um porco! Imagina depois vai para casa da mulher e pega mulher em casa? Que ousadia não é? Que loucura.!

**[Há muitos clientes casados?]**

Tudo pode! A maioria é casado!

**[E qual é a justificação deles?]**

Que as mulheres viram o cu para eles. “ Ai eu tou com dor de cabeça, cansada.” E eles dizem que as mulheres são frias. Mesmo elas serem muito gostosas.

**[E alguns clientes que vem ter consigo falam sobre crise, o desemprego, como estão?]**

Fala! Comentam muito. A gente conversa muito. Eles dão muita atenção a nós mais do que a própria mulher em casa. Eles às vezes fazem-me um minete de 20 minutos total e nas mulheres deles não tocam, acredita?

E os apaixonados.? Os que se apaixonam por nós? Ui é o que mais há é verdade. Ficam doidos minha filha. As prostitutas são muito amadas. São amadas demais... isso é o que conforta a gente. Às vezes no nosso trabalho conforta muitas vezes ver que somos muito amadas. Eles ligam para nós às duas da manhã, à uma da manhã, de manhã, à tarde, à noite, para saberem como a gente passa. Isso conforta muito a gente pelo trabalho que a gente faz. Isso dá uma força. Eu tenho amigos meus que estão na Inglaterra, na França, na Suíça, eles mal chegam a Portugal e a primeira coisa que vão ver sou eu! E ligam-me de lá para ver como é que eu estou. Trazem carne, trazem o que podem! Ovos caseiros, tomates, são bons, são muito bons mesmo.

**[É muito giro isso...]**

São bons demais. Sabe eles dão muito valor a prostituta sabia? Ui! Há umas bem mais novas que eu, mas existem homens com 37 anos apaixonados por mim, loucos por mim. Eu não dou nada para eles

**[Acha que é por ser mais madura?]**

Acho, sou muito diferente delas. Sou muito vivida, mais experiente, mais madura.

**[Isso são coisas boas e as más?]**

As más é ir com um homem e ele não querer, desprezar. Me pedir sem preservativo. Eu esqueci-me de falar mas há uns anos atrás as prostitutas davam-se ao luxo de poder mandar dinheiro para o Brasil, comprar isto, comprar aquilo, ter carro, hoje em dia não

está fácil. Vai sempre diminuindo, e aparecem cada vez mais prostitutas também menos dinheiro e todo mundo reclama. Eu já falei por mim e pelas outras minha filha, eu sou uma macaca velha (risos).

**[Muito obrigada pela sua entrevista]**

De nada.

## **Caso II**

**Idade:** 41

**Escolaridade:** Não tem

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Agregado familiar:** Solteira com companheiro

**Número de filhos:** Não tem filhos

**Localidade:** Vizela

**Com que idade começou como trabalhadora do sexo?**

Com 20 anos.

**Actualmente no seu trabalho, paga alguma percentagem do que recebe a alguém?**

Não

**Já alguma vez interrompeu a sua actividade?**

Eu já tive outro trabalho além deste, já tive um trabalho numa fábrica.

**Durante quanto tempo e o que correu menos bem?**

Sei lá, são coisas de juventude, sabe como é. Não foi problemas da vida, não foi nada disso. Foi prontos, como hei-de explicar, pronto coisas da vida. Coisas da vida, o dinheiro era mais fácil.

**De todos os riscos inerentes a esta profissão, quais aqueles que mais a marcaram? (maus-tratos corporais, menosprezo, humilhação dos clientes, abuso financeiro, contrair doenças, roubo e risco de vida)**

É assim risco de doenças graças adeus nunca tive, mas roubo estive muitos. Roubos, cheguei ser ameaçada com várias pistolas por homens, por clientes, por ciganos, por muita gente.

**[Quer-me contar algum episódio que a marcou?]**

É assim o que me marcou mais foi... Uma vez eu entrei com cliente e o cliente trazia outro sujeito mala do carro. Então eu estava a fazer sexo com ele, e o outro saiu da mala, agarrou pelos cabelos e o saco e quase que passou por cima, não passou por cima porque eu dei-lhe um boleirão, senão ele passava-me por cima. E pronto roubaram o saco, foi isso que mais me marcou. E também tive aqui, estava a fazer sexo com cliente e vieram-me dois homens no meio do mato com uma arma e levaram o meu dinheiro todo e o do meu cliente também.

**E dos relatos de amigas ou amigos que trabalham consigo, acha que os clientes respeitam mais os trabalhadores do sexo actualmente?**

É assim... Sim tenho aqui clientes que respeitam muito, não tenho clientes já tenho amigos. Eu tenho aqui amigos, muito muito meus amigos. Às vezes há sempre aquele que se vier com álcool, se vier com droga claro que às vezes àqueles que querem outras coisas e agente diz que não faz eles desatinam com a gente.

**Qual o seu horário de trabalho?**

Entro às 8h00, almoço ao 12h00 entro à 13h00 da tarde estou aqui até às 17h00 da tarde

**Qual é o seu rendimento mensal aproximadamente?**

Não tenho bem uma conta. Mas faço aqui, ainda hoje três clientes em nove horas. Três, quatro... clientes não passa disso.

**Em média quantos clientes atende durante o período de trabalho?**

Normalmente três até cinco, mais do que isso não passa.

**Quais são as profissões (se estão empregados) e idade dos seus clientes?**



40, 50... até aos 80 anos de idade. Normalmente os que têm 80 anos são reformados claro. E os outros têm firmas de móveis, outros pronto são trolhas. Têm esse tipo de trabalhos

**[E aparecem desempregados?]**

Ai sim! Aparecem. Eles às vezes dizem que estão no fundo de desemprego e que não dá para vir aqui mais vezes porque a vida está complicada. Porque se estão no fundo de desemprego não têm dinheiro nem vida para vir para aqui. Se eles trabalhassem automaticamente era melhor para nós

**De que forma a crise económica deste país influenciou a sua actividade?**

Sim, influenciou muito pronto não se ganha dinheiro não há. Não há condições está tudo muito mal.

**Em média quanto baixaram os seus rendimentos?**

Os meus rendimentos baixaram muito, muito, muito.

**[Se calhar já não pode ter os luxos que tinha?]**

Não, não. Antes a gente vestia bem, a gente ia a boas boutiques, agora não se vai. Agora vou à loja dos chineses comprar umas botas, uns sapatos. Não há dinheiro.

Antes ia a boas boutiques porque havia muito dinheiro. Até eu pagava uma renda 225€ e disse à minha senhoria que saía se ela não baixasse renda. Ela disse: “prontos não saia que eu baixo a renda”. Senão não tinha hipótese de pagar 225€.

**Sente maior pressão dos clientes solicitando práticas desprotegidas?**

Pedem, muitas vezes. Eu não vou, mas eles pedem. Eles pedem muito sem preservativo e para fazer sexo anal, eu não faço essas coisas, assim prefiro não ganhar dinheiro.

**[Algumas pessoas que trabalham nesta área disseram-me antes ofereciam mais dinheiro para fazer sem preservativo, mas agora ou se aceita ou vão à próxima, isso acontece consigo?]**

Sim eles pedem e como eu não aceito eu sei que vão a próxima, eu sei que vão. Eles dizem mesmo: “não queres? Não falta quem queira!”

**[Em relação às manhs? Tirar o preservativo durante o ato?]**

Ah, isso acontece muito. Mas eu sou esperta, eu tenta perceber e não deixo não é? É uma coisa muito perigosa.

**Actualmente o dinheiro que aufere dá-lhe para as despesas?**

É assim... esticadinho e tal... esticadinho dá... Noutra hora sobrava. Agora não sobra. Às vezes é assim, eu pago um táxi, pagando um táxi, pagando comida ao meio dia, fumando tabaco eu fumo um maço por dia, €10 + €12 para o táxi são 20€ né? Imagine se eu faço três ou quatro clientes por dia? Imagine o dinheiro com que eu fico.

**Pode fazer uma comparação do seu trabalho há 10 anos e do seu trabalho agora? O que mais mudou, na sua opinião?**

Mudou o dinheiro. Mudou a crise. Não há dinheiro. Pagam-me o mesmo, é igual e há menos clientes. Eu há 20 anos levava dois contos, hoje levo igual, €10 né? O preço é igual mas não há dinheiro. Há menos clientes, mas há mais mulheres na rua. Há muita muita mulher na rua!

**[E acha que apareceram novas trabalhadoras de sexo por causa da crise?]**

É assim, eu não me dou muito ao conhecimento das novas miúdas, eu não sou muito de conversas com as colegas nem nada. Mas há muita mais mulher na rua hoje! Enquanto cá há 10, 20 anos atrás passava-se numa rua e via-se duas ou três, agora passa-se na rua que for e vê-se às 20, 30, 40 mulheres. Porque é crise não é? Senão não iam para a rua.

**E os proprietários dos bares? A percentagem mantem-se?**

**[Já trabalhou em bares?]**

Já trabalhei sim. Trabalhei muitos. Já há mais de 10 anos que não trabalho eles não exigiam nada. Eles falavam com nós e diziam são 10 contos, são dois contos para mim e o resto é vosso. Não exigiam muito.

**Costuma recorrer a algum serviço de saúde?**

Vou, vou ao meu médico de família.

**Tem conhecimentos das istis que existem e sabe como se transmitem?**

Não, não tenho assim grandes conhecimentos porque hoje em dia há doenças que eu nem sei o nome delas.

**[Mas nomeada a SIDA?]**

A SIDA sim, acho que começa pelo sexo.

**[Falamos com uma colega que fazia sexo oral a alguns clientes porque acreditava que a sida não se transmitia assim, tem conhecimento que pode apanhar SIDA sim?]**

Sim, pode. Costumo-me proteger e não faço essas coisas. Protejo sempre

**A quem recorre quando tem dúvidas?**

Ao Autoestima.

**O que acha do Projecto Autoestima?**

É bom, dá preservativos, pílula, médico, muita coisa. Costumo recorrer às consultas do programa e converso bastante com a Assistente Social, a Psicóloga, e Médica.

**Em que medida acha que o Projeto Autoestima contribui para o seu bem-estar?**

Este projeto foi muito bom, foi a coisa mais importante para nós. Foi o autoestima que sempre nos acompanhou. Pelo médico, pelo preservativo, por tudo. Foi uma grande protecção para nós. Há alguém que ainda se importa connosco.

**Como encara o futuro?**

Como é que eu hei-de encarar não é? Sei lá, vou encarando como posso né? Eu não quero continuar nesta vida, eu queria mais, se houvesse outro trabalho eu ia

procurar. Às vezes é preferível pelo dinheiro que estou aqui, que sou uma prostituta no meio de uma estrada, eu preferia pelo dinheiro que faço estar numa fábrica... Preferia estar a fazer limpezas. Ganhava menos, ou quase igual, mas estava no emprego limpinho. Não era rejeitada por certas pessoas, por tudo pronto estar aqui no meio duma estrada.

**[Já tentou arranjar emprego acha que é difícil?]**

É difícil, é assim eu tentar ainda não tentei mas por aquilo que as pessoas dizem tá muito difícil se não há trabalho para os outros como é que eles hão-de querer para nós? É muito complicado.

**[Obrigada pela entrevista]**

De nada

### **Caso III**

**Idade:** 43

**Escolaridade:** 8º classe

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Agregado familiar:** solteira

**Nº de filhos:** 3

**Residência:** Guimarães

**Com que idade começou como trabalhadora do sexo?**

20 anos

**Actualmente no seu trabalho, paga alguma percentagem do que recebe a alguém?**

Não, nunca.

**Já alguma vez interrompeu a sua actividade?**

Já, já, já parei. Tive para aí dois anos.

**Durante quanto tempo e o que correu menos bem?**

Tudo mal. A minha vida correu sempre tudo mal. Depois engravidei.

**De todos os riscos inerentes a esta profissão, quais aqueles que mais a marcaram? (maus-tratos corporais, menosprezo, humilhação dos clientes, abuso financeiro, contrair doenças, roubo e risco de vida)**

O que mais me marcou foi um roubo há uns anos atrás. Foi um roubo... veio aqui à serra de pistola. Tive muito medo nesse dia. E... já estava a ver a minha morte à minha frente... mas fui só roubada mais nada, foi isso que eles me fizeram.

**E dos relatos de amigas ou amigos que trabalham consigo, acha que os clientes respeitam mais os trabalhadores do sexo actualmente?**

Os meus clientes sempre me respeitaram. Nunca me fizeram mal, sempre me respeitaram, sempre me pagaram. Nunca tive queixa.

**1. Qual o seu horário de trabalho?**

Das 9:30 às 11:30 e das 14:00 às 16:30.

**Qual é o seu rendimento mensal aproximadamente?**

Hoje em dia vamos dizer 500, 600, 700 no máximo.

**Em média quantos clientes atende durante o período de trabalho?**

Depende. Há dias em que atendo dez, há dias em que atendo vinte... depende dos dias, há dias que atendo só cinco.

**Quais são as profissões (se estão empregados) e idade dos seus clientes?**

Profissões não posso dizer muito porque eles não falam assim mas vendo ou são trolhas ou picheiros. A idade deles é de 30 para cima. Eu não gosto de novos.

**De que forma a crise económica deste país influenciou a sua actividade?**

Um pouco, um pouco sim. Para já há muitas, né? Eu não me queixo assim tanto. Ainda dá para as minhas coisitas, para as minhas despesas e tudo.

**Em média quanto baixaram os seus rendimentos?**

Mas sim os rendimentos baixaram, claro. E tendo filhos noto isso, claro.

**Sente maior pressão dos clientes solicitando práticas desprotegidas?**

Acontece-me muito, muito. Acontecem-me muitos casos desses, não só não querer o preservativo mas como outras coisas, coisas que não faço. Exigem-me anal, que eu não aceito. E também não aceito sem preservativo.

**[ E em relação às manhas dos clientes? ]**

Tentam tirar o preservativo, isso acontece só que eu sou mais esperta do que eles. Já estou calejada em relação a isso, já estou bem mais esperta do que eles.

**Actualmente o dinheiro que auferi dá-lhe para as despesas?**

**Pode fazer uma comparação do seu trabalho há 10 anos e do seu trabalho agora? O que mais mudou, na sua opinião?**

Os clientes falam que estão muito mal, que estão desempregados, que vêm aqui menos vezes, claro que a gente também nota isso. Mas há sempre aqueles dez eurinhos para eles virem uma vez por mês.

**E os proprietários dos bares? A percentagem mantem-se?**

Já trabalhei em bares, mas já me deixei disso. Eu tenho uma filha pequena. Ui mas os proprietários sentem muito a crise, aliás uns já fecharam. ?????? nas casas chega a ser pior do que aqui.

**Costuma recorrer a algum serviço de saúde?**

Sim, à minha médica de família.

**Tem conhecimentos das ists que existem e sabe como se transmitem?**

Tenho, porque eu falo muito com a minha médica de família. E eu tomo sempre a minha proteção.

**[ E em relação ao uso do preservativo com pessoas que conhece? ]**

É assim, eu conheço muitos há muitos anos, mas eu tenho sempre um pé atrás, tenho medo, portanto não faço nada, nem sexo oral.

**A quem recorre quando tem duvidas?**

A minha médica sabe a minha profissão, quando tenho dúvidas recorro a ela.

**O que acha do Projecto Autoestima?**

Acho bem. Sempre que vêm cá conversamos um bocadinho, e quando precisamos elas estão lá.

**Em que medida acha que o Projeto Autoestima contribui para o seu bem-estar?**

É lógico que é importante saber que há alguém que se importa connosco.

**Como encara o futuro?**

Não quero continuar, se Deus quiser eu tenho 43 anos e não vou estar toda a vida nisto. A minha filha tem 6 anos, cresce e é chato para mim, mas estou confiante que isto vai virar e que não vou estar muito tempo cá. Mais 1 aninho ou 2, até aos 45 e depois acabo.



## Caso IV

**Idade:** 55 anos

**Escolaridade:** 4ª classe

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Agregado familiar:** solteira

**Nº de filhos:** 3 filhos mais uma como filha

**Residência:** Vizela

### **Com que idade começou como trabalhadora do sexo?**

26 anos por aí, ou 27, depois deixei e fui para uma confecção... Depois o meu filho desempregou-se e eu voltei outra vez.

### **Actualmente no seu trabalho, paga alguma percentagem do que recebe a alguém?**

Não.

### **Já alguma vez interrompeu a sua actividade?**

#### **Durante quanto tempo e o que correu menos bem?**

**De todos os riscos inerentes a esta profissão, quais aqueles que mais a marcaram? (maus-tratos corporais, menosprezo, humilhação dos clientes, abuso financeiro, contrair doenças, roubo e risco de vida)**

É assim... marcar, marcar e mais a humilhação de ter de estar com um, com outro. Mas eu sou muito pacífica, nunca tive muitos problemas com os clientes, nunca nenhum me disse que não me pagava. Mesmo quando eles teimam, se nós soubermos falar com eles, a experiência também ajuda muito, não tenho problemas.

Aqui há uns tempos a gente sentia-se com muito medo porque éramos muito atacadas por ciganos, roubadas. Inclusive fui uma vez roubada, eu procurava esconder-me sempre deles para ir embora... Tive medo algumas vezes, cheguei a ser corrida a tiro por ciganos e por mais alguns.

Eu sei entender-me bem com os homens, deve ser a experiência. A coisa que de facto mais me marca é que gostava de sair daqui para fora, eu eu ter de estar aqui onde passa toda a gente que me vê, não gosto prontos, não gosto daquilo que faço.-- não vou dizer que gosto, porque não gosto. É a única coisa que me marca.

Não há hipóteses de trabalho, não há. Na altura em que eu tinha hipótese de trabalhar na confecção, se o meu filho continuasse a trabalhar, eu não teria desistido da confecção. Se fosse hoje eu já não saía da confecção, mas naquela altura teve de ser. Ele estava a passar fome, não estava a conseguir sobreviver.

É tão triste quando me encontro com a família, e ouço-os a falar dos empregos deles e eu calo a boa porque não consigo falar do meu trabalho. Eles podem até desconfiar mas não há nada a apontar a mim. Não há homens em casa, fora do trabalho considero-me uma mulher como as outras. Há alturas em que pelo que faço sinto-me mais baixa que os outros.

**E dos relatos de amigas ou amigos que trabalham consigo, acha que os clientes respeitam mais os trabalhadores do sexo actualmente?**

Normalmente os homens são bons, são amigos, são bons clientes. Claro que a vida anda muito má, há pouco trabalho, mas aqueles clientes de muitos anos é boa gente. Há um ou outro mais agressivo fora disso não.

**Qual o seu horário de trabalho?**

Das 8:10/8:15 às 12:00 às 17:00

**Qual é o seu rendimento mensal aproximadamente?**

Ai nunca fiz contas. Mas há dias... olhe hoje por exemplo foi um dia de 20€. Há dias de 50, 70, 100€ ou nada. A crise é muita, há aquele dia em que vem um de manhã e outro à tarde.

**Em média quantos clientes atende durante o período de trabalho?**

Há dias sempre diferentes. Sete, oito clientes, há dias de um e há dias de nenhum.

**Quais são as profissões (se estão empregados) e idade dos seus clientes?**

Sim, eles estão empregados. Há clientes jovens. Tenho clientes empregados, outros estão no desemprego. Aquele cliente que vinha todas as semanas agora vem uma vez ao mês. Tenho aquele cliente emigrado que quando vem a Portugal vem duas ou três vezinhas. Tenho aquele cliente que está no desemprego e que menos vezes vem. Alguns vêm todas as semanas, mas são mesmo poucos. Só os que trabalham, os que não trabalham não conseguem.

**De que forma a crise económica deste país influenciou a sua actividade?**

Esta crise baixou muito o trabalho, não sei explicar. Afetou porque a gente pouco ganhar, o dinheiro não chega e afecta muito, afecta a nós, afecta aos clientes. Os clientes não têm dinheiro e não podem vir.

**Em média quanto baixaram os seus rendimentos?**

Ui os meus rendimentos baixaram e muito. O que me safa é o meu filho. Agora tenho uma miúda em em minha casa que eu ajudo, sabe ela não tem nada.

O meu filho ajuda-me, manda-me dinheiro quando eu tenho um mês mais apertado, manda-me para a renda, manda-me para a luz.

Eu pago uma renda de 160€, pago a cada dois meses 70€ de luz. Às vezes o dinheiro que ganho é para o táxi.

**Sente maior pressão dos clientes solicitando práticas desprotegidas?**

É assim, quando é um cliente muito habitual, muito certo, não... mas quando são outros a pedir a gente diz que não faz e eles vão embora.

**Actualmente o dinheiro que aufere dá-lhe para as despesas?**

Agora há muitas mulheres na rua, agora se uma não faz, faz outra e afectou muito. Há muitos a pedir e muitas a aceitar.

**[ Pedem mais dinheiro ou aceitam só para não perderem o cliente? ]**

Sim, sim, às vezes por cinco euros aceitam.

**[ Clientes habituais não usam preservativo? ]**

Não, não nos podemos fiar em ninguém. Nem em clientes habituais, não. Mesmo os que vêm cá todas as semanas não, mesmo assim não confio. Não dá para confiar. A gente sabe que há muita doença por aí, para mim não dá, agora cada um pensa por si.

**[ Sexo oral vs Sida ]**

Eu não sei porque eu não faço isso. Acho uma falta de higiene. Mais no sítio que estamos que não há hipótese de limpar. Nas casas ainda é naquela, ainda há hipótese para limpar mas agora aqui. Quantas vezes não temos de ser nós a limpá-los com uma toalhita para conseguir enfiar o preservativo. Cheira mal, não se consegue.

### **[ E em relação às manhas dos clientes? ]**

Olhe a mim aconteceu-me uma única vez e eu a partir daí fiquei esperta. Esse homem nunca mais cá veio, chatee-me muito com ele já há muitos anos e nunca mais. Ele já tentou outras vezes comigo e eu não. É preciso ter cuidado com a posição???, agora sou sempre eu que os meto. Nunca mais me descuidei, estou atenta.

### **Pode fazer uma comparação do seu trabalho há 10 anos e do seu trabalho agora? O que mais mudou, na sua opinião?**

Mudou-me muita coisa. Há uns anos atrás o homem não era esquisito, não pedia nada, era segundos, era um momentinho, agora querem tudo e mais alguma coisa. Eles pedem. Se for um cliente habitual já não pede nada, se for aquele que não conhece, pede logo sem preservativo. Eu digo logo: “Filho, tás à vontade para ir embora, não queres? Só ficas se quiseres.” Já me aconteceu de o expulsar fora. Eles dizem muitas vezes: “Não queres? Não falta quem queira.” E oferecem a outras aos 20, 30 € para não usar preservativo. E eles dizem “Ai não queres 20? Olha que tenho bem quem me faça por 10!” É por isso que não se consegue trabalhar. Trabalha-se muito mal, se toda a gente trabalhasse da mesma maneira... mas não. Repartia-se muito mais o trabalho, porque eu tenho dias em que estou parada sem fazer nada e quando passam é para pedir sem preservativo.

### **E os proprietários dos bares? A percentagem mantem-se?**

Já trabalhei em casas, foi mais em boates. E trabalhei em casas em Espanha. A percentagem penso que se mantém igual. Rondará o mesmo.

### **Costuma recorrer a algum serviço de saúde?**

Sim, eu por acaso costumo ir para o autoestima, faço lá exames. Gosto bem, vou lá muitas vezes. E vou ao médico de família, ainda há pouco fui porque fui operada à

vesícula. Mandou-me fazer montes de análises, colesterol, diabetes, tudo, papa Nicolau, mamografia.

### **Tem conhecimentos das ISTs que existem e sabe como se transmitem?**

É assim, como se transmitem não tenho muita ideia, mas pelo que vejo é atrás da falta de higiene. Um homem vai com uma, com outra... Até a mim já me aparecem doenças. Eles andam com tantas. Ainda no outro dia me apareceu um todo lixado a querer ir comigo e eu disse “nem penses, contigo não faço nada”. Ele pronto enfia-me dois preservativos. E eu 2? Eu nem meia dúzia deles, quanto mais 2. ???? Eu disse-lhe mesmo assim vai a quem te fodeu pedir que te foda mais que eu cá não faço. Às vezes é preferível ir-se embora com 20 ou 30€ no bolso do que querer tudo e apanhar para aí doenças. Eu tenho três filhos, todos crescidinhos, o mais novo vai fazer 24. mas não quero chegar um dia a casa e dizer a minha mãe tem sida. Como é que apanho sida se nem companheiro tenho? Só me conheceram com o pai deles, não foi com mais homem nenhum. Se ela não tem companheiro, o que é que ela faz para apanhar? É uma situação muito complicada, tenho uma filha com 30 anos já. Posso-me orgulhar dos meus filhos, nunca me perguntaram nada, nada, nada da minha profissão. O meu filho mais novo é o meu maior orgulho, é a coisa mais amada que tenho na vida.

### **A quem recorre quando tem dúvidas?**

É ao projecto.

### **O que acha do Projecto Autoestima?**

Contribuiu muito para a minha vida. Nós não somos um bocado que anda aí, somos alguém para eles.

### **Em que medida acha que o Projeto Autoestima contribui para o seu bem-estar?**

#### **Como encara o futuro?**

Muito mal o meu futuro. Isto está cada vez pior. Tenho um filho que me diz que nunca me deixa sozinha, mas eu acho que ele quer ir para a Suíça, tem lá a namorada. Tenho um filho que conto com ele. “Oh não tu tiveste que cuidar de nós, você criou-nos, você foi mãe e pai e agora não vou cuidar de você? Conte comigo.” Mas imagino o meu

futuro muito mal, mas que seja o que Deus quiser., nós vamos andando e vendo. A crise é muito, vou-me desenrascando.

## Caso V

**Idade:** 46

**Escolaridade:** 4ª classe

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Agregado familiar:** Ela e o filho

**Número de filhos:** 1

**Residência:** Guimarães

**Com que idade começou como trabalhadora do sexo?**

31.

**Actualmente no seu trabalho, paga alguma percentagem do que recebe a alguém?**

Não, no meu caso estou à frente de uma casa de alterne. Elas pagam-me uma diária de 10€ por dia, e tomam o pequeno-almoço, têm café quando querem, bebida quente quando querem e o que fizerem é delas.

**Já alguma vez interrompeu a sua actividade?**

**Durante quanto tempo e o que correu menos bem?**

Eu já arranjei um trabalho, mas depois entretanto como vocês sabem as pessoas conhecendo que já fomos prostitutas ou coisa do género, já não me aceitam porque há preconceito. E eu voltei a ficar desempregada de novo. Trabalhei pouco tempo e não me senti incluída na sociedade. E é o que acontece com toda a gente.

Conheço pessoas a quem aconteceu o mesmo.

**De todos os riscos inerentes a esta profissão, quais aqueles que mais a marcaram? (maus-tratos corporais, menosprezo, humilhação dos clientes, abuso financeiro, contrair doenças, roubo e risco de vida)**

Hum... já passei por uns quatro ou cinco, como humilhação corporal, de nos usarem e não nos pagarem, de ameaçar a gente para fazer sem camisa porque senão há outras que vão. Derivado à crise que estamos a viver algumas acabam por ceder e vão. “Ah tipo tu estás a trabalhar nisto é para fazeres o que nós queremos” ahh várias coisas.

**[Tem alguma situação na sua memória?]**

[Risos... Ahh Meu Deus]

Olhe, uma das principais que não vou esquecer nunca foi quando entrei para esta vida e outra foi quando tive uma faca apontada para o pescoço, que não queriam pagar e roubaram tudo que eu tinha. Não vou esquecer nunca.

**E dos relatos de amigas ou amigos que trabalham consigo, acha que os clientes respeitam mais os trabalhadores do sexo actualmente?**

Eu acho que cada vez é pior, que respeitam menos e porque há mais quantidade. Enquanto, imaginemos que há dois ou três anos atrás nós éramos suponhamos umas mil, agora somos um milhão. Cada vez há mais. Devido à crise aparecem mulheres a prostituir-se que antes não eram prostitutas. Não há dinheiro, elas têm que se sustentar, elas têm que sustentar os filhos, têm que pagar a renda, elas têm que pagar a luz, têm que pagar àgua, elas têm que fazer alguma coisa.

**Qual o seu horário de trabalho?**

Das 9:00 às 12:00 / Das 2:00 às 7:00 e das 9:00às 12:00

**[Portanto é um dia completo?]**

Um dia completo, sábados, domingos, feriados, dias santos, TUDO!

**Qual é o seu rendimento mensal aproximadamente?**

É assim, o meu salário anda à volta dos quatrocentos, quinhentos euros.

**[E sente que mudou por causa desta crise?]**

Mudou, mudou, sem dúvida alguma.

**Em média quantos clientes atende durante o período de trabalho?**

(Suspirou profundamente) É assim, há dias que se atente mais, há dias que se atende menos. Há dias que por exemplo, que entraram ali no bar uns vinte clientes. Há dias que entram sete ou oito. Há dias que entram vinte ou trinta.



**Quais são as profissões (se estão empregados) e idade dos seus clientes?**

Ahh. As idades dos clientes é mais ahh tipo 60 anos para cima. E depois ai alguns estão no fundo do desemprego, com 45,40,30 picos anos. Porque juventude não há muita. As profissões são as mais simples, tal como trolhas, dentro disso.

**De que forma a crise económica deste país influenciou a sua actividade?**

(Risos, gargalhadas) 200% por aí! É 200% quantas mulheres que andam aí para ganhar dinheiro.! Quantas!

**Em média quanto baixaram os seus rendimentos?**

Ui! Muito! Os meus rendimentos baixaram para aí 90%.. Ai baixou para aí 90%!

**[Antes podia ter acesso a bens e luxos que agora não tem?]**

Não, agora não. Nem pensar nisso. Antigamente a gente trabalhava para irmos para casa, se morássemos longe do local do trabalho chamávamos um táxi e íamos, hoje em dia a maior parte andam a pé. Porque nem dinheiro para o autocarro há!

**Sente maior pressão dos clientes solicitando práticas desprotegidas?**

Exercem, porque é assim, a procura é muita, porque há muita quantidade de mulheres e depois vão vendo a necessidade de cada uma. Porque eu posso estar precisar muito e dizer que não faço, mas tenho ali duas ou três à frente que vão fazer. Porque elas precisam de dinheiro. Elas têm os filhos em casa a passar fome, rendas para pagar, muitas delas já estão a viver por favor, porque não têm dinheiro para pagar renda e sujeitam-se qualquer coisa!

**[No bar que gere há mulheres que fazem isso.?)**

Há...

**[E acha que por mais dinheiro ou para não perderem o cliente.?)**

É para não perderem o cliente e para ter mais clientes e dinheiro.

**Actualmente o dinheiro que auferes dá-lhe para as despesas?**

Não. Se antes comia duas refeições agora não como, se antes tomava dois ou três cafés agora não tomo. Se comia bifos agora não como, né? Uma sopinha ao meio dia e a noite não janto.

**[O seu filho ainda vive consigo?]**

Não, já está junto. Outra preocupação para mim agora vou ser avó! E depois o meu filho trabalha porque já tem 27 anos, ganha o salário mínimo e tem mulher.

**[E ele sabe da sua profissão?]**

Não... né... desconfia porque ele é inteligente, [risos] ele é muito inteligente.

E ainda onde ele está não paga renda! Porque se pagasse não sei, já tinha ido roubar, não sei o que teriam de fazer, eles vivem com os meus pais.

**Pode fazer uma comparação do seu trabalho há 10 anos e do seu trabalho agora? O que mais mudou, na sua opinião?**

Olha se quer que diga, mudou tudo. Tudo! Não há nada que não tivesse mudado e tudo para pior! Enquanto que há 10 anos atrás nos ganhávamos €100 por dia, hoje ganhamos €10. Enquanto que há 10 anos atrás havia um cliente que queria transar com nós sem camisinha, oferecia mais 10 ou €15, agora se puder tirar elas irão, mesmo que seja por €5 elas querem por €5.

**E os proprietários dos bares? A percentagem mantem-se?**

É assim, eu acho que se mantém, mas elas têm mais regalias agora derivado também à crise. Porque se não trabalham o que é que a gente lhes vai fazer? A opção é ir para a rua e nos perdemos. Enquanto que há 10 anos atrás nós trabalhávamos oito ou nove, hoje em dia os bares estão com duas ou três, e nem têm mais.

**Costuma recorrer a algum serviço de saúde?**

Autoestima. Que ando já... acho que fui das primeiras. Praí há catorze, quinze anos ou se calhar mais. Foi a melhor coisa que conheci até hoje foi o Autoestima... em tudo! Em questões de nos ensinar um certo número de coisas, as camisinhas, o gel, as prevenções de doenças, tudo, tudo, tudo.

Há coisas que hoje não tenho porque fui tratada no Autoestima! Só tenho a dizer maravilhas do Autoestima. Para mim foi a melhor coisa que eu tive, que eu conheci na vida foi o Autoestima.

Todas, Dra. Graça, Dra Alice, Dra Diana, Enfª Fátima, todas elas são pessoas que se eu morresse hoje, iam comigo no coração.

### **Tem conhecimentos das istis que existem e sabe como se transmitem?**

#### **A quem recorre quando tem duvidas?**

Ainda hoje lá fui! Por incrível que pareça ainda hoje lá fui porque tenho problemas de tensão, (suspiro) tenho problemas de útero e por acaso ainda hoje lá fui a uma consulta e estive com a Enf. Fátima. É a melhor coisa que eu conheci, tenho médico de família cá no Distrito de Braga graças a elas.

### **O que acha do Projecto Autoestima?**

#### **Em que medida acha que o Projeto Autoestima contribui para o seu bem-estar?**

Há sempre alguém que se importa connosco. Sempre. É muito bom. Só não aprendeu a lição como eu costumo dizer quem não quis, porque elas [técnicas do Programa Autoestima] fizeram de tudo para que nós estivessemos informadas de tudo o que está a acontecer.

#### **[e em relação a manhas?]**

Ui, eles arreentam, tiram, mandam mudar de posição para tirar, fazem um monte de coisas, é verdade sim, é preciso ter muito cuidado.

#### **[já usaram a força consigo?]**

Já, e já cheguei a andar ao estalo como diz o português. Porque há clientes que insistem mesmo, são teimosos e há um pequeno movimento de mudar de posição... e outros que cortam com a unha? Montes de coisas que eles têm, que eles fazem, que eles usam manhas.

### **Como encara o futuro?**

Ai não sei... mas eu vou ter um futuro muito triste, porque se assim continuar vamos ter todos um futuro muito triste, todas. Porque a gente faz descontos para a Segurança Social e quando chegarmos à altura da reforma que eu nem sei se vamos ter, na maneira que isto está nem vamos ter...

Não sei, se calhar vamos acabar na beira da rua...possivelmente a maior parte delas.

Não dá para juntar dinheiro, mal dá para sobreviver, a gente chega a uma certa idade e ninguém olha para nós, e depois é o que acontece a todas...

Matam-se, vão para a beira da rua, andam a pedir dinheiro a este ou aquele para comer uma sopa.

É um fim triste que eu penso que todas vamos ter.

**[Se tivesse uma oportunidade fora desta vida gostava de sair?]**

Gostava... adorava, adorava deixar isto.

**[Já tentou?]**

Já, já tentei. Tenho a 4ª classe. Acho que hoje em dia nem para varrer a rua dá. Não vejo mais nada para fazer. Com a minha idade, não vejo mais nada para fazer. Abrir alguma coisa por minha conta para quê? Para abrir hoje e fechar amanhã? Com a crise que estamos, [começou a chorar] não dá...

**[Muito obrigada pela entrevista]**

De nada.

## Caso VI

**Idade:**32

**Escolaridade:** 12º ano

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Agregado familiar:** ela e filho

**Número de filhos:** 1

**Residência:** Felgueiras

**Com que idade começou como trabalhadora do sexo?**

19.

**Actualmente no seu trabalho, paga alguma percentagem do que recebe a alguém?**

Sim, é 5 euros. [por cliente]

**Já alguma vez interrompeu a sua actividade?**

Já, já tive um bar e já tive casas como estas.

**Durante quanto tempo e o que correu menos bem?**

Quatro anos e não consegui explorar os outros. Eu já tendo estado na situação delas que eu estou hoje de novo, não me sentia bem. É muito complicado a gente usufruir do corpo das outras mulheres. Não me senti bem porque eu já tinha estado no lugar delas, que é o lugar onde eu estou hoje, que então não consegui.

**De todos os riscos inerentes a esta profissão, quais aqueles que mais a marcaram? (maus-tratos corporais, menosprezo, humilhação dos clientes, abuso financeiro, contrair doenças, roubo e risco de vida)**

Talvez os clientes que são muito complicados, desde armas apontadas à cabeça, que já aconteceu há pouco tempo no lugar em que eu estava antes de vir para aqui.

E o risco... porque é muito risco, nós nunca sabemos se vai rebentar a camisinha, contrair uma doença, porque acontece. Já me aconteceu rebentar uma camisinha e tive de correr para saber se tinha alguma doença.

**E dos relatos de amigas ou amigos que trabalham consigo, acha que os clientes respeitam mais os trabalhadores do sexo actualmente?**

**Qual o seu horário de trabalho?**

Das 14:00 às 19:00 e das 21:00 às 2:00.

**Qual é o seu rendimento mensal aproximadamente?**

Neste momento [risos] 300€! Tá muito mal... muito mal.

**Em média quantos clientes atende durante o período de trabalho?**

Neste momento no máximo dos máximos, 5,6. Está muito complicado.

**Quais são as profissões (se estão empregados) e idade dos seus clientes?**

Todo o tipo. Tenho de tudo. É assim, em bares/praças é mais operários fabris e trabalhadores das obras. Agora apartamentos é mais bancários porque eles gostam de um ambiente completamente diferente. Os extractos sociais são diferentes, depende do sítio onde estiver a trabalhar. Aqui [bar] é mais a classe baixa porque é mesmo assim, se for numa boate é classe média, se for num apartamento é classe alta.

**De que forma a crise económica deste país influenciou a sua actividade?**

Acho que influenciou como em todas as profissões. Prejudicou muito, bastante. Enquanto que há uns quatro anos atrás fazia numa casa destas, que nós chamamos praça, 100, 150€ por dia, hoje em dia faço 50 no máximo. Está mal para todo o tipo de trabalho... até para nós. Olhe se eles [clientes] não tiverem emprego, também não têm dinheiro para nos procurar.

**[Eles queixam-se da crise?]**

Queixam, nós temos clientes em que aqui o preço é 15€ e chegam ao quarto e perguntam” pode ser por 10€?”

**[E vocês aceitam?]**

Não... não porque a casa tem regras... eu acho muito humilhação porque dos 15€ nós ganhamos 10! Acho muita humilhação nós irmos por 10€ e receber 5. E já é muito difícil ganharmos 10.

**Em média quanto baixaram os seus rendimentos?**

80%

**Sente maior pressão dos clientes solicitando práticas desprotegidas?**

Hoje em dia eles exigem não usar preservativo e nem dão mais dinheiro.

**[E já alguma vez cedeu?]**

Não, nunca, jamais! Em primeiro lugar eu.

**[Tem conhecimento de pessoas que cedem?]**

Sim, muitas! Hoje em dia pela crise económica, as mulheres principalmente até tenho vergonha de dizer isto, as portuguesas. Eu sou portuguesa, eu tenho vergonha de dizer, as mulheres portuguesas fazem muito isso.

**[Já falei com algumas colegas que cedem para sexo oral...]**

Que não vão contrair nenhuma doença? [ironia] Sim, conheço pessoas mas elas vão contrair a doença igual! Para mim isso chama-se ganância, para mim é a ganância do dinheiro. Eu falo por mim, se eu não ganhar 50, ganho 30.

**[Acha que o número de mulheres aumentou?]**

Aumentou muito. Onde eu estava antes de aqui, saí de lá por causa disso. Nós éramos umas seis, e só eu e a minha amiga que mora comigo é que fazíamos com camisinha. Viemos embora.

[Subitamente a amiga que estava a assistir à entrevista decidiu falar]

Desculpa aí eu interromper mas isto aí é muito de concorrência, as pessoas pensam assim: “ Ai se eu não fizer isso, ele vai arrumar outra pessoa no meu lugar. É a pressão.”

[parou de falar]

**[Podemos concluir que as pessoas cedem porque não querem perder o cliente?]**

É, muitas vezes é, mas também é porque nestas casas nós fazemos muitos clientes. Eu agora desde que vim para aqui que tem menos que uma semana, mas tive aqui três anos seguidos e como eu muitas. Elas vão 1, 2, 3, 4 vezes com um cliente que faz juras de amor, que é só com uma mulher, que é só com ela, e elas acabam por ceder. Eu acho que neste momento, mesmo sem oferecendo dinheiro, elas vão pelo mesmo preço e fazem sem preservativo. É o desespero. Isto tá tão mal para trabalhar que pelo mesmo preço elas fazem sem! Elas fazem, não adianta!

[amiga interrompe novamente]

Eu falo porque é assim, desculpa lá não é comigo mas às vezes estou em certo lugar que pessoas dizem olá faz isto e aquilo? Eu digo não. E dizem ai mas ali na frente fazem. E eu digo: “Vai lá, cada um sabe de si.”

### **Actualmente o dinheiro que auferes dá-lhe para as despesas?**

Não [risos] de maneira nenhuma. Eu tenho um filho com 12 anos. Graças a Deus tenho um amigo ou outro há muitos anos que vai ajudando. Agora se dependesse de só trabalhar assim não conseguia. Não conseguia mesmo. Eu falo por mim que eu vejo, por exemplo aqui já sou muito conhecida, estive aqui 3 anos seguidos, é normal que os clientes já estejam cansados de mim, mas ela não [amiga], ela tá trabalhando muito bem.

[amiga] Isto é um negócio... hoje ganha muito, amanhã não ganha nada. Nós não temos ordenado fixo, lá por hoje correr bem não quer dizer que o resto no meio não vai correr bem, se você não se segurar, você nem consegue pagar as contas. Tem mesmo de ter a cabeça no lugar. Antigamente não, antigamente o que você ganhava de noite, você gastava de dia mas hoje em dia não é assim.

### **Pode fazer uma comparação do seu trabalho há 10 anos e do seu trabalho agora?**

#### **O que mais mudou, na sua opinião?**

É o povo que não tem dinheiro. Vendo a minha vida há 10 anos atrás, olhe para mim, eu comecei a trabalhar há 15 anos. Com 2 anos de luta, comprei uma casa e comprei uma loja.- Hoje em dia não posso fazer isso. A situação de Portugal, e não só a situação de Portugal, sim, porque eu estive na Suíça há pouco tempo e não está grande coisa, mudou completamente. Nestas casas não, mas nas boates antigamente fazíamos 200, € por noite porque o povo tinha dinheiro. Tinha dinheiro para gastar, hoje em dia não. Hoje em dia um cliente vai, bebe uma cerveja e fica para ver as mulheres e vai embora. Antes ganhávamos muito dinheiro porque eles tinham muito dinheiro. Eu não ando muito atenta às notícias, mas praí 50% da população está desempregada. Pelo que eu vejo no meu trabalho, é a crise que está.

### **E os proprietários dos bares? A percentagem mantem-se?**



Isso já é outra história... tipo assim, nesta casa não mudou como era há 10 anos atrás, é sempre a mesma coisa, a percentagem é a mesma, as condições são as mesmas, nesta casa continua igual mas tem muitas casas que baixaram. Nas boates antes davam 10€, agora dão 5. Agora nestas casas tipo praça mantem-se igual. A percentagem mantém-se e o preço também.

### **Costuma recorrer a algum serviço de saúde?**

Sim, autoestima. É assim, em relação à saúde nunca precisei de recorrer à autoestima, mas em relação a apoio psicológico. Nós antigamente não tínhamos ninguém que nos apoiasse, antes pelo contrário éramos muito discriminados. Hoje em dia, eu falo por mim, eu já precisei. Tive com um problema Eu achei que estava grávida(E por acaso não era uma gravidez) Eu estava com um mioma elaborei ajuda E eles ajudaram. Minha experiência é que ao nível de saúde pelo que eles dos outros é maravilhoso, mas eu não posso falar porque nunca tive problemas de precisar de ajuda. Mas a nível de apoio nós da instituição lol. Quando falar outras instituições, tais como instituição do Porto que por acaso não me lembro do nome começa.? cara.? Posso dizer que a região atrás eu fui lá e fui muito mal atendida. Muito mal, porque a maneira tentaram barrar na receção quando eu disse antes de tu elevada olá amiga minha colega de trabalho, e eu tinha que esperar e fiquei à espera. Mos fui ao gosto nada a levar e não aconteceu nada disso o atendimento é bom, muito bom. Graças a Deus que alguém se preocupa conosco! Aos aqueles animais, jogar no meio da rua. Que toda a gente passa, ora, tenho pena, mas ninguém ponha nada. Nós éramos isso antes do autoestima.

(Amiga falou novamente)

Olha eu já usei uma autoestima, usei aqui em Guimarães e é uma coisa que usar e por outras zonas de Coimbra e é completamente diferente. Aqui a gente chega e eles são preparados e não tem aquela discriminação. Chego lá, não tem nada a ver com minha vida e não quero discriminar. Agora nas outras instituições eu senti mais conceito.

(volta a falar a Cláudia)

Eu não sei se os outros sítios não atendem prostitutas ou não, mas é assim eu falo por mim, hoje fui autoestima eu senti” Como se fosse uma deusa para elas” É como se fossemos a prioridade do bem-estar. É uma experiência de saúde, foi na suposta gravidez, Eu pensei que estava grávida, estava uma enfermeira na Amorosa e viu que eu

estava muito nervosa porque pensei que estava grávida, Eu pensei que era do cliente porque o preservativo tinha rebentado e eu disse-lhe o tempo provavelmente estava e a primeira coisa que ela fez foi ligar para o Hospital de Guimarães.

Não fez mais nada! Quando eu falei o tempo em que eu estava, ela ligou para o Hospital de Guimarães, porque se passasse mais um bocadinho já não dava para abortar. São coisas que para mim como prostituta há 15 anos que têm muito valor. Penso assim “ Posso não ter um amigo para desabafar mas eu sei que se for ali há alguém que me vai ouvir.” E isso é muito bom porque às vezes, tipo só Deus sabe aquilo que a gente passa não é? Eu falo por mim, eu sou uma mulher muito fechada e elas são ótimas para conversar, desabafar, nós sabemos que elas estão lá. Essa enfermeira que eu nem sei o nome da senhora

**[Fátima]**

Acho que é Fátima, uma senhora assim fortinha, foi uma pessoa que quando eu fui lá ouviu-me, ouviu-me [risos] eu até fiquei com pena da mulher. Fiquei porque ela ouviu-me muito e eu fiquei a ver o que é uma palavra amiga. É uma pessoa que eu não vou esquecer, que me deu muita força psicológica.

**Tem conhecimentos das ists que existem e sabe como se transmitem?**

Sim. Tanto que uma das doenças que eu nem sabia que existia, foi nesta carrinha que soube. A doença H não sei das quantas. Eu nem sabia da existência dessa doença e foram elas que me explicaram.

**[HPV?]**

HPV! Isso mesmo! Elas explicaram-me e apontaram num papelzinho para eu saber. Eu falo muito e agora ando a falar às miúdas sobre as coisas.

**A quem recorre quando tem duvidas?**

**O que acha do Projecto Autoestima?**

**Em que medida acha que o Projeto Autoestima contribui para o seu bem-estar?**

**Como encara o futuro?**

Não encaro. Eu vivo um dia de cada vez. Há muitos anos que eu vivo assim, um dia de cada vez. Hoje posso ganhar 500, amanhã não ganho nenhum, ou 100. Nunca sei o que posso fazer amanhã.

**[Gostava de sair desta vida?]**

Não... Viciei. Não vou mentir como a maioria das mulheres. Já tive um bar, um bar de karaoke, trabalhei num restaurante, pizzarias e não consigo. Não consigo, para mim é muito complicado ter de esperar 30 dias para receber um salário, é muito complicado. Já são 15 anos, já tentei, já arranjei bons maridos com muito dinheiro e não consigo. Não dá mesmo, não vou mentir e dizer que sim. Não vou mentir a mim própria.

[Obrigada pela entrevista]

De nada! Sempre às ordens!

## Caso VII

**Idade:** 44

**Nacionalidade:** brasileira

**Agregado familiar:** 3 filhos

**Número de filhos:** 3

**Residência:** Guimarães

**Escolaridade:** 7 ano

**Com que idade começou como trabalhadora do sexo?**

Aos 32 anos.

**Actualmente no seu trabalho, paga alguma percentagem do que recebe a alguém?**

Pago, aqui no bar.

**Já alguma vez interrompeu a sua actividade?**

Já, muitas vezes. Lá no Brasil.

**Durante quanto tempo e o que correu menos bem?**

Aqui vim para cá, tentei arrumar trabalho e não consegui. Arrumei um trabalho só que a pessoa me prometeu um monte de coisas só que depois não fez nada aquilo que tinha prometido e depois tratou a gente igual a cachorro. Aí eu desisti.

**De todos os riscos inerentes a esta profissão, quais aqueles que mais a marcaram? (maus-tratos corporais, menosprezo, humilhação dos clientes, abuso financeiro, contrair doenças, roubo e risco de vida)**

Acho que é risco de vida né.?A mim quando a camisinha estoura, eu particularmente fico assim arrasada, fico triste, desiludida, o dia acaba. Não tenho mais vontade de trabalhar, me dá uma tristeza, uma angústia, um desespero. É isso. É muito ruim quando estoura.

**E dos relatos de amigas ou amigos que trabalham consigo, acha que os clientes respeitam mais os trabalhadores do sexo actualmente?**

Alguns sim, outros não. A maioria respeita mas tem sempre alguém, alguns assim engraçadinhos que acham que estão pagando, quer fazer da gente o que quer. Quer abusar. Quer obrigar a fazer a gente certas coisas que a gente não faz.

**[Pedem práticas desprotegidas sem preservativo?]**

Sim...

**Qual o seu horário de trabalho?**

Das duas da tarde à uma da manhã.

**Qual é o seu rendimento mensal aproximadamente?**

Quando tá mais ou menos dá para tirar uns 1200€ por mês.

**Em média quantos clientes atende durante o período de trabalho?**

Durante a semana 4, 5, 6. Agora no final de semana às vezes 8, até 10.

**Quais são as profissões (se estão empregados) e idade dos seus clientes?**

Dos 28 aos 35. Varia né? O povo, os homens trabalham mais em fábricas de sapato como na produção.

**De que forma a crise económica deste país influenciou a sua actividade?**

Afeta... afeta um pouco porque às vezes nem sempre dá para a gente ganhar o que espera. Porque às vezes tem dias que estamos o dia inteiro e não conseguimos fazer nada. Às vezes ganha 10, às vezes 15€, das 2 da tarde às 2 da manhã.

**Em média quanto baixaram os seus rendimentos?**

Há dias e dias. Depende, há alturas que dá para você ganhar mais, dias para ganhar menos, dias para não ganhar nada. Não dá bem para falar mas ultimamente anda muito mau. Este final de semana mesmo foi muito mau.

**Sente maior pressão dos clientes solicitando práticas desprotegidas?**

Eles pedem mas eu não faço. Eu prefiro voltar para casa sem nada do que colocar a minha vida em risco. Porque a gente está nessa vida e é muito perigoso, a gente nunca sabe o dia de amanhã. Até com o preservativo às vezes é perigoso. Eu não faço, prefiro voltar para casa sem nada. Eu preciso de trabalhar para ganhar o meu dinheiro, mas o

dinheiro não faz a minha cabeça, para mim não é tudo. O dinheiro que eu ganhar depois não me vai servir para nada.

**Actualmente o dinheiro que auferes dá-lhe para as despesas?**

Dá.

**Pode fazer uma comparação do seu trabalho há 10 anos e do seu trabalho agora? O que mais mudou, na sua opinião?**

A gente fica mais experiente. Quando a gente começa a gente não tem muita experiência e com o decorrer do tempo você vai ganhando mais experiência, ficamos mais firmes, aprende a dizer não.

Antigamente quando eu comecei eu era assim muito bobinho, não tinha muita noção. Ai agora não, a gente está mais decidida e já sabemos que quando não queremos a gente não faz. Você fala não, não e não. Agora sou mais dura [risos]

**E os proprietários dos bares? A percentagem mantem-se?**

Mantém.

**Costuma recorrer a algum serviço de saúde?**

Sim.

**Tem conhecimentos das ISTs que existem e sabe como se transmitem?**

Mais ou menos. Nunca fui lá [ao autoestima] perguntar sobre isso mas a gente tem conhecimento de certas doenças, tem muitas doenças que às vezes a gente acha que não tem nada a ver, que transmite pelo contacto de boca, e a gente sabe que há muita doença que é transmitida pela boca. Hepatite, Sida, com a boca a sangrar. Elas pensam que não mas é perigoso.

**Em que medida acha que o Projeto Autoestima contribui para o seu bem-estar?**

Eu gosto porque é muito útil a gente está aqui, às vezes é mais complicado fazer uma consulta. Ir ao hospital tem que se pagar e a autoestima ajuda muito. Sem contar que elas lá são bem atenciosas com a gente. Dá atenção, a gente vai lá e elas tratam a gente super bem, eu gosto da consulta lá.

### **Como encara o futuro?**

[risos] Ai é muito ruim, porque eu não gosto daquilo que faço, só que aqui a gente não tem outra opção, ou é isso ou fico em casa. Como é que a gente vai encarar? Como vai viver? Eu gosto daqui mas eu queria ter um trabalho, ter uma vida normal. Aqui nesta vida a gente não vive, é vegetal. Você tá o tempo todo dentro do estabelecimento, não tem tempo para nada, não tem tempo para passear, não tem tempo para nada. Tudo o que você faz é contado, não tem tempo para nada, é complicado, eu não gosto.

Eu quando estou aqui e vejo o sofrimento eu, quero ir embora assim. Lá [no Brasil] eu trabalhava, arranjava emprego, e vim para aqui [Portugal] por causa do namorado e acabo ferrada.

Ainda agora eu gostava tanto de sair que tenho um namorado, ele sofre tanto com isto mas ele não pode ajudar porque ele não tem condição. Às vezes nós queremos tar junto, um dia de domingo passear só que a gente não pode, não tem como. Se eu fico 15 dias parada as coisas abanam todas, fica tudo complicado. É um dia que não se ganha, uma semana sem ter que pagar renda, energia.

Eles não deixam a gente folgar, especialmente no final de semana. É complicado.

## Caso VIII

**Idade:** 35

**Nacionalidade:** Brasileira

**Nº filhos:**2

**Agregado familiar:** ela e os filhos

**Residência:** Vizela

**Escolaridade:** 6ª classe

**Com que idade começou como trabalhadora do sexo?**

15 anos

**Actualmente no seu trabalho, paga alguma percentagem do que recebe a alguém?**

Não.

**Já alguma vez interrompeu a sua actividade?**

Já.

**Durante quanto tempo e o que correu menos bem?**

É muita despesa. Quando a gente começa a trabalhar nessa vida já está naquele ritmo daquela forma de gastar dinheiro. Temos dinheiro todos os dias, às vezes mais ou menos mas sempre tem dinheiro. Então dá mais para as despesas do que outro tipo de trabalho.

**De todos os riscos inerentes a esta profissão, quais aqueles que mais a marcaram? (maus-tratos corporais, menosprezo, humilhação dos clientes, abuso financeiro, contrair doenças, roubo e risco de vida)**

Roubo. Já fui assaltada duas vezes. Com uma arma a 1ª vez.

**E dos relatos de amigas ou amigos que trabalham consigo, acha que os clientes respeitam mais os trabalhadores do sexo actualmente?**

Alguns sim.



**Qual o seu horário de trabalho?**

Das 9:30 às 12:00. Das 14:30 às 17:00

**Qual é o seu rendimento mensal aproximadamente?**

**Em média quantos clientes atende durante o período de trabalho?**

8 e 9. Por dia depende. Quando tá muito bom uns 200€, mas quando tá mal faz até 50, 80€.

**[E já lhe aconteceu algum dia não fazer nada?]**

Já!!!

**Quais são as profissões (se estão empregados) e idade dos seus clientes?**

Profissões não sei [risos] mas a idade varia até 70, já tive clientes de 80 [risos].

De 19 anos, que menos isso a gente não faz (tem gente que faz, eu não). Dos 19 anos aos 80 anos.

**[E desempregados?]**

Sim, que estão no fundo de desemprego.

**De que forma a crise económica deste país influenciou a sua actividade?**

Ah não sei... o dinheiro! Falta de dinheiro.

Recebo bem menos, o pessoal tem pouco dinheiro. Às vezes arranjam dinheiro para vir aqui mas pouco, guardam 10€ por mês para vir aqui às meninas.

Antes vinham todas as semanas e pagavam muito mais.

Antes vinham toda a semana, quase todos os dias, 3 vezes por semana. Mudou muito.

**Em média quanto baixaram os seus rendimentos?**

Baixaram muito.

**Sente maior pressão dos clientes solicitando práticas desprotegidas?**

Agora tá mais! Muito mais.

**[Alguns tentam tirar o preservativo?]**

Ah... sim, mas eu fico sempre de olho. E faltam muitas vezes se por mais dinheiro vou sem preservativo. Há colegas minhas que devem fazer sem preservativo.

**Actualmente o dinheiro que aufere dá-lhe para as despesas?**

**Pode fazer uma comparação do seu trabalho há 10 anos e do seu trabalho agora? O que mais mudou, na sua opinião?**

Ai... eles pedem muito sem preservativo. Cada vez mais.

**[E são os mais velhos ou os mais novos?]**

Ai nem sei! Não tem diferença de idades, são todos iguais!

**E os proprietários dos bares? A percentagem mantem-se?**

Eu acho que os proprietários dos bares a percentagem baixou.

**Costuma recorrer a algum serviço de saúde?**

Eu tenho médico de família.

**Tem conhecimentos das ISTs que existem e sabe como se transmitem?**

Sim tenho bastante conhecimento.

**A quem recorre quando tem duvidas?**

Médico.

**O que acha do Projecto Autoestima?**

Eu gosto muito. É assim, houve uma época em que eu estava grávida do meu filho de novo, eu estava desesperada e recorri. A Doutora foi muito minha amiga, deu conselhos, né? Gostei muito de vocês todas. Dão camisas, conselhos, estão disponíveis.

**Em que medida acha que o Projeto Autoestima contribui para o seu bem-estar?**

**Como encara o futuro?**

Eu não quero estar sempre assim, eu já tenho 35 anos. Não queria continuar nessa vida mas só agora Deus é que vai saber o meu futuro.

## **Caso IX**

**Idade:** 41

**Agregado familiar:** Companheiro

**Nº de filhos:** 0

**Escolaridade:** 1ª classe analfabeta

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Residência:** Vizela

**Com que idade começou como trabalhadora do sexo?**

Mais ou menos há 20 anos

**Actualmente no seu trabalho, paga alguma percentagem do que recebe a alguém?**

Não, não.

**Já alguma vez interrompeu a sua actividade?**

Não, fui sempre trabalhadora do sexo.

**Durante quanto tempo e o que correu menos bem?**

**De todos os riscos inerentes a esta profissão, quais aqueles que mais a marcaram? (maus-tratos corporais, menosprezo, humilhação dos clientes, abuso financeiro, contrair doenças, roubo e risco de vida)**

Roubos... Que me partissem a cana do nariz a mim e ao cliente, roubaram-me o dinheiro. E apontaram-me uma pistola à cabeça.

**E dos relatos de amigas ou amigos que trabalham consigo, acha que os clientes respeitam mais os trabalhadores do sexo actualmente?**

Eu acho que sim, os clientes que vêm fazer sexo com nós, vêm-nos respeitar.

**Qual o seu horário de trabalho?**

Normal. Entro as 9:00 muitas vezes, saio às 12:00 para ir almoçar e saio às 16:30/17:00.

**Qual é o seu rendimento mensal aproximadamente?**

Hum... 10 contos... 40€! 30€ [por dia] Muitas vezes saio daqui a zero como a outra semana.

**Em média quantos clientes atende durante o período de trabalho?**

Ui... 2, 3. Ainda hoje fiz 1. Um só.

**Quais são as profissões (se estão empregados) e idade dos seus clientes?**

São novos, velhos, reformados. Há um pouco de tudo. Trabalham, alguns são reformados, outros andam aí a passear. Muitas vezes trabalham nas obras, muitas vezes são trolhas.

**De que forma a crise económica deste país influenciou a sua actividade?**

Com esta crise não se trabalha... os clientes são poucos. Os clientes baixaram mas muito.

**Em média quanto baixaram os seus rendimentos?**

**Sente maior pressão dos clientes solicitando práticas desprotegidas?**

Há muitos que pedem sem preservativo, mas eu exijo sempre com preservativo. Mas há muitos que chegam lá dentro e não querem e vão à vida deles.

Há outras colegas que fazem sem preservativo e fazem mais alguma coisa.

**[E tem conhecimento de várias pessoas?]**

Ui há tantas! A Ana por exemplo faz [colega que trabalha a escassos metros] Sabe quem é a Ana?

**[Sei.]**

Ela faz Sra Dra! Ela tem dias que trabalha melhor do que eu! Aqui na era. Ela por acaso hoje já foi embora tá a ver? Ja trabalhou bem. Eram 14:30 e foi embora.

**[E acha que é por causa de não usar preservativo?]**

Eu acho, aliás tenho a certeza! É sem preservativo.

**Actualmente o dinheiro que aufera dá-lhe para as despesas?**

**Pode fazer uma comparação do seu trabalho há 10 anos e do seu trabalho agora? O que mais mudou, na sua opinião?**

Há 10 anos atrás ganhava-se muito! Nada que agora aconteça e se ganhe! Dantes eu ía à cabeleireira duas vezes por semana, agora não vou. Roupas e tudo, agora não se compra tanto como antes se comprava.

**E os proprietários dos bares? A percentagem mantem-se?**

**Costuma recorrer a algum serviço de saúde?**

**Tem conhecimentos das ists que existem e sabe como se transmitem?**

Tenho sim. Eu não faço sem preservativo não sr! Não faço nada disso. [Referia-se a sexo oral e outras práticas sem preservativo.]

**A quem recorre quando tem duvidas?**

Eu conheço as doenças graças à Dra Graça. Ajudaram-me em tudo. Nunca fui à clínica lá abaixo em Guimarães porque para mim é muito longe e não há transporte para ir e para chamar um táxi é muito longe. Mas gosto muito da assistência. Preocupam-se e muito.

Tenho médico e que me ajudou.

**O que acha do Projecto Autoestima?**

**Em que medida acha que o Projeto Autoestima contribui para o seu bem-estar?**

**Como encara o futuro?**

Eu gostava de sair. Gostava de um futuro melhor longe disto. Gostava de ter a minha vida normal. Não mulher de rua porque eu estou aqui porque preciso e não porque quero estar.

**[Se arranjasse emprego noutra área ía para lá?]**

Gostava sim. Gostava mesmo. Nossa Senhora. Estou cheia disto há muitos anos. Muitas vezes ouvimos bocas que nem deveríamos ouvir.

## Caso X

**Idade:** 43

**Agregado familiar:** Não tem companheiro

**Nº filhos:** 1

**Escolaridade:** 9º ano

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Residência:** Porto

**Com que idade começou como trabalhadora do sexo?**

42 anos [Desde Junho]

**Actualmente no seu trabalho, paga alguma percentagem do que recebe a alguém?**

Sim, é meio por meio. [20€ por cliente, 10 para a casa e 10 para si]

**Já alguma vez interrompeu a sua actividade?**

**Durante quanto tempo e o que correu menos bem?**

Eu trabalhei no Hospital de São João durante muito anos. Depois vim embora da crise porque afectava o país. Entretanto fui trabalhar para um café onde tive lá 8 dias e disseram-me que a minha amiga, a mãe dela tinha um café em Penafiel e eu fui enganada e vim para este tipo de situação. Não aqui [bar na Lustosa], mas em Penafiel. Pronto, conclusão, estive lá 15 dias se tanto, ao fim de 15 dias tinha algum dinheiro junto e tentei fazer novamente a vida e como não consegui tornei a voltar outra vez.

**De todos os riscos inerentes a esta profissão, quais aqueles que mais a marcaram? (maus-tratos corporais, menosprezo, humilhação dos clientes, abuso financeiro, contrair doenças, roubo e risco de vida)**

Sim, roubo e risco de vida.

É assim, o pouco que eu tenho para já ainda não me aconteceu nada, mas não quer dizer que não venha a acontecer, não é? Mas é o que mais me intimida. A gente vai lá para cima com um cliente e não sabe se volta a descer não é?

**E dos relatos de amigas ou amigos que trabalham consigo, acha que os clientes respeitam mais os trabalhadores do sexo actualmente?**

Sim, alguns respeitam, outros não. Quer dizer eu tenho os meus clientes certinhos, nunca tive maus tratos e sempre me respeitaram. Agora sim, isto aparece de tudo, a gente não pode estar à espera que o outro respeite e outro seja igual.

**Qual o seu horário de trabalho?**

Das 14:00 às 19:00. Das 21:00 às 2:00.

**Qual é o seu rendimento mensal aproximadamente?**

**Em média quantos clientes atende durante o período de trabalho?**

Ah... ainda não fiz as contas a isso. depende, tem dias que fiz 80€, tem dias ainda ontem fiz 20€.

Isto é muito supérfluo, é muito ingrato.

**Quais são as profissões (se estão empregados) e idade dos seus clientes?**

A maior parte deles são todos empresários. Rondam os 50 anos.

**De que forma a crise económica deste país influenciou a sua actividade?**

Em tudo. Tenho um filho a estudar, está a tirar um curso. E para que não lhe falte nada, não é? Tive que me aventurar a isto? Eu antes até era contra isto. Não é como hei-de explicar. Não criticava quem fazia, mas agora quem é? Tinha uma ideia completamente diferente do que era. Só que a maioria das mulheres hoje em dia escolhem este tipo de trabalho por necessidade. Cada vez há menos emprego, as rendas aumentam nas casas e elas sujeitam-se a isto tudo.

**[Foi uma última saída não estava a arranjar emprego?]**

Exactamente. Não vale a pena termos os cursos hoje em dia. Eu tenho o curso de Geriatria, e olhe o que dá...

**Em média quanto baixaram os seus rendimentos?**

É! Por causa da crise é! Até nisto [prostituição] se nota a crise! Nota-se perfeitamente.

**Sente maior pressão dos clientes solicitando práticas desprotegidas?**

Sim. Não reajo muito bem porque quem vê caras não vê corações. Muitos deles até nos abordam aqui em baixo...

**Actualmente o dinheiro que aufera dá-lhe para as despesas?**

**Pode fazer uma comparação do seu trabalho há 10 anos e do seu trabalho agora? O que mais mudou, na sua opinião?**

[E como é a gestão da sua vida?]

Vai dando... A gente não pode esticar muito senão... Primeiro ele [o meu filho], depois ele e depois ele

**E os proprietários dos bares? A percentagem mantem-se?**

**Costuma recorrer a algum serviço de saúde?**

Não. Eu estou aqui há quatro semanas e ainda não precisei. É pouco tempo.

**Tem conhecimentos das ists que existem e sabe como se transmitem?**

Tenho [risos devido ao facto de ter trabalhado muito anos no São João].

Sei.

**A quem recorre quando tem duvidas?**

**O que acha do Projecto Autoestima?**

[a entrevistada em questão conheceu o Programa Autoestima no dia da entrevista]

**Em que medida acha que o Projeto Autoestima contribui para o seu bem-estar?**

**Como encara o futuro?**

Não sei. Isso não posso responder ainda... É viver um dia de cada vez...

[Tem esperanças em sair dessa vida?]

Sim... esta vida não é a minha vida.