

# O Par e o Ímpar: o potencial de gestão de risco para a prevenção de DST/HIV/AIDS em contextos de prostituição

*The Peer and Non-peer: the potential of risk management for HIV prevention in contexts of prostitution*

Gabriela Silva Leite<sup>I</sup>, Laura Murray<sup>II</sup>, Flavio Lenz<sup>III</sup>

**RESUMO:** Prostitutas têm sido protagonistas e foco de campanhas de prevenção de HIV desde o final da década de 1980 no Brasil. Com base em um levantamento da literatura nacional e internacional, combinada com a trajetória do movimento de prostitutas na construção da resposta brasileira à epidemia, este artigo explora as sobreposições e incoerências entre pesquisa e prática em contextos de prostituição nas últimas três décadas. Na revisão da literatura científica, verificamos que a maior vulnerabilidade desse grupo social ocorre com os parceiros íntimos, não-comerciais; entretanto, o foco das pesquisas e a forma que são feitas geralmente reforçam a ideia de que a vulnerabilidade decorre de seus clientes. Ao mesmo tempo, há poucos estudos sobre seus contextos de trabalho e fatores estruturais que influenciam práticas sexuais mais seguras com ambos os tipos de parceiros. Os efeitos negativos da criminalização, do estigma, e de abordagens exclusivamente biomédicas e baseadas de uma forma isolada na metodologia de educação pelos pares estão bem documentados na literatura científica e nas experiências de ativistas, assim como a importância de programas de prevenção baseados em direitos humanos e sexuais. Concluímos que há necessidade de ações, políticas e pesquisas que incluam o ambiente e contexto nos quais profissionais do sexo trabalham, que reincorporem o arcabouço de direitos humanos e cidadania que dominou a resposta brasileira até o final da década de 2000, e que prostitutas devem ser consideradas e tratadas como mulheres, iguais a todas as outras.

**Palavras-chave:** HIV. Gestão de riscos. Prostituição. Direitos humanos. Profissionais do sexo. Políticas públicas.

<sup>I</sup>Fundadora da Rede Brasileira de Prostitutas; Davida – Prostituição, Direitos Civis e Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>II</sup>Department of Sociomedical Sciences, Mailman School of Public Health, Columbia University – Nova York, Estados Unidos da América.

<sup>III</sup>Davida – Prostituição, Direitos Civis e Saúde; Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**Autor correspondente:** Laura Rebecca Murray. Department of Sociomedical Sciences, Mailman School of Public Health, Columbia University, 722 West 168th Street, 10032, New York, NY, EUA. E-mail: laurinhmurray@gmail.com

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Gabriela Leite recebeu apoio do Fundo Elas para Investimento Social referente ao desenvolvimento do texto.

**ABSTRACT:** Sex workers have been protagonists and the focus of HIV prevention campaigns and research since the late 1980s in Brazil. Through a review of national and international literature, combined with a history of sex workers' involvement in the construction of the Brazilian response, this article explores the overlaps and disconnects between research and practice in contexts of prostitution over the past three decades. We review the scientific literature on the epidemiology of HIV among sex workers and prevention methodologies. We conclude that although research focus and designs often reinforce the idea that sex workers' vulnerability is due to their sexual relationships with clients, their greatest vulnerability has been found to be with their non-paying intimate partners. Few studies explore their work contexts and structural factors that influence safe sex practices with both types of partners. The negative effects of criminalization, stigma, and exclusively biomedical and peer education-based approaches are well documented in the scientific literature and experiences of sex worker activists, as is the importance of prevention programs that combine empowerment and human rights-based approach to reduce HIV infection rates. We conclude that there is a need for actions, policies, and research that encompass the environment and context of sex workers' lives and reincorporate the human rights and citizenship frame that dominated the Brazilian response until the end of the 2000s. As part of HIV prevention efforts, female sex workers need to be considered above all as women, equal to all others.

**Keywords:** HIV. Risk management. Prostitution. Human rights. Sex work. Sex workers. Public policies.

## INTRODUÇÃO

O conceito de gestão de risco parte do princípio de que as pessoas são autônomas e capazes de fazer escolhas no seu melhor interesse se tiverem todas as informações necessárias para reduzir seu risco ao HIV. Neste sentido, estratégias de gestão de risco, como as promovidas pelo movimento social de prostitutas no Brasil, são estratégias que priorizam autonomia e protagonismo de indivíduos, mas que também reconhecem que o contexto no qual um indivíduo toma uma decisão tem tanto a ver com as informações disponíveis quanto com o seu interesse em proteger-se.

A questão de como prevenir o HIV em contextos de prostituição no Brasil se mantém como uma questão importante para análise e novas estratégias de prevenção. Mesmo após três décadas como protagonistas e foco de campanhas, prostitutas continuam com uma prevalência de 4,9%<sup>1</sup>, estimada a ser mais de 15 vezes maior do que a prevalência total do HIV entre a população geral de mulheres entre 15 – 49 anos<sup>2</sup>. A prostituição é por definição um contexto que envolve não somente a troca afetiva e sexual, mas também material, de modo que a gestão de risco neste contexto não pode ser somente associada à tomada de decisões que avaliam riscos de doença, mas tem necessariamente que considerar a gestão de questões financeiras e trabalhistas (por exemplo, de clientes oferecerem valores maiores para ter relações sem preservativos ou da profissional aceitar, ou negar, métodos de prevenção para manter seu trabalho).

A literatura internacional cada vez mais tem apontado a necessidade de se olhar para os contextos políticos, sociais e econômicos onde as prostitutas trabalham e vivem para entender

sua vulnerabilidade e melhor desenhar intervenções<sup>3</sup>. Uma ocupação reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego desde 2002, a prostituição tem aspectos que ainda estão dentro do Código Penal no Brasil. Sendo assim, embora a inclusão de “profissional do sexo” na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho assegure o direito à seguridade social e outros benefícios trabalhistas e à contagem censitária, as atividades comerciais ligadas à prostituição (tal como casas de prostituição) são ilegais, criando um ambiente no qual é extremamente difícil para as prostitutas trabalharem de uma forma segura. Esse contexto sugere que questões estruturais devem também ser foco de análise aprofundada em termos da sua relação com a vulnerabilidade da população ao HIV no Brasil.

Na sua revisão extensa de literatura sobre a influência de determinantes estruturais na epidemiologia global de HIV entre prostitutas, Shannon et al.<sup>3</sup> encontraram que a descriminalização da prostituição terá maior efeito na redução na incidência do HIV, evitando de 33 a 46% das infecções ao longo de uma década, mais do que o acesso à terapia anti-retroviral para prostitutas e seus clientes (que tiverem uma  $CD4 < 500$  células/mm<sup>3</sup>) seria capaz (34%). O estudo de Shannon e seus colegas indica claramente que o contexto no qual o processo decisório da prostituta sobre a prevenção do HIV acontece é tão importante quanto os métodos que ela tem disponíveis. Os editores da edição especial do Lancet sobre trabalho sexual feminino e o HIV onde o artigo de Shannon et al.<sup>3</sup> foi publicado afirmam a importância de haver solidariedade às profissionais do sexo para “proteger sua saúde e integridade e autonomia”<sup>4</sup>.

Este artigo pretende fazer um levantamento da literatura e história de intervenções do HIV em contextos de prostituição para identificar conhecimentos construídos e experiências bem sucedidas e, a partir daí, elaborar recomendações de estratégias para ampliar a autonomia de prostitutas a tomar decisões informadas para cuidar de sua saúde, promover seus direitos e se prevenir de contrair o HIV. Para tanto, foi feito um levantamento bibliográfico sobre quais têm sido as estratégias comportamentais e estruturais utilizadas para reduzir a vulnerabilidade dessa população. Sistematizamos experiências de intervenções promissoras na literatura nacional e internacional para aprender dessas experiências possíveis estratégias de gestão de risco. Levantamos o histórico das políticas públicas e intervenções feitas nacionalmente para estabelecer um pano de fundo no qual as investigações e intervenções sobre prostituição e HIV são realizadas e, assim, melhor direcionar nossas recomendações dentro da política atual no país sobre prostituição, HIV e AIDS.

## MÉTODOS

Este artigo faz um levantamento histórico e bibliográfico de literatura científica, textos institucionais e jornalísticos. Traz experiências e reflexões de mais de trinta anos de incidência política buscando mudanças sociais, políticas, culturais e econômicas nos contextos da prostituição por parte de Gabriela Leite; além da história de duas décadas de ativismo em comunicação e direitos humanos de Flavio Lenz; e da trajetória de Laura Murray relacionada à pesquisa e ativismo no campo da AIDS e direitos das prostitutas. Deve-se destacar

que as formulações centrais foram mantidas na revisão final, realizada após o falecimento da autora Gabriela Leite, em outubro de 2013.

Iniciamos por uma busca de dados históricos para a reconstrução e contextualização crítica das interlocuções e parcerias entre movimento organizado de prostitutas e o Setor Federal de Saúde, de modo a analisar contextos atuais, a partir de fontes documentais governamentais e do Terceiro Setor, além de mídia comercial e cidadã. Entre as fontes estão relatórios de eventos e estudos promovidos, financiados ou liderados pelo atual Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, e outros de iniciativa da Rede Brasileira de Prostitutas (RBP), nos acervos de Davida – Prostituição, Direitos Civis e Saúde, e da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). Foram também consultados documentos de outras naturezas produzidos por essas instituições, como manuais de prevenção, publicações, cartas e notas.

Para complementar essas fontes, foi realizada uma busca na Agência de Notícias da AIDS, na mídia comercial e em conteúdos noticiosos veiculados no site do Departamento de AIDS (Tag Notícias do Dep. de DST, AIDS e Hepatites Virais) e no jornal *Beijo da rua* (versão eletrônica e impressa), que acompanha desde 1988 o movimento organizado de prostitutas.

O levantamento bibliográfico de literatura científica e programática sobre HIV e prostituição foi feito utilizando os sistemas de busca SciELO e PubMed, do Instituto Nacional de Saúde nos Estados Unidos ([www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)), em agosto do 2013. Um levantamento de estudos relacionados a prostituição e HIV também foi realizado nos sites da Organização Mundial da Saúde, UNAIDS, Banco Mundial e o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. No SciELO, a busca foi feita com as palavras-chave “prostituição”, “profissionais do sexo”, “prostituição e HIV/AIDS”, “trabalho sexual e HIV/AIDS”, “profissionais do sexo e HIV/AIDS”, nos resumos. No sistema do PubMed, foram priorizadas publicações na categoria de “review” e os autores fizeram buscas para os termos “sex work”, “sex work and HIV prevention”, “sex work and STI prevention”, “structural interventions” e “community empowerment”, nos títulos e resumos. Ainda nos títulos e resumos, mais duas buscas foram feitas com “structural factors and sex work” e “structural interventions and sex work”.

Foram levantados 117 artigos científicos nas buscas feita no SciELO, 135 no PubMed, 10 livros e 15 relatórios nos sites de agências internacionais, e nos acervos de Davida e ABIA. Dos 252 artigos científicos, primeiro excluíram-se os artigos duplicados. Depois, foram analisados os resumos e eliminados os artigos que não eram focados exclusivamente na prostituição adulta e vulnerabilidade ao HIV e/ou DST. Os autores ainda agregaram outras publicações relevantes das referências bibliográficas identificadas a partir do levantamento inicial. Finalmente, estabeleceram-se quatro critérios específicos de organização de acordo com os objetivos do estudo:

1. textos centrados em métodos de prevenção e estratégias comportamentais para reduzir o risco de transmitir HIV;
2. artigos sobre determinantes estruturais de HIV em contextos de prostituição;
3. avaliações de intervenções de prevenção de DST e HIV com profissionais do sexo;
4. artigos sobre contextos de prostituição.

Os artigos que não entraram em uma dessas categorias foram descartados, e o total considerado para a análise foi de 82.

Dos artigos selecionados, a grande maioria era focada em mulheres profissionais do sexo. As poucas pesquisas realizadas com homens e transgêneros profissionais do sexo mostram que são contextos distintos da prostituição feminina (tanto em termos dos locais e formas de trabalhar, como nos fatores sociais e culturais que influenciam o uso de preservativo com clientes e parceiros fixos). Frente a esse fato e considerando as limitações de espaço para aprofundar essas diferenças, optou-se por um recorte mais específico, com o foco na prostituição feminina.

## RESULTADOS

### MÉTODOS DE PREVENÇÃO

Na literatura nacional e internacional, o preservativo masculino é o principal e mais eficaz método de prevenção estudado e recomendado como intervenção em contextos de prostituição. No Brasil, o uso do preservativo masculino com clientes tem sido documentado como alto. No estudo realizado entre 2008 e 2009 por Szwarcwald<sup>5</sup>, 90,1% das prostitutas entrevistadas disseram ter usado o preservativo na última relação sexual vaginal com o cliente, em comparação com 36,6% com parceiros fixos<sup>5</sup>. Em uma revisão sistemática da literatura sobre prevalência do HIV com populações vulneráveis no Brasil, Malta et al.<sup>6</sup> verificaram que prostitutas tinham três vezes mais probabilidade de usar o preservativo com clientes do que com parceiros fixos (67,3 versus 19,2%)<sup>6</sup>. Essa diferença entre uso de preservativo com clientes e parceiros fixos é consistente com os resultados de outras pesquisas realizadas no Brasil<sup>7-9</sup>, e também uma tendência destacada nas pesquisas internacionais<sup>10-12</sup>.

Somente uma pesquisa especificamente sobre o uso do preservativo feminino foi encontrada. Oliveira et al.<sup>13</sup> aplicaram um questionário semiestruturado, com uma amostra de conveniência de 19 prostitutas que relataram ter utilizado o preservativo feminino<sup>13</sup>, a grande maioria com parceiros (n = 7) ou clientes fixos (n = 8). Porém, no grupo entrevistado, 14 reportaram não ter utilizado o preservativo feminino nas últimas 5 relações sexuais. Tanto esse estudo como a avaliação realizada pela Programa Nacional de DST/AIDS em parceria com a Universidade de Brasília (UnB) com 2.712 prostitutas (que incluiu perguntas sobre o preservativo feminino)<sup>9</sup> apontam que o uso do preservativo feminino é menor que o uso do preservativo masculino em contextos de prostituição.

Embora testagem para DST e HIV tenha sido incentivada e incluída em ações educativas de prevenção, não encontramos, na literatura sobre Brasil, avaliações de acesso de prostitutas ao tratamento presuntivo de DST (PPT – *Periodic Presumptive Treatment*), testagem para DST e HIV (sem estar vinculada a outras intervenções), microbicidas vaginais, Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ou Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Na literatura internacional, uma revisão sistemática conduzida por Shamanesh et al.<sup>10</sup> de intervenções de prevenção do HIV com prostitutas em países de renda baixa e média apresenta um panorama das intervenções em 15 países<sup>10</sup>. Dos 26 estudos incluídos na análise, quatro avaliaram microbicidas e

14 tratamento para DST. Os autores não encontraram evidência da utilidade do PPT nem de microbicidas para reduzir incidência de HIV. Por sua vez, em sua meta-análise sobre PPT, Steen et al.<sup>14</sup> concluíram que o tratamento pode reduzir a prevalência de algumas DST em áreas onde ela é alta, sempre quando implementado em conjunto com intervenções de pares e distribuição de camisinhas.

## CONTEXTOS DE PROSTITUIÇÃO E SUA RELAÇÃO COM O HIV

Etnografias escritas em zonas de prostituição no Brasil destacam que essas áreas são campos de produção de afetos e produtos culturais, acadêmicos e políticos, transitados e construídos por pessoas com subjetividades que não se encaixam em construções coesas de “grupo” e, muito menos, “grupo de risco”<sup>15-19</sup>. Os tipos de espaços em que a prostituição ocorre incluem ruas, praças, hotéis, bares, estabelecimentos mais fechados como bordéis, saunas, termas e clubes privados, com recursos ainda a anúncios impressos ou na internet. Em cada um desses espaços, os tipos de relacionamentos que prostitutas mantêm com proprietários ou agentes variam desde nenhum relacionamento a acordos com regras estritas e regulações de tempo e movimento. Nos casos em que algum tipo de acordo existe, prostitutas geralmente ganham dinheiro de encontros com clientes, e proprietários lucram sobretudo com a venda de bebidas, cobrança de entrada para clientes e aluguel de quartos, em parte para evitarem ser processados pela lei brasileira contra proxenetismo. Estabelecimentos variam em termos de preço e exclusividade, e, geralmente, são mais difíceis de acessar (principalmente devido a seu status ilegal) para atividades de prevenção e mobilização quando comparados a contextos de rua ou bar<sup>15,20</sup>.

Estudos nacionais e internacionais têm avaliado a relação entre os contextos onde as mulheres trabalham e a vulnerabilidade ao HIV. Na literatura internacional, uma série de estudos tem concluído que a criminalização e a falta de lugares seguros para trabalhar estão significativamente relacionadas ao sexo não protegido<sup>21-23</sup>. Em seus estudos no Canadá com prostitutas que atuam na rua, Shannon et al.<sup>21</sup> verificaram que sexo sem camisinha estava associado a trabalhar em ruas escuras para evitar a polícia (OR = 2,08; IC95% 1,06 – 4,49) e a fazer programas em espaços públicos ou carros de clientes (OR = 2,00, IC95% 1,65 – 5,73). Em Moscou, ter sofrido ameaças por parte de donos de estabelecimentos e recentemente ter sido obrigada a ter relações sexuais com policiais foram associadas a prevalências mais altas de DST/HIV (OR = 3,65; IC95% 1,34 – 6,78 e OR = 2,50; IC95% 1,17 – 5,25 respectivamente)<sup>22</sup>. Na Índia, um estudo transversal com 835 prostitutas encontrou que ter sido presa e ter tido seu local de trabalho invadido pela polícia tinham relações significativas com a presença de sintomas de DST (OR = 3,77; IC95% 2,28 – 6,23 e OR = 3,72; IC95% 2,61 – 5,31)<sup>23</sup>.

Apesar da importância das características sociais e estruturais dos locais de trabalho na vulnerabilidade ao HIV, uma revisão sistemática da literatura sobre risco para DST e HIV entre prostitutas que trabalham em estabelecimentos apontou que a maioria dos estudos não aprofundam os contextos onde as mulheres trabalham<sup>24</sup>, optando por focar em fatores

individuais de risco. Isso também se reflete na literatura brasileira. Por exemplo, Damacena et al.<sup>1</sup> pesquisaram a associação entre a infecção pelo HIV e o tipo de local de trabalho (rua, bar, motel, etc.), tempo na profissão, preço cobrado pelo sexo, e média de encontros sexuais pagos por dia<sup>1</sup>. A análise desses dados sinaliza que fatores estruturais como vulnerabilidade econômica (quanto menor o preço, maior a prevalência: OR = 0,713; IC95% 0,522 – 0,970) e condições do trabalho (quanto maior o tempo, mais alta a prevalência: OR = 1,020; IC95% 1,013 – 1,067) apresentaram associação significativa com a infecção pelo HIV<sup>1</sup> mas ao mesmo tempo, os estudos não são desenhados para aprofundar os contextos de trabalho para entender melhor sua relação com a vulnerabilidade, ficando sempre com um viés individual.

Estudos realizados no Brasil indicam que fatores socioculturais externos ao ambiente do trabalho, sobretudo no que se relaciona com autonomia e inserção em redes sociais, também têm associações significativas com o uso do preservativo. Em sua pesquisa com 434 prostitutas no Rio de Janeiro, Kerrigan et al.<sup>25</sup> demonstraram que a coesão social e assistência mútua (definidas com oito elementos incluindo o nível de solidariedade, carinho e potencial para apoio emocional e material entre o grupo) (OR = 1,30; IC95% 1,02 – 1,66), posse de documentos oficiais e acesso a recursos (OR = 1,36; IC95% 1,11 – 1,65) e participação em organizações comunitárias (OR = 1,56; IC95% 1,04 – 2,34) estavam significativamente associados ao uso do preservativo com clientes nos quatro meses anteriores. Por sua vez, Lippman et al.<sup>26</sup> encontraram que a coesão social elevada estava inversamente associada ao número de atos sexuais sem proteção na semana anterior (IRR = 0,80;  $p < 0,01$ ) e a participação de mulheres em redes sociais estava associada a uma redução na frequência de sexo sem proteção (IRR = 0,83;  $p = 0,04$ ).

## AVALIAÇÕES DE INTERVENÇÕES

Na literatura encontrada, quatro tipos de intervenções têm sido avaliadas, todas com distribuição de preservativos: educação pelos pares, intervenções estruturais, intervenções de empoderamento comunitário e intervenções biomédicas. É importante observar que educação pelos pares tende a ser incluída como estratégia em todos os tipos de intervenções. O termo “intervenção estrutural” tem sido utilizado para descrever uma variedade de intervenções em diferentes contextos, inclusive da prostituição<sup>27</sup>, mas é aqui utilizado para se referir a estratégias que visam a alteração dos contextos sociais, políticos e culturais nos quais as prostitutas trabalham e vivem. Por exemplo, a mudança de leis que criminalizam a profissão, a redução do estigma e da desigualdade de gênero, a valorização da prostituição como trabalho e a participação efetiva de prostitutas em espaços políticos e sociais de tomada de decisão.

O termo “empoderamento comunitário” (*community empowerment*) no contexto de intervenções para prostitutas é definido na literatura como respostas que são lideradas por elas, que visam a mudar os contextos sociais e políticos onde trabalham e vivem<sup>28</sup>. Embora incluam componentes de educação pelos pares, distribuição de preservativos e acesso à testagem e tratamento de DST, as intervenções não são exclusivamente centradas em questões de

saúde e, muito menos, de DST. Tanto as intervenções estruturais como de empoderamento comunitário têm como fundamento que educação pelos pares em si não é suficiente para prevenir a transmissão de DST e HIV, algo que foi comprovado pela revisão sistemática de literatura científica recente sobre programas de educação pelos pares em países em desenvolvimento<sup>29</sup>. Embora tenham-se encontrado alguns efeitos em mudança de comportamento, sua análise de trinta estudos com diversas populações conclui que não há evidências de que a metodologia reduz a prevalência de DST e HIV quando implementada de uma forma isolada de outras intervenções comportamentais e estruturais. Medley et al.<sup>29</sup> argumentam que a falta de informações mais descritivas sobre como tais programas são implementados e avaliados também compromete conclusões mais contundentes sobre aspectos dos programas que contribuem, ou não, para sua efetividade e ainda destacam algumas questões de implementação que merecem mais atenção e análise: a forma de recrutar educadores, capacitação e supervisão de educadores, renumeração e retenção de educadores.

Na sua “etnografia travesti” de um programa de prevenção com travestis profissionais do sexo em São Paulo, Pelúcio<sup>30</sup> destaca outras considerações e críticas à metodologia de educação de pares<sup>30</sup>. Ela problematiza a forma como esses programas centram-se exclusivamente nos profissionais do sexo sem considerar seu cliente. Dessa forma, Pelúcio argumenta que a metodologia acaba reforçando o estigma em torno da prostituição de duas formas: criando desigualdades entre profissionais do sexo e mantendo-os como o “grupo de risco”, enquanto protege seus clientes dessa categoria estigmatizada (e ainda torna sua responsabilidade a proteção do cliente). A etnografia de Pelúcio mostra como a metodologia cria diferenciação, em vez de proximidade e solidariedade, entre as profissionais do sexo. Embora a intenção seja de que falam entre iguais, a metodologia em si não favorece essa possibilidade já que é estruturada em torno da ideia de que um par tem informações que o outro não tem e precisa conhecer.

Estratégias de educação pelos pares têm sido avaliadas como parte de intervenções mais amplas no Brasil. A primeira, e maior, avaliação feita de ações de prevenção voltadas às prostitutas foi a pesquisa “Avaliação da Efetividade de Ações de Prevenção Dirigidas às Profissionais do Sexo em Três Regiões Brasileiras”<sup>9</sup>. A pesquisa foi realizada durante 2000 e 2001, com 2.712 prostitutas, sendo que metade delas havia participado de algum projeto apoiado pelo Programa Nacional (PN) de DST/AIDS. Os resultados mostram diferenças significativas no uso do preservativo com clientes entre mulheres que participaram das intervenções e aquelas do grupo de controle que não foram expostas a nenhuma intervenção, sendo que as mulheres que participaram da intervenção tinham mais probabilidade de relatar uso consistente com clientes (definido como o uso do preservativo em todas as relações sexuais nos últimos seis meses) (OR = 1,86; IC95% 1,57 – 2,20). Diferenças também foram observadas no número das que relataram uso de preservativos com parceiros estáveis (OR = 1,67, IC95% 1,37 – 2,03), ter sido testadas para HIV (OR = 1,69; IC95% 1,44 – 1,98) e ter feito um exame ginecológico no ano anterior (OR = 1,55; IC95% 1,32 – 1,82)<sup>9</sup>. Como os elementos das intervenções não foram avaliados separadamente, não é possível medir o efeito da metodologia de educação pelos pares de uma forma isolada nos resultados.

Há duas experiências brasileiras de intervenções estruturais avaliadas positivamente na literatura científica. No *Projeto Encontros*, uma intervenção estrutural implementada em Corumbá (MS), em 2003, com mulheres, homens e travestis profissionais do sexo que incluiu ações de mobilização e inclusão social, Lippman et al.<sup>31</sup> encontraram maior probabilidade de relatar uso do preservativo com clientes regulares (OR = 1,9; IC95% 1,1 – 3,3) e uma probabilidade de ocorrência de DST reduzida (OR = 0,46; IC95% 0,2 – 1,3) entre profissionais do sexo ativamente envolvidos na intervenção. Na sua avaliação descritiva do “Projeto Princesinha”, uma intervenção com elementos comportamentais, socioculturais e programáticos implementada em Amazonas, Benzaken et al.<sup>32</sup> verificaram um aumento na compra de preservativos, a aprovação de uma lei municipal para dar continuidade às ações de prevenção desenvolvidas como parte do projeto e crescimento no uso do preservativo com clientes<sup>32</sup>.

Pesquisas internacionais recentes também têm apontado para a necessidade de intervenções estruturais<sup>10,28,33-35</sup>, mostrando resultados significativos na redução da incidência das DST e HIV e no aumento do uso de camisinha com clientes novos e habituais<sup>10,36</sup>. Shamanesh et al.<sup>10</sup> focaram-se em intervenções de prevenção do HIV com prostitutas em países de renda baixa e média<sup>10</sup>. Foram identificadas quatro modalidades de intervenções:

1. mudança de comportamento com promoção de camisinha;
2. microbicidas com camisinhas;
3. testagem regular e tratamento antecipado para DST combinado com camisinhas;
4. intervenções estruturais.

Na revisão, é notável como métodos biomédicos, enfocados em microbicidas vaginais e tratamento de DST, dominam a literatura internacional, representando 70% das intervenções avaliadas, sobretudo na África. Os autores destacam as limitações dos estudos levantados e dificuldades metodológicas em realizar pesquisas avaliando intervenções em contextos de prostituição, porém, mesmo com esta ressalva, concluem que há evidências de que intervenções estruturais, mudanças de políticas e/ou empoderamento de prostitutas reduzem a prevalência de DST e HIV.

Kerrigan et al.<sup>28</sup> analisaram a efetividade de intervenções de empoderamento comunitário<sup>28</sup>. A revisão foi conduzida como parte do um projeto da Organização Mundial de Saúde (OMS) para desenvolver recomendações técnicas para prevenção de DST e HIV com prostitutas<sup>36</sup>. Um total de dez estudos foi elegível para análise, de acordo com os critérios estabelecidos (ser publicado numa revista acadêmica entre 1990 e 2010, avaliar uma intervenção de empoderamento comunitário, utilizar um desenho de pré/pós, mensurar infecção por HIV, DST ou uso de preservativo, ser conduzido num país de baixa ou média renda). Eles observaram que todas as intervenções avaliadas contemplaram mobilização política, o reconhecimento do trabalho sexual como trabalho e três elementos de prevenção: educação pelos pares, distribuição de preservativos e oferta ou ampliação de serviços de testagem. A meta-análise dos estudos encontrou associações significativas entre intervenções de empoderamento comunitário e reduções em prevalência de HIV<sup>26</sup>. Os autores concluíram que embora a maioria dos estudos tenha sido observacional e de baixo rigor, os achados “têm força e importância suficiente para incentivar fortemente” a aplicação de intervenções de empoderamento comunitário de prostitutas<sup>26</sup>.

Além da literatura publicada em revistas acadêmicas, em 2012, três documentos importantes sobre prostituição e AIDS foram publicados por instituições internacionais, incluindo a OMS<sup>36</sup>; o Banco Mundial<sup>2</sup>; e a Comissão Global sobre HIV e a Lei<sup>37</sup>. Todos esses documentos recomendam intervenções estruturais, enfatizam a importância de parcerias com organizações de profissionais do sexo, e tanto o documento da Comissão Global como o da OMS recomendam explicitamente a descriminalização da prostituição. Em 2011, a Unaid também publicou quatro anexos à sua *Guidance Note* de 2009 sobre HIV e o Trabalho Sexual, que, após ampla discussão e revisão do documento original feita em conjunto com profissionais do sexo<sup>38</sup>, também recomenda firmemente programas de prevenção de caráter estrutural e a descriminalização.

## HISTÓRICO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO

O primeiro projeto de âmbito nacional para prevenção do HIV entre prostitutas, mas também junto a travestis profissionais do sexo e michês, homossexuais masculinos, presidiários e usuários de drogas injetáveis, foi o Previna (1988 – 1990). Ao inaugurar a interlocução e parcerias formais entre o Programa Nacional de DST / AIDS (PN-DST / AIDS) e lideranças e organizações dessas populações, introduziu também a metodologia de educação pelos pares nas ações de prevenção das DST / AIDS para populações específicas<sup>39</sup>.

Em 1989, a Rede Brasileira de Prostitutas (RBP), fundada dois anos antes, promoveu seu segundo encontro nacional, no Rio de Janeiro. Tratou do tema prostituição e AIDS, enfocando o engajamento das prostitutas em ações de prevenção apoiadas pelo governo e apresentando, para validação, material elaborado no âmbito do projeto Previna. Tratava-se de três manuais de prevenção, dirigidos a prostitutas, travestis e michês, e respectivas versões ampliadas destinadas ao “multiplicador”, elaborados sob a coordenação do programa dirigido pela prostituta e ativista Gabriela Leite, então no Instituto de Estudos da Religião (Iser), com assessoria do Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS de Minas Gerais (Gapa-MG)<sup>40-42</sup>. O evento representou a consolidação de uma parceria em que “sustentabilidade e descentralização das ações, protagonismo do público-alvo [...] e, principalmente, a noção de estigma foram discutidos e entendidos como fundamentais para um trabalho realmente sério”<sup>43</sup>. Essa agenda de interlocução ampliou-se para direitos humanos, cidadania, discriminação, profissão e regulamentação da atividade, além de acesso aos serviços de saúde, fortalecendo a resposta contra a visão higienista de abordagem da prostituição na vertente da transmissão de doenças, e se apropriando ainda do conceito de vulnerabilidade como marco orientador das ações de prevenção.

A partir de 1994 o projeto Previna II, viabilizado com recursos provenientes dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial, garantiu a manutenção das ações com prostitutas, por meio do apoio a projetos desenvolvidos por associações de prostitutas e ONG / AIDS atuando junto a essa população. O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), ao lado da multiplicação das organizações de prostitutas e do crescente acesso delas a fundos públicos para prevenção da epidemia, contribuiu para o fortalecimento da RBP,

a partir do III Encontro Nacional das Trabalhadoras do Sexo, em 1994. Em 1995, Davida – Prostituição, Direitos Civis e Saúde, organização fundada em 1992 sob a liderança de Gabriela Leite, reeditou o manual de prevenção para prostitutas desenvolvido para o projeto Previna, também com recursos do Ministério da Saúde, e foi distribuído para todas as organizações de prostitutas que formavam parte da RBP.

Em 1997, o movimento impediu pesquisa financiada pela Usaid que pretendia realizar testagem para HIV em áreas de prostituição no Rio e de outras cidades<sup>44</sup>. Os principais argumentos foram de que não tinha ocorrido interlocução com as prostitutas sobre a iniciativa (apurou-se que a pesquisa não havia seguido as normas da resolução de pesquisas envolvendo seres humanos — então a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, hoje a 466/2012 —, incluindo avaliação de comitê de ética), e que a abordagem por pessoal treinado para coletar sangue, desembarcando de veículo em área de prostituição, criaria constrangimentos e reforçaria o estigma. O movimento afirmou que os centros de testagem anônima eram os locais de referência para tais procedimentos<sup>44,45</sup>.

Mais adiante, em 2002, o projeto nacional Esquina da Noite, que tinha como objetivo identificar e capacitar lideranças para ampliar ações em prevenção e direitos humanos entre profissionais do sexo, mobilizou mais de 50 associações e grupos das cinco regiões<sup>39</sup>. Articulado por RBP e Coordenação Nacional de DST e AIDS (CN DST / AIDS), e financiado por esta, contou com uma coordenação geral por região (associação de prostitutas vinculada à Rede) e atividades desenvolvidas tanto por essas cinco pessoas jurídicas quanto por outras organizações e grupos informais. Todos os projetos implementados, então, deram continuidade à educação por pares e à distribuição gratuita de preservativos, mas também empregaram abordagem de direitos humanos, elevação da autoestima, direitos trabalhistas e a luta contra o estigma. O Esquina da Noite também deu origem ao projeto Tulipa, com objetivos e formato semelhantes, sob a coordenação da Articulação Nacional de Travestis e Transgêneros (Antra). A expansão do foco significou aumento no investimento e na importância atribuída ao fortalecimento da capacidade organizacional de ONGs de prostitutas e travestis, tanto para implementar projetos de prevenção do HIV, quanto para defender direitos humanos e trabalhistas.

Emblemática dessa abordagem é a campanha nacional lançado pelo Ministério da Saúde em 2002, intitulada “Sem Vergonha, Garota. Você tem profissão” e formulada em parceria com a RBP, contando com adesivos, cartilha, manual para profissionais de saúde e um *spot* para rádio. A incorporação da ideia de “profissão”, no slogan que assina os adesivos, todos iniciados por “sem vergonha de”, seguidos por “lutar pelos seus direitos”, “valorizar seu trabalho” e “ser prostituta”, refletiu o esforço do movimento organizado pelo reconhecimento da prostituição, no mesmo ano incluída na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) no Ministério de Trabalho e Emprego<sup>46</sup>. Em 2005, o governo, considerando posição do movimento de prostitutas, recusou-se a assinar acordo de cooperação com o governo americano, por meio da Usaid, para a prevenção e controle da AIDS, que incluía uma cláusula (*anti-prostitution pledge*) que condenava a prostituição e impedia o repasse de recursos para instituições que defendessem a legalização da profissão e não se opusessem explicitamente a ela<sup>47,48</sup>.

Movimento de prostitutas e governo articularam, assim, o projeto Sem Vergonha (2006-2008), com recursos nacionais. Capacitação e identificação de lideranças, protagonismo político, direitos humanos, sustentabilidade e *advocacy* foram os principais eixos desse projeto, coordenado nacionalmente por Davida, que também executou ações, e com coordenações regionais de outras associações da Rede<sup>39</sup>.

Em 2007, as prostitutas foram incluídas no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST, revisto em 2009 com a incorporação de agendas afirmativas, entre elas, a de mulheres prostitutas<sup>49</sup>. O plano foi bem recebido pelo movimento organizado, por inserir as prostitutas em políticas para as mulheres em geral, antiga demanda das ativistas, mas a avaliação da implementação do Plano apontou que houve “um volume menor de ações voltadas para os grupos de mulheres contemplados nas agendas afirmativas” em comparação com as mulheres no geral<sup>50</sup>.

No início do ano seguinte, o Brasil promoveu a I Consulta Nacional sobre DST/AIDS, Direitos Humanos e Prostituição e, poucos meses após, representantes da RBP foram recebidas pelo ministro da Saúde (à época, José Gomes Temporão), a quem apresentaram documento com 17 recomendações, dentre as dezenas elaboradas na consulta (grande parte incorporada na agenda afirmativa do Plano citado), como: levantamento das violações de direitos humanos das pessoas que exercem a prostituição e da resposta legal dada às mesmas; desvincular a prostituição dos temas exploração sexual de crianças e adolescentes, tráfico de pessoas e turismo sexual; adequar os horários de funcionamento dos serviços públicos às necessidades das pessoas que exercem a prostituição<sup>51</sup>. O ministro informou que levaria aos colegas da Justiça, Trabalho, Previdência, Cultura e da Secretaria Especial de Direitos das Mulheres outra das recomendações apresentadas, a de formação de uma comissão interministerial para tratar de diversos aspectos da prostituição, mas esta comissão nunca foi criada<sup>52</sup>.

No decorrer desse processo, a RBP anunciou em agosto de 2011 que deixaria de “participar nacionalmente de editais relacionados à AIDS” que: “comprometam os Princípios da Rede [...]; reforcem as prostitutas como repassadoras de doenças e de preservativos; não garantam sustentabilidade de ações, inviabilizando execução”. E também como forma de apontar a necessidade do “apoio de outras áreas do Estado, especialmente o reconhecimento e a regulamentação da nossa profissão”<sup>53</sup>.

Ainda de acordo com o relatório do encontro de 2011, em Belém, onde essa decisão foi tomada, os debates destacaram que “as prostitutas têm que pensar o acesso ao SUS e não esperar que as organizações levem a elas insumos; que devem ir aos postos e exigir seus preservativos, consultas e acesso”. Uma experiência na Região Sul em que prostitutas ativistas deixaram de fornecer camisinhas em suas visitas a zonas e boates, passando exclusivamente a falar de “auto-organização, direitos trabalhistas e humanos”, é relatada como “muito difícil no início”, mas “compensador[a], com muitas mulheres se inscrevendo no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e garantindo direitos pela Classificação Brasileira de Ocupação (CBO)”<sup>53</sup>.

A decisão anunciada pela Rede foi mantida até março de 2013. Neste mês, em João Pessoa (PB), associações do Norte e Nordeste, de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul participaram de uma oficina de comunicação, promovida pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites

Virais, que pretendia desenvolver uma campanha de prevenção a ser lançada em 2 de junho, Dia Internacional da Prostituta, como ocorreu, no site do departamento.

Na mesma semana, porém, três das peças virtuais da campanha foram retiradas do ar por ordem direta do então ministro da Saúde, Alexandre Padilha. Composta cada uma de texto com imagem de prostituta participante da oficina, as peças censuradas traziam as frases: “eu sou feliz sendo prostituta”; “o sonho maior é que a sociedade nos veja como cidadãos”; “não aceitar as pessoas da forma que elas são é uma violência”. Permaneceram no site as que associam prevenção exclusivamente com camisinha. A Rede Brasileira de Prostitutas emitiu nota denunciando violação dos princípios do SUS de participação da comunidade, da igualdade e da integralidade, além de “higienização da vida”<sup>54</sup>. A Rede foi convidada para uma reunião com o Ministério da Saúde, na qual representantes do ministro afirmaram que as mensagens censuradas não têm relação com saúde, mas com uma área distinta, a de direitos humanos, e pediram desculpas pelo erro técnico de não ter havido aprovação formal da campanha na hierarquia ministerial. As ativistas solicitaram pedido público de desculpas pela censura e alteração da campanha; retirada imediata do ar das peças ainda em exposição e o convite para um novo encontro, “dentro dos princípios históricos da parceria e do Sistema Único de Saúde”<sup>55</sup>. O diálogo sobre a questão nunca foi retomado e a campanha (editada) permanece no site do Departamento de AIDS<sup>56</sup>.

No entanto, em novembro de 2013, representantes de dez organizações filiadas à Rede aceitaram ser capacitadas para aplicar teste rápido de saliva para diagnóstico do vírus da AIDS nas próprias colegas prostitutas, em seus “espaços de sociabilidade”, eufemismo para áreas e casas de prostituição e espaços físicos das organizações<sup>57</sup>.

Esse modelo de intervenção vai de encontro aos princípios, estratégias e ações desenvolvidos e em parte praticados ao longo de quase 30 anos, e reunidos e publicizados na Consulta de 2008 e na agenda afirmativa de 2009. Especificamente, aquelas posições expressadas ainda em 1997, como a de que determinadas intervenções podem contribuir para o estigma, reafirmadas na Carta de Princípios da Rede Brasileira de Prostitutas, divulgada em 2008, que repudia “o oferecimento de exames e outros procedimentos médicos nos locais em que se exerce a prostituição, a não ser em casos que envolvam a população em geral”<sup>58</sup>. O modelo exclusivamente biomédico marca um abandono das políticas de prevenção baseadas nos direitos humanos, na necessidade de mudanças nos contextos sociais e políticos da prostituição e em iniciativas e políticas públicas articuladas com diferentes setores do Estado, incluindo, mas não apenas, o de saúde. Renunciar a este patrimônio comum, ao invés de preservar e desenvolver seu ambiente e suas possibilidades, pode pôr a perder uma construção histórica de grande relevância.

## DISCUSSÃO

Tanto a experiência no Brasil como as pesquisas nacionais e internacionais mostram que políticas públicas e ações que aumentam a qualidade de vida e de trabalho (e, assim, poderíamos incluir a felicidade) são as políticas de prevenção que devem ser promovidas

nos contextos de prostituição. Desse modo, os objetivos e foco das intervenções precisam avançar para além do uso da camisinha com o cliente ou testagem. O que é preciso são ações, políticas e pesquisas que se expandam para o contexto político de trabalho e redes de relações afetivas, com a visão de que a prostituta precisa ser considerada, sobretudo, uma mulher autônoma, capaz de fazer escolhas para cuidar da sua saúde.

Chamamos a atenção para quatro resultados dessa análise, que aprofundaremos na discussão antes de fazer recomendações para intervenções. Primeiro, nos métodos de prevenção, há um enfoque no uso do preservativo com clientes tanto nas pesquisas como nas intervenções, e dados não existentes (no caso do Brasil) ou não conclusivos (nas revisões internacionais) sobre métodos biomédicos. Em uma revisão sistemática da literatura sobre prevenção combinada para profissionais do sexo publicada após o levantamento feito para esse artigo, Bekker et al.<sup>59</sup> confirmam a escassez de pesquisas sobre metodologias biomédicas em contextos de prostituição e, também, que pesquisas específicas não têm sido feitas avaliando PrEP nem programas de “testar e tratar” com prostitutas<sup>59</sup>. Frente às evidências, os autores aconselham que mesmo reconhecendo os potenciais benefícios dessas metodologias biomédicas, intervenções devem sempre incluir “combinações de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, específicas para contextos locais e liderados e implementados por trabalhadores sexuais”<sup>59</sup>.

Segundo, os contextos de vida das prostitutas fora do trabalho, onde sua vulnerabilidade com parceiros fixos é muito maior, têm sido quase ignorados por pesquisas e intervenções. As prostitutas estão cientes sobre a importância do uso do preservativo, tanto que, em pesquisa realizada com mulheres presas em Fortaleza (CE), ter uma história de prostituição era um dos fatores associados ao uso adequado do preservativo ( $p < 0,049$ )<sup>60</sup> mas o uso com parceiros íntimos é baixo em todos os estudos encontrados. Faltam estudos qualitativos e mais enfocados nas relações com parceiros fixos para compreender melhor o baixo uso do preservativo nesses contextos. Pesquisas realizadas no Brasil<sup>25,26</sup> também mostraram que fatores socioculturais relacionadas com autonomia e inserção em redes sociais têm associações significativas com o uso do preservativo. Desta forma, estratégias de gestão de risco precisam ser direcionadas para o ambiente fora do trabalho para promover autonomia nas relações íntimas e sociais de prostitutas. Isso inclusive é uma demanda antiga do movimento de prostitutas, que em 2002 até levantou a possibilidade de uma campanha voltada a casais<sup>61</sup>.

Terceiro, na maior parte da literatura, a prostituição não é tratada efetivamente como profissão, sendo pesquisada, muitas vezes, dentro de uma lógica de grupo de risco. Isso é um forte contraste com as recomendações desenvolvidas por prostitutas na Consulta Nacional de 2008 e diretrizes que norteavam ações de prevenção do governo até o final dos anos 2000. Fora os relatos etnográficos, também há pouca informação sobre a organização da indústria do sexo no país e, menos ainda, sobre como fatores estruturais dos contextos de trabalho (como papel da polícia, relação com donos, criminalização de alguns aspectos da profissão) estão relacionados à vulnerabilidade desses profissionais à violência e aos agravos de saúde. Por exemplo, quais são os fatores do ambiente do trabalho que fazem com que a vulnerabilidade ao HIV aumente com o tempo na profissão? Há uma relação entre os ganhos da prostituta e o recebimento

do dinheiro diretamente do cliente ou pelo gerente local? A polícia tem prendido mulheres trabalhando? A presença de camisinhas é utilizada pela polícia para caracterizar o local como prostíbulo? Essas são perguntas que nossa análise levantou, e que precisam de respostas para o desenvolvimento de intervenções estruturais que promovam a autonomia das prostitutas para tomar decisões informadas e que integrem a atenção à saúde sexual e reprodutiva ao enfrentamento do estigma e à valorização da profissão.

Finalmente, há que se pensar sobre intervenções nas quais a legitimação e a cidadania da prostituta são vinculadas principalmente a seu papel como multiplicadora ou agente de prevenção. No início dos anos 2000, um documento referencial publicado pelo então PN DST/AIDS apontou que a metodologia de educação pelos pares pode reforçar o estigma em torno da prostituição<sup>43</sup>. Os autores afirmam que “o estigma — do qual todos querem fugir — aparece aí em sua plenitude: as prostitutas deixam de ser companheiras e passam a ser público-alvo do projeto; as monitoras ou agentes de saúde deixam de pertencer a uma categoria profissional e passam a fazer parte de outra”<sup>43</sup>. Esse trânsito para outra identidade social demonstra, justamente, o que o Lenz descreve como o “desejo de, ao contrário de par, ser ímpar”<sup>62</sup>. E, com o desejo, um desafio à educação de pares, pois, conforme Lenz argumenta, “é o fato de ser meretriz que lhe confere a legitimidade e a credibilidade de atuar como agente de prevenção”<sup>62</sup>.

Na formulação e implementação de novas tecnologias de prevenção atualmente promovidas por “pares” em áreas de prostituição, nada adianta partir do pressuposto do “par”, como sinônimo de compreensão, igualdade e simetria, e desconsiderar que a prática pode criar hierarquias. Não acreditamos que isso ocorra de forma consciente ou proposital, mas, de par a “ímpar”, parece ter sido essa, muitas vezes, a trajetória dos participantes que aderem a metodologias de multiplicadoras e educadoras de pares. O (ím)par que assume uma postura de “saber mais”, e não mais o par que “trabalha junto”. E, na prostituição, esse tipo de metodologia acaba se prestando para o resultado insidiosamente esperado: o reforço do estigma, já que o “par” deixa de ser. Não seria, então, essa metodologia, em que as educadoras acabam se transformando em quase representantes ou mediadoras do Estado, uma tutela encoberta? E uma forma de fazer valer o poder/saber do Estado à distância, sem explícita participação?

A insistência e persistência de métodos de prevenção que comprometem tanto a autonomia de prostitutas como a solidariedade entre pares sugere que mesmo passados 26 anos da Constituição de 1988 ainda não resolvemos a questão da tutela. Por que não tratamos a prostituta como sujeito, com todos os seus direitos, inclusive o de ser feliz, e o de ser respeitada como ser inteligente que sabe tomar suas decisões? Por que continuamos insistindo em implementar programas de prevenção que focam somente no uso da caminha com o cliente, quando pesquisas e o ativismo deixam claro que a maior vulnerabilidade da prostituta não está na relação com o cliente, mas com o parceiro fixo? Por que o governo federal e vários governos estaduais e municipais continuam investindo em educação pelos pares, mesmo que as pesquisas internacionais mostrem que essa metodologia sozinha não é eficaz para reduzir a prevalência do HIV? São perguntas que precisam de respostas urgentes, para que possamos desenvolver ações de prevenção sem tutela, deixando de andar em círculos.

## CONCLUSÃO

Propomos que para promover uma maior autonomia dos indivíduos dentro de estratégias de gestão de risco e evitar as tendências atuais de tutela, prostitutas precisam ser conceituadas, tratadas e respeitadas como sujeitos plenos de direitos, seja onde for que estejam amando, transando e/ou cobrando. Especificamente, recomendamos:

1. O desenvolvimento e promoção de campanhas para o público geral, segmentadas apenas por gênero e orientação sexual, idade (jovens e velhos) e outros grandes grupos. Reafirmamos que prostitutas são, acima de tudo, mulheres, e assim devem ser vistas pela saúde pública. Esse tipo de campanha também abrangerá clientes, populações fundamentais para a prevenção, que têm estado quase invisíveis nas campanhas;
2. A realização e promoção de avaliações críticas dos programas de educação pelos pares, incluindo sua forma de implementação (recrutamento de educador, supervisão e formação), questões que afetam a eficácia e o impacto do programa. Entender a implementação é chave para compreender a metodologia;
3. A realização de uma ampla revisão do que é a indústria do sexo. A prostituição inclui uma gama imensa de indivíduos que estruturam a indústria em si e, como qualquer indústria, envolve um grupo grande de pessoas com uma ampla variedade de profissões. Para desenvolver estratégias de prevenção, precisamos entender que espaço é esse, e o que acontece neste espaço. Para isso, é necessário realizar estudos qualitativos de diversas disciplinas (antropologia, sociologia, economia, comunicação, psicologia social, e direito, entre outras);
4. A implementação de intervenções na linha da saúde do trabalho em contextos de prostituição, baseada em informações mais precisas sobre a indústria do sexo. Ao desenvolver estratégias em ambientes de trabalho, nada adianta partir do pressuposto do “par”, como sinônimo de compreensão, igualdade e simetria, e desconsiderar que a prática pode criar hierarquias (tanto entre profissionais como entre profissionais e sua clientela);
5. Mais pesquisas, debates e diálogos sobre homens e travestis profissionais do sexo, tanto numa perspectiva de pesquisa quanto de intervenção. Embora haja estudos etnográficos importantes sobre ambas as populações, há uma grande lacuna de estudos que reconhecem as diversidades e complexidades da implementação de projetos de prevenção com essas populações e suas respectivas vulnerabilidades;
6. Pesquisas qualitativas e projetos pilotos para desenvolver campanhas e estratégias de gestão de risco específicas para a prevenção entre casais. A prevenção com parceiros fixos é uma dificuldade para todos, não somente prostitutas, e isso é uma área que não tem recebido a atenção que merece;
7. Apoio político de gestores da saúde pública para a interlocução do movimento organizado de prostitutas com outros setores do governo, assim como à descriminalização e a regulamentação da prostituição, como forma de garantir saúde e direitos de a profissionais do sexo.

## REFERÊNCIAS

- Damacena GN, Szwarcwald CL, de Souza Júnior PR, Dourado I. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011; 57(3): S144-52.
- Kerrigan D, Wirtz A, Baral S, Decker MR, Murray L., Poteat, T, et al. *The Global Epidemics Among Sex Workers*. Washington DC: World Bank; 2012.
- Shannon K., Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global Epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet* 2015; 385(9962): 55-71
- Das P, Horton R. Bringing sex workers to the front. *Lancet* 2015; 385(9962): 3-4.
- Szwarcwald CL. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. Relatório de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.
- Malta M, Magnanini M, Mello M, Pascom AR, Linhares Y, Bastos FI. HIV Prevalence among Female Sex Workers, Drug Users and Men who have Sex with Men in Brazil: A Systematic Review and Meta-analysis. *BMC Public Health* 2010; 10: 317.
- Benzaken AS, Garcia EG, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Loblein O. Percepção de Risco de DST e Mudanças no Comportamento Sexual das Trabalhadoras do Sexo do Município de Manacapuru, do Interior do Amazonas, Brasil. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2003; 15(2): 9-14.
- Aquino PS, Nicolau AI, Moura ERF, Pinheiro AKB. Perfil Sociodemográfico e Comportamento Sexual de Prostitutas de Fortaleza – CE. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(3): 427-34.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Shahmanesh M, Patel V, Mabey D, Cowan F. Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: a systematic review. *Trop Med Int Health* 2008; 13(5): 659-79.
- Kerrigan D, Fonner V, Stromdahl S, Kennedy C. Community Empowerment Among Female Sex Workers is an Effective HIV Prevention Intervention: A Systematic Review of the Peer-Reviewed Evidence from Low and Middle-Income Countries. *AIDS Behav* 2013; 17(6): 1926-40.
- Syvertsen JL, Robertson AM, Rolón ML, Palinkas LA, Martinez G, Rangel MG, et al. "Eyes that don't see, heart that doesn't feel": coping with sex work in intimate relationships and its implications for HIV/STI prevention. *Soci Sci Med* 2013; 87: 1-8.
- Oliveira FS, da Costa CFS, Kerber NP da C, de Barros AM, Wachholz VA, de Lemos DB. A Utilização do Preservativo Feminino pelas Profissionais do Sexo. *Enfermería Global* 2012; 11(26): 390-8.
- Steen R, Chersich M, Gerbase A, Neilsen G, Wendland A. Periodic presumptive treatment of curable sexually transmitted infections among sex workers: a systematic review. *AIDS* 2012; 26(4): 437-45.
- Oliveira JMN. *Devir Puta: políticas da prostituição de rua na experiência de quatro mulheres militantes*. 1. ed. Rio de Janeiro: Eduerj, 2013. 358 p.
- Simões S. *Vila Mimosa: Etnografia da Cidade Cenográfica da Prostituição*. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2010.
- Silva AP, Blanchette T. *Nossa Senhora do Help: Sexo, Turismo e Deslocamento Transnacional em Copacabana*. Cadernos PAGU 2008; 25: 249-80.
- Piscitelli A. Shifting Boundaries: Sex and Money in the North-East of Brazil. *Sexualities* 2007; 10(4): 489-500.
- Guimarães KM. *Merchan-Hamann. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania*. Revista Estudos Feministas 2005; 13: 525-44.
- Pimenta C, Correa S, Maksud I, Deminicis S, Olivar JM. *Sexuality and Development: Brazilian National Response to HIV/AIDS amongst Sex Workers*. Study Report. Rio de Janeiro: ABIA; 2009.
- Shannon K, Strathdee S, Shoveller J, Rusch M, Kerr T, Tyndall M. Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: Implications for HIV-prevention strategies and policy. *Am J Public Health* 2009; 99(4): 659-65.
- Decker MR, Wirtz AL, Baral SD, Peryshkina A, Mogilnyi V, Weber RA, et al. Injection drug use, sexual risk, violence and STI/HIV among Moscow female sex workers. *Sex Transm Infect* 2012; 88: 278-83.
- Erausquin JT, Reed E, Blankenship KM. Police-related experiences and HIV risk among female sex workers in Andhra Pradesh, India. *J Infect Dis* 2011; 204(suppl 5): S1223-8.
- Pitpitan, EV, Kalichman, SC, Eaton LA, Strathdee SA, Patterson TL. STI/STI risk among venue-based female sex workers across the globe: A look back and the way forward. *Curr HIV/AIDS Rep* 2013; 10(1): 65-78.
- Kerrigan D, Telles P, Torres H, Overs C, Castle C.. Community development and HIV/STI-related vulnerability among female sex workers in Rio de Janeiro, Brazil. *Health Educ Res* 2008; 23(1): 137-45.

26. Lippman S., Chinaglia M, Donini A, Diaz J, Reingold A, Kerrigan D. Findings from Encontros: a multi-level STI/HIV intervention to increase condom use, reduce STI, and change the social environment among sex workers in Brazil. *Sex Transm Dis* 2012; 39(3): 209-13.
27. Evans C, Jana S, Lambert H. What makes a structural intervention? Reducing vulnerability to HIV in community settings, with particular reference to sex work. *Glob Public Health* 2010; 5(5): 449-61.
28. Kerrigan D, Fonner V, Stromdahl S, Kennedy C. Community Empowerment Among Female Sex Workers is an Effective HIV Prevention Intervention: A Systematic Review of the Peer-Reviewed Evidence from Low and Middle-Income Countries. *AIDS Behav* 2013; 17(6): 1926-40.
29. Medley A, Kennedy C, O-Reilly K, Sweat M. Effectiveness of peer education interventions for hiv prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Preve* 2009; 21(3): 181-206.
30. Pelúcio L. *Abjeção e Desejo: Uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids*. São Paulo: Annablume FAPESP; 2009. 264 p.
31. Lippman S, Donini A, Díaz J, Chinaglia M, Reingold A, Kerrigan D. Social environmental factors are significantly associated with protective sexual behavior among sex workers: the Encontros intervention in Brazil. *Am J Public Health* 2010; 100(Suppl 1): S216-23.
32. Benzaken A, Garcia E, Sardinha JC, Pedrosa V, Paiva V. Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/AIDS na região amazônica, Brasil. *Rev Saúde Publica* 2007; 41(Supl.2): 118-26.
33. Kerrigan D, Moreno L, Rosario S, Gomez B, Jerez H, Barrington C, et al. Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *Am J Public Health* 2006; 96(1): 120-5.
34. Cornish F, Campbell C. The Social Conditions for Successful Peer Education: A Comparison of Two HIV Prevention Programs Run by Sex Workers in India and South Africa. *Am J Community Psychol* 2009; 44(1-2): 123-35.
35. Shannon K, Goldenberg SM, Deering K, Strathdee SA. HIV infection among female sex workers in concentrated and high prevalence epidemics: why a structural determinants framework is needed. *Curr Opin HIV AIDS* 2014; 9(2): 174-82.
36. World Health Organization. *HIV Prevention Programme. Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases for Sex Workers in Low and Middle Income Countries*. Geneva; 2012.
37. Global Commission on HIV & the Law. *Riscos, Direitos e Saúde*. New York: UNDP; 2012.
38. UNAIDS. *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. Geneva: UNAIDS; 2011.
39. ABIA. *Análise do Contexto da Prostituição em Relação a Direitos Humanos, Trabalho, Cultura e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; 2013.
40. *Fala, mulher da vida*. Rio de Janeiro: ISER, 1989.
41. *Estrela da noite*. Rio de Janeiro: ISER, 1989.
42. *Rapaz da noite*. Rio de Janeiro: ISER, 1989.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. *Coordenação Nacional de DST e AIDS. Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da aids*. Brasília; 2002. (Manuais, 47).
44. *Profissionais do Sexo Rejeitam a Kombi da AIDS*. Beijo da rua. Rio de Janeiro: Davida, Ano X, n.1, 1997.
45. *Beijo da rua*, Rio de Janeiro: Davida, Ano X, n.1, 1997.
46. Simões S. Identidade e política: a prostituição e o reconhecimento de um métier no Brasil. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar* 2010; 2(1): 24-6.
47. País recusa US\$48 milhões dos EUA para programa anti-AIDS – A Gazeta (ES). 03 maio 2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/pais-recusa-us-48-milhoes-dos-eua-para-programa-anti-aids-gazeta-es>. (Acessado em: 24 de agosto de 2013).
48. Okie S. Fighting HIV-Lessons from Brazil. *N Engl J Med* 2006; 354: 1977-81.
49. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/Ministério da Saúde. *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST. Versão Revisada*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/Ministério da Saúde, 2009.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST: análise da situação atual e proposta de monitoramento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
51. Brasil. Ministério da Saúde. *I Consulta Nacional sobre DST/AIDS, Direitos Humanos e Prostituição [apresentação]*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.
52. Lenz, F. *Ministro da Saúde recebe prostitutas*. Beijo da rua (online), 28/5/2008. Disponível em: [www.beijodarua.com.br/materia.asp?edicao=28&coluna=6&reportagem=798&num=1](http://www.beijodarua.com.br/materia.asp?edicao=28&coluna=6&reportagem=798&num=1). (Acesso em: 16 de novembro de 2012).
53. *Beijo da rua*, Rio de Janeiro: Davida, setembro 2011. Disponível em: <http://www.beijodarua.com.br/setembro2011.pdf>. (Acesso em: 7 de dezembro de 2013).

54. Contra o bem de todos e a felicidade geral da nação, governo viola princípios da Constituição e do SUS. Beijo da rua (on line), 7/6/2013. Disponível em: <http://www.beijodarua.com.br/materia.asp?edicao=28&coluna=6&reportagem=910&num=1>. (Acesso em: 29 de setembro de 2014).
55. Ministério da Saúde pede desculpas em reunião com prostitutas. Beijo da rua (online) 18/06/2013. Disponível em: <http://www.beijodarua.com.br/materia.asp?edicao=28&coluna=6&reportagem=912&num=1>. (Acesso em: 29 de setembro de 2014).
56. Campanha Orienta Prostitutas sobre Prevenção de DST e AIDS. <http://www.aids.gov.br/noticia/2013/campanha-orienta-prostitutas-sobre-prevencao-de-dst-e-aids>. (Acesso em: 29 de setembro de 2014).
57. DDAHV Realiza Campanha de Capacitação de ONG para Testagem Rápida de HIV/AIDS. Disponível em <http://www.aids.gov.br/noticia/2013/ddahv-realiza-capacitacao-de-ong-para-testagem-rapida-de-hivaids>. (Acesso em 7 de dezembro de 2013).
58. Carta de Princípios da Rede Brasileira de Prostitutas. Beijo da rua, Rio de Janeiro: Davida, agosto 2011. Disponível em: <http://www.beijodarua.com.br/agosto2011.pdf>. (Acesso em: 28 de setembro de 2014).
59. Bekker LG, Johnson L, Cowan F, Overs C, Besada D, Hillier S, et al. Combination HIV prevention for female sex workers: what is the evidence? *Lancet* 2015; 385(9962): 72-87.
60. Nicolau AIO, Pinheiro AKB. Sociodemographic and sex determinants of knowledge, attitude and practice of women prisoners regarding the use of condoms. *Texto & Contexto Enferm* 2012; 21(3): 581-90.
61. Bahia Grande. Beijo da rua. Nov/dez 2002. Disponível em: [www.beijodarua.com.br/materia.asp?edicao=6&coluna=6&num=0](http://www.beijodarua.com.br/materia.asp?edicao=6&coluna=6&num=0). (Acesso em 29 de setembro de 2014).
62. Lenz F. O Estado da Saúde e a “Doença” das Prostitutas: Uma Análise das Representações da Prostituição nos Discursos do SUS e do Terceiro Setor. [monografia de especialização]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. Disponível em: [http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6549/1/Flavio%20Lenz\\_monografia.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6549/1/Flavio%20Lenz_monografia.pdf). (Acesso em: 28 de setembro de 2014).

Recebido em: 19/01/2014

Versão final apresentada em: 02/11/2014

Aceito em: 18/12/2014