

Cultura e *empowerment*: promoção à saúde e prevenção da Aids entre prostitutas no Rio de Janeiro

Culture and empowerment: health promotion and Aids prevention among prostitutes in Rio de Janeiro

Carla De Meis¹

Abstract *This paper discusses the difficulties that can arise when health promotion projects are developed within marginalized groups. This could be documented using the example of aids prevention among prostitutes. We applied questionnaires and focus group interviews were performed with prostitutes in Mangue, Rio de Janeiro in 1989. Later, during the decade of 1990, we accomplished open interviews with prostitutes who frequented São João Square in Niterói and with the leaders of the prostitutes' movement of Rio de Janeiro. During the analysis of the interviews we observed that although, from a public health point of view, prostitutes are considered as a group, they seldom represent themselves in this way. In other words, while the goal of health promotion agencies and the prostitute' movement is to build a prostitutes' grassroots movement able to organize and fight for prostitutes' rights and citizenship, most of the subjects studied believed that prostitution was an evil activity and consequently created narratives which denied their belonging to the prostitutes' community.*

Key words *Stigma, Empowerment, Community organization and health promotion, Prostitution*

Resumo *Neste artigo, discutimos as dificuldades encontradas na realização de projetos de promoção à saúde entre grupos marginalizados, a partir de questionários e grupos de discussão realizados no trabalho de prevenção da aids entre prostitutas, no Mangue, no Rio de Janeiro (RJ), em 1989, passando pelas histórias de vida das prostitutas da Praça São João, em Niterói (RJ), e pelo movimento de prostitutas do Rio de Janeiro, durante a década de noventa. Na análise dos dados, observamos que, apesar de a saúde pública ver as prostitutas como um "grupo", estas raramente se viam dessa forma. Ou seja, enquanto a meta das agências de promoção à saúde e do movimento de prostitutas era a de construir uma comunidade de prostitutas que pudesse se organizar, lutando por seus direitos e cidadania, a maioria das prostitutas estudadas tinham uma representação negativa da sua atividade e, conseqüentemente, criavam narrativas que negavam o seu pertencimento ao grupo das prostitutas. Diante desse impasse, fica evidente a necessidade de se pensar o processo de empowerment e de organização comunitária, sempre levando em conta o contexto cultural do grupo em que se quer promover a saúde.*

Palavras-chave *Estigma, Empowerment, Organização comunitária e promoção à saúde, Prostituição*

¹ Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Venceslau Bras 71/ Fundos, Botafogo. 22290-140 Rio de Janeiro RJ. carlademeis@hucff.ufrj.br

Introdução

Neste artigo, descrevemos o movimento de prevenção da aids entre prostitutas no Rio de Janeiro e buscamos correlacionar as estratégias de mudança de comportamento de risco para a aids com o discurso comunitário de identidade profissional das trabalhadoras do sexo, que foi levado adiante pelo movimento das prostitutas. Esse movimento foi incentivado e promovido por fundações, nacionais e estrangeiras, ligadas à prevenção da aids, e defende que a prostituição é uma profissão como outra qualquer.

O movimento de prostitutas no Brasil teve seu início em 1987, quando um pastor protestante, alegando a defesa da moral e dos bons costumes, ameaçou despejar as prostitutas da antiga área de prostituição do Mangue, no bairro do Estácio, no Rio de Janeiro. Diante da ameaça de despejo do pastor, as prostitutas mobilizaram-se e conseguiram permanecer no local. Como sucedâneo dessa organização, tivemos o I Encontro Nacional de Prostitutas, que ocorreu em julho do mesmo ano e recebeu apoio de diversos intelectuais e artistas, assim como o incentivo de organizações não governamentais (ONG), do Ministério da Cultura e da Prefeitura do Rio de Janeiro¹. Desde então, foram criadas diversas associações de prostitutas, como a do próprio Mangue e outras espalhadas pelo país. Hoje, a Rede Brasileira de Prostitutas reúne dezenove mil profissionais do sexo, sendo que destas aproximadamente 1.800 estão no Rio de Janeiro².

A maioria das associações de prostitutas possui, como principais bandeiras, a prevenção da aids, o resgate da autoestima e o *empowerment*. A palavra *empowerment* é traduzida em português para “empoderamento” (apossar-se, conquistar) e em espanhol para “emancipación” (tornar livre, independente). *Empowerment* significa a tomada de controle, por indivíduos e coletivos, de suas vidas e do meio ambiente, tornando possível a organização comunitária e a sustentabilidade dos projetos de promoção à saúde na comunidade³.

A história da aids, no mundo e no Brasil, vai mostrar um perfil que seguirá o modelo de sua época, ou seja, a lógica da promoção à saúde. A doença foi identificada pela primeira vez em 1981, nos Estados Unidos, e foi lá que nasceu a sua primeira estratégia de prevenção. Os protagonistas dessa cena não foram as agências de saúde pública, mas o movimento *gay*, que montou a primeira medida de prevenção da doença, centrada na participação comunitária, nos grupos de pressão

e nos grupos de mútua ajuda⁴. Foi também esse tipo de estratégia que deu mostras, pela primeira vez, de conseguir controlar a infecção, reduzindo a incidência de HIV entre homossexuais americanos, principalmente entre os brancos e os de alto nível educacional⁵. Posteriormente, tal modelo, que se mostrou eficaz nos Estados Unidos, tornou-se a diretriz da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o restante do mundo⁶.

Em 1987, a OMS formalizou o programa especial de aids, mais tarde *Global Programme on Aids*, ou GPA, que distribuiu diretivas e linhas programáticas aos diferentes governos do mundo, insistindo na inclusão das ONGs na luta global contra a aids. As ONGs americanas traziam, para o combate contra a doença, as próprias pessoas com aids, criando um discurso que, além de valorizar a prevenção, a ajuda mútua e a organização comunitária, priorizava a tomada de consciência das dimensões sociais na saúde, conceito básico do movimento de promoção à saúde⁷. Objetivava-se, assim, fugir da visão dos grupos de risco como vítimas passivas, colocando-os como fonte de poder político⁸. Consoante com o pensar sanitário da época, propôs-se que as comunidades traçassem seus próprios destinos e metas. Singer⁹ exemplifica esse discurso quando escreve que as comunidades “[...] têm o direito de estar ativamente envolvidas na administração dos seus destinos e conseqüentemente de conseguirem evitar serem vitimados pelas boas (ou más) intenções dos outros”.

A prevenção da aids entre prostitutas, como já descrito, inseriu-se nesse contexto mundial de valorização da promoção à saúde. O movimento de promoção à saúde desenvolveu-se, inicialmente, a partir do “Relatório Lalonde”, em 1974, no Canadá¹⁰ e consolidou-se, oficialmente, na conferência de Alma Ata, em 1977, organizada pela OMS¹¹, e na Carta de Ottawa, em 1986¹². Nesses documentos, a promoção à saúde foi definida como sendo um processo de capacitação (*enabling*) dos indivíduos e coletivos (*communities*) para que ganhassem controle sobre os determinantes de saúde e conquistassem uma vida melhor^{13,14}.

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, que começou no fim dos anos setenta, corporificou essa mesma mudança no campo teórico da saúde pública, redefinindo a relação entre o sistema de saúde e o público propriamente dito¹⁵. Ou seja, buscou-se que as comunidades identificassem suas próprias necessidades e assumissem suas responsabilidades no desenvolvimento em saúde¹⁶. As reivindicações desse mo-

vimento incluíram a valorização das políticas de cuidados primários e de promoção à saúde no pensar e fazer sanitário, assim como a descentralização das decisões e recursos, com a aproximação do saber médico dos grupos comunitários, seguindo a mesma lógica do contexto mundial. A prevenção da aids no Brasil girou em torno deste movimento, sendo inicialmente liderada pelas ONGs e lideranças comunitárias, que posteriormente se associaram ao Ministério da Saúde e ao Estado brasileiro. Tal fato fez com que o programa de aids do Brasil adquirisse um caráter de vanguarda frente a outros programas do mundo¹⁷.

É nesse contexto do pensar sanitário que localizaremos este trabalho, em que iremos descrever como se deu o movimento de promoção à saúde e prevenção da aids entre prostitutas do Rio de Janeiro e Niterói, buscando lançar alguma luz sobre os impasses culturais que interferiram no processo de *empowerment* e de organização comunitária entre elas.

Metodologia

Meu trabalho de campo com prostitutas começou em 1989, ao apresentar um trabalho de final de disciplina na faculdade de Medicina sobre as doenças ocupacionais das prostitutas. O trabalho foi elogiado e eu, além de outra estudante do curso, passamos a ser orientadas pela professora Maria José de Andrada Serpa em um projeto de iniciação científica sobre aids e prostituição.

Nesse período, desempenhei a função de agente de saúde na prevenção da aids na área de prostituição do Mangue, também chamado de Vila Mimosa, que à época se localizava no centro da cidade do Rio de Janeiro. Apliquei 49 questionários estruturados, não validados, com 112 perguntas cada um, cobrindo questões demográficas e de saúde entre as prostitutas do Mangue. Foram realizadas também vinte entrevistas em grupo, com quatro ou cinco prostitutas em cada¹⁸.

Em 1992, no fim da minha residência em psiquiatria e início do mestrado, realizei um segundo período de trabalho de campo de pesquisa, agora de caráter etnográfico e qualitativo, para a minha dissertação de mestrado¹⁹. Nessa etapa, fiz 26 entrevistas abertas, do tipo histórias de vida, com mulheres de uma outra área de prostituição, a praça São João, em Niterói, a fim de sistematizar melhor as questões que surgiram durante a minha primeira experiência com as prostitutas do Mangue. Nessa segunda etapa, tive a ajuda de

uma auxiliar de pesquisa que anotava as falas das entrevistadas, uma vez que elas se recusavam a ter seus testemunhos gravados. Algumas prostitutas foram entrevistadas mais de uma vez. Essa etapa, na Praça São João, durou um ano.

Em seguida, iniciei o doutorado, com a proposta de melhor compreender o movimento comunitário das prostitutas²⁰. Para tal, reuni, entre 1994 e 1995, quatro entrevistas abertas, do tipo histórias de vida, com líderes e prostitutas pertencentes ao movimento de prostitutas do Rio de Janeiro, não encontrando entre estas nenhuma resistência para a gravação dos depoimentos. Também participei e gravei o Primeiro Fórum das Trabalhadoras do Sexo do Município de Duque de Caxias. Em 1999, realizei oito entrevistas abertas com líderes de ONGs que trabalhavam com a prevenção da aids entre prostitutas e/ou prostitutos. Ao todo, foram pesquisadas seis ONGs que representavam, na época, quase que a totalidade das ONGs que trabalhavam com a prevenção da aids entre prostitutas no município do Rio de Janeiro. As entrevistas foram realizadas e gravadas nas sedes das ONGs e depois transcritas.

Finalmente, vale ressaltar que a base do meu trabalho de campo é qualitativa. Além das estratégias já citadas (entrevistas abertas, etc.), utilizei a técnica de observação participante, uma vez que durante diversos anos me interessei pela questão da prevenção da aids entre prostitutas. Meu primeiro contato com uma ONG deste tipo foi em 1989 e, desde então, mantive contato informal, assim como participei de atividades junto a diversos grupos que constituem o movimento de prostitutas carioca.

Resultados

Para compreender o movimento de prostitutas no Brasil, é preciso entender o significado da prostituição na sociedade brasileira, que está estritamente ligado às divisões dos papéis sexuais e de gênero na nossa cultura. Nas culturas latinas, os papéis sociais da mulher baseiam-se em duas categorias básicas: a mulher de casa e a da rua²¹. Na primeira categoria, encontramos a mãe, que renuncia sua sexualidade, espelhando-se na imagem da virgem Maria, mãe de Cristo. Ela é a mulher sagrada, que renunciou ao êxtase do sexo para construir um lar. A outra categoria é a da mulher não controlada, a prostituta, que carrega em si o espírito de malícia, de destruição e de esterilidade²².

A partir dessa bagagem cultural, não foi surpresa o fato de termos observado, durante o trabalho de campo, a grande ambivalência das prostitutas ao falarem sobre a prostituição. As entrevistadas geralmente afirmavam “estar”, mas não “ser” prostitutas. Em todas as entrevistas, as mulheres diziam que não queriam que suas filhas se tornassem prostitutas e a maioria escondia sua atividade da família, por vergonha.

Ao interpretarmos esses dados, tivemos que considerar que, na nossa cultura, quando uma mulher se torna prostituta, ela está rompendo, no seu imaginário social, com o mundo da família, com o mundo da “boa moça”, e entrando no universo da “mulher perdida”. Entretanto, observamos que essa ruptura era geralmente virtual. Nas entrevistas, percebemos que as prostitutas não chegavam a se dissociar completamente do mundo da família. O sonho de ser uma boa moça não morria. De fato, era precisamente por isso que elas não aceitavam o universo da marginalidade, da mulher da rua, como sendo o seu²³.

Para Severino²⁴, ao entrar na prostituição, a mulher vive um período de transição, em que já deixou seus projetos prévios de ser uma “boa moça”, sem ainda ter aprendido as regras que moldarão a sua nova sociabilidade na área de prostituição. A mulher encontra-se fora de qualquer rede de sociabilidade ou suporte. Terá que aprender uma nova ética e estética, agora pertencentes a um mundo marginal. Nesse período, é frequente que ela viva a desafiliação, expressa por sentimentos de abandono, de vazio e de uma morte simbólica. A expressão “e então...eu caí na vida” era frequentemente usada pelas entrevistadas, referindo-se ao momento da sua entrada na prostituição. Essa frase representava não apenas uma mudança súbita, mas também uma queda. O autodesprezo e a rejeição eram tópicos recorrentes. Uma prostituta entrevistada por Dimenstein²⁵ diz: “Eu era uma pessoa, agora não sou ninguém”. O silêncio emerge da impossibilidade de encontrar uma autonarrativa legítima, um lugar no mundo social²⁶. A mulher prostituta fica suspensa entre os dois mundos simbólicos, o da mulher de casa e o da mulher da rua, sem estar completamente identificada a nenhum deles. É como se a fronteira virasse um país e a autonarrativa das prostitutas ficasse para sempre ligada à transição e ao não-lugar²⁷.

Para Goffman²⁸, o estigma é um atributo que desacredita a pessoa que o possui. O autor escreve que **os padrões que ele (o estigmatizado) incorporou da sociedade maior tornam-no intimamente suscetível ao que os outros vêem como seu defeito, levando-o, inevitavelmente, mesmo que em alguns**

poucos momentos, a concordar que, na verdade, ele ficou abaixo do que realmente deveria ser. A vergonha se torna uma possibilidade central. Nas entrevistas abertas, era tema frequente o da mulher não permitir que o estigma da sua atividade como prostituta contaminasse sua vida privada e, para tal, diversos mecanismos de defesa eram usados. O nome de guerra era um deles e representava um nome fictício que a mulher utilizava quando estava na área de prostituição, para que seu nome de batismo, que era visto como parte de sua herança familiar, não fosse contaminado pelo estigma de sua atividade de prostituta. A fala das entrevistadas revelava, a todo o momento, a tentativa de separar a sua vida pessoal da sua rotina na área de prostituição. Outro mecanismo de defesa contra o estigma era o das prostitutas se diferenciarem entre si. Gaspar²⁹ escreve que **As meninas demarcam fronteiras e limites ao afirmarem que são realmente prostitutas, mas que são diferentes, e consequentemente melhores, do que aquelas que “ficam em certas ruas” ou aquelas que usam drogas. O mecanismo de atribuir o estigma a outros tipos de prostituição é, consequentemente, um fator estrutural do processo de construção de identidade entre as prostitutas**. A fala de Glória é representativa desse tipo de estratégia. Ela nos diz: **“Tem mulher que briga, é escandalosa, usa drogas. Isso não é normal! Eu não sou assim e nem tenho nenhum tipo de relação com esse tipo de gente. Você tem que saber escolher as amizades. Tem gente que diz que prostituta é tudo igual. Nós somos muito diferentes. Eu não me sinto como uma prostituta”**.

Nas entrevistas da Praça São João e do Mangue, observamos que as prostitutas tendiam a se sentir estrangeiras à sua própria atividade, que era percebida, por elas mesmas, como não pertencendo à sua real identidade. Para ilustrar, observamos que 80% das entrevistadas no Mangue queriam largar a prostituição, 87% diziam ter começado na prostituição contra a vontade e 83,7% não participavam da associação de prostitutas do próprio Mangue. Na Praça São João, 84% das entrevistadas queriam largar a prostituição e 79% afirmavam ter começado na prostituição contra a vontade. Ou seja, a maioria das entrevistadas considerava a prostituição como um período transitório e negativo em suas vidas e esse padrão se repetia mesmo quando a mulher estava na prostituição há muitos anos e não possuía nenhum plano concreto de sair dela. Os dias e os anos se sobrepunham e o transitório se eternizava em suas narrativas.

Finalmente, todos os mecanismos de defesa contra o estigma descritos acima eram usados pela prostituta para convencer a si, e aos outros, que a

prostituição era uma fase transitória, não pertencendo à sua verdadeira personalidade. Era uma fatalidade temporária. Logo não era uma surpresa o nosso achado de que, em uma área de prostituição, a maioria das prostitutas não se considerasse uma verdadeira prostituta. O que encontramos, mais frequentemente, foram mulheres que permaneciam lutando e negociando para construir uma autonarrativa positiva, tentando escapar do risco permanente de sucumbir ao autodesprezo e à baixa autoestima. Entretanto, os mesmos mecanismos de defesa que permitiam às mulheres entrevistadas reduzir o seu sofrimento interno, ao se dissociarem do estigma da prostituição, iriam também mantê-las à parte do movimento de profissionais do sexo ou de outras organizações comunitárias que lutassem para a melhoria das condições de vida das prostitutas, mantendo-as, assim, à margem das políticas de promoção à saúde. Os mecanismos de defesa, que refletiam uma busca de melhorar a autoestima, paradoxalmente funcionavam como um elemento socialmente desintegrador para as nossas entrevistadas.

Discussão

Durante nossa pesquisa de campo, acompanhamos a dificuldade de algumas lideranças de ONGs do movimento de prostituta, quando do desenvolvimento de projetos de *empowerment*. O desânimo e o ressentimento foram várias vezes testemunhados por nós. Para ilustrar, relatamos uma passeata que uma ONG organizou em uma área de prostituição, no subúrbio do Rio de Janeiro, onde seria defendido o uso do preservativo pelos clientes no sexo com as prostitutas. Foram feitas várias faixas e cartazes. A passeata deveria ser levada adiante por prostitutas mas, na hora do evento, apesar da pressão da líder, todas desistiram. Quem acabou desfilando e distribuindo camisinhas, além de mim, foram três atrizes de um grupo teatral que discutia a prostituição, uma advogada ligada a causas feministas, um militante do Partido dos Trabalhadores e as próprias organizadoras do evento. Estava todo mundo lá, menos as prostitutas... que ficaram assistindo de longe, aos risos, a cena insólita que se desenvolvia. A maioria das prostitutas parecia insensível ao tipo de discurso e argumentação desenvolvidos pelas lideranças do movimento.

Perguntamo-nos, então, se criar uma organização comunitária de prostitutas não seria uma tarefa deveras ingrata, já que as próprias prostitutas não se identificavam com a identidade de prostituta, isto é, quando elas mesmas não se

consideravam verdadeiras prostitutas. Os mecanismos de defesa contra o estigma preveniam o sofrimento, mas impediam, ao mesmo tempo, o surgimento de uma “narrativa de identidade de prostituta”, boicotando a organização do grupo e a emergência de um movimento comunitário, fato tão almejado pelas agências de saúde.

Voltamos então à política de promoção à saúde que estamos observando desde o fim da década de setenta e nos perguntamos: como fazer? Como estimular as prostitutas e outros grupos excluídos a se reconhecerem como tal e começarem movimentos comunitários, tomando as rédeas dos seus destinos, postura tão exigida nos tempos modernos?

A maioria das ações de prevenção da aids e das organizações comunitárias, entre prostitutas cariocas, estão ligadas à construção de uma narrativa de profissional do sexo e, nelas, a prostituição é vista como um trabalho como outro qualquer. Entretanto, a idéia de prostituição ser um trabalho pressupõe a aceitação da noção moderna da igualdade entre os gêneros, na qual à mulher é permitido dissociar sexo do amor e do casamento, o que não foi o observado durante a maioria das entrevistas na Praça São João e no Mangue. O que percebíamos na pesquisa de campo era que as prostitutas entrevistadas possuíam um espectro de valores mais tradicional, que as impedia de transformar a prostituição em trabalho e, por isso, tendiam a considerar legítima a situação de exclusão em que viviam, por reafirmarem a ideologia hegemônica na sua cultura.

Carvalho³⁰ afirma que o *empowerment* demanda mais do que o “controle sobre os determinantes da saúde”, envolvendo também o controle dos indivíduos sobre o próprio destino. Para o autor, ser dono do próprio destino é um processo que demanda autoestima e individualidade, de forma que, apenas na posse desses atributos, o sujeito seja capaz de analisar criticamente o seu meio social. Tais competências, centrais na promoção à saúde, refletem o âmago da noção de *empowerment* e implicam uma postura de inovação, de ruptura, ou de revolução, frente à sociedade. Entretanto, essa postura é típica da cultura moderna, estando menos presente nos grupos mais tradicionais. Ou seja, os dilemas na prevenção da aids entre prostitutas vão refletir uma questão maior, em que o sistema global - baseado nas noções de igualdade, cidadania, autonomia e autorresponsabilização, que refletem a lógica da promoção à saúde - entra em conflito com comunidades locais de perfil mais paternalista e tradicional, que têm maior dificuldade de questionar os valores hegemônicos^{31,32}.

A sociedade brasileira possui um perfil heterogêneo. Os grupos menos escolarizados e de menor poder aquisitivo tendem a ser mais tradicionais^{33,34}. Cria-se, assim, uma dificuldade crônica de diálogo entre agências de saúde e grupos excluídos, por possuírem *ethos* e noções de sujeito diferentes^{35,36}. Como resultado, teremos o fato de que serão os grupos mais tradicionais, portanto os mais desajustados dentro do sistema global, ou seja, os que têm maior necessidade de apoio e suporte das políticas de saúde, os que terão maior dificuldade para se adequar ao discurso de promoção da saúde^{37,38}.

Vários autores afirmam que não é possível pensar em processos de *empowerment* comunitário sem levar em conta as demais instâncias de funcionamento da vida em sociedade, entre as quais a intrapsíquica, a intersubjetiva e a étnico-cultural. Uma prescrição de promoção a saúde que se baseie apenas em princípios pragmáticos e racionais, sem levar em consideração a subjetividade e valores de cada grupo social, pode fazer com que esta estratégia se torne vazia de significado^{39,40}. Logo, apesar de o modelo de participação comunitária ter sido adotado em quase todos os países, o grande sucesso que lhe era esperado teve vida curta⁴¹. A palavra de ordem atual é a cautela. Ganha cada vez mais ênfase a idéia do *culturally appropriate* (culturalmente apropriado/respeito às características culturais locais). A resposta à aids, centrada na participação comunitária, ocorreu nos Estados Unidos na década de oitenta, em um país e em uma época em que os valores liberal-individualistas tinham grande força⁴². Tentar transpor tal modelo para um contexto como o brasileiro, sem mudanças importantes em seu esqueleto, implicará risco de fracasso e mal-entendidos.

Voltamos então para a nossa questão inicial: como fazer para que as prostitutas construam uma narrativa de identidade profissional, de profissionais do sexo, se vimos que elas próprias estão sempre lutando para provar que não são prostitutas, mas que estão prostitutas por um acaso do destino, por necessidade momentânea? Como “tomar posse” de algo que não se quer, de algo associado ao estigma e ao desvalor social em sua cultura?

Alguns autores colocam que o *empowerment* não pode ser visto, conforme alguns administradores e teóricos comportamentais desejam, como um poder dado de um sujeito (ou grupo), para um outro, em que o primeiro é considerado detentor natural deste poder e o outro, completamente destituído dele^{43,44}. Para VanderPlaat⁴⁵, “a

habilidade de gerar *empowerment* e de ajudar na capacidade de alguém se *empoderar* vem do reconhecimento mútuo de que todos podemos contribuir na construção do conhecimento e da mudança social, mas que, neste processo, todos temos que aprender [...]”. Ter a humildade e a sensibilidade de perceber que a visão de mundo da saúde pública é datada e coexiste com outras visões radicalmente diferentes é um passo importante para alcançarmos uma melhor comunicação e eficácia dentro de uma política de promoção à saúde. Ao ouvir os grupos marginalizados, com quem queremos trabalhar, devemos aprender com o seu saber e nos deixar *empoderar* por seu poder, pois como diz VanderPlaat⁴⁵, “o *empowerment* é sempre mútuo”. Ouvir e compreender a prostituta que nega a si mesma pode ser um passo importante na melhoria dessa comunicação.

É, então, nessa busca de uma melhor comunicação entre saúde pública e grupos marginalizados na promoção à saúde, que se inclui a proposta da avaliação desses programas⁴⁶⁻⁴⁸. Para Guba e Lincoln⁴⁹, o avaliador deve ter um papel que vá além do de um simples técnico que colhe informações, para ser, também, um maestro (ou catalisador) do processo de negociação entre os agentes da saúde e a população no processo de promoção à saúde. Nessa busca de mediação, torna-se importante a presença, dentro das equipes de avaliação de promoção da saúde, das ciências sociais e das metodologias qualitativas, que possuem um papel privilegiado no processo de leitura e “tradução”, dos valores e códigos dos grupos estigmatizados junto à saúde pública^{50,51}.

Finalmente, o modelo da participação comunitária, implica a existência de uma comunidade e não de sujeitos que se sobrepõem sem criar uma identidade comum, que foi o que observamos, na maior parte do tempo, no nosso estudo com prostitutas. Negar tal realidade pode fazer com que a promoção à saúde - uma estratégia a princípio libertadora - corra o risco de consolidar uma exclusão pré-existente. Castiel⁵² alerta para o fato de que os discursos da promoção da saúde e da evitação de riscos acabem por refletir a ótica neoliberal, gerando grupos de indivíduos entregues a si próprios, por terem sido incapazes de se organizar e de criar uma solidariedade grupal voltada para a promoção da saúde e da cidadania. Desenvolver projetos de avaliação, buscando ouvir e aprender com os grupos locais, é um importante desafio para que a estratégia de promoção à saúde seja realmente eficaz e aberta aos grupos mais excluídos e mais necessitados das ações da saúde pública.

Agradecimentos

Ao Professor João Ferreira da Silva Filho e à Professora Jane Araújo Russo pela orientação.

Referências

- Moraes AF. *Mulheres da Vila: Prostituição, identidade social e movimento associativo*. Petrópolis: Vozes; 1996.
- "Prostitutas vão mover ação contra preconceito". *O Globo* 2007; 28 de junho. p.16.
- Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(4):1088-1095.
- Pollak M. *Os homossexuais e a aids: sociologia de uma epidemia*. São Paulo: Estação Liberdade; 1990.
- WHO. *WHO Report on the Global HIV/Aids Epidemic*. 1998. [site da Internet] Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Report/1998/19981125_global_epidemic_report_en.pdf
- Aggleton P, O' Reilly K, Slutkin G, Davier P. Risking everything? Risk behavior, behavior change and aids. *Science* 1994; 265: 341-345.
- Landim L, Beres N, List R, Salomon LM. Brazil In: Salomon LM, List R, Sokolowski SW, Toepler S, Anheier HK, editors. *Global civil society: dimensions of the nonprofit sector*. Baltimore: Kumarian Press; 1999. p. 393-410.
- Larvie SP. Personal Improvement, National Development: Theories of Aids Prevention in Rio de Janeiro, Brazil. In: Leibing A, editor. *The Medical Anthropologies in Brazil*. Berlin: VWB; 1997. p. 97-114.
- Singer M. Knowledge for use: Anthropology and Community-centered substance abuse research. *Soc Sci Med* 1993; 37(1):15-16.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.
- Declaração de Alma Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. [site da Internet] Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
- World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion – Health Promotion (HPR). 1986. [site da Internet] Disponível em: <http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>
- Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):669-678.
- Souza EM, Grundy E. Promoção da Saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1354-1360.
- Pedrosa JIS. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):617-626.
- Stone L. Cultural Influences in Community Participation in Health. *Soc Sci Med* 1992; 35:409-417.
- Teixeira PR. Políticas públicas em aids. In: Parker R, organizador. *Políticas, instituições e aids: Enfrentando a Epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA; 1997. p. 43-68.
- De Meis C, Vasconcellos ACP, Linhares D, Andrada-Serpa MJ. HIV-1 Infection Among Prostitutes in Rio de Janeiro, Brazil. *Aids* 1991; 5(2):236-237.
- De Meis C. *Prostituição, uma profissão? Liminaridade, morte e vazio na trajetória da aquisição de uma identidade de prostituta* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1996.
- De Meis C. *Jardim de Sombras: Movimentos de resgate entre prostitutas e prostitutas no Rio de Janeiro* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.
- Aragão LT. Em nome da mãe: posição estrutural e disposições sociais que envolvem a categoria mãe na civilização mediterrânea e na sociedade brasileira. In: Franchetto B, Cavalcanti MLVC, Heilborn ML, organizadoras. *Perspectivas Antropológicas da Mulher: Vol. 3*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1983. p. 109-145.
- Engel M. *Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. São Paulo: Brasiliense; 1989.
- De Meis C. Subjectivity, Social Suffering, Liminality and Suicide among Prostitutes in Brazil. *Urban Anthropology* 1999; 28(1):65-101.
- Severino FES. *Memória de Morte, Memória de Exclusão: Prostituição, Marginalidade Social e Reconquista da Cidadania*. São Paulo: Letras&Letras; 1993.
- Dimenstein G. *Meninas da noite: a prostituição de meninas-escravas no Brasil*. São Paulo: Ática; 1992.
- Bibeau G, Perreault M. *Dérives Montréalaises: À travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Montréal: Boréal; 1995.
- De Meis C. House and Street: Narratives of identity in a liminal space among prostitutes in Brazil. *Ethos* 2002; 30(1/2):3-24.
- Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.

29. Gaspar MD. *Garotas de Programa: Prostituição em Copacabana e Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
30. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(4):1088-1095.
31. Bibeau G. Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda. *Transcultural Psychiatry* 1997; 34(1):9-41.
32. Castiel LD. Insegurança, ética e comunicação em saúde pública. *Rev. Saude Publica* 2003; 37(2):161-167.
33. Duarte LFD. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar /CNPq; 1988.
34. Velho G. Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.
35. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):63-72.
36. Castiel LD. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria "comunidade". *Rev. Saude Publica* 2004; 38(5):615-622.
37. Hyndman B. "The evolution of health promotion. Health promotion in action: a review of the effectiveness of health promotion strategies." Toronto: Centre for Health Promotion/ ParticipACTION; 1998.
38. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(4):1088-1095.
39. Chor D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):423-425.
40. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):669-678.
41. Woelk GB. Cultural and structural influences in the creation of participation in community health programmes. *Soc Sci Med* 1992; 35(4):419-424.
42. Beeker C, Guenther-Grey C, Raj A. Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/aids. *Soc Sci Med* 1998; 47(7):831-842.
43. Conger JA, Kanungo RN. The empowerment process: integrating theory and practice. *Acad Manage Rev* 1988; 15:471-482.
44. Thomas KW, Velthouse BA. Cognitive elements of empowerment: an interpretative model of intrinsic task motivation. *Acad Manage Rev* 1990; 15: 666-681.
45. VanderPlaat M. Locating the feminist scholar: relational empowerment and social activism. *Qual Health Res* 1999; 9 (6):773-785.
46. Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. *Empowerment* e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):655-667.
47. Symes SL. Social determinants of health: the community as an empowered partner. *Preventing Chronic Disease* [periódico na Internet]. Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0001.htm
48. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as praticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):583-592.
49. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth Generation Evaluation*. London: Sage Publications; 1989.
50. Singer M. Knowledge for use: Anthropology and community-centered substance abuse research. *Soc Sci Med* 1993; 37(1):15-25.
51. Yang LH. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med* 2007; 64:15-1535.
52. Castiel LD, Diaz CAD. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Artigo apresentado em 12/06/2008

Aprovado em 18/11/2008

Versão final apresentada em 01/12/2008