

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



**RISCO E SAÚDE NO CONTEXTO DO VIH/SIDA
O Caso da Prostituição na Baixa da Cidade de Maputo**

Baltazar Samuel Muianga

Dissertação Submetida como Requisito Parcial para Obtenção do Grau de

**Mestre em Estudos Africanos – Desenvolvimento Social e Económico
em África: Análise e Gestão**

Orientadora:

**Doutora Graça Carapinheiro
(Professora Catedrática, ISCTE)**

Março, 2009

Índice

Resumo.....	3
Abstract.....	4
Dedicatória.....	5
Agradecimentos.....	7
Lista de Acrónimos.....	8
Introdução.....	1
Capítulo 1.....	20
1.1 Contextualizando a Doença e Justificação do Estudo.....	20
Capítulo 2.....	25
2.1 Do “estado da arte” à problemática.....	25
Capítulo 3.....	32
3.1 Enquadramento Teórico.....	32
Capítulo 4.....	40
4.1 Conceptualização.....	40
4.1.1 Prostituição.....	40
4.1.2 SIDA.....	42
4.1.3 ”Stock de conhecimento”.....	43
4.1.4 Zonas de Relevância (intrínsecas e impostas).....	44
4.2 Conceitos auxiliares.....	46
4.2.1 Identidade social.....	46
4.2.2 Espaço social, poder e capitais.....	46
4.2.3 Dominação Masculina.....	48
Capítulo 5.....	49
5.1 Métodos e Técnicas.....	49
5.1.2 Constrangimentos de pesquisa no terreno.....	49
5.1.3 Métodos e técnicas.....	50
5.1.4 Pesquisa bibliográfica.....	50
5.1.5 Observação.....	51
5.1.6 Entrevista.....	52
5.1.7 Selecção da amostra.....	53
Capítulo 6.....	54
6.1 Apresentação e interpretação dos dados de pesquisa.....	54
6.1.1 O campo de análise.....	54
6.1.2 O quotidiano da Rua do Bagamoyo.....	55
6.1.3 Traços Sociais e Contextos de Origem.....	60
6.1.4 Motivações para a prática da prostituição.....	62
6.1.5 Percepções e conhecimentos sobre VIH/SIDA.....	65
6.1.6 Factores de risco no contexto de prostituição de rua.....	68
6.1.7 “Saberes e práticas de prudência” face ao risco.....	75
6.1.8 Tirando a “máscara” e exposição ao risco.....	81
7.Considerações Finais.....	84
Bibliografia.....	88
Anexos.....	94

Resumo

Tendo como estudo de caso a “Rua do Bagamoyo”, na baixa da cidade de Maputo, a presente dissertação tem por objectivo identificar as estratégias a que as trabalhadoras de sexo recorrem para fazer frente ao risco de infecção pelo VIH/SIDA, por um lado e, por outro, compreender a eficácia destas respostas face aos condicionalismos sociais que influenciam significativamente a gestão de risco e saúde neste grupo social.

O processo de pesquisa empírica teve como base uma metodologia qualitativa. Em síntese, a análise dos dados permite concluir que as prostitutas possuem um “stock social de conhecimento” sobre o VIH/SIDA, que impregna o conhecimento da sua vida quotidiana. Portanto, a problemática do VIH/SIDA para este grupo social, se coloca em torno das condicionantes estruturais que propiciam práticas de risco neste contexto social. Assim, face a esses condicionalismos, as prostitutas desenvolvem saberes e práticas de prudência, com vista à minimização dos perigos subjacentes a esta actividade.

Em conclusão, pode-se inferir que no contexto da prostituição, o recurso às estratégias defensivas confere a estas mulheres um maior controlo e uma relativa autonomia em relação à negociação do uso do preservativo. Contudo, no domínio privado da sexualidade as prostitutas não observam o mesmo rigor na prevenção de doenças. Este facto deve-se fundamentalmente ao envolvimento emocional e as relações de confiança subjacente ao relacionamento com os seus parceiros regulares, o que resulta na não adopção de mecanismos de gestão e vigilância da saúde face ao VIH/SIDA fora do universo da prostituição.

Palavras-chave: *Prostituição, VIH/SIDA, “Identidade social virtual”, “Identidade social real” e “zonas de relevância”.*

Abstract

Having as a case of study the “Bagamoyo Street”, located in the downtown of Maputo city, the present dissertation aims to identify on one hand, the strategies that sex workers appeal to face the risk of infection by HIV/AIDS, and to comprehend on the other hand, the efficacy of these responses in face of the social conditionalisms which strongly influence risk and health management within this social group.

The process of the empirical research followed a qualitative methodology. In this way, the data analysis enable us to conclude that prostitutes have “a social stock of knowledge” about HIV/AIDS, which is absorbed by the knowledge of their day-to-day life. Therefore, the issue of HIV/AIDS for this group, is placed around the structural conditions that provide practices of risk in social context. Thus, taking into account these conditionalisms, prostitutes develop knowledges and practices leading to precaution behaviours, aiming the minimization of the underlying dangers of this activity.

In conclusion, it can be deduced that in the context of prostitution, the use of defensive strategies equip these women with a larger control and a relative autonomy in relation to the negotiation of the condom usage. However, within the private sphere of sexuality prostitutes do not follow the same rigidity in the disease prevention area. This fact, results basically from the underlying emotional attachments and confidence relationships with their regular partners, which results in the non adoption of the mechanisms of health management and surveillance in face of HIV/AIDS, outside the universe of prostitution.

Key- words: *Prostitution, HIV/AIDS, “Virtual social identity”, “Actual social identity” and “Zones of relevance”.*

Dedicatória

Em Memória dos Meus Pais

Eva Abias Chembene

e

Samuel Muianga

Em dedicação especial à Emília, pelo amor e compreensão e ao meu filho Keith, com a esperança de que siga o mesmo exemplo.

Agradecimentos

O meu preito vai para minha Orientadora, Professora Doutora Graça Carapinheiro, não só pelo facto de ter aceite a orientação científica desta dissertação, mas também pelo apoio prestado, pelas críticas e sugestões e sobretudo pelas recomendações teóricas e metodológicas. Um enorme reconhecimento ao apoio prestado pelos professores, Eduardo Costa Dias (ISCTE), Elísio Macamo (Bayreuth) e Adriano Maurício (UEM).

À direcção do Departamento de Sociologia da Universidade Eduardo Mondlane vai o nosso reconhecimento pelo incentivo e auxílio para a nossa deslocação a Lisboa. Agradecemos em particular a atenção e o apoio do Prof. Doutor Samuel Quive, Prof. Doutora Nair Teles e à Dr.^a Maria J. Chipenembe.

Especiais agradecimentos são dirigidos também à Dra. Alcinda e Valeriana do (PSI-Moçambique), a Dra. Benigna Matsinhe da Direcção da Saúde da Cidade de Maputo, ao Dr. Jeremias, a Páscoa João e José, do Centro de Saúde do Porto de Maputo, ao Keneth e ao Stélio do MISAU, Arminda Zandamela (Pathfinder International) e a Chantal (UNFPA), e as educadoras de pares do projecto “100% Vida”. Uma palavra de profundo apreço às trabalhadoras de sexo, da Baixa da cidade de Maputo, sem as quais não seria possível a realização deste trabalho. A elas a minha mais profunda gratidão.

Gostaríamos de assinalar a nossa grande dívida para com o “DJ Maninho” pelo apoio prestado, sobretudo por ter facilitado algumas entrevistas com as trabalhadoras de sexo. Ao Guatura e ao Ivan pela companhia nocturna na “downtown” de Maputo. À Tânia Ferreira, um kanimambo enorme pelas traduções.

Apreciámos os comentários, as críticas e sugestões do Danúbio Lihabe, Emídio Gune, Elísio Jossias, Joana Azevedo, Rehana Capurchande, Osvaldo Guirruço, Hélder Jauana e Neto Sequeira.

Os agradecimentos são extensivos a todos colegas do MEA16, em especial ao “el Comandante” Zé, Eurice, Abel, Marta, Inês, Dilízia e Pascoal. Um “*special thanks*” vai também para o Moisés, Nipassa, Victó e ao Altino pela inserção à velha metrópole. Ao Chefo, Chico, Ernesto, Jonas, Cortez, Názia, Zy, Leo, Filda, Vasintoni, vai um abraço XL pela amizade e companheirismo.

Por fim, o trabalho é calorosamente dedicado à minha família, aos meus irmãos, Donato, (pelo incansável e incondicional apoio durante toda minha formação), Henriqueta, Anabela, Amélia, aos meus tios, sobrinhos, primos, sogros e cunhados.

A todos “grazie mille”

Lista de Acrónimos

ARPAC.....	Arquivo do Património Cultural Moçambicano
ATS	Aconselhamento Testagem e Saúde
CNCS.....	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
DSCM.....	Direcção de Saúde da Cidade do Maputo
INE.....	Instituto Nacional de Estatística
FMI.....	Fundo Monetário Internacional
FRELIMO.....	Frente de Libertação de Moçambique
VIH.....	Vírus de Imunodeficiência Humana
ITS.....	Infecções de Transmissão Sexual
MISAU.....	Ministério da Saúde
Mt.....	Meticais
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
ONUSIDA.....	Organização das Nações Unidas de combate ao SIDA
PARPA.....	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PEN.....	Plano estratégico Nacional
PRE.....	Programa de Reabilitação Económica
PNUD.....	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSI.....	Population Service International
SIDA.....	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
RVE.....	Ronda de Vigilância Epidemiológica
UEM.....	Universidade Eduardo Mondlane
UNAIDS.....	Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA

Introdução

“... se a prostituição é de facto a mais velha profissão do mundo, então de certeza, que a segunda mais velha é a dos homens que escrevem sobre ela.”¹

Nickie Roberts

O presente estudo teve como objectivos reflectir sobre a problemática do VIH/SIDA no contexto da prostituição de Rua, procurando compreender em que condições sociais é plausível afirmar que as trabalhadoras de sexo são um factor determinante da disseminação do VIH/SIDA. Para a realização do mesmo, tomámos como “laboratório” de análise a “Rua do Bagamoyo”, na baixa da cidade de Maputo, em Moçambique.

A prostituição esteve sempre presente no desenrolar de diferentes períodos históricos da nossa civilização, desde a Idade de Pedra até a actualidade, daí que seja considerada por muitos autores como sendo “a profissão mais velha do mundo”. No Estado bárbaro em que viviam os primeiros habitantes da terra, guiados pelo instinto brutal dos apetites carnis, a prostituição deitou então as suas primeiras raízes. A mulher tinha que oferecer o seu corpo à sensualidade do homem para obter uma parte da caça ou pesca.²

Contudo, é por volta do segundo milénio antes de Cristo que a instituição da sagrada prostituição se tornou visível e que foi registada por escrito pela primeira vez. A prostituição sagrada era um ritual sexual que se tornou parte integrante do culto religioso das primeiras civilizações do mundo. Nos templos do antigo Egipto e da Mesopotâmia, onde o sexo era visto em grande parte como sagrado, as pessoas prestavam culto à Deusa³ através de antigos ritos sexuais.⁴ É aqui onde a verdadeira

¹ Roberts, N. *A Prostituição Através dos Tempos na Sociedade Ocidental*, Lisboa, Editorial Presença, 1996, p. 13.

² AA.VV. *História Geral da Prostituição: Origem, Causas e Efeitos*, Porto, Escripório de Publicações, S.D.

³ De acordo com Roberts (op. cit., p.18-20), a Grande Deusa inicialmente conhecida como Inana, mais tarde como Ishtar, dominava todo o berço da civilização no antigo médio Oriente, desde o início da história até cerca de 3.000 a.C.; a prostituição era um ponto fulcral do ritual sagrado. A própria Ishtar era identificada como prostituta e, estando os templos (que ainda eram centros do poder religioso, político e económico na Mesopotâmia) cheios de sacerdotizas-prostitutas, o estatuto da prostituta era elevado, pois eram agentes poderosas e prestigiadas por direito próprio e o seu trabalho era visto como civilizador.

⁴ Id., *ibid.*, p. 18, 23.

história da prostituição começa; com as sacerdotisas dos templos, simultaneamente mulheres sagradas, as primeiras prostitutas da história.

Em Atenas, sob governação do Sólon, na viragem do século V a. C, a prostituição floresceu significativamente e o Estado rapidamente lançou impostos sobre os imensos lucros produzidos pelas prostitutas. Neste período, o Estado é que dirigia os bordéis oficiais, que foram surgindo um pouco por toda a parte em Atenas.

Já na antiga Roma, a prostituição era uma profissão socialmente aceite, que não maculava as trabalhadoras do ramo. As atitudes romanas em relação à prostituição eram, como sugere Nickie Roberts, de alguma forma similares às dos antigos gregos, os homens tendiam a justificá-la como uma forma de proteger o seu casamento, pelo facto de afastar do adultério os jovens desocupados. Embora os romanos não possuíssem nem dirigissem bordéis estatais, como os gregos, conseguiram introduzir na Europa o primeiro sistema de registo de prostitutas das classes baixas. Daqui resultou a divisão das prostitutas em dois grupos: as *meretrizes* registadas e as *prostibulae* não registadas (de onde deriva a palavra prostituta). De salientar que, de acordo com a autora, a prostituição na Roma antiga era diferente da que se praticava nas outras civilizações, onde não existia a versão religiosa da prostituição.⁵

Neste período, a sexualidade e prostituição eram factos aceites na sociedade, “eram realidades publicamente expostas, exploradas, discutidas e celebradas”. A prostituição era uma grande fonte de rendimento do Estado, pois este vivia dos lucros que esta actividade produzia. Portanto, a prostituição era uma opção de vida e uma actividade valorizada socialmente, onde as suas praticantes gozavam de um *status* social apreciável. Já no final do século XIX, com os efeitos sociais da Revolução Industrial, assinala-se um desemprego “estrutural” de cerca de 15%. Por todo lado, a vida quotidiana é acompanhado pela mendicidade junto das instituições caritativas devido aos baixos salários que os operários auferiam.⁶

⁵ Ibid., p. 29, 52-57.

⁶Rioux, J. *A Revolução Industrial: Implicações Económicas e Sociais (Textos Historiográficos)*, Lisboa, Dom Quixote, 1996, p.57.

Com esta situação, a actividade prostitucional muda de cenário. A revolução trouxe maiores consequências para as mulheres das classes trabalhadoras. As mulheres recebiam menos do que os homens, o que as deixava em desvantagem na luta desesperada que travavam pela sua sobrevivência: elas eram mais pobres e sem privilégios. Assim, estavam preparadas as condições sociais e económicas para a enorme expansão da prostituição. Para mais, a revolução tinha feito desaparecer toda a legislação anterior, incluindo as leis que visavam especificamente a prostituição. Como resultado as prostitutas de rua da cidade circulavam sem camuflagem, passeavam-se envergando roupas leves, transparentes, à moda da época.⁷

A dimensão do negócio do sexo no século XIX, na Grã-Bretanha, mudava de panorama: as mulheres que trabalhavam como prostitutas eram agora em maior número do que alguma vez tinham sido. As cidades em crescimento observavam um aumento de homens de todas as classes sociais, o que resultava num maior número de clientes. Uma característica única da prostituição destes tempos, e que as distinguiu de todas outras formas de comércio e indústria, é que era essencialmente controlada por mulheres. Os bordéis, as hospedarias e as casas que alugavam quartos eram, em sua maioria, geridos por mulheres e as próprias prostitutas controlavam o seu trabalho, muitas operavam como independentes a partir dos seus próprios quartos e partes da casa.⁸

Finalmente, já na segunda metade do século XIX, face ao crescimento dos bordéis assistia-se a um debate vigoroso sobre a prostituição. Foi por esta altura que as diversas opiniões vieram bem à superfície no debate sobre eventual proibição das casas de “toleradas” (bordéis registados, cujas trabalhadoras estavam sujeitas a inspecção sanitária). Assim, neste período, a prática da prostituição em muitos países estava sujeita a vários regulamentos. Este regime, chamado de “tolerância” ou de “regulamentação”, baseava-se, por um lado, no pressuposto dos efeitos nocivos da abstinência sexual para os homens e, por outro, na associação da prostituição a doenças venéreas.⁹

⁷ Roberts, 1996, p.199.

⁸ Ibid., 201e 245.

⁹ Ribeiro, M. et al., *Prostituição Abrigada em Clubes (Zonas Fronteiriças do Minho e Trás-os-Montes) - Práticas, Riscos e Saúde*, Lisboa, Colecção Estudos de Género 3, 2005, p.14.

Em Moçambique, mais concretamente em Maputo, os primeiros registos oficiais sobre a prostituição remontam ao período colonial. Foi a descoberta das minas de ouro no *Rand*, e a construção da linha-férrea para Transval, Pilgrims Rest, e os diamantes de Kimberley, por volta de 1860, que Lourenço Marques conheceu um movimento de homens de diferentes origens geográficas, religiosas, sociais, como Sírios, Libaneses, Italianos, Gregos, Judeus, entre outros.¹⁰ Estes arriscavam vir em navios à busca de fortuna para melhorar a sua situação monetária longe das suas famílias. Neste contexto, como escreve Camacho e Rocha,¹¹ as mulheres brancas escasseavam¹² e essa penúria de mulheres de “carne branca” provocou, necessariamente, a exploração de um negócio altamente produtivo e, sob este ponto de vista, preferível à prostituição deliberada e declarada na cidade de Lourenço Marques. Naquela época, a ideia de bar servia de cobertura à negociação do amor carnal, fisiologicamente indeclinável, tendo assumido proporções de instituição imprescindível.

A Rua de Araújo,¹³ estendida paralelamente aos cais do porto, era, por este facto, a mais indicada para estabelecimentos destinados ao comércio do sexo. Quase todas as lojas desta movimentada rua eram ocupadas por bares e cabarés, nomeadamente os bares Marítimo, Mundo, Texas, *Maxim's*, Topázio, Luso, Ritz, Café-Bar Palace, entre outros. O destaque também vai para os cabarés, “Aquário” (actual Escola Nacional de Dança) e “Pinguim”, este último, mais antigo e muito concorrido naquela época.

As portas desses bares, sempre abertas, convidavam marinheiros e forasteiros para as inefáveis delícias do amor e do álcool, enquanto os navios, laboriosa e pacificamente amarrados ao cais, despejavam fardos e brigadas de homens que, após longas viagens, ali chegavam sequiosos de aplacar desejos exacerbados por uma longa abstinência. O bar continha os dois mais vigorosos atractivos: o álcool e a mulher. Por detrás de lustrosos balcões, mulheres de vestidos transparentes e cabelos pomposamente penteados exibiam-se, aliciantes, a quem por ali, casual ou propositadamente passava.

¹⁰ Lobato, A. *Lourenço Marques, Xilunguine. Biografia da Cidade*, Lisboa, Agência Geral do Ultramar, 1970; Craveirinha, J., “Moçambique. Sexo. Porno. Prostituição”, *Revista Tempo* n° 1396, Maputo, 2 de Agosto de 1998.

¹¹ Camacho, G. e Rocha, A. *A Bailarina de Olhos Brancos*, Lisboa, Casa Editora Nunes de Carvalho, 1934, p. 31.

¹² De acordo com Zamparoni (1995), a cidade de Lourenço Marques tinha em 1894 uma população total de 591 indivíduos brancos, dentre os quais 131 (22,1%) pessoas brancas de sexo feminino.

¹³ “Rua Araújo”, deriva do nome Major Rosa Araújo, que era conhecido na cidade de Lourenço Marques, de Konkoko, que em Ronga quer dizer persistente, (Craveirinha, op. cit., p.14).

Estas, vendiam-se em leilão, em cima das mesas dos bares, oferecendo-se ao cliente que desse mais libras.¹⁴

As mulheres que se prostituíam neste local eram no início de origem europeia, devido aos requisitos de um “padrão internacional” imposto pela clientela que variava dos Estados Unidos à Áustria, passando pela Europa.¹⁵ Esta rua chegou a ser conhecida internacionalmente pelos marinheiros das linhas marítimas de São Francisco e de Londres. As prostitutas eram recrutadas em vários países, a título de exemplo, África do Sul (Jhoannesburg, Durban ou Cape-Town), Portugal, França, Itália, Inglaterra e Áustria, pelas antigas profissionais de sexo e proprietárias dos estabelecimentos mais aparatosos.

Assim, mulheres de várias nacionalidades, pesquisadores das minas, que se montavam na cidade, transformaram depressa a Rua Araújo, também conhecida na época como a famosa “rua dos mercadores do século XIX”, numa pequena rua do *Far West*, cheia de *salloons*, *night-clubs*, cabarés, com bebidas, *dancings* e casinos animados por *Barmaids*.¹⁶ Era um autêntico “templo de prazer” e, por conseguinte, todos os caminhos iam desaguar neste espaço social.

O fenómeno Rua Araújo, rapidamente se tornou igualmente o fascínio dos homens locais. Uns que tinham dinheiro e não tinham mulher, e outros, eram os homens do “mato”, os cantineiros, que ao cabo de alguns meses selvagens nas lojas de zinco dos subúrbios de Lourenço Marques, a permutar quinquilharias, panos e vinhos por géneros cafreais, peles e marfim, vinham à cidade amortizar letras, fazer novos aviamentos, deixando as sobras em libras amarelas na Rua Araújo, para pagar o único possível convívio civilizacional que era viável ao sertanejo endurecido dos bairros de zinco, pois estes homens não tinham amizades na cidade, senão os seus compromissos comerciais.¹⁷

¹⁴ Craveirinha, op. cit., p. 32-33.

¹⁵ Destaque para o Francês Charles Dupont, do inglês Cinstable e o pistoleiro Escocês Robert Mac Nab, de alcunha “*Amecongolo*”, são alguns nomes famosos de homens que frequentavam a Rua Araújo nessa época (Id.)

¹⁶ Lobato, 1970, p.139.

¹⁷ Ibid., p.143.

No início do século XX, a sociedade colonial reage contra os bares e prostituição em Lourenço Marques. Com efeito, forçou-se a entrada em vigor da portaria camarária nº147, de Novembro de 1907, que proibia a autorização de uma licença a uma mulher como proprietária ou balconista de um bar, salvo se tivesse duas testemunhas que abonassem a favor, ou fossem casadas com o proprietário do estabelecimento. Esta portaria veio a ser muito criticada pela comunicação social da época.¹⁸

Por volta de 1940, surge uma outra categoria de prostitutas na Rua Araújo: as mulatas. Estas, isentas do indigenato, foram as primeiras a frequentar este espaço. Para as negras, as portas desta rua só se abriram quando foi banido o passe e abolido o estatuto de indigenato, em 1961, através do Decreto 43.893, de 6 de Setembro de 1961. Com efeito, a partir deste período, definiram-se novos ritmos e estéticas na música e na dança, criou-se mesmo uma produção moçambicana-sul-africana, a base das *marrabentas*, *cuelas*, *ié-ié* que, com imaginosos arranjos folclóricos, animavam a noite nesta rua, já frequentada também por mulatas e negras de posição na cabeça e mini-saias.¹⁹ Aliás, foi neste período, isto é, por volta dos anos 70, em que pela primeira vez o Cabaré Pinguim apresentou nos seus palcos uma *strip* moçambicana. Este facto, na época fez história e foi motivo de cartaz e salas cheias.²⁰ Iniciava-se assim um novo período da história da prostituição na cidade de Lourenço Marques.

Para além dos locais já referenciados, existia a “prostituição de casa”, com destaque para as famosas casas da “Maria” e “Sara”, que eram “patroas” de tantas meninas que, sentadas na sala de espera todas as noites, aguardavam pelos seus clientes. Havia uma tabela de preços, por hora ou por noite. Depois havia descontos para estudantes e para os soldados do exército colonial. As mulheres que se prostituíam vinham na sua maioria da velha metrópole ou das ilhas da Madeira e dos Açores. Estas casas eram também frequentadas pela burguesia colonial e a prostituta moçambicana tinha acesso a estas, caso possuísse uma certa beleza física.²¹

¹⁸ Craveirinha, 1998, p.16.

¹⁹ V. Foto 3, em anexo.

²⁰ Rangel, R., *Pão Nosso de cada Noite*, Maputo, Publicações Marimbique, 2004, p. 121.

²¹ “Combate para acabar com a prostituição faz parte da luta contra o capitalismo (1)”, *Jornal notícias*, Maputo, 18 de Novembro de 1977.

Esta actividade era também praticada nos bairros de caniço nos anos 1940/1950, onde se concentrava a população indígena, nomeadamente em Mafalala, Xipamanine, Malanga, Mahotas, Chamanculo, “Malholhomana” e Lagoas (actual Av. Acordos de Lusaka), e até nos arredores das estradas de Matola, de Hulene, de Lindenburg, de Marracuene e Anguane. Nestes locais, os brancos iam à procura das negras, mulatas, mestiças indianas, mestiças mouras, entre outras. Para além dos prazeres do sexo, nestes espaços os clientes brancos procuravam também os saborosos “petiscos” da riquíssima culinária moçambicana, por elas também servidos.²²

Neste sentido, em algumas vilas, sobretudo nos bairros pobres, sem um mínimo de condições de higiene e de habitabilidade, à luz do tosco candeeiro de petróleo vulgo “*Xipefo*”,²³ a mulher vendia o seu corpo.²⁴ A prostituição nestes locais era praticada também nos cantineiros dos asiáticos (chineses, *baneanas*²⁵ e mouros), mas também europeus, onde mantinham mulheres africanas como empregadas de balcão. Estas funcionavam como chamarizes para atrair os mineiros africanos que retornavam das minas do Rand com algumas libras no bolso, ávidos por vinho e mulheres. Para tocarem com eficiência o seu negócio, rara era a cantina que não tinha quatinhos nos fundos dos quintais.²⁶

Além dos espaços anteriormente referenciados, a prostituição na época colonial, era praticada também na zona centro e norte do país como, por exemplo, na cidade da Beira, onde o destaque foi para o Cabaré *Moulin Rouge*. Em Pemba, no Paquitequete na, ex- Porto Amélia, onde os soldados do exército colonial desforravam-se de vários meses de isolamento nos quartéis, algures no interior, nas chamadas “zonas operacionais”.²⁷

Chegada a independência nacional, em 1975, o governo do Partido FRELIMO, na tentativa de construir uma “sociedade organizada”, adoptou uma série de medidas, que

²² Craveirinha, 1998, p.16.

²³ É uma expressão que nas línguas Xangana e Ronga (do sul de Moçambique), significa “candeeiro”, que é geralmente feito de lata ou garrafa e funciona com a base de petróleo.

²⁴ V. Foto 4, em anexo.

²⁵ Designação popular atribuída a indivíduos de origem indiana.

²⁶ Zamparoni, V. “Monhés, Baneanas, Chinas e Afro-maometanos. Colonialismo e Racismo em Lourenço Marques, 1890-1940”, *Lusotopie*, 2000, p. 205.

²⁷ Jornal Notícias, 1977.

incluíam o projecto “operação produção”. Esta medida tinha como objectivo inverter os fluxos migratórios e a transferência forçada para o campo de todos desempregados, marginais, prostitutas e todos os “improdutivos” urbanos, considerados fonte de instabilidade social e de delinquência nas grandes cidades. Com efeito, as “forças populares” da FRELIMO levaram a cabo uma rusga na Rua Araújo. Cerca de 200 mulheres foram detidas junto dos restaurantes, *boates* e “*snack-bars*” e posteriormente enviadas para os campos de reeducação, com vista à sua recuperação e consciencialização.²⁸

Em consequência destas medidas, entre 1976 e 1988 houve uma aparente interrupção da prática da prostituição, salvo escândalos pontuais envolvendo muitas vezes jovens moçambicanas incautas com alguns ditos “*cooperantes*”²⁹ da Europa, onde algumas jovens maputenses tiveram que manter, supostamente, relações sexuais com cães, em troca de alguns dólares americanos ou mesmo das famosas sandálias “*melissas*”³⁰. Estas práticas sexuais realizavam-se normalmente nos apartamentos do edifício “33 Andares”, considerado o “*arranha-céus*” de Moçambique, situado na zona baixa da cidade de Maputo.

Entretanto, na década de 80, Moçambique encontrava-se “mergulhado” num conflito armado, calamidades naturais e numa crise de abastecimento de bens de consumo. É neste âmbito que o Governo moçambicano começou a implementar um programa de reformas económicas, o Programa de Reabilitação Económica (PRE), basicamente de ajuste estrutural, nos moldes do FMI e do Banco Mundial, onde foram levadas a cabo novas políticas monetárias e fiscais, privatizações no sector público, liberalização da economia e estímulos ao sector exportador.³¹

Com este programa, os dirigentes moçambicanos e os financiadores internacionais pretendiam melhorar as condições de vida da população, pelo menos a curto prazo. Todavia não é o que veio a acontecer. O PRE teve efeitos sociais perversos, nomeadamente: os efeitos da contenção dos salários, o aumento dos preços de bens de

²⁸ “Vamos acabar com a prostituição”, *Revista Tempo* nº238, Maputo, 20 de Abril de 1975.

²⁹ Que se encontravam em Moçambique, por volta dos anos 80, no âmbito da “cooperação para o desenvolvimento”.

³⁰ Sandálias plásticas tipicamente femininas que se vendiam nas “cooperativas”, na década de 80 nas principais cidades moçambicanas.

³¹ Macuane, J., “Reformas Económicas em Moçambique: Actores, Estratégias e Coordenação”, in *Moçambique Ensaio* (2001) Uma Organização de Peter Fry, Rio de Janeiro, UFRJ Editora, 1996.

consumo, os despedimentos no serviço civil e nas empresas públicas e a diminuição das subvenções ao consumidor. Estes factores levaram à fuga cada vez maior da população para as cidades, o que veio a aumentar a carga de subsistência e agravar ainda mais o orçamento doméstico das famílias, aumentando assim a pobreza urbana.³²

Assim, o aumento da vulnerabilidade social criada pelas reformas económicas sobre as famílias mais pobres e o conseqüente incremento da sua fraca capacidade de sobrevivência neste período exigia a procura das mais diversas estratégias para fazer face ao dia a dia. É neste contexto que uma grande parte dos cidadãos tomou de “assalto” as esquinas das grandes cidades vendendo artigos diversos, desde roupas, produtos alimentares entre outros. No caso da prostituição, a abertura económica e política criada pelo PRE criou um ambiente muito mais tolerante para a prática desta actividade, que subsiste com múltiplos contornos em Moçambique e na cidade de Maputo em particular.

Nos últimos anos, o exercício da prostituição ganhou maior visibilidade, ou seja, verifica-se actualmente um crescimento de mulheres, incluindo menores, que “comercializam” o sexo de forma aberta nas artérias da cidade. De acordo com o “Projecto Inclusão” do Programa Geração BIZ, estima-se a existência de mais de 30.000 trabalhadoras do sexo em Moçambique, mais de 40% com idades compreendidas entre 15 e 29 anos. Na Cidade de Maputo, os dados da Direcção da Saúde da Cidade estimam a existência de 5.000 trabalhadoras do sexo com idades compreendidas entre os doze e os trinta anos de idade.³³

O fenómeno da prostituição é frequentemente observável no quotidiano nocturno em locais públicos como as Avenidas 24 de Julho, Julius Nyerere, Keneth Kaunda, Olof Palme, Rua do Bagamoyo, Consiglieri Pedroso, Rua da Gávea, Travessa da Boa Morte, Feira Popular, Marítimo, Armando Tivane, Rua de Marginal e nas “barracas”.³⁴ Estes espaços sociais transformam-se em autênticos “centros comerciais de sexo”, onde tanto as mulheres casadas, como as solteiras, viúvas, trabalhadoras e desempregadas,

³² Abrahamsson, H. e Nilsson, A., *Moçambique em Transição – Um Estudo da História de Desenvolvimento Durante o Período 1974-1992*, Suécia, Padrigu & CEEI-ISRI, 1998, p.59.

³³ Programa Geração BIZ *Projecto Inclusão. Estratégia de Inclusão de Grupos de Adolescentes e Jovens mais Vulneráveis no Programa Geração BIZ*, Moçambique, UNFPA, 2008.

³⁴ “Barracas” refere-se um conglomerado de pequenos estabelecimentos destinados a prática de actividade de comércio informal, onde geralmente vende-se álcool e confeccionam-se refeições.

estudantes, incluindo menores, oriundos de diversos bairros, deambulam interpelando transeuntes, parando carros, anunciando preços ao eventual “cliente”.

A par disso, tem vindo a afirmar-se nos últimos anos o “negócio dos quartos”, vulgo “matadouros” ou “escondidinhos”, nos diversos bairros da cidade de Maputo, nomeadamente no bairro Costa do Sol, Central, Matola, Zimpeto, 25 de Junho, Benfica, Praça dos Combatentes, Polana-Caniço, Chamanculo, entre outros. Esta proliferação de prostíbulos constitui um indicativo de que o “comércio de sexo” ganha novas dinâmicas em Moçambique e suscita novos desafios à saúde pública, sobretudo num contexto actual marcado pelo VIH/SIDA, onde os níveis de infecção crescem de uma forma exponencial.

Com efeito, com o alastrar dos níveis de infecções do VIH/SIDA, o debate em torno da prostituição ganhou novos contornos. Nesse debate, por um lado, existe uma corrente que associa a prostituição feminina à propagação do vírus do SIDA, visto que consideram que as suas praticantes constituem os chamados “*core groups*” ou “*grupos de riscos*” e, por conseguinte, têm um papel activo na disseminação desta epidemia em África.

Por outro lado, alguns autores, contrariando a ideia anterior, advogam que a tese segundo a qual as “profissionais de sexo” evidenciam comportamentos sexuais de risco e são, por isso, responsáveis pela disseminação do VIH, é genérica e linear e apoia-se em “velhos” estereótipos sobre este grupo social, que sempre foi conotado como um perigo epidemiológico face a doenças sexualmente transmissíveis. Portanto, é no âmbito deste debate que o presente trabalho pretende reflectir em que condições sociais é plausível afirmar que as trabalhadoras de sexo são um factor determinante da disseminação do VIH/SIDA.

Deste modo, o nosso trabalho ficou estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo restringiu-se a uma breve contextualização do VIH/SIDA em África, com enfoque para a situação Moçambicana, onde a prevalência da infecção pelo VIH cresce de forma exponencial. O segundo capítulo é dedicado à apresentação do “estado da arte”, onde analisámos duas perspectivas que abordam a problemática VIH, na sua relação com a prostituição feminina. A partir deste exercício identificámos e definimos o nosso problema de investigação.

A definição do quadro teórico constitui o terceiro capítulo da pesquisa. Nesta fase, discutimos diferentes perspectivas teóricas que abordam a problemática da saúde e da doença, tendo como foco central o conceito de “risco”. Por conseguinte, focalizámos a nossa análise, ancorados na corrente fenomenológica, pois foi nosso interesse captar a experiência subjectiva das prostitutas na sua convivência quotidiana com o risco de infecção pelo VIH, decorrente da actividade que desenvolvem. Deste modo, foi possível apreender, de forma contextualizada, os riscos laborais e as estratégias a que estas mulheres recorrem para fazer face os constrangimentos que marcam o seu quotidiano laboral.

No capítulo subsequente, apresentámos os conceitos chaves que conduziram a pesquisa. O capítulo cinco é referente à apresentação da metodologia que serviu de substrato para a recolha dos dados, sendo esta essencialmente qualitativa. Nesta fase, procedemos a definição das técnicas de pesquisa, a definição do nosso grupo e a selecção da amostra. O sexto capítulo subordinou-se à apresentação e à análise dos resultados empíricos da pesquisa. Esta parte do trabalho está orientada em oito sub-capítulos. Primeiro apresentamos a “Rua do Bagamoyo”, que foi o nosso campo de pesquisa empírica.

De seguida, descrevemos o quotidiano da Rua do Bagamoyo, tendo em conta os actores que frequentam este espaço social. Mais adiante, apresentámos as características sociológicas das mulheres que frequentam o universo da prostituição. O sub-capítulo seguinte foi dedicado à apresentação das motivações que levam as prostitutas à prática da prostituição. Seguidamente, analisámos as percepções e os conhecimentos sobre o VIH/SIDA, por parte deste grupo social. Na fase posterior, destacámos os factores de risco, os saberes e práticas de prudência no contexto prostitucional. No sub-capítulo final, procuramos analisar os factores de exposição de risco de infecção pelo VIH no contexto privado de sexualidade. Finalmente, no último capítulo apresentamos as conclusões preliminares do presente trabalho.

Apresentada a estrutura do trabalho, iremos de seguida fazer uma breve contextualização do VIH/SIDA em África e em particular em Moçambique, ao mesmo tempo que será feita a justificação do estudo.

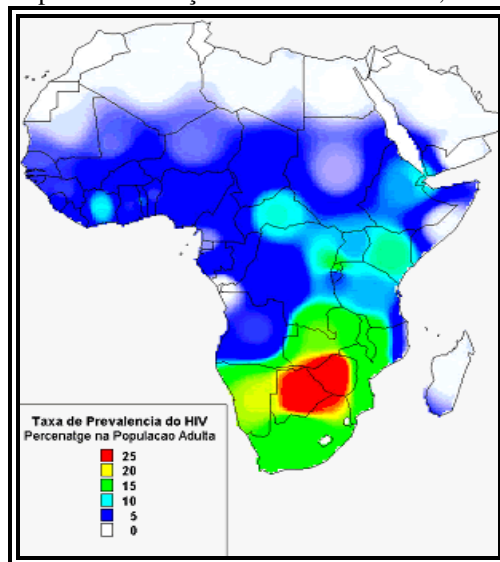
Capítulo 1

1.1 Contextualizando a Doença e Justificação do Estudo

Nas últimas décadas a SIDA é visto como sendo um dos mais importantes problemas de saúde a nível mundial e em particular nos países africanos e do terceiro mundo, dadas as suas características epidemiológicas peculiares: é uma doença que afecta maioritariamente a população economicamente activa e a sua progressão é do tipo geométrico.³⁵ Os dados epidemiológicos mundiais da epidemia da SIDA avançados pela UNAIDS apontam que cerca de 33 milhões de indivíduos vivem com VIH/SIDA.³⁶

Dada a extrema pobreza que caracteriza os países africanos, é neste continente onde esta epidemia ganha maior visibilidade. De facto, é na África Subsaariana que ocorreram mais de três quartos (76%) de todas as mortes de SIDA em 2007. Calcula-se que 22,5 milhões de africanos vivam com VIH/SIDA. A SIDA é a principal causa de morte prematura no continente. O VIH/SIDA afecta os jovens e mulheres de uma forma desproporcionada. Cerca de 61% dos seropositivos são mulheres³⁷. A região da África Austral, onde Moçambique se situa, é o epicentro da epidemia, com um terço do número global de seropositivos e outro terço de mortes, como ilustra o mapa que se segue (Descritivo do Mapa, número I).

Mapa I. Distribuição da SIDA em África, 2006.



Fonte: Portal HIV/SIDA- Moçambique

³⁵ INE - Moçambique, *Ministério da Saúde – Inquérito Demográfico e de Saúde -2003*, Maputo, MISAU, 2005, p.185.

³⁶ UNAIDS, *AIDS Epidemic Update*, 2008, p. 32.

³⁷ Banco Mundial - *O Compromisso do Banco Mundial com o VIH/SIDA em África: O Nosso Plano de Actividades, 2007 – 2011*, Washington, BM, DC, 2008, p.1.

De acordo com o Relatório Anual de 2006 do ONUSIDA, os países desta região têm as mais altas taxas de prevalência da doença a nível mundial. No Zimbabwe, de acordo com a OMS, cerca de 20% da população está infectada, sendo similares os números no Botswana, Lesotho e Namíbia. Na África do Sul, cerca de 5.5 milhões de pessoas, incluindo 240.000 crianças menores de 15 anos viviam com VIH em 2005. Na Zâmbia, um ligeiro declínio de infecção com o VIH- de 28% em 1994 para 25% em 2004- foi observado, especialmente nas zonas urbanas, entre mulheres grávidas com idades na casa dos 15-39 anos (Ministério da Saúde da Zâmbia). Por último, o reino da Suazilândia tem a maior taxa do mundo, com um índice de infecção entre adultos de mais de um terço da população aproximadamente.³⁸ A realidade vivida em Moçambique é similar à vivida nos países acima referidos. É um dos países mais pobres de África e severamente afectado por esta epidemia. A nível mundial, Moçambique continua entre os 10 países mais afectados pela infecção do VIH.³⁹ O primeiro caso de VIH/SIDA foi registado em Cabo Delgado, província de Norte do país. O seu diagnóstico clínico ocorreu em 1986, por um médico clínico geral de origem haitiana.⁴⁰

A partir de Março de 1987, e durante vários meses, foi levado a cabo em várias cidades do país um inquérito sero-epidemiológico, um dos primeiros a ser realizado, que detectou infecções sobretudo pelo VIH 2 (taxa de prevalência de 2% da população estudada), mas também pelo VIH 1 (taxa de prevalência de 1,2% da população estudada)⁴¹. No decurso do mesmo ano foram notificados os primeiros cinco casos clínicos em cidadãos nacionais. No período que se seguiu até 1989, o número de casos duplicou em cada ano, tendo em Julho de 1989 chegado ao total de 41. O grupo etário mais atingido era dos 20 aos 29 anos, como sucede noutras partes do mundo⁴².

Já em 1996, a OMS estimava que a prevalência média da infecção pelo VIH fosse de 8% ao nível nacional. Ademais, Moçambique faz fronteira a Norte e Oeste com seis países, de entre os quais estão alguns dos mais afectados pelo VIH/SIDA, com seroprevalências actuais iguais ou superiores à media nacional de Moçambique, na

³⁸ PNUD, Moçambique – *Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano 2007*. Desafios e Oportunidades, A Resposta ao HIV e SIDA, Maputo, PNUD, 2007, p. iii

³⁹ PEN, II *Plano Estratégico Nacional De Combate Ao HIV/SIDA, 2005-2009. Parte I, Componente Estratégica – Análise de Situação*, Maputo, CNCS, 2004, p.12.

⁴⁰ Matsinhe, C., *Tábula Rasa. Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*, Maputo, Texto Editores, 2005, p. 36-37.

⁴¹ *Ibid.*, p. 5.

⁴² PNUD, *op. cit.*, p. 15.

década de 1990, quando a epidemia estava numa fase incipiente em Moçambique, estes países tinham as taxas de seroprevalência mais elevadas da região.⁴³

Actualmente, de acordo com os dados da Ronda de Vigilância Epidemiológica (RVE) divulgados pelo Ministério da Saúde (MISAU), em 2008, a taxa de seroprevalência do VIH/SIDA em Moçambique foi estimada em 16%, duas vezes superior à da média subsahariana de 7,2 por cento. Por conseguinte, de acordo com o Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), estima-se que mais de 1.4 milhões de moçambicanos estejam infectados, sendo que por dia ocorrem cerca de 500 novas infecções por VIH/SIDA. Deste universo, as mulheres têm sido a componente da população mais vulnerável a esta pandemia.⁴⁴

No país, o VIH é maioritariamente transmitido pela via sexual, através de relações heterossexuais desprotegidas com um parceiro infectado. O comportamento sexual, as condições de vida, e as determinantes socio-económicas são factores-chave que influenciam o crescimento da epidemia. De entre estes estão: o elevado índice de pobreza e desigualdade económica; elevados níveis de doenças transmissíveis sexualmente (ITS); a existência de um número significativo da população adulta que tem parceiros ocasionais, associado ao uso limitado de preservativos.⁴⁵ Portanto, estes factores têm contribuído também para as taxas de propagação da epidemia em Moçambique, que crescem de forma linear (especificamente na zona sul), como se pode observar na tabela que se segue (Descritivo da tabela, número I).

Tabela I. Evolução das Prevalência do VIH Moçambique, 2001 – 2007

Região	2001	2002	2004	2007
Sul	14.4%	14.8%	18.1%	21%
Centro	16.8%	16.7%	20.4%	18%
Norte	6.8%	8.4%	9.3%	9%
Nacional	13.0%	13.6%	16.2%	16.0

Fonte: Grupo Técnico Multisectorial, (2005/7).

⁴³ INE, 2005, p. 185.

⁴⁴ PARPA. *Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA 2006-2009): Documento de Estratégia e Plano de Acção para a Redução da Pobreza e Promoção do Crescimento Económico*, Maputo, MPF, 2006, p.63.

⁴⁵ Cruz, M. e Wolffenbüttel, K., *Avaliação do Programa de Aconselhamento e Testagem Voluntária (VCT) do PNC. ITS/HIV/SIDA de Moçambique*, Relatório Final, Maputo, 2005.p.12.

Estas taxas de propagação da SIDA representam um grande desafio para a administração do sistema de saúde em Moçambique, devido essencialmente, ao crescimento exponencial desta doença. De acordo com as projecções do INE⁴⁶, em 2010, se não houver tratamento para a cura e prevenção, estima-se que 1.9 milhões de pessoas estará infectada e 167.000 morrerão, incluindo 19000 crianças com idade inferior a 15 anos. Estima-se que no final da década a epidemia poderá reduzir a esperança média de vida para 36.5 anos.

A SIDA afecta grupos sociais com pouca ou nenhuma cobertura do sistema de saúde vigente no país. Por conseguinte, a baixa cobertura sanitária do país deve ser colocada em lugar central, já que, segundo informações do Ministério da Saúde, o serviço nacional deste Ministério oferece cuidados a cerca de 40 a 50% da população. Isto significa que os restantes 50% da população, mesmo quando capazes de identificar um problema da saúde, não podem ir a nenhuma unidade sanitária, porque ela não existe⁴⁷.

Desse grupo social excluído pelo sistema nacional de saúde destacam-se os chamados “grupos vulneráveis”,⁴⁸ como é o caso das prostitutas, camionistas do longo curso, “*mukheristas*”,⁴⁹ soldados aquartelados ou destacados em unidades militares, trabalhadores das barracas, mineiros e trabalhadores migrantes em geral, certas categorias profissionais ligadas às indústrias de entretenimento e do turismo, população prisional, mulheres de mineiros, mulheres em famílias polígamas, crianças de rua, entre outras.

Destas categorias, focalizamos a nossa abordagem nas prostitutas. Esta opção justifica-se, primeiro pelo facto de não existir para este grupo social a nível do MISAU, um programa de saúde efectivo de prevenção contra as ITS e em particular o VIH/SIDA.⁵⁰

⁴⁶ INE, 2005.

⁴⁷ PNUD, 2007, p. 15.

⁴⁸ O conceito de grupos vulneráveis que vem sendo aplicado para o caso de Moçambique, de acordo com a análise situacional que antecedeu o exercício da formulação da Estratégia Nacional de luta contra o VIH/SIDA, traduz-se em grupos de indivíduos que, pelas suas características, mostram um potencial para contrair, transmitir ou sofrer, directa ou indirectamente, as consequências do VIH/SIDA, (PEN 2005-9, apud PNUD, op.cit., p. 20).

⁴⁹ Designação dada aos indivíduos que dedicam-se ao comércio informal transfronteiriço, basicamente entre Moçambique, África do Sul e Swazilândia.

⁵⁰ Apesar desta instituição, através da Direcção da Saúde da Cidade de Maputo, estar integrada num trabalho de parceria (designado projecto 100% Vida), iniciado pelo PSI/Moçambique e Patthfinder Internacional, que visa a prevenção de VIH e ITS entre as trabalhadoras de sexo.

Segundo porque constitui um grupo que, pela natureza do seu trabalho, está em permanente risco de infecção, dado o contacto frequente com um número significativo de clientes, de entre outras circunstâncias de risco que marcam o seu quotidiano profissional.

Ademais, a pertinência para a escolha deste tema, deriva da escassez em Moçambique de estudos sociológicos específicos que abordem o fenómeno da prostituição⁵¹ aliado à problemática do VIH/SIDA. Com efeito, a SIDA tem um profundo significado sociológico, não somente porque é uma ameaça para a saúde pública, mas também porque que a doença é, em larga medida, explicável em termos de comportamento social e tem profundos efeitos no desempenho nos papéis sociais e na matriz das relações interpessoais.⁵²

Assim, propomo-nos desenvolver um estudo sociológico, por um lado, de forma a identificar as estratégias a que as trabalhadoras de sexo recorrem para fazer frente ao risco de infecção pelo VIH/SIDA e, por outro, para compreender a eficácia destas respostas face aos condicionalismos sociais que influenciam significativamente a gestão de risco e saúde neste grupo social. Mais especificamente, estes objectivos incluem:

- Identificar o conhecimento sobre o VIH/SIDA e as representações sociais que lhes estão subjacentes;
- Analisar as condições sociais que interferem na gestão eficaz do risco de contaminação do VIH/SIDA;
- Identificar as estratégias a que as “trabalhadoras de sexo” recorrem para fazer essa gestão;
- Conhecer, a partir dos discursos das prostitutas, as dinâmicas sexuais que concorrem para a maior vulnerabilidade deste grupo social face ao risco de infecção.

⁵¹ Os poucos estudos feitos são basicamente de pesquisa/ acção que visam fundamentalmente desenvolver estratégias de comunicação dirigidas as trabalhadoras de sexo, com objectivos de avaliar os conhecimentos, atitudes, comportamentos e práticas das trabalhadoras de sexo e identificar as necessidades de apoio como, por exemplo, a promoção do uso do preservativo para este grupo social. Na sua generalidade, os resultados destes estudos demonstram que as trabalhadoras de sexo têm conhecimento sobre o HIV/SIDA, formas de transmissão e prevenção, vide a respeito: (Ramirez, *et al.*, 2003; OMES, 2001 e Omondi, Lucas *et al.*, 2003).

⁵² Kaplan, H. *et al.*, “The Sociological Study of AIDS: A Critical Review of the Literature and suggested Research Agenda”, *Journal of Health and Social Behavior*, 1987, Vol. 28, p.140.

Capítulo 2

2.1 Do “estado da arte” à problemática

Na presente etapa, pretendemos analisar as diferentes abordagens sobre o fenómeno VIH e sua relação com a prostituição, na óptica de diferentes autores que trataram desta temática. A partir deste exercício identificámos e definimos a problemática do nosso estudo.

Assim, da literatura que se segue, emergiram duas perspectivas de análise. Por um lado, verificamos que uma parte significativa das pesquisas realizadas em África sugere que a rápida e larga propagação desta epidemia, está directamente relacionada com o papel dos chamados “*core groups*” ou “grupos de risco”, que são constituídos por indivíduos sexualmente activos e com grande número de parceiros, fixos ou ocasionais.

De acordo com a literatura, estes grupos misturam-se, ou mantêm relações sexuais com parceiros de diferentes origens sociais e em diferentes áreas geográficas, o que explica a potencial contínua e rápida propagação da epidemia. Deste modo, dos diferentes “grupos de risco”, o grupo de mulheres envolvidas em actividades de prostituição em África, é apresentado como constituindo o grupo que é responsável pelo alastramento do VIH/SIDA.

Alguns autores destacam, portanto, uma forte correlação entre a SIDA e a prática da prostituição. Estas pesquisas defendem que a prostituta uma vez infectada transmite a infecção para outros clientes, e, por sua vez, estes podem transmitir às suas parceiras sexuais. Isto é, nesta perspectiva a transmissão do VIH/SIDA através da prostituição, ocorre num processo de “bola de neve”. São defensores desta perspectiva autores como, Kaul *et al.*, Voeten, Wilson *et al.*, Nagot *et al.*, e Cowan, *et al.*, Contudo, uma outra perspectiva revela-se céptica relativamente a esta. São defensores desta visão autores como Roberts, Ribeiro *et al.*, e Whittaker e Hart.

Deste modo, na senda da primeira perspectiva alguns autores, desenvolveram um estudo no Quénia, no qual advogam a ideia de que as “profissionais de sexo” constituem um importante “grupo de risco” e que, por conseguinte, têm um papel importante na

contaminação e transmissão do VIH e das convencionais ITS. Os autores apoiam-se nos estudos locais que apontam a prevalência anual de níveis de infecção do VIH de cerca de 16.4% e 50% entre as profissionais de sexo.⁵³

Na visão destes autores, estas taxas podem ser explicadas em parte pelos níveis baixos do uso do preservativo, pelos altos índices de prevalência das ITS, que actuam como co-factores para transmissão do vírus e pela falta de acesso a cuidados de saúde para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. Na óptica destes pesquisadores, estes extraordinários níveis de VIH e outras ITS significam que há uma necessidade urgente no desenvolvimento de estratégias de prevenção junto das profissionais de sexo.⁵⁴

Ainda no mesmo país, Hélèn Voeten⁵⁵ conduziu uma pesquisa em Nyanza, parte oeste do Quênia, onde os níveis de prevalência de VIH são considerados elevados. Esta autora sustenta a tese de que a alta mobilidade geográfica na região, a existência da uma auto-estrada e a sua localização têm contribuindo para a rápida propagação do vírus. Assim, a autora sustenta a ideia de que a prostituição é um importante meio de propagação do VIH/SIDA, na medida em que as profissionais de sexo têm geralmente muitos clientes que as expõem ao risco de contaminação do vírus e, conseqüentemente, põem outros clientes em risco.

Um das conclusões a que este estudo chega, é de que a prevalência do VIH é mais alta nos “parceiros regulares” do que em habituais clientes, ou seja, as trabalhadoras do sexo podem ser contaminadas pelo HIV, mais através de relações sexuais desprotegidas com um número limitado de parceiros regulares de alto risco, do que através do sexo protegido com um grande número de clientes de risco médio. Na sua visão, as profissionais de sexo têm categorizado alguns clientes de “clientes regulares” e que, mais tarde, se tornam parceiros regulares. Com efeito, depois de manterem relações sexuais 3 ou 4 vezes com um cliente, este torna-se parceiro regular, pois para algumas

⁵³Kaul, R. *et al.*, “Reduced HIV Risk-Taking and Low HIV Incidence After Enrollment and Risk-Reduction Counseling. A Sexually Transmitted Disease Prevention Trial in Nairobi, Kenya”, *Journal of Health and Social Behavior*, 2002, Vol. 30, p. 69.

⁵⁴ Id.,

⁵⁵ Voeten, H. “*Female Sex Workers and Unsafe Sex in Urban and Rural Nyanza, Kenya: Regular Partners Are More Important for HIV Transmission than Clients*”, 2006, p. 27. [Consult. 19 Fev. 2008] Disponível WWW: http://publishing.eur.nl/ir/repub/asset/7583/060315_Voeten-HACM.pdf

mulheres, tentar manter “clientes regulares” é sinónimo de que os clientes tornam-se namorados e, nestes casos, o uso do preservativo é reduzido. Uma das razões que faz com que as trabalhadoras de sexo não usem preservativo com os seus parceiros regulares é a “confiança mútua”. Na óptica dos autores, este é um fenómeno que se observa generalizadamente em África.⁵⁶

Outros autores, defendem que a solução claramente identificada desde o início da epidemia para a prevenção do VIH e controle das ITS é a focalização em grupos com alta prevalência do vírus. Neste contexto, para estes autores, as “profissionais de sexo” representam um grupo de interesse em que os níveis de prevalência de infecções do VIH são extremamente elevados.⁵⁷ Contudo, o estudo concluiu que focalizar apenas a abordagem nas profissionais de sexo, no combate e prevenção das ITS e VIH, equivale a ignorar e a marginalizar outras mulheres vulneráveis que estão envolvidas no mesmo trabalho de risco. Por exemplo, as trabalhadoras de sexo clandestinas são as mais vulneráveis, na medida em que não têm acesso à informação sobre a prevenção das ITS e, por sua vez, não têm acesso aos cuidados de saúde, revelando um baixo poder de negociação do uso do preservativo com os seus parceiros. Esta situação resulta directamente da sua fraca condição financeira.

Por sua vez, um grupo de pesquisadores desenvolveu um estudo em Mashonaland, a oeste do Zimbawe, com o objectivo de determinar o papel do sexo comercial na expansão do VIH para a população em geral, onde tentaram estimar a proporção da prevalência da infecção do VIH e factores de risco atribuídos as “profissionais de sexo”, através do contacto sexual com os mineiros e os farmeiros. De acordo com este estudo, nesta região, o sexo comercial é a forma comum que as mulheres encontram para a sua sobrevivência e não se restringe apenas às profissionais de sexo. Contudo, a pesquisa aponta que o contacto com as prostitutas é elevado em alguns grupos, especialmente em jovens solteiros, (cerca de 21%), o que de certa forma explica a propagação desta doença.⁵⁸

⁵⁶ Ibid., 2006, p. 36.

⁵⁷ Nagot, N. *et al.*, “*Spectrum of Commercial Sex Activity in Burkina Faso: Classification Model and Risk of Exposure to HIV*”, 2002, p. 518.

⁵⁸ Cowan, F. *et al.*, “Is Sexual Contact with Sex Workers Important in Driving the HIV Epidemic Among Men in Rural Zimbabwe?” *Journal of Health and Social Behavior* 2005, Vol. 3, p.372, 375.

Por último, um outro estudo realizado por Wilson *et al.*,⁵⁹ a zona comercial de pescadores do lago Kariba, ainda neste país, sustenta que uma das causas da rápida propagação e infecção do VIH reside no grau de mobilidade geográfica deste grupo social. De acordo com o referido estudo, o alto grau de mobilidade geográfica é justificado pelas visitas frequentes que as profissionais de sexo realizam nesses campos, quando os seus negócios não correm bem na cidade. O estudo constatou que cerca de 82% dos pescadores entrevistados tinham sido clientes de prostitutas e cerca de 60% no mês anterior, daí que a prostituição nesta região seja vista como sendo um factor responsável pela propagação das doenças sexualmente transmissíveis incluindo o VIH/SIDA.

Feita a exposição da primeira perspectiva, pode-se depreender que a prostituição feminina é considerada como sendo o âmago da propagação do vírus em África. Ou seja, parte-se do pressuposto de que existe uma forte associação entre a prática desta actividade e os índices elevados de incidência do VIH, uma vez que as suas praticantes constituem um “grupo de risco”, sendo portanto responsáveis pelo alastramento do vírus.

Contrariamente a esta perspectiva, alguns autores sugerem que é problemático associar a propagação do VIH/SIDA à prostituição, visto que as mulheres que praticam esta actividade revelam um conhecimento prudente face aos riscos de infecção desta doença.

No quadro desta perspectiva, há autores que, sugerem que o debate que se gerou em torno da SIDA, nesta última década, transformou as prostitutas, de forma evidente, em bodes expiatórios. Como sugere Nickie Roberts,⁶⁰ o súbito aparecimento desta doença e o seu alastramento à população heterossexual foi o pretexto de que a “ala direita” precisava para reviver velhas fantasias em que a “prostituta suja” é a única responsável pela transmissão das doenças sexuais. Na visão desta autora, as prostitutas, colocadas na primeira linha dos contágios sexualmente transmissíveis, já praticavam sexo seguro muito antes da SIDA ter sido identificada, e desde então tornaram-se ainda mais vigilantes, pois, mesmo antes do vírus da SIDA ter aparecido em cena, já as prostitutas usavam preservativo, não apenas como uma medida contra doenças sexualmente

⁵⁹ Wilson *et al.*, 1991, apud Bloor, M., *The Sociology of HIV Transmission*, London, Sage Publication, 1995, p.17.

⁶⁰ Roberts, 1996, p. 340-42.

transmissíveis, mas também como uma forma de impor uma barreira física entre si e os clientes.

Na mesma esteira de pensamento, outros autores, sustentam que a disseminação da imagem social da prostituição como um autêntico flagelo epidemiológico e a consequente consolidação da identidade sexual das mulheres prostitutas como “poluentes” revela-se problemática.⁶¹ Na visão destes autores, numa altura em que a SIDA vem assumindo proporções preocupantes, a imagem social da prostituição como perigoso foco epidemiológico transmite uma subliminar, ou mesmo explícita, imputação de velhos estereótipos e estigmas, mantendo-se bem actuais, nas novas configurações sociais ou seja, “a SIDA tem sido utilizada para reforçar a crença de que as mulheres prostitutas são impuras, imorais e propagam doenças”.⁶²

Deste modo, para estes investigadores, a visão segundo a qual o “sexo comercial” é responsável pela propagação de doenças é profundamente estereotipada e, por isso, insensível aos distintos tipos e configurações do fenómeno (prostituição brigada, prostituição de rua, toxicodependência, prostituição, entre outras) e aos diferentes graus de risco epidemiológico que lhes estão associados, sendo que, para estes autores, não existem razões objectivamente consistentes para, genérica e linearmente, se afirmar que as mulheres prostitutas evidenciam comportamentos sexuais de risco e, por isso, são responsáveis pela disseminação do VIH/SIDA.

Pelo contrário, elas revelam uma preocupação permanente face aos riscos de natureza sanitária que a sua actividade implica, adoptando comportamentos (ultra) defensivos marcados pelo desenvolvimento de habilidades específicas e pela adopção rotineira e disciplinada de um conjunto de práticas/precauções e estratégias para prevenir e/ ou lidar com potenciais situações de risco.⁶³ Com efeito, os autores questionam se o risco de propagação de ITS, em especial da SIDA, será de facto significativamente maior na prostituição do que noutros contextos de expressão da sexualidade, tais como o namoro, o casamento e correlativas relações pré ou extra-matrimoniais fora do contexto propriamente prostitucional em termos restritos.

⁶¹ Ribeiro *et al.*, 2005, p.43.

⁶² Robson (s.d) apud, id.,

⁶³ Ibid., p. 44.

Finalmente, no seu estudo “*Managing risks: The social organization of in door sex worker*” Whittaker e Hart⁶⁴, argumentam que o acesso aos recursos materiais pode ser crucial para entender o comportamento de risco. O estudo revelou por um lado, que para perceber as práticas de risco entre as prostitutas é fundamental ter em conta o contexto social, a forma de organização e condições de trabalho deste grupo social. Por outro, sustentam que o seu *status social*, a sua posição como grupo marginalizado e com pouca protecção por parte das instâncias policiais e judiciais, faz com que se desenvolvam diversas estratégias para lidar com os riscos de violência física, roubos e abusos por parte dos clientes.

Feita a exposição bibliográfica, constatamos a existência de duas perspectivas divergentes: a primeira sustenta a tese segundo a qual a prostituição é responsável pela propagação do VIH, isto é, de que as “profissionais de sexo” representam um autêntico flagelo epidemiológico na disseminação do vírus do VIH em África. A segunda, contrariamente à anterior, advoga que a ideia de que as “profissionais de sexo” evidenciam comportamentos sexuais de risco e, por isso, são responsáveis pela disseminação de doenças é bastante linear, pois, esta perspectiva é baseada em “velhos estereótipos” sobre este grupo social, não tendo em conta as condições sociais que propiciam práticas de risco de infecção pelo VIH/SIDA no contexto prostitucional.

Face ao exposto, a nossa assumpção é de que não é de descurar completamente a primeira perspectiva, uma vez que se demonstrou que a prostituição está associada a situações de risco que são decorrentes da sua actividade e que têm sempre presente um potencial de risco de infecção pelo vírus. Contudo, corroboramos a segunda perspectiva, na medida em que consideramos ser de facto um reducionismo, a correlação que se tenta estabelecer, isto é, de que as profissionais de sexo, sendo consideradas um “grupo de risco”, são responsáveis pela disseminação do VIH. Por conseguinte, questionamos se será plausível associar a expansão do VIH a determinados grupos sociais.

A nossa posição é de que esta tese revela-se problemática, na medida em que, por um lado, se parte do pressuposto de que as profissionais de sexo estão desprovidas de conhecimento ou estratégias de “gestão” da saúde nos ambientes de risco em que se

⁶⁴ Whittaker e Hart, 1996, apud Lupton, D. *Risk*, Londres, Routledge, 1999, p. 117.

encontram, daí consideradas vulneráveis e responsáveis pela disseminação do VIH. Por outro lado, os estudos em causa estão preocupados com a solução de problemas práticos, logo, tornam-se meras avaliações sem análise do contexto social no qual o problema se localiza. Assim, estes estudos não procuram apreender a óptica dos actores sociais envolvidos nesta situação e, sobretudo, não tomam em linha de conta como essas mulheres conceptualizam e vivenciam o risco de infecção associado ao VIH/SIDA no seu quotidiano laboral. Com efeito, pretendemos neste trabalho lançar um “olhar sociológico” sobre estas questões, no sentido de nos distanciarmos da visão segundo a qual a prostituição feminina é responsável pela disseminação do VIH/SIDA, ou, como diria o sociólogo português António F. Costa,⁶⁵ “a análise sociológica necessita de explicitar os implícitos sociais, de questionar o pretensamente óbvio, de procurar ver para além das evidências imediatas”, que estão envolvidas nesta relação entre prostituição e VIH/SIDA.

Deste modo, partindo da ideia, vulgarizada, de que as profissionais de sexo não evidenciam possuir consciência de risco face a VIH, procuramos no presente trabalho perceber que condições estruturais explicam esta ideia e propiciam práticas de risco no contexto da prostituição. O nosso pressuposto é de que a consciência de risco que as “profissionais de sexo” evidenciam não é uma condição “*sine qua non*” para fazer face ao risco no contexto da prostituição, na medida em que existem factores de ordem social (como pobreza, vulnerabilidade, discriminação, educação, questões culturais, entre outros) que interferem no conhecimento e na consciência do risco que as profissionais de sexo evidenciam no contexto de prostituição de rua. Neste quadro, avançamos com duas suposições provisórias:

H1: A exposição ao risco de infecção do vírus do VIH entre as profissionais de sexo encontra seu fundamento nas condições sociais que por conseguinte propiciam as práticas de risco neste grupo social.

H2: As “profissionais de sexo” possuem um “stock de conhecimento” que se evidencia na elevada consciência de risco, daí a adopção de estratégias defensivas face ao risco de exposição do VIH/SIDA no contexto da prostituição de rua.

⁶⁵ Costa, A. *O que é Sociologia?* Lisboa, Difusão Cultural, 1992, p.18.

Capítulo 3

3.1 Enquadramento Teórico

Este capítulo propõe-se construir o quadro teórico que servirá de base para a presente dissertação. Este terá como suporte a sociologia da saúde ancorada à perspectiva fenomenológica⁶⁶ na sua abordagem sobre o risco.

As origens do pensamento social em saúde têm suas bases nos movimentos europeus de reforma sanitária e reforma médica na segunda metade do século XIX.⁶⁷ Estes movimentos trazem consigo ideias liberais e a consciência da importância dos factores sociais para a compreensão dos problemas de saúde, pois estes extravasam o campo biológico. Ou seja, a saúde e a doença não constituem domínios exclusivos da medicina. Ainda que esta desempenhe um papel fundamental neste campo, os problemas e desafios colocados por aquelas aos indivíduos e às sociedades não podem ser trabalhados a partir de uma única perspectiva teórica ou disciplinar.⁶⁸ Isto para dizer que a abordagem da saúde e da doença é susceptível de ser analisada numa perspectiva multidisciplinar. Com efeito, dentro das ciências sociais, a psicologia, antropologia e a sociologia têm desenvolvido um interesse particular nos estudos da saúde e da doença nos últimos anos.

No que diz respeito à sociologia, o encontro com a saúde e a doença remonta aos primeiros anos da segunda metade do século XX. Duas ideias inaugurais presidiram a esse encontro. A primeira realçou a questão de que os problemas de saúde das sociedades actuais, pela sua magnitude, amplitude e complexidade, não podem ser tratados a partir de uma única disciplina, ou seja, da exclusiva perspectiva da medicina. A segunda sublinhou a exigência de uma abordagem multidisciplinar a esses problemas,

⁶⁶ De acordo com Smart, (1978, p. 97), a escola fenomenológica original da sociologia floresceu na Alemanha, no período entre as duas guerras, sob influência filosófica de Edmund Husserl e Martin Heidegger, influência que se estendeu à antropologia, nomeadamente através da conhecida obra de Ruth Benedict, *Patterns of Culture*. A sociologia fenomenológica rejeita a ideia, inerente às abordagens sociológicas que adoptam o paradigma da ciência natural, de que o mundo social constitui o mundo subjectivo, divorciado dos processos interpretativos dos membros. O mundo social é antes tratado como o produto da actividade humana, da interpretação e intenção, como um mundo subjectivo.

⁶⁷ Collet, N. e Rozendo, A., “*Questões Metodológicas da Pesquisa no Campo da Saúde*”, *Rev Latino-am Enfermagem*, S. Paulo, 2001, p.107.

⁶⁸ Carapinheiro, G. Sociologia da Saúde e da Medicina: Um campo em construção”, in *Noites de Sociologia, Saúde: Olhares Múltiplos*, Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia, 2004, p.46.

realizada segundo uma base de trabalho conjunta, desafiando a organização convencional dos ramos do saber e dos seus currículos e pondo em causa a divisão do trabalho profissional nos sistemas de saúde.⁶⁹

A estas duas ideias articulou-se uma condição incontornável, a do desenvolvimento de uma epistemologia crítica da saúde e da doença, que fosse reflexiva, isto é, que reconhecesse a importância que detém o conhecimento das formas como se estabelecem, histórica e socialmente, os saberes de natureza científica; que fosse construtiva, isto é, que pusesse em causa a ideia da existência de factos médicos neutros e progressos médicos sem ambiguidades, favorecendo a integração do carácter construído da saúde e das medicinas; que fosse céptica relativamente aos fundamentos que apoiam a acção exclusiva da medicina científica e do modelo de intervenção médica, apoiando-se na noção de multicausalidade complexa dos fenómenos sociais, culturais, individuais e biológicos.⁷⁰

O período da emergência da sociologia médica dependeu em parte do surgimento de grandes estudos, como o famoso estudo clássico de Émile Durkheim sobre o suicídio, a preocupação com a mudança social e interacção pela Escola de Chicago. Nos anos sessenta esta escola constitui a perspectiva dominante dos problemas sociais, com destaque para os trabalhos de Erving Goffman e Howard Becker. Este paradigma emerge sob a forma da teoria da etiquetagem (*labelling theory*), onde são examinados os pressupostos teóricos e reactualizados os terrenos de análise da patologia social e, através da colocação central da perspectiva do doente e da construção das ideias de “carreira desviante” e de “carreira de doença”, reenquadra-se com o estatuto de paradigma dominante na sociologia geral, bem como na sociologia médica.⁷¹

O estudo sobre a comunidade de Middletown feito pelos sociólogos americanos Helen M. Lynd e Robert S. Lynd (1924, 1925 e 1935), foi também uma importante contribuição para a sociologia médica, tendo sido o primeiro estudo a explorar o comportamento da saúde e da doença numa perspectiva comunitária. Neste estudo, reflectiram sobre a organização da prática médica, o uso de serviços médicos por

⁶⁹ Carapinheiro, G. “Do Bio-Poder ao Poder Médico”, *Estudos do Século XX*, nº5, Lisboa, 2005, p.385.

⁷⁰ Id.,

⁷¹ *ibid.*, p.394.

membros da comunidade, e as principais alternativas para a medicina, juntamente com os seus padrões de utilização.⁷²

O sociólogo Talcott Parsons tornou o estudo da saúde e da doença sociologicamente relevante, através do seu livro “*The Social System*” de 1951, onde analisou o papel do médico e do doente. Nesta obra, Parsons relacionou o estudo da sociologia médica às preocupações sociológicas envolvendo o processo de mudança social e controlo social. Para além disso, este autor, analisou como os profissionais de saúde se relacionam com os seus clientes, bem como o ambiente dessa interacção num âmbito médico, vendo o médico como um profissional, o doente como cliente e a doença como a variável situacional de controlo à interacção entre os dois.⁷³

Assim, a doença aparece conceptualizada como desvio social, os processos terapêuticos como forma de controlo social e as relações sociais entre o médico e o doente organizam-se segundo um modelo de interacção social onde surgem bem definidos os respectivos papéis. Ao papel social atribuído ao médico é conferido uma importância especial pois é ele que define o que é saúde e é doença e portanto legitima o papel social do doente.⁷⁴ Esta primeira aproximação à doença como objecto de pesquisa sociológica determinou um sulco teórico que mais tarde aproxima a sociologia da medicina à sociologia do trabalho.

Desta forma, nesta época, toda a sociologia médica desenvolvida em países de língua anglo-saxónica, especialmente nos Estados Unidos e Canadá, manifesta uma influência da tradição intelectual estrutural funcionalista como teoria sociológica fundamental e, sensivelmente até à década de 70, a teoria parsoniana, o funcionalismo de Merton, a teoria psicanalítica gozam do estatuto privilegiado de constituírem o conjunto das teorias sociológicas tradicionais na sociologia médica.⁷⁵

Por sua vez, é neste década que a sociologia britânica iria se inspirar na sociologia americana de Chicago, onde se debruçou sobre as realidades e as experiências que

⁷² Twaddle, A. e Hessler, R., *A Sociology of Health*, Saint Louis, The C. V. Mosby Company, 1977.

⁷³ Id.,

⁷⁴ Carapinheiro, G. “A Saúde no Contexto da Sociologia”. *Sociologia – Problemas e Práticas*, Nº1. Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES), 1986, p.16.

⁷⁵ Ibid., p. 17.

estruturam os processos de constituição social do doente e das carreiras de doença, privilegiando a óptica leiga nas relações profissional-cliente. Deste modo, investigou-se por um lado, a variedade das situações de doença, a diversidade dos actores envolvidos e a heterogeneidade das relações sociais subjacentes à procura de cuidados. Por outro, procurou-se conhecer as estratégias desenvolvidas pelos doentes em situações de doença particularmente difíceis, o trabalho de Davis e Horobin desenvolvido em 1977, constituiu uma referência dessa abordagem.⁷⁶

Paralelamente, expuseram-se os pressupostos culturais que envolviam as relações entre profissionais de medicina e doentes, que legitimavam a posição dominante das culturas profissionais, determinando por oposição o estatuto profano das culturas leigas, associando-lhes a impossibilidade de acção estratégica. De entre as inúmeras investigações sociológicas que poderiam ilustrar esta senda, destaca-se a de Strong de 1979, pela finura analítica usada na pesquisa das negociações que ocorrem na relação médico-doente.

Por último, cabe salientar o modelo proposto pelo sociólogo francês Michel Foucault, onde o argumento desenha-se à volta da ideia de que as ciências médicas e as ciências sociais terem contribuído para o alargamento da abrangência e para o reforço da eficácia de rede de vigilância posta em acção pelo olhar clínico, este pensamento é desenvolvido na sua obra, “*Le regard clinique*” de 1963.

Actualmente, surgem novos contributos teóricos e metodológicos para a compreensão da saúde e da doença, tendo como foco central o conceito de “risco”. Destaca-se a abordagem “*pós-estruturalista*” para usar os termos de Deborah Lupton, representada por sociólogos como, Ulrich Beck e Anthony Giddens, considerados como autores centrais da perspectiva da “sociedade de risco”. Estes interessam-se pela maneira como o conceito de risco está relacionado com as condições da modernidade tardia.

Assim, para Beck, os riscos da modernidade avançada são eminentemente tecnológicos pois na “sociedade de risco” os ganhos do progresso técnico e económico ficam obscurecidos pela produção e distribuição de novos riscos, sendo que a ciência e a

⁷⁶ Carapineiro, 2005, p.394.

tecnologia são os principais responsáveis pela produção dos mesmos. Para este autor, o risco é conceptualizado como um perigo⁷⁷ externo induzido e introduzido pela modernidade e pela generalização da insegurança. Enfatiza-se o processo de politização dos riscos que tem ocorrido nos últimos anos, nomeadamente no que se refere às consequências morais e políticas que este processo tem desencadeado. Assim, os riscos, em contraposição aos antigos perigos, são consequências que se prendem com a ameaça da força da modernização e da globalização.⁷⁸ Para o sociólogo alemão, as sociedades de risco forjam-se a partir da precarização dos arranjos institucionais da existência humana, nomeadamente da crescente dependência das instituições públicas que os indivíduos experimentam perante a crescente fragilização das famílias e das redes de parentesco no fornecimento do apoio e solidariedade e a partir da democratização dos impactos das situações de risco.⁷⁹

Por sua vez, Anthony Giddens concorda com Beck ao ver a modernidade tardia como sendo caracterizada por transformações nos hábitos tradicionais e costumes, tendo um radical efeito na conduta e no significado da vida quotidiana. Este também identifica o processo de enfraquecimento institucional, a dependência da técnica e da ciência como sendo centrais na natureza dos riscos da modernidade tardia.⁸⁰ Para Giddens, os riscos ameaçam todos quanto vivem à face da terra, como no caso do desastre ecológico, do colapso da troca económica global ou da guerra nuclear, que podem ameaçar a sobrevivência da humanidade, o que o autor chama de “globalização do risco”.⁸¹

Contudo, a tese “pós-estruturalista”, apesar de central na análise dos riscos que afectam a humanidade, não é suficientemente localizada em termos de pesquisa empírica. Por conseguinte, esta corrente tende a não explorar com detalhes as diversas dinâmicas e formas pelas quais, os actores sociais inseridos num determinado contexto respondem ao risco.⁸² Ou seja, como os indivíduos se engajam “reflexivamente” perante ao risco na

⁷⁷ Cabe-nos aqui fazer uma distinção entre “perigo” e “risco”. Estes termos são as vezes usados como sinónimos. Apesar de estarem estreitamente relacionados, como refere Giddens (1992, p.26), não são a mesma coisa. A diferença não depende de um indivíduo pesar conscientemente alternativas, ao considerar ou adoptar uma determinada linha de acção. O que o risco pressupõe é precisamente o perigo (não necessariamente a consciência do perigo). Na óptica de Luhmann (1993), o “risco” é atribuído às decisões humanas que tenham sido feitas, e o “perigo” resulta do ambiente externo, uma espécie de fatalidade.

⁷⁸ Beck, U., *Risk Society: Towards a New Modernity*, London, Sage Publication, 1993.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Lupton, 1999, p. 73.

⁸¹ Giddens, A., *As consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta Editora, 1992, p. 27.

⁸² Lupton, op. cit., p. 104.

sua vida quotidiana. Deve-se, em última análise tomar em conta os contextos sociais e ideológicos dos indivíduos.

É neste sentido que no presente estudo, o risco é entendido como uma construção social e integra-se num posicionamento racionalista da realidade que pressupõe uma tentativa de domesticação da incerteza. Ou seja, o risco é um perigo domesticado na sua tripla vertente de uma apropriação quantitativista que o apresenta como cognoscível, de uma previsão probabilística e da assunção de controlo sobre o aleatório. Assim, risco designa a possibilidade, em termos de cálculos probabilísticos, de um perigo eventual ocorrer ou a expectativa de um evento negativo ocorrer.⁸³

A abordagem fenomenológica,⁸⁴ tratando dos aspectos mais ínfimos da vida social, tem como foco central a “acção social”. Esta perspectiva evidencia a “experiência do mundo da vida quotidiana”.⁸⁵ Para este paradigma, a principal unidade de análise são os significados partilhados pelos actores sociais durante a interacção social. Assim, há uma ênfase na forma como os indivíduos gerem a sua própria identidade, e a ideia de que a realidade social existe nas representações dos membros da sociedade.⁸⁶ Portanto, não existe uma realidade absoluta, mas sim “realidades múltiplas” criadas através dos significados e experiências partilhadas pelos indivíduos.

Esta perspectiva torna-se fundamental para a nossa análise na medida em que, por um lado, enfatiza a “experiência vivida” pelos actores sociais na sua vida quotidiana. Por outro, está interessada nos significados contextualizados do risco, ou, como diria Deborah Lupton, esta perspectiva analisa como os actores específicos ou grupos através do seu *background* sócio-cultural constroem o seu entendimento de risco na sua interacção com os outros.⁸⁷

⁸³ Carapinheiro, 2001, p.197; Granjo, 2004 p. 160 e Jeolás, 2007, p. 205.

⁸⁴ Twaddle e Hessler, (1977, p.44), destacam alguns exemplos de pesquisa na sociologia médica, que se basearam na fenomenologia incluem o estudo de New sobre o estudante osteopático (1960; a pesquisa de Fox sobre o stress produzido numa unidade de pesquisa metabólica (1959); e a análise de Glaser e Strauss sobre a trajectória da morte (1968). Estes estudos usam métodos de pesquisa qualitativos, onde procuram analisar as experiências particulares na área dos cuidados de saúde. Ou seja, o que é que de facto ocorre nas representações dos actores sociais à medida que as realidades são construídas e partilhadas.

⁸⁵ Schutz, A. Fenomenologia e Relações Sociais, em Wagner R. Helmut (ed.): *Textos Escolhidos de Alfred Schutz*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1979.

⁸⁶ Twaddle e Hessler, op. cit., p.44.

⁸⁷ Lupton, 1999, p. 27.

De acordo com esta autora, esta discussão ocorre geralmente em estudos empíricos onde se explora a maneira como os actores sociais constroem o seu conhecimento de risco na sua vida quotidiana, aquilo que considera ser a relação “risco e subjectividade”. Sustenta ainda que os indivíduos, ao identificarem respostas subjectivas aos riscos que são identificados como perigo (ameaça), activamente fazem escolhas em relação à prevenção dos riscos, o que requer uma constante observação, regulação e disciplina. Daí que o conhecimento sobre o risco pressupõe uma certa “reflexividade” por parte dos actores, uma vez que os aspectos da vida dos indivíduos são influenciados pela sua consciência de risco e pela responsabilidade de evitar esses riscos.⁸⁸

Deborah Lupton refere ainda que, a própria noção de reflexividade sugere um cálculo racional do actor: os indivíduos são descritos como escolhendo racionalmente entre as várias perspectivas sobre riscos fornecidas por sistemas de conhecimento especializado. (...) A tese reflexividade implica que os indivíduos desenvolvem e exercitam a reflexividade em resposta aos conhecimentos dos técnicos e especialistas, gerando o seu próprio conhecimento e saberes sobre o risco, através da sua própria experiência do mundo.⁸⁹

Contudo, é necessário ter presente as limitações que decorrem da utilização do conceito de risco, sobretudo no referente as questões de saúde e doença, na medida em que este nos remete para a responsabilização do “outro”, como sugerem os estudos epidemiológicos sobre o VIH/SIDA, com a sua hipótese de “grupos de risco” como responsáveis na disseminação desta pandemia, sobretudo em África.

Michael Bloor⁹⁰ por, exemplo, advoga que a diversidade de comportamentos de risco relacionados com o VIH e as múltiplas deficiências que subjazem aos actuais modelos teóricos sugerem que a tentativa de fixar um modelo predicativo de “comportamentos de risco” pode ser prematura. Por conseguinte, esta abordagem tende a ignorar o papel das relações de poder, no qual os indivíduos são representados como agentes, operando no campo das relações sociais no qual se movem estrategicamente entre diferentes lógicas de risco.⁹¹ Na óptica de Michael Bloor, o mais modesto, mas mais facilmente plausível, seria um esquema conceptual em que a diversidade de comportamentos de

⁸⁸ Ibid., p. 105-107.

⁸⁹ Id., Ibid., p. 108.

⁹⁰ Bloor, 1995, p. 101.

⁹¹ Lupton, 1999, p. 113.

risco seria descrito heurísticamente. Nesses moldes, o trabalho de Alfred Schutz sobre os “sistemas de relevância” é um desses possíveis quadros heurísticos, onde a interacção complexa da vida quotidiana e os diferentes fenómenos de risco podem ser localizados, a partir dos dados imediatos aos culturalmente determinados da experiência humana, a partir do “sistema intrínseco de relevâncias” ao “sistema imposto de relevâncias”.⁹²

As “zonas de relevância” são cruciais e dirigem a nossa atenção para uma abordagem contextual dos fenómenos sociais. Com efeito, como escreve Bloor, a compreensão social da transmissão do VIH implica a localização da epidemia no seu contexto social. Deste modo, dever-se-á enfatizar as “relações sociais” e não o “comportamento de risco”, visto que a transmissão do VIH não é uma acção individual, mas uma acção social.

Sendo que todas as formas particulares de transmissão do VIH ocorrem nas diversas relações sociais, que podem ser, relações comerciais, relações privadas, relações espontâneas ou douradoras, relações de exploração ou igualitárias, e assim por diante, para este autor, a tarefa da “sociologia da transmissão do VIH” é a de documentar e delinear as diversas características das várias relações sociais que propiciam o risco de transmissão.⁹³ Este sistema analítico revela-se de fundamental importância pois, em primeiro lugar, mais do que reduzir situações de risco à questões individuais o foco é sobre uma situação imediata de acção. Em segundo lugar, este esquema pode facilmente incorporar mudanças de comportamento de risco ao longo do tempo, como consequência do deslocamento de sistemas de relevâncias.⁹⁴

Por conseguinte, no âmbito do nosso trabalho, pretendemos contextualizar e analisar as dinâmicas sociais que concorrem para as práticas de risco nos diferentes contextos onde ocorrem práticas de prostituição na baixa da cidade de Maputo, pois, acreditamos que são vários os factores que se impõem aos actores sociais envolvidos nestes contextos, constituindo aquilo que Alfred Schutz, chamou de “relevâncias impostas”. Assim, foi nosso interesse captar as relações e condições sociais dentro das quais a transmissão desta doença ocorre.

⁹² Bloor, 1995 p. 100-101; Schutz, 1979, p. 112.

⁹³ Bloor, loc. cit.

⁹⁴ Ibid., p. 99.

Capítulo 4

4.1 Conceptualização

Todo o pesquisador, ao organizar os seus dados, para que possa perceber as relações entre eles, deve munir-se de conceitos.⁹⁵ Com efeito, nesta etapa da pesquisa, pretendemos operacionalizar alguns conceitos-chave, a saber: prostituição, SIDA, Stock de conhecimento e Zonas de Relevância (intrínsecas e impostas). Os conceitos de identidade (social real e virtual), dominação masculina, espaço social e os capitais (económico, cultural e social), servirão como conceitos auxiliares ao longo do trabalho.

4.1.1 Prostituição

A prostituição é um fenómeno complexo e um conceito também ele fruto de processos de construção social que lhe alteram as características, olhares, actores e práticas ao longo dos tempos.⁹⁶ Numa acepção lata, prostituição poderia englobar todos os tipos de práticas sexuais em que os seres humanos, em troca de recursos, remunerações ou compensações de vária ordem, disponibilizam o seu corpo para o deleite sexual de outrem. Em sentido restrito, implica não apenas o interesse, mas também um elemento mercantil ou transacção de mercadoria: pela parte da oferta, venda ou aluguer habitual do corpo em troca de remuneração material, designadamente monetária e, pelo lado da procura, compra de serviços sexuais, a troco de dinheiro, em regra e prioritariamente para satisfação ou prazer sexual.⁹⁷

Já McCaghy,⁹⁸ destaca três elementos que considera comuns a todas as práticas prostitutivas: a) ser uma actividade que tem um significado sexual para o “comprador” (*purchaser*) - procurando, assim, englobar um leque diversificado de actividades que podem ir do coito vaginal à masturbação, ao exibicionismo; b) constituir uma transacção económica - salientando o facto de que, independentemente de esta actividade constituir ou não o modo dominante de vida ou subsistência da prostituta, o

⁹⁵ Selltitz, C. et al., *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*, São Paul, Herder, 1965, p.49.

⁹⁶ Oliveira, A. e Manita, C. “Prostituição, Violência e Vitimação”, in Machado, C. e Gonçalves, R. A., *Violência e Vítimas de Crime*, Coimbra, Quarteto, 2002, p. 216.

⁹⁷ Maia, R., *Dicionário de Sociologia*, Porto, Porto Editora, 2002, p.301; Ribeiro et al., *Vidas na Raia – Prostituição Feminina em Regiões de Fronteira*, Lisboa, Edições Afrontamento, 2007, p. 32.

⁹⁸ Apud Oliveira e Manita, op. cit., p. 221.

valor económico do acto realizado estará sempre presente; c) a indiferença emocional entre as partes envolvidas na transacção sexual, ou mesmo nos casos dos “clientes habituais” das prostitutas, mesmo nos casos em que o comprador acredita estar a comprar afecto, para além do sexo.

Actualmente, as definições de prostituição têm sido questionadas, por não englobarem um conjunto de práticas que também se circunscrevem ao mundo da prostituição. Neste sentido Ana Lopes,⁹⁹ advoga que o conceito chave para entender a indústria do sexo é o conceito de “realidades múltiplas”, pois, a indústria do sexo não pode ser entendida como uma estrutura uniforme e monolítica. Na visão desta autora, muitas vezes a indústria do sexo é confundida e reduzida à prostituição. Isto mostra-se problemático, pois não deixa perceber a complexidade e a variedade existente na indústria do sexo, logo, vicia o debate e põe entraves à resolução dos problemas.

Na sua óptica, a “indústria do sexo” inclui um vasto leque de práticas que envolvem a troca de serviços sexuais por dinheiro ou bens materiais, a saber: as casas de prostituição, prostituição de rua, clubes de *striptease*, publicações e filmes pornográficos, *sex shops* e companhias de linhas telefónicas eróticas, que são apenas alguns exemplos das muitas facetas desta indústria. Esta varia em termos de dimensão e de visibilidade em cada contexto social.¹⁰⁰

Por exemplo, Phoenix, referenciada pela mesma autora, tenta descrever a complexidade do trabalho sexual através da distinção entre vários locais de trabalho. Assim, pode-se distinguir o “trabalho interior” do “trabalho de rua”: o primeiro pode ser feito independentemente, numa casa, ou residencial, ou num estabelecimento comercial. Nesta categoria podem também incluir-se os profissionais de sexo que se encontram com os seus clientes em lugares públicos, na sua própria residência ou em hotéis, como acompanhantes e *call-girls*. O segundo é o trabalho de rua que muitas vezes se exerce em situação de ilegalidade e que consiste na solicitação de clientes em espaço público. Embora em alguns contextos tenham sido definidas áreas designadas que podem ser usadas legalmente por profissionais de sexo, é comum o trabalho sexual de rua ser levado a cabo em locais que são conhecidos tanto pelos profissionais do sexo como,

⁹⁹ Lopes, A., *Trabalhadores do Sexo, Uni-vos!* Lisboa, Dom Quixote, 2006, p.25-26.

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 29.

pelos clientes. Neste contexto, a mulher prostituta seria a “mulher que vive do comércio de sexo, vendendo seu próprio corpo a vários homens em condição de pagamento”¹⁰¹. Portanto, para o ser a mulher terá de comercializar os seus serviços sexuais (como sexo vaginal, anal, oral, entre outros) como mercadorias, susceptíveis de facultar-lhe a si e aos demais operadores, ora uma reprodução simples, em vista da subsistência, ora uma reprodução alargada em vista do lucro.¹⁰²

Para os efeitos deste trabalho iremos realçar a definição de prostituição proposta por McCaghy, visto que as três dimensões propostas pelo autor se enquadram nos propósitos do nosso estudo, nomeadamente: o facto de ser uma actividade que tem um significado sexual para o cliente, o carácter económico da transacção e a indiferença emocional entre as partes envolvidas. Já da proposta avançada por Ana Lopes, retivemos a categoria “trabalho de rua”, visto ser a forma de prostituição mais comum em Moçambique. Daí a nossa opção em realizar o trabalho na “Rua do Bagamoyo” na baixa da cidade de Maputo.

4.1.2 SIDA

É abreviatura de “Síndrome de Imunodeficiência Adquirida”. A palavra Síndrome vem do grego *sundromê*, que significa confluência, encontro. “Imunodeficiência Adquirida” quer dizer enfraquecimento mais ou menos importante das defesas imunitárias do organismo. Fala-se do défice adquirido por oposição aos défices imunitários hereditários, genéticos, presentes desde o nascimento.¹⁰³

A SIDA é provocada pela debilitação do sistema imunitário resultante da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana¹⁰⁴ e caracteriza-se, em última instância, pelo colapso

¹⁰¹ Velho, G. *Desvio e Divergência – Uma crítica da Patologia Social*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores, 1985, p.35.

¹⁰² Ribeiro *et al.*, *Vidas na Raia – Prostituição Feminina em Regiões de Fronteira*, Lisboa, Edições Afrontamento, 2007, p. 32.

¹⁰³ Bernex, R., *SIDA-AIDS - O que cada um deve saber para combater*, Portugal, Publicações Europa-América, 1986, p. 63-64.

¹⁰⁴ O vírus da SIDA existe em quantidade considerável no sangue e no esperma, em menor concentração no líquido pré-ejaculatório e nas secreções vaginais, sendo a sua concentração na saliva, lágrimas e suor tão baixa que não transmite infecção. O VIH encontra-se ainda no leite materno e sua concentração torna-se num meio de transmissão. A transmissão do VIH dá-se por via sexual, parentérica e peri-natal, sendo a transmissão sexual responsável por mais de 75% de todas as infecções pelo VIH no mundo, (Quinn, 1996; Royce, Sena, Cates e Cohen, 1997), referenciados por Alvarez, (2005, p.44).

deste sistema. Representa uma infecção viral de evolução lenta, provocada pelo VIH, pertencente à classe dos retrovírus.¹⁰⁵

Ainda de acordo com o mesmo autor, as práticas sexuais anais, vaginais ou orais não protegidas com um indivíduo infectado e que impliquem contacto directo do esperma, do líquido pré ejaculatório ou secreções vaginais com as mucosas (ânus, vagina e boca), são factores de risco que podem conduzir a infecção pelo VIH. Na visão deste autor, actualmente o sexo oral receptivo (pénis/boca) é detectado como um factor de risco independente, ainda que de baixo risco para a transmissão do vírus, sobretudo para indivíduos com feridas e inflamações bucais.¹⁰⁶

4.1.3 "Stock de conhecimento"

De acordo com Alfred Schutz,¹⁰⁷ na vida quotidiana, o indivíduo tem a qualquer momento um stock de conhecimento à mão que lhe serve como código de interpretação das suas experiências passadas e presentes, e também determina a sua antecipação das coisas que hão-de vir. Para este autor, o indivíduo não pode interpretar as suas experiências e observações, definir a situação em que se encontra, fazer planos, nem sequer para os próximos minutos, sem consultar seu próprio stock de conhecimento.

Schutz mostrou que esse "stock" é estruturado de vários modos. Em qualquer situação dada, alguns dos seus elementos são muito relevantes; outros mais marginais; e outros, ainda, irrelevantes. Por outro lado, Schutz sustenta que certos itens desse stock de conhecimento podem ser precisos e distintos; outros vagos e obscuros. Como um todo, o stock de conhecimento de um indivíduo não está absolutamente livre de incoerências e contradições e desde que esses elementos incoerentes e contraditórios não se revelam na mesma situação, o indivíduo pode permanecer tranquilamente inconsciente deles.¹⁰⁸

Nestes moldes, este conceito é crucial para a nossa análise, na medida em que partimos do pressuposto de que as prostitutas possuem um "stock de conhecimento" sobre o risco de exposição ao VIH/SIDA, o que lhes permite, por um lado desenvolver uma

¹⁰⁵ Id., p.41.

¹⁰⁶ Ibid., p.46-47.

¹⁰⁷ Schutz, 1979, p.74.

¹⁰⁸ Ibid., p.17.

“consciência de risco”, isto é, a percepção sobre a sua vulnerabilidade face a factores de risco. Estes riscos conscientemente aceites pressupõem que o comportamento de risco tenha sido precedido por uma análise consciente e racional de todas as vantagens e inconvenientes da situação.¹⁰⁹ No contexto prostitucional a consciência de risco verifica-se quando se pratica relações sexuais desprotegidas com plena consciência da probabilidade de contrair o vírus do VIH. Neste âmbito, as prostitutas aceitam o risco ou seja, assumem racionalmente os riscos.

Por outro, o “stock de conhecimento” à mão permite a adopção de comportamentos adaptativos e defensivos, solidificando o que Christophe Dejours¹¹⁰ chama de “*ideologia defensiva profissional*”, que resulta na criação e sedimentação de alternativas laborais recorrendo a “*artimanhas*” e “*truques*” face às situações quotidianas de risco. Assim, estes mecanismos de defesa de carácter estratégico variável consubstanciam-se num “acervo de conhecimento” que visa a gestão e preservação da sua saúde face aos factores de risco no contexto da prostituição de rua.

4.1.4 Zonas de Relevância (intrínsecas e impostas)

Durante os últimos anos da sua vida, Schutz dedicou tempo e esforço consideráveis à exploração mais aprofundada dos “problemas de relevância”. Para este autor, algo é relevante para o indivíduo em determinada situação quando é importante dentro do seu complexo de interesses, obrigações, projectos, entre outros. Assim, como no “mundo da vida” há sempre uma multiplicidade de esferas e domínios, assim também há uma multiplicidade de relevâncias. Dentro do sistema de relevâncias há uma variedade de zonas ou regiões que se organizam de acordo com a relevância ou importância que tem para o sujeito.¹¹¹ De entre os vários sistemas de relevância descritos por Schutz, iremos cingir a nossa análise em apenas dois tipos de sistemas de relevâncias,¹¹² a saber: “sistema intrínseco de relevâncias” e o “sistema imposto de relevâncias”.

¹⁰⁹ Alvarez, 2005, p.33.

¹¹⁰ Dejours, C. *Travail, Usure Mentale. Sesay De Psicopatologie Du Travail*, Paris, Centurion, 1980.

¹¹¹ Mora, F. *Dicionário de Filosofia*, São Paulo, Edições Loyola, 2001.

¹¹² Schutz analisou também em seus escritos três tipos de relevância a saber: motivacional, temática e interpretacional, vide Wagner, 1979, p. 23-24.

Assim, os sistemas intrínsecos de relevâncias, são, na visão de Schutz, resultado de nossos interesses escolhidos, estabelecidos por nossa decisão espontânea de resolver um problema, por meio do uso da razão, atingir um objectivo por meio de nossa acção, realizar um estado de coisas projectado. Na sua óptica, os actores sociais são livres de decidir em que estão interessados, mas esse interesse, uma vez estabelecido, determina o sistema de relevâncias intrínsecas, com relação ao interesse escolhido. Temos que nos sujeitar às relevâncias assim estabelecidas, aceitar a situação determinada por sua estrutura interna, concordar com as suas exigências¹¹³.

Por sua vez, os sistemas de relevâncias que nos são impostas são as situações e eventos que não estão ligados a interesses por nós escolhidos, que não se originam em actos da nossa vontade e que temos de aceitar exactamente como são, sem nenhum poder para modificá-los por meio das nossas actividades espontâneas. Com efeito, as condições sociais em que a prostituição de rua é praticada, o seu carácter clandestino, a insegurança desta actividade, a busca da sobrevivência material, entre outras, constituem “relevâncias impostas” que interferem, por um lado na maneira como as mulheres prostitutas conceptualizam e lidam com o risco, por outro na consciência do risco que as prostitutas evidenciam face à infecção pelo VIH/SIDA, no contexto prostitucional na baixa da cidade de Maputo.

De salientar que estes sistemas são meramente ideais-tipo, construções conceptuais, que permitem analisar que na vida quotidiana está quase sempre misturado. No entanto, é importante estudá-los separadamente.¹¹⁴ No caso da mulher prostituta, essa separação analítica ganha maior plausibilidade devido à frequência e participação desta em várias “zonas de relevância” dada a sua dupla identidade, nomeadamente a “identidade social virtual” e a “identidade social real” usando os termos Goffmianos.

¹¹³ Schutz, 1979, 113.

¹¹⁴ Ibid., p.112.

4.2 Conceitos auxiliares

4.2.1 Identidade social

A identidade tanto pode ser considerada um fenómeno psicológico, como sociológico. Enquanto fenómeno sociológico, a identidade resulta de uma dialéctica que se estabelece entre os indivíduos e a sociedade, ou seja, constrói-se no decurso das interacções sociais que ocorrem ao nível do quotidiano dos actores sociais, donde se designam por identidades sociais.¹¹⁵

Por conseguinte, as identidades sociais constroem-se por integração e por diferenciação, com e contra, por inclusão e por exclusão, por intermédio de práticas de confirmação e de práticas de distinção classistas, para além da construção das identidades alimentar-se sempre de alteridades (reais ou de referência).¹¹⁶ Na mesma linha de argumentação, o sociólogo Erving Goffman distingue conceptualmente dois tipos de identidades sociais, a “identidade social virtual” e a “identidade social real”.

A primeira é resultante do carácter que imputamos ao indivíduo que pode ser encarado mais como uma imputação feita por um retrospecto em potencial - uma caracterização “efectiva”. A segunda é referente a categoria e os atributos, que efectivamente pertencem ao indivíduo que os prova possuir.¹¹⁷ Esta distinção revela-se crucial para a nossa análise, dadas as múltiplas identidades sociais que a mulher prostituta manipula no seu quotidiano, nomeadamente a identidade de prostituta, mãe, esposa, namorada, filha, entre outras.

4.2.2 Espaço social, poder e capitais

Para Pierre Bourdieu, o mundo social pode-se apresentar sob a forma de um espaço (a várias dimensões) construído na base de princípios de diferenciação ou de distribuição,

¹¹⁵ Caldeira, P. “Identidades dos Portadores do Vírus da SIDA – Reconstrução das Identidades Sociais e Formas de Inserção Social dos Portadores do VIH”. *Sociologia – Problemas e Práticas*, Nº17, Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES), 1995, p.80.

¹¹⁶ Pinto, J. “Considerações Sobre a Produção Social de Identidade”, *Revista Crítica das Ciências Sociais* Nº32, Coimbra, 1991, p.219.

¹¹⁷ Goffman, E. *Estigma. Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1988 [1973], p. 12.

constituídos pelo conjunto de propriedades actuautes no universo social. Assim os agentes e grupos de agentes são definidos pelas suas posições relativas neste espaço ou campo social.¹¹⁸

Ou seja, o campo social é descrito como um espaço multidimensional de posições, tal que qualquer posição actual pode ser definida em função de um sistema variado de coordenadas, cujos valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes. Os agentes distribuem-se no espaço social, na primeira dimensão, segundo o volume global do capital que possuem e, na segunda dimensão, segundo a composição do seu capital ou por outra, segundo o peso relativo das diferentes espécies no conjunto das suas posses. As propriedades actuautes, tidas em consideração como princípios de construção do espaço social, são as diferentes espécies de capital que ocorrem nos diferentes campos.¹¹⁹

Bourdieu distingue vários tipos de capital como por exemplo: económico (dinheiro/bens materiais), cultural (educação) e social (rede de relações sociais entre indivíduos ou grupos). As espécies destes capitais conferem poderes que definem as probabilidades de ganho num campo determinado, ou por outras palavras, o capital representa um poder sobre o campo.

Esta proposta conceptual e analítica é fundamental para a nossa análise, pois considerar o universo da prostituição como um espaço social é o caminho mais heurístico para dar conta dos modos de existência dos actores sociais, que partilham um mesmo estigma e as lógicas específicas que orientam as suas condutas e representações. Contudo, apesar de partilharem o mesmo espaço social, a sua posição é determinada pela posse dos capitais acima referenciados, o que em certa medida determina a reprodução dos poderes e as hierarquias neste espaço social.

¹¹⁸ Bourdieu, P. *O Poder Simbólico*, Lisboa, DIFEL Editora, 1989, p. 133-134.

¹¹⁹ Id., *ibid.*, p. 134-135.

4.2.3 Dominação Masculina

O conceito de dominação masculina é produto da definição socialmente construída dos corpos, masculino (activo, penetrante) e feminino (passivo, penetrado), na óptica de Pierre Bourdieu,¹²⁰ essas diferenças entre os sexos no sentido dos géneros construídos como duas essências sociais hierarquizadas, determinam a divisão social do trabalho e das relações sociais.

As relações de dominação observam-se, sob formas diferentes, nas mais diferentes condições femininas. Neste contexto, a relação prostituta-cliente no universo da prostituição é também ele marcado por estas relações sociais de dominação e subordinação, sendo que o poder é marcadamente exercido a partir do corpo/sexo “comprado” pelo cliente. Nessa condição, “os homens pagam para realizar os seus desejos e o dinheiro como símbolo de poder, transforma quem o recebe em objecto à sua disposição”.¹²¹

Feita a exposição conceptual, no capítulo que se segue, iremos apresentar os constrangimentos de pesquisa e os instrumentos metodológicos que serviram de base para este trabalho.

¹²⁰ Bourdieu, P. *A Dominação Masculina*, Oeiras, CELTA Editora, 1999.

¹²¹ Verardo, M. et al., *Meninas do Porto - Mitos e Realidade da Prostituição Infanto-Juvenil*, São Paulo, Nome da Rosa Editora, 1999.

Capítulo 5

5.1 Métodos e Técnicas

O objectivo deste capítulo consiste na apresentação da abordagem metodológica que serviu de base para a elaboração da presente dissertação, bem como dos seus principais constrangimentos, começemos pelos constrangimentos.

5.1.2 Constrangimentos de pesquisa no terreno

O espaço da prostituição é extremamente fluído e informal, sendo que o processo de inserção neste meio revelou-se bastante complexo. Levámos cerca de quatro semanas para nos familiarizar com o ambiente de pesquisa, nomeadamente, com as ruas, bares, discotecas, e com os actores que frequentam estes espaços. Entre os vários obstáculos podemos destacar os inerentes ao acesso aos actores sociais objecto de análise, as prostitutas. A aproximação foi difícil, sobretudo porque o nosso trabalho de campo foi sempre percebido por estas como um trabalho jornalístico, uma vez que trazíamos sempre um gravador. Aliás, este instrumento de registo constituiu fonte de permanente tensão sempre que solicitávamos uma entrevista com as nossas informantes.

Desligar o gravador, foi uma das condições impostas para que nos fosse permitida a nossa permanência no campo e, por conseguinte, a realização das entrevistas. As poucas entrevistas que conseguimos gravar foram possíveis com recurso às redes sociais que conseguimos desenvolver com alguns guardas-nocturnos, empregados de balcão, seguranças e *Disco-jokers* que trabalham nos diferentes bares e discotecas neste universo social. Mesmo assim, muitas entrevistas não foram gravadas até ao seu término, pois foi recorrente a entrevista ser interrompida por clientes a solicitarem serviços sexuais às entrevistadas. Algumas entrevistadas com estatuto de informantes privilegiados retornavam à entrevista depois do trabalho, mas com as outras, só terminávamos a entrevista no dia seguinte, quando conseguíssemos identificar a nossa entrevistada, uma vez que a maioria das entrevistas foram feitas a noite em ambiente de pouca luz.

Cabe salientar que outro constrangimento colocado no trabalho de campo esteve relacionado com o problema da segurança individual, devido ao seu carácter clandestino

e tratando-se de um meio social que envolve muitos riscos, visto ser frequentado também por marginais, consumidores de drogas, entre outros, cuja presença na “Rua do Bagamoyo” é sintomática. Como forma de superar esta barreira, fomos sempre acompanhados de colegas ou amigos, de forma a reforçar a nossa segurança neste meio social.

5.1.3 Métodos e técnicas

Na prossecução dos objectivos, relativos ao objecto, optámos pela metodologia qualitativa, que consiste na descrição detalhada de situações com objectivo de compreender os indivíduos nas suas condições e nos seus discursos ou seja, este método visa o estudo dos significados intersubjectivos, situados e construídos pelos actores sociais.¹²² No contexto da metodologia qualitativa aplicada ao entendimento do processo saúde-doença, emprega-se a concepção trazida das ciências sociais, segundo o qual não se busca estudar o fenómeno em si, mas entender o seu significado, individual ou colectivo, para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenómenos da doença e da vida em geral representam e significam para as prostitutas. Pois, o *significado* tem função estruturante, em torno do que as coisas significam. As pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.¹²³ Portanto, buscámos com este método conhecer as vivências e as percepções que as prostitutas têm da sua experiências de vida num ambiente marcado pelo risco de infecção pelo VIH/SIDA. Assim, privilegiámos as seguintes técnicas de pesquisa: pesquisa bibliográfica, observação directa e entrevistas semi-estruturadas.

5.1.4 Pesquisa bibliográfica

Numa primeira fase, ativémo-nos à pesquisa bibliográfica, que foi realizada nas diferentes bibliotecas na cidade de Lisboa (Portugal) e Maputo (Moçambique), onde explorámos dois tipos de fontes: 1) fontes primárias que são os documentos oficiais

¹²² Goldenberg, M., *A arte de Pesquisar - Como Fazer Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Record, 2000, p.53, Moreira, C., *Teorias e Práticas de Investigação*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2007, p.50.

¹²³ Turato, E. “*Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições, Diferenças e seus Objectos de Pesquisa*”, 2005, p. 509, [Consult.02 Fev. 2008] Disponível WWW: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>

(relatórios, discursos, etc.), e 2) fontes secundárias sobre a literatura que aborda temáticas relacionadas com assuntos ligados ao nosso objecto de análise. Na segunda fase realizámos a observação, aplicámos as entrevistas semi-estruturadas ao nosso grupo alvo.

5.1.5 Observação

A observação é um elemento fundamental de investigação científica. A observação torna-se uma técnica científica, na proporção em que ela (1) se adequa a um plano de pesquisa, (2) é planeada sistematicamente, (3) é registada metodicamente e está relacionada com proposições mais gerais, (4) está sujeita a verificações e controles sobre a validade e segurança.¹²⁴ Esta técnica utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, no intuito de ver, ouvir e examinar factos ou fenómenos que se deseja estudar.¹²⁵

Assim, esta técnica permitiu-nos descrever e registar os actores sociais que frequentam esta rua. Observar os diferentes espaços sociais que mapeiam o quotidiano nocturno desta rua, nomeadamente os bares, as discotecas, os hotéis, as pensões, os escritórios, os armazéns, (que servem de “esquinas”) para a prática da prostituição. O recurso a esta técnica permitiu-nos também captar os comportamentos e práticas das mulheres e dos homens que se cruzam no cenário da prostituição nesta rua. Para o registo de observações, usamos como técnica de registo, o diário de campo, no sentido de captar os comportamentos, as rotinas, isto é, “fotografar” o ambiente nocturno da “Rua de Bagamoyo”.

Todavia, a técnica de observação tem as suas limitações, não só pela duração das ocorrências, mas também são menos eficazes em fornecer informações sobre as percepções, crenças, sentimentos, motivações, intuições ou futuros planos de uma pessoa e, certamente, não dão informações sobre o comportamento passado ou condutas íntimas, que pela sua própria natureza, são impossíveis de observação¹²⁶. Por conseguinte, como forma de obter informações sobre percepções, crenças, sentimentos, ou motivações socorremo-nos na técnica de entrevista.

¹²⁴ Selltiz, *et al.*, 1965, p. 233.

¹²⁵ Lakatos, E. e Marconi, M., *Metodologia Científica*, São Paulo, Edições Atlas, 1994, p.107.

¹²⁶ Selltiz, *et al.*, op. cit., 1965, p. 275.

5.1.6 Entrevista

A entrevista é um método de recolha de informação que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, afim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações sobre factos ou representações.¹²⁷ Antes da realização das entrevistas no terreno, como forma de testar e corrigir o nosso guião de entrevistas, realizámos algumas entrevistas piloto, na Avenida Olof Palme, local onde a presença de mulheres prostitutas é constante. Posteriormente, efectuámos as entrevistas de forma aberta na “Rua do Bagamoyo”, na baixa da cidade. O grupo alvo foi constituído por prostitutas, técnicos de saúde e “educadoras de pares”¹²⁸ envolvidas no “projecto 100% Vida”. As entrevistas com estes últimos, permitiu-nos conhecer as actividades de aconselhamento e de prevenção em matéria de VIH/SIDA, junto às trabalhadoras de sexo.

Ainda no plano da observação e da entrevista, procuramos privilegiar a “informalidade”. Esta técnica supõe um processo de ajustamento recíproco, que permite controlar os efeitos inerentes à presença do investigador no terreno e à interacção deste com as pessoas, de forma a que não se venha juntar uma maior rigidificação dos papéis recíprocos do observador e do observado e uma maior rigidificação das categorias que organizam o processo de interacção verbal no decurso da entrevista.¹²⁹

Deste modo, recorrendo a esta atitude metodológica de informalidade, fizemo-nos apresentar diante do nosso grupo alvo como potenciais clientes. Esta estratégia permitiu-nos trilhar espaços até então interditos, enquanto pesquisadores. Com efeito, por um

¹²⁷Ketele, J. e Roegiers, X., *Metodologia de Recolha de Dados - Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*, Lisboa, Instituto Piaget, 1999, p. 22.

¹²⁸ A educação de pares é um conceito popular que envolve um enfoque, um canal de comunicação, uma metodologia, princípios e uma estratégia para a mudança de comportamento. O termo “par” refere-se a uma pessoa da mesma posição social que a outra; que pertence ao mesmo grupo social ou à mesma situação (ONUSIDA, 2006, p.5). Neste caso concreto, como educadoras de pares referem-se as mulheres prostitutas que trabalham no contexto da prostituição como agentes de prevenção do VIH/SIDA, devido a sua experiência pessoal da prostituição, porque elas conhecem os constrangimentos e as lógicas da condição de prostituição, os códigos e as normas e, sobretudo porque possuem uma experiência da prática da sexualidade comercial, inacessível ao pessoal sócio-sanitário. Pressupõe-se que as educadoras de pares garantam o ajustamento das acções de acordo com as necessidades da população alvo, bem como a sua boa recepção, como sustenta Mathieu, (2000, p.133-134).

¹²⁹ Costa, A. “A Pesquisa de Terreno em Sociologia” in Silva, A. S. e Pinto, J. M. (Org.) *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento, 2005, p.138.

lado foi possível observar o interior dos espaços das práticas sexuais comerciais como, os quartos das pensões, hotéis, e as “esquinas”. Por outro, foi possível obter conversas informais com as nossas entrevistadas, o que em certa medida permitiu confirmar alguns depoimentos que colhemos enquanto vestíamos o papel de pesquisador.

5.1.7 Selecção da amostra

Tratando-se de uma investigação qualitativa, o presente estudo teve como suporte a amostragem não probabilística, do tipo intencional, em que os elementos que formam a amostra relacionam-se intencionalmente de acordo com certas características estabelecidas no plano e nas hipóteses formuladas pelo pesquisador.¹³⁰ A relevância deste tipo de amostras não reside na pretensão de representação de uma população, com objectivo de generalização de resultados, mas antes, procura aprofundar o nível de conhecimento de regularidades, cuja singularidade é por si só, significativa.¹³¹

Deste modo, optámos por este tipo de amostragem, por um lado, com o desígnio de captar os significados subjectivos que os actores sociais atribuem ao risco de infecção pelo VIH/SIDA num contexto de prostituição de rua. Por outro, pelo facto de a pesquisa ter sido realizada em espaço aberto, isto é, na Rua de Bagamoyo e, por conseguinte, não ser possível determinar a probabilidade que cada elemento da população tem de pertencer à amostra neste espaço social. Nestes moldes, foi intencionalmente seleccionado uma amostra de 17 indivíduos, dos quais 11 prostitutas, 2 educadoras de pares e 4 técnicos de saúde ligados à Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e ao Centro de Saúde do Porto na baixa da cidade. Finalmente, é de salientar que, como forma de preservar a identidade dos nossos informantes, optamos por adoptar nomes fictícios ao longo do trabalho.

Assim, feita apresentação dos instrumentos metodológicos de pesquisa, iremos de seguida fazer a apresentação e análise dos resultados da pesquisa que deram corpo a presente dissertação.

¹³⁰ Richardson, R., *Pesquisa Social - Métodos e Técnicas*, 3ª Edição, S. Paulo, Editora Atlas, 1999, p.161.

¹³¹ Pais, J., *Ganchos, Tachos e Biscates. Jovens, Trabalho e Futuro*, Porto, Ambar, 2001, p.110.

Capítulo 6

6.1 Apresentação e interpretação dos dados de pesquisa

6.1.1 O campo de análise

O presente trabalho foi realizado em Moçambique, mais especificamente na cidade de Maputo. O processo de pesquisa empírica teve a duração de cerca de cinco meses, entre Abril e Setembro de 2008, e foi realizado na Rua do Bagamoyo (antiga Rua Araújo), circunscrito na baixa da cidade. A escolha deste local prende-se ao facto deste constituir o maior e o mais antigo “centro” de prostituição em Moçambique. Por outro lado, é nesta rua que se concentra a maioria das prostitutas e clientes da cidade de Maputo.

A Rua do Bagamoyo é estreita, com edifícios de três andares no máximo, de aspecto velho, com mais de 100 anos. Nela predominam prédios comerciais, com varandas armadas em ferro a bordado aberto. Nesta rua, dum lado localizam-se lojas, armazéns, o Arquivo do Património Cultural Moçambicano (ARPAC) e a Escola Nacional de Dança (onde no período colonial, funcionava o antigo cabaret “Aquário”), tendo pelo meio o Restaurante-bar “Submarino”, um bar tipicamente português, de aspecto calmo, pouco ou quase nada frequentado pelas prostitutas e que acaba por ser um dos locais onde procedemos ao registo e à revisão do diário de campo.

O outro lado da rua tem, com efeito, características opostas: concentra a maior parte das casas nocturnas e vive uma autêntica agitação: discotecas, bares, pensões e um hotel. É neste local onde encontramos a discoteca Luso (a casa de “*Strip- Tease*” da baixa da cidade), o “*Carlton Bar*”, exclusivamente com serviços de discoteca e bar, logo a seguir o “*Gypsy`s Bar*”, o “complexo central” (com um *Snack bar*, a “Discoteca hotel central zona kente” e uma pensão hotel). Finalmente, no cruzamento da Rua do Bagamoyo com a Rua da Mesquita, temos o edifício da antiga discoteca “Kays” e a Agência Nacional de Despacho, ao longo da Rua da Mesquita.

Importa reter que o nosso estudo não se circunscreveu apenas à Rua do Bagamoyo, como foi inicialmente proposto neste estudo – que seria a nossa “fronteira administrativa”. Conduzidos pela observação no terreno, tivemos que traçar novas

“fronteiras sociológicas”,¹³² no sentido em que fomos observando e depreendendo que a “Rua do Bagamoyo” representa afinal uma construção social, na medida em que é percebida pelos actores sociais intervenientes como todos os espaços sociais em que se desenvolvem práticas sexuais comerciais, designadamente a Rua António Furtado, Consiglieri Pedroso, até à Rua da Boa Morte, daí a designação de “Rua do Bagamoyo”. Na calada da noite, estes espaços apresentam-se pouco iluminados, onde mulheres e homens se atraem para a cumplicidade na prostituição, num cenário de pouca luz.

6.1.2 O quotidiano da Rua do Bagamoyo

Nesta rua converge uma heterogeneidade de actores sociais, desde prostitutas, clientes, guardas das empresas, proprietários dos bares, das pensões, das discotecas, “meninos de rua”, marginais, taxistas, e “seguranças” das discotecas. Estes actores fazem parte deste espaço social, entrando permanentemente em interacção, mas cada um com uma função específica.

Na rua do Bagamoyo a prostituição é praticada todos os dias à noite, em especial aos fins-de-semana (sextas e sábados), períodos em que a presença de clientes e prostitutas é maior. A prática da prostituição ganha visibilidade normalmente a partir do final da tarde até noite dentro, quando termina o expediente laboral da baixa da cidade. Assim, mulheres de diferentes estratos sociais, provenientes de diversos bairros da cidade de Maputo, desaguam nesta rua para mais uma jornada de trabalho.

Chegado ao local, estas tratam imediatamente de se desfazer da sua “identidade social real”. Esta mudança de identidade é feita normalmente dentro dos bares, ou mesmo em plena rua, nas escadas dos escritórios, sob a convivência dos guardas-nocturnos. Os vidros dos escritórios servem de espelhos, na preparação da “fachada pessoal”, parafraseando Goffman¹³³, isto é, o equipamento expressivo do tipo padronizado e intencional que é empregue pelas prostitutas para atrair os seus clientes.

¹³² Na óptica de Maria Graziela Afonso, as fronteiras sociológicas são estabelecidas a partir da observação e constituem um instrumento de trabalho. Afonso, M., *Estudo de Casos. Prostituição e Espaço Social: O Caso de Intendente*, Lisboa, Cadernos de Comunicação e Linguagens, 1984, p. 44.

¹³³ Goffman, E., *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*, 14ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2007.

Muda-se a indumentária, despontam as mini-saias, as ancas ressurgem, soltam-se as mechas, perucas e as “*tissagens*”. O corpo é exposto assumindo-se deste modo a “identidade social virtual” de prostituta. A seguir, cada prostituta vai assumindo o seu espaço, condicionado pela sua origem social e pelas “redes sociais”, que são fundamentais para ganhar terreno no universo “prostitucional”. Assim, demarcado o espaço, expõem-se à montra e vão conquistando clientes que, ao pôr-do-sol, aí se deslocam para tomar um copo e solicitar os seus serviços.

A prática da prostituição tem o seu término por volta das 5 horas da manhã. Depois de uma jornada de trabalho, as prostitutas regressam às suas origens. Para o efeito, tratam de desfazer-se da “identidade de prostituta” ao encobrir os “símbolos do estigma”.¹³⁴ Por conseguinte, algumas mulheres, normalmente as mais velhas, amarram “decentemente” as *capulanas* e as mais novas livram-se das mini-saias e vestem umas calças ou mesmo o uniforme escolar, num processo de “manipulação da identidade”, para um “pacífico” regresso a casa, a pé, de “chapa 100”,¹³⁵ de autocarros públicos ou ainda de táxis.

6.1.2.1 Mulheres prostitutas

Da observação que realizámos pudemos identificar dois tipos de prostitutas nesta rua: prostitutas cujo local de acção são as discotecas/bares e prostitutas que solicitam os seus clientes na rua. O primeiro tipo de prostitutas serve-se das pistas de dança para expor o seu corpo e atrair o cliente. A indumentária é geralmente baseada em calças tipo “*Jeans*”, vulgarmente designadas “*tchuna baby*”¹³⁶ e blusas geralmente acima do umbigo.

As discotecas e bares constituem um “mundo” onde o negócio do sexo e do álcool, condimentado com música alta, constituem as expressões mais observáveis. Os clientes são solicitados dentro da discoteca, sendo que o preço praticado por cada acto sexual

¹³⁴ Na visão de Goffman (1988, p.53), símbolos do estigma são signos que são especialmente efectivos para despertar a atenção da sua identidade.

¹³⁵ Designação dada ao transporte semi-colectivo e privado de passageiros em Moçambique.

¹³⁶ Que vem de “*tchunar*”, que significa pôr a mulher mais elegante em termos de indumentária, maquilhagem e na forma física. E “*baby*”, expressão de língua inglesa que significa: querida, namorada ou amante.

oscila entre os 300,00 (8.5€) à 500, 00Mts (15€), quando se trata das mulheres que frequentam o Luso. Deste valor 50.00 (1.42€) a 150,00Mts (4.28€) são para o aluguer da pensão ou hotel, locais onde o acto sexual tem lugar.

O segundo tipo de prostitutas concentra-se nas esquinas da rua, na entrada dos bares ou das discotecas, onde abordam os clientes. Estas apresentam-se sempre em pequenos grupos, de 3 ou 4 jovens. Por cada acto sexual cobram valores que oscilam entre os 100,00 (2.85€) a 200,00Mts (5.71€). Esta categoria de prostitutas pratica o sexo nas chamadas “esquinas”, assim como nas pensões, dependendo do tipo de cliente, isto é, da sua disponibilidade financeira.

Cabe aqui observar que na confluência entre Rua do Bagamoyo e a Rua António Furtado que se estende até a Rua Consiglieri Pedroso, Rua da Boa Morte temos a chamada Rua de Bagamoyo “dois”. Neste local encontramos “trabalhadoras de sexo” cuja indumentária é bem diferente das primeiras: estas usam saias muito curtas ou amarram capulanas muito acima do joelho exibindo os seus dotes físicos. É de salientar que essas mulheres levam sempre consigo capulanas que servem para estender no chão, no qual se deitam com os clientes durante o acto sexual nas “esquinas”, que podem ser armazéns, entradas de escritórios ou escombros, que servem normalmente de locais onde fornecem os “serviços sexuais”.

De salientar que as “esquinas” são controladas por guardas-nocturnos desta rua, que têm como função principal proteger as empresas, escritórios, lojas e armazéns. Estes são maioritariamente homens com idades que variam entre os 50 e os 60 anos, trajando roupas escuras e sobretudos. Para além de auferirem o salário de base do seu trabalho, fiscalizam as entradas nas “esquinas”, mediante o pagamento de uma quantia que varia dos 5.00Mts (0.14€), a 10.00Mts (0.29€), de acordo com a qualidade da “esquina”. Para além de garantirem os espaços para a prática da prostituição, os guardas comercializam cigarros, doces, pastilha elásticas e bebidas alcoólicas de baixo custo, designadamente da marca “*Gin tentação*” vulgo “*MP3*”, devido aos seus efeitos imediatos e prolongados.

Paralelamente, alguns guardas protegem temporariamente, de acordo com as circunstâncias, o dinheiro que as prostitutas colectam em cada relação sexual. Trata-se

de uma forma de protecção das receitas do dia no caso de serem assaltadas. O dinheiro é devolvido no final da sua actividade e, por este serviço, o guarda recebe também uma “comissão”.

As mulheres que frequentam as “esquinas” ficam normalmente junto dos escritórios, ferragens, lojas e armazéns. Andam quase sempre acompanhadas de jovens “chulos”, ou “protectores”, que de perto vão acompanhando todos os movimentos. O convite aos clientes é feito em voz alta, com palavrões à mistura.

O grande chamariz usado pelas prostitutas mais velhas, devido à sua idade e concorrência com as mais novas, é a exposição da sua roupa interior. Este grupo de prostitutas pratica os preços mais baixos, que variam entre 45.00 (1.28€) a 50.00Mts (1.42€) por cada acto sexual, que normalmente tem a duração de quinze a trinta minutos, o máximo.

Cabe aqui observar que os “serviços” prestados pelas mulheres prostitutas da Rua do Bagamoyo têm várias classificações: a cópula, ou “sexo normal” como denominam, oscila entre os 45.00Mts (1.28€) a 500.00Mts (15€). Para o sexo oral e anal, os preços variam entre os 150 (4.28€) e os 350.00Mts (10€), e há o que chamam de “uma noitada”, isto é, quando o cliente solicita os serviços para uma noite, fora daquele local. Nessas circunstâncias, ao cliente é cobrado uma quantia que pode ir dos 500.00 (15€) a 1.000.00Mts (28.5€).

É de realçar que os serviços sexuais são realizados na casa, ou mesmo no carro do cliente. Nesta situação, a cobrança pelo acto inclui uma taxa de “deslocação”, que consiste em solicitar os “serviços” fora daquela área. Nesse contexto, os preços podem variar entre os 150.00 (4.28€) a 300.00Mts (8.57€). De salientar que a fixação dos preços nesta actividade está atrelada também ao tipo de indumentária ou “fachada pessoal” que as prostitutas apresentam. Como testemunhava uma das entrevistadas:

“Este trabalho exige um investimento, é preciso ter um bom corpo, saber vestir, usar umas boas calças, uma blusa a maneira, estar sempre muito limpa, cuidar do cabelo e principalmente investir num bom perfume, de preferência de marca. Alguns clientes são exigentes. Quando estás bem vestida é mais fácil marcar o bom preço. Quando cobras mil paus o gajo não reclama [risos]. Agora, se apareces aqui mal vestida, a cheirar

mal, só podes cobrar pouco, uns 50 paus [1.42€] como essas que ficam lá do outro lado, nas esquinas”. Rita (26 anos, solteira).

Deste trecho, podemos aferir que na Rua do Bagamoyo, os agentes distribuem-se segundo o volume global do capital que possuem, como diria.¹³⁷ Deste modo, a condição social, o “capital económico” e o “capital físico”¹³⁸, das mulheres que exercem a prostituição nesta rua determina o espaço social, onde estas solicitam os clientes e, por sua vez, os locais da prática das relações sexuais comerciais. Assim, a posse destes capitais irá também determinar não só a fixação dos preços, mas também o acesso a uma certa categoria de clientes.

Com efeito, a Rua do Bagamoyo (RB1) é geralmente frequentada por mulheres com uma certa posse do volume desses capitais. São geralmente mulheres trabalhadoras, estudantes, ou ainda mulheres com considerável experiência neste ramo profissional e com um certo domínio da língua inglesa, o que de certa forma determina o acesso fácil a um padrão de clientes, nomeadamente turistas e marinheiros, que normalmente frequentam esta rua.

Por sua vez, a chamada “Rua de Bagamoyo dois” (RB2), é essencialmente frequentada por mulheres de “baixa” condição social. Este factor determina o menor valor que cobram ao cliente por cada acto sexual. Portanto, a distribuição dos espaços para a prática da prostituição na baixa da cidade de Maputo é condicionada pela posição que as suas praticantes ocupam na hierarquia social local. Por conseguinte, a prostituição neste espaço, é praticada em condições precárias de higiene. As necessidades menores são feitas em pleno passeio, ou nas árvores, sob olhar indiferente dos actores sociais que frequentam esses espaços. Os preservativos depois de usados são frequentemente deitados no chão, sem observância mínima de condições higiénicas.

No sub-capítulo que se segue prendemos descrever os traços sociais e contextos de origem das nossas entrevistadas, nomeadamente, a proveniência social, as idades, o nível de escolaridade e o estado civil.

¹³⁷ Bourdieu, 1989, p. 135.

¹³⁸ Neste contexto entende-se por capital físico, a estrutura física corporal, uma apresentação de si, a maneira como o corpo é gerido e os cuidados de higiene que as prostitutas devem observar para angariar clientes no universo prostitucional.

6.1.3 Traços Sociais e Contextos de Origem

À luz dos resultados recolhidos no trabalho de campo, constata-se que as mulheres que frequentam a Rua do Bagamoyo são na sua maioria oriundas da zona sub-urbana da cidade de Maputo, nomeadamente do bairro de Jardim, Maxaquene, Polana-Caniço, Mafalala, Aeroporto e também Liberdade. E outras provém dos bairros localizados no centro da cidade, nomeadamente: Alto-Maé, Malhangalene e da cidade da Matola.

Esta área suburbana, conhecida por “cidade de caniço”, é constituída por bairros não planeados, de planta indiferenciada ou anárquica, com uma elevada densidade de ocupação do solo, dificultando a circulação, para além da falta de espaço para serviços.¹³⁹ É uma área substancialmente residencial de classes economicamente pobres, onde encontram na grande cidade um espaço de sobrevivência quotidiana.

Quanto às idades, a sua frequência oscila entre os 18 e os 42 anos, sendo que a maioria das entrevistadas têm idades que variam dos 18 aos 26 anos. A variável idade revela-se crucial na demarcação e ocupação dos espaços para o exercício da prostituição e, conseqüentemente, na definição do seu estatuto e na negociação do seu valor. Deste modo, as prostitutas mais velhas, isto é, das idades que variam entre os 35 e os 42 anos frequentam normalmente as ruas Boa Morte e Consiglieri Pedroso, ou seja a R.B.2.

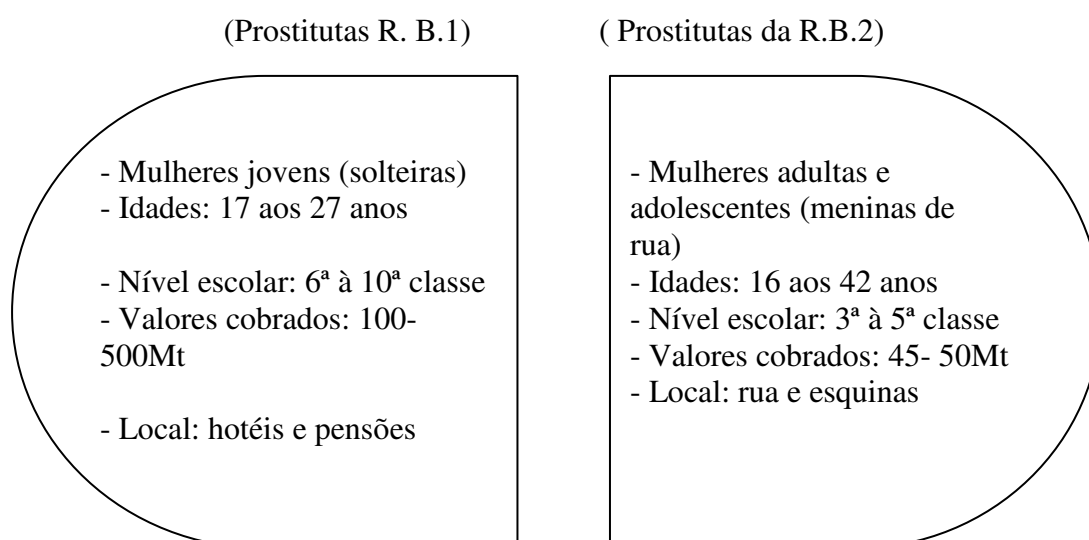
Importa também referir que, à luz dos dados da pesquisa, pudemos constatar que os preços praticados pelas prostitutas mais velhas, geralmente não ultrapassam a fasquia de 50,00Mt (1.42€), sendo que esta categoria de prostitutas, pela sua idade já avançada, opta por baixar os preços, para fazer face à concorrência das mais novas, vulgo “catorzinhas”, que frequentam o mesmo espaço. Relativamente ao nível de escolarização, este varia das 3^a à 9^a classe¹⁴⁰, sendo que a média de escolaridade é de 6^a classe.

¹³⁹ Araújo, G., *Os Espaços Urbanos Em Moçambique*, São Paulo, GEOUSP - Espaço e Tempo, 2003.

¹⁴⁰ O Sistema Nacional de Ensino em Moçambique é constituído por 12 classes (ou anos) de escolaridade secundária, sendo o ciclo primário de dois graus: da 1^a a 5^a classes e da 6^a e 7^a classes respectivamente. Segue-se o nível básico da 8^a a 10^a classes e o nível médio ou pré – universitário que inclui a 11^a e 12^a classes.

No que tange ao estado civil, os dados do campo mostram que as mulheres que frequentam esta rua são na sua maioria mães solteiras, com uma média de dois filhos, sendo que apenas uma é viúva. Portanto, a estrutura familiar de proveniência dessas mulheres constitui as chamadas “famílias monoparentais”, que são especialmente famílias com um único progenitor, geralmente a mãe. São diversas as causas pelas quais se dá origem a este tipo de estrutura familiar: viuvez, divórcio, separação, procriação fora do casamento, entre outras.¹⁴¹

Face ao exposto, pode-se traçar uma tipologia das trabalhadoras de sexo na baixa da cidade de Maputo, tendo em conta as idades, nível de escolaridade, os locais onde fornecem os “serviços sexuais” e preços que praticam:



Esta tipologia chama a nossa atenção pelo facto de demonstrar que o universo da prostituição não se afigura homogéneo. As mulheres que frequentam este espaço social, têm posições socialmente desiguais. Essa desigualdade explica-se não só pela sua origem social, mas também pela posse ou não de um determinado capital cultural, económico ou físico, como vimos anteriormente.

Com efeito, esta diferenciação social entre as mulheres prostitutas irá também determinar o grau das motivações que as impelem para a prática da prostituição, como podemos observar no sub-capítulo que segue.

¹⁴¹ Saraceno, C. e Naldini, M., *Sociologia da Família*, Lisboa, Editorial Estampa, 2003.

6.1.4 Motivações para a prática da prostituição

No presente sub-capítulo, pretendemos descrever as motivações que concorrem para a prática da prostituição na baixa da cidade de Maputo. De um modo geral, a procura de meios de subsistência é apontada como sendo o principal motivo que as impelem à prática da prostituição. Com efeito, a falta de emprego, a necessidade de sustentar os filhos e o divórcio, de acordo com os depoimentos, seriam factores de inserção dessas mulheres nesta actividade. Como diziam as entrevistadas:

“...deixar, deixar mesmo de fazer aquele trabalho, não é fácil. Porque vamos lá supor, por exemplo na minha casa somos sete, minha mãe não trabalha, meu pai faleceu no ano 2000, tá a ver! Na minha casa sou a terceira, tenho um filho e não estou com o pai dele. Eu é que tenho direito de sustentar o meu filho. Quem vai dar de comer a ele, se não for eu? E aqui neste projecto [educadora de pares no projecto 100% vida] não estamos a receber muito, só estamos a receber mil [28.57€]. O que você pode fazer com mil? Quem sabe se nós estivéssemos receber três mil? Mais ou menos, talvez podia me conformar e ficar em casa, porque aquilo não é vida não é nada. Ninguém quer fazer aquele tipo de trabalho, nós estamos a fazer aquele trabalho porque estamos a sofrer com fome. E a fome também manda a pessoa ficar na rua”. Lura (28 anos, solteira).

Algumas mulheres recorrem à prostituição impelidas não só pela busca de meios de subsistência, mas também porque não têm a capacidade de sobreviver economicamente sem a presença de um parceiro. Este facto ganha fundamento na dinâmica da sociedade e do tipo de organização social, onde as mulheres interiorizam os valores sociais dominantes, em que o homem é visto como provedor do lar, e por conseguinte, estas remetem-se à vida doméstica. Assim, quando o homem se separa da mulher, a sua ausência no seio da família é usada como justificação para o seu envolvimento na prostituição, como nos sugerem os depoimentos que se seguem:

“Estou aqui por causa das condições de vida. O meu marido fugiu de casa. Tenho que cuidar das crianças sozinha. Então tive que fazer a vida aqui na rua. Que fazer!” Laura (25 anos, solteira).

“Não há emprego. Faço isto para ajudar os meus filhos. Sou pai e sou mãe ao mesmo tempo. Tenho que garantir a escola dos meus filhos” Gilda (40 anos, solteira).

Os dados expostos dão razão à ideia tradicional de que a prostituição é um recurso de sobrevivência, na medida em que é desta actividade que algumas mulheres envolvidas nesta actividade tiram o seu rendimento e garantem a sua subsistência e a de outras pessoas do seu agregado familiar. Portanto, os “motivos por que” estas mulheres enveredaram pela prostituição encontram o seu fundamento na falta de condições mínimas de sobrevivência, ou seja, devido à pobreza. Portanto, a sua acção foi “motivada” pela sua situação pessoal ou, mais precisamente, pela sua história de vida, sedimentada nas suas circunstâncias pessoais.¹⁴² Neste contexto, a prostituição é para estas mulheres uma alternativa de subsistência, face à sua precariedade social.

Contudo, a ideia de que a prostituição constitui alternativa de sobrevivência não é linear. Na nossa assunção, a pobreza não constitui uma condição “*sine qua non*” para explicar este fenómeno. Assim, concordamos com a Socióloga Heleieth Saffioti, quando afirma que é um reducionismo inaceitável a postura dos que vêm causas de ordem económica para esse fenómeno. Sustenta ainda que “se isso fosse verdadeiro, toda a mulher pobre seria prostituta e não haveria prostitutas oriundas das classes média e alta”.¹⁴³

De facto, a prostituição é, para algumas mulheres, uma opção laboral e é vista como uma actividade rentável. Como dizia Roberts,¹⁴⁴ muitas prostitutas encontram nesta forma de ganhar dinheiro uma fuga à esmola e aos baixos salários que ganhariam noutros trabalhos, bem como uma fonte de auto-estima. Como refere uma das entrevistadas: “*Sou da Nampula, vim parar aqui a convite de uma amiga minha da Beira. Mas primeiro estive com ela na Beira, depois é que vim a Maputo. Gostei de estar aqui (...) Gosto de estar aqui na rua a fazer este negócio. (...) Este é um bom negócio. Às vezes uma gaja sai daqui com 1500 [42.85€] ou 2000 paus [57.14€]. Ninguém recebe isso no Estado por dia. (...) Por isso acho que não é possível o*

¹⁴² Schutz, 1979, p. 125.

¹⁴³ Verardo *et al.*, 1999, p. 38.

¹⁴⁴ Roberts, 1996, p. 344.

governo acabar com prostituição. É um negócio fácil e já nos habituámos” Rita (26 anos, solteira).

“Gostaria que a prostituição fosse legal. Para podermos ter médicos próprios, termos identificação, acho que tínhamos que estar todas no mesmo sítio (...) também seria uma forma de controlar as crianças que andam aqui e também as mulheres mais velhas que deviam estar em casa a cuidar dos seus netos”. Sónia (23 anos, solteira).

Este trecho revela-nos, de facto, que a prostituição não pode ser vista apenas como uma alternativa de sobrevivência, pois algumas praticantes têm-na como uma opção de trabalho, com inúmeras vantagens. Como refere a antropóloga Ana Lopes,¹⁴⁵ muitas pessoas encontram um leque de vantagens laborais na indústria do sexo: trabalho com horários flexíveis, o facto de receber, muitas vezes o dinheiro em mão, e o não precisar de qualificações. Estes são alguns dos “factores de atracção” que, de acordo com a tese de Benjamim e Masters,¹⁴⁶ representam “vantagens comparativas da carreira prostitucional”. Ademais, constatámos que para algumas mulheres, a prostituição constitui a sua actividade principal, sendo que as outras actividades, fora do contexto prostitucional, constituem fontes adicionais de rendimento, como podemos observar no depoimento que se segue:

*“Além deste serviço, vendo roupa no **dumba nengue** [mercado informal] do Bairro de Jardim. Vendo calamidades, costumo comprar fardo. E trabalho com o moço que me ajuda e pago-lhe 600 [17.14€] contos por mês.*

- Então és Patroa?

*- Patroa eu? [risos] é assim, como sabes o meu trabalho é a noite, de dia estou a dormir e não tenho tido muito tempo, então arranjei esse moço para me dar um **help**. Também não aguento com calor e não tenho muita paciência para vender roupa”* Sónia (23 anos, solteira).

Este excerto evidencia claramente que nem todas as praticantes da prostituição “vivem à margem da sociedade”, pelo que, olhar a prostituição como uma actividade que deriva da pobreza revela-se bastante problemático, apesar de ela constituir uma “alavanca” principal para a prática desta actividade na nossa realidade social.

¹⁴⁵ Lopes, 2006, p. 37.

¹⁴⁶ Apud Oliveira e Manita, 2002, p. 221.

6.1.5 Percepções e conhecimentos sobre VIH/SIDA

Este sub-capítulo procura mostrar como se estrutura o conhecimento sobre o VIH/SIDA no seio deste grupo social, tendo em conta as suas percepções sobre esta doença. As questões de partida eram: “Já ouviu falar da SIDA?”, ou ainda, “o que entende por SIDA? Em resposta, quase todas as entrevistadas, partilham a percepção de que a SIDA é uma doença que “mata” e que “não tem cura”. Todas foram unânimes em afirmar que as práticas sexuais desprotegidas representam a principal “porta” de transmissão do vírus. Os depoimentos que se seguem são elucidativos:

“A SIDA é uma doença que mata e se transmite através de um vírus quando uma pessoa faz sexo sem preservativo. Essa doença não tem tratamento”. Gilda (40 anos).

“SIDA é um conjunto de doenças que enfraquecem o nosso organismo. Depois a pessoa morre. Esta doença não tem cura”. Iva (32 anos, solteira).

“Para mim a SIDA é uma doença muito grande porque prejudica muito a saúde. É uma doença de morte. A pessoa apanha a doença quando pratica relações sexuais sem preservativo. Também a mãe pode transmitir o filho quando dá de mamar à criança enquanto já tem SIDA”. Laura (21 anos, solteira).

“SIDA é uma doença que não tem cura e que se transmite através de relações sexuais sem preservativos e outras coisas, como por exemplo através de agulhas, leite de peito da mãe para o bebé”. Maria (42 anos, viúva).

Através destes depoimentos podemos afirmar que o conhecimento sobre esta doença se encontra socialmente distribuído. Essa distribuição de conhecimento é-lhes transmitido através dos meios de comunicação social, sobretudo através da rádio, televisão, ou através dos amigos, familiares, “educadoras de pares”, ou ainda através dos diferentes centros de saúde da cidade de Maputo. Ademais, os dados de campo mostram que as trabalhadoras do sexo estão cientes da importância do uso do preservativo neste contexto particular. Este facto revela que este grupo social possui um bom nível de conhecimento sobre o VIH/SIDA e sobre as formas de transmissão desta doença.

Algumas mulheres declararam ter vivenciado experiências sobre esta doença através de alguns membros da família que padeceram de SIDA. A esse respeito, Paula (34 anos, solteira), revela ter vivido momentos verdadeiramente lancinantes com a doença de um dos irmãos: *“Quem não sabe o que é SIDA? Falam todos os dias na rádio, na televisão, em todos os sítios falam disso. Também tive um irmão que tinha SIDA. Eu sofri muito com a doença do meu irmão. Sei bem o que é essa doença (...) Ele acaba de morrer agora de SIDA, ficou muito doente [pausa] também foi descansar. Essa doença não vala pena.”*

Por esta vivência, as prostitutas revelam ter uma percepção objectiva dos efeitos desta pandemia, através do sofrimento de alguns membros no seio da estrutura familiar. Este aspecto revigora entre as prostitutas o conhecimento sobre esta doença. Cabe salientar que o conhecimento sobre o VIH/SIDA entre as prostitutas é igualmente reforçado pelo trabalho que tem sido realizado pelo “Projecto 100% Vida”, através de um grupo de “educadoras de pares”.

O método de educação de pares revela-se crucial no contexto prostitucional, uma vez que é utilizado para proporcionar mudança a nível individual, tratando de modificar os conhecimentos, atitudes, crenças ou comportamentos de uma pessoa ou de grupo, alterando as normas e estimulando a acção colectiva.¹⁴⁷ Neste contexto, permite melhorar os mecanismos de prevenção, reduzindo deste modo a vulnerabilidade das prostitutas face ao VIH/SIDA. Os depoimentos que se seguem são elucidativos desta situação:

“Estou a conseguir ajudar as minhas colegas, isto é, as meninas. Estou a ajudar as minhas colegas, porque elas não sabiam, nem eu sabia da SIDA. Sou uma delas, também não sabia. Mas agora estou a conseguir transmitir mensagem para elas. Este trabalho ajuda muito. E não concordo que são elas que fumigam a SIDA. As putas usam preservativo. E usam bem. Nós andamos com o modelo, aquele pénis de madeira. Algumas não sabiam usar preservativo, mas ultimamente sabem usar o preservativo”.
Lura (Educadora de pares, 28 anos, solteira).

¹⁴⁷ ONUSIDA, 2006, p.6.

“Tenho ido ao Hospital do Porto fazer teste e análise geral para saber se estou bem de saúde ou não. Pelo menos uma vez por mês tenho ido. Aquelas moças do Porto, que aparecem aqui a distribuírem preservativos, são elas que nos aconselham a ir ao Hospital, lá nos CFM [Caminhos de Ferro de Moçambique]” Gilda (40 anos, solteira).

Esta estratégia tem tido um efeito positivo na educação e na consciencialização das prostitutas, em temas relativos às doenças de transmissão sexual e ao VIH/SIDA no contexto da prostituição, visto que as mulheres envolvidas neste processo pertencem à mesma posição social, o que de certa forma ajuda na modificação das atitudes e práticas de risco relacionadas com o VIH/SIDA neste contexto social.

Contudo, nem todas as prostitutas aceitam o convite das educadoras de pares, alegando falta de tempo, como dizia uma das entrevistadas: *“Aparecem aquelas do porto para nos dar jeito e nos convidar para ir fazer teste de HIV. Mas eu não tenho tempo. Não posso perder clientes. Estou aqui para fazer dinheiro. Só vou ao Hospital para medir tensão. Mas também uso Batata africana para não apanhar doenças”*. Rita (26 anos, solteira).

Como podemos constatar, nem todas as prostitutas frequentam as unidades sanitárias, preferindo recorrer à medicina tradicional. Esta atitude explica-se pela crença generalizada de que o consumo da “batata africana” (*Hypoxis hemerocallidea*) previne a infecção pelo vírus do VIH. Além desta prática, a nossa entrevistada referiu que recorria a algumas plantas para lavar o corpo ou para a prevenção de doenças e manutenção da forma: *“(...) As vezes o corpo cansa temos que cuidar-se se não morremos de fome. Próximo mês tenho que ir a Nampula levar mais remédio”*.

Assim, para algumas mulheres, a medicina tradicional revela-se fundamental na cura e na prevenção de doenças, o que leva a que os centros de saúde sejam remetidos para segundo plano. Este tipo de escolhas deriva, sobretudo, do arcaboço sócio – cultural moçambicano onde, de entre muitos factores, os aspectos ligados a tradição tomam a dianteira. Em questões relativas à saúde, os actores sociais tem preferencialmente recorrido aos médicos tradicionais, designadamente curandeiros, especialistas mágicos, adivinhos e ervanários.

Todavia, à luz dos dados empíricos, podemos depreender que, com a excepção de alguns casos, as prostitutas possuem um “acervo de conhecimento” sobre esta doença, o que demonstra que para este grupo social, o conhecimento sobre o VIH/SIDA afigura-se generalizado, na medida em que estão bem informadas sobre o significado desta doença, as formas de transmissão e de prevenção. Portanto, estas mulheres têm uma noção subjectiva do perigo que esta doença representa no seu quotidiano laboral, daí se justificarem os índices baixos de seropositividade neste segmento social. Como referia um técnico de Medicina:¹⁴⁸

“A seropositividade é muito baixa entre as trabalhadoras de sexo. Elas se protegem. Uma e outra talvez não. Mas no geral elas se protegem. (...) Desde que estou aqui neste projecto [Projecto 100% vida] há sensivelmente um ano. Por exemplo se fazes teste a 50, não tiras 5 seropositivas. Por isso, é que digo que elas se protegem. Não são elas que alastram a doença. Elas já têm consciência” (...) Elas têm aderido ao aconselhamento, mas o problema é o tempo. No mínimo o aconselhamento tem que durar 20 minutos. Mas elas não ficam esse tempo. E algumas dizem mesmo que estão a perder muito tempo. Então somos obrigados a ser muito flexíveis com elas. Ficamos com pouco tempo mas a mensagem chega”.

Estes dados, refutam o ponto de partida deste trabalho, que se consubstancia na problematização da ideia segundo a qual as trabalhadoras de sexo são o foco de disseminação desta doença. Contudo, há que observar que o universo da prostituição não é livre de riscos devido ao carácter desta actividade, como podemos verificar no capítulo que se segue.

6.1.6 Factores de risco no contexto de prostituição de rua

Nesta secção propomo-nos descrever os factores sociais que funcionam como “relevâncias impostas” e que interferem como factores de risco no seio da prostituição na rua do Bagamoyo, designadamente, o carácter clandestino desta actividade, o abuso

¹⁴⁸ Técnico de Medicina do (PSI) e conselheiro no ATS (Aconselhamento Testagem e Saúde) no Centro de Saúde do Porto), na baixa da cidade de Maputo.

sexual, o comportamento sexual de risco por parte do cliente, a pobreza e o rompimento do preservativo.

A natureza clandestina da prostituição impõe-se como factor principal que concorre para a vulnerabilidade das prostitutas perante ao VIH/SIDA. Essa vulnerabilidade é decorrente da constante marginalização e violência de que estas são vítimas no seu quotidiano laboral.

A violência contra mulheres no contexto da prostituição resulta, em grande medida, de uma situação de desigualdade de poder e direitos entre agressores e vítimas. Neste sentido, a maioria das prostitutas têm uma maior vulnerabilidade à violência, constituindo um tipo de “vítimas por excelência”.¹⁴⁹ Sem poder político e social, despojadas de um conjunto de direitos que a falta de um estatuto profissional reconhecido confere. De facto, a prostituta de rua é alvo de diversas formas de violência, desde a sexual, emocional, psicológica até a intimidação e coação.

6.1.6.1 A polícia como “produtor” de risco

Um dos factores de perigo que reforça essa situação é a acção da polícia que representa um “*calcanhar de aquiles*” no quotidiano das mulheres que exercem a prostituição nesta rua. De acordo com as nossas entrevistadas, é frequente a prática de extorsão, prisões arbitrárias, ou mesmo violação sexual, por parte dos agentes policiais, que circundam esta área prostitucional. Como refere a entrevistada:

O problema que temos aqui é polícia.

Chegam aqui, levam das miúdas, tiram dinheiro das bolsas e fazem sexo a força. Violam as miúdas e às vezes nem usam preservativo (...) são estes gajos que nos trazem SIDA aqui.

- E já aconteceu consigo?

- Não. Prefiro levar porrada.

- Já alguma vez meteram queixa?

- Queixa? [risos] a nossa queixa não vale (...) nós não somos consideradas” Iva (32 anos, solteira).

¹⁴⁹ Oliveira e Manita, 2002, p. 234.

“Temos problemas dos cinzentinhos¹⁵⁰ aqui. Os gajos nos perguntam: O que estão a fazer aqui? Nós dissemos que estamos a fazer a nossa vida. Depois nos pedem dinheiro. 50 paus. Se não pagamos, pedem uma rapidinha. Se negas, fazem à força ou nos levam para cela lá na primeira esquadra e só saímos de lá de manhã, às nove horas” Augusta (32 anos, solteira).

Estes excertos demonstram que este grupo social vive uma condição de exploração perante a polícia. De facto, se é verdade que a polícia pode ser uma fonte de protecção, ela também pode ser uma fonte significativa de abusos e perseguição. Isto deve-se à ilegalidade desta actividade e à crença generalizada de que a polícia, e a sociedade, não consideram a violência contra as profissionais como um problema real e importante.¹⁵¹ Portanto, a natureza clandestina e *underground* desta actividade constitui uma condição estruturante que faz com que as prostitutas vivam uma condição de vulnerabilidade, que representa um factor de risco na transmissão do VIH neste contexto social.

6.1.6.2 O cliente como “produtor” do risco

Um dos aspectos a ter em conta no processo de “distribuição de riscos” ou exposição do risco no contexto prostitucional é a figura do “parceiro comercial”, o cliente. Este, para além constituir a figura mais procurada no dia a dia das mulheres que exercem a prostituição, representa simultaneamente um perigo permanente, devido ao seu eventual comportamento sexual de risco, o que concorre para a vulnerabilidade das prostitutas face ao vírus do VIH neste espaço social.

Esta vulnerabilidade é resultante do quadro de valores do sistema de sexo-género dominante e manifesta-se sobretudo em atitudes e comportamentos masculinos manifestamente negligentes em matéria de prevenção das ITS.¹⁵² É sob o efeito destas orientações ideológicas que muitos clientes incorrem numa sexualidade manifestamente extorsiva e permeada por inúmeras atitudes e comportamentos sexuais de risco,

¹⁵⁰ “Cinzentinho” é um termo pejorativo que é usado em Maputo para designar polícias de protecção civil. Este termo provém da cor do uniforme (cinzento), usado pelos agentes da lei e ordem em Moçambique.

¹⁵¹ Lopes, 2006, p.41.

¹⁵² Ribeiro *et al.*, 2005, p.72.

dispondo-se, por exemplo, a pagar três ou quatro vezes mais dinheiro às prostitutas para assegurarem a sua anuência à não utilização do preservativo.

Com efeito, os dados da pesquisa indicam que é frequente o descuido do uso do preservativo por parte dos clientes, o que faz com que estes insistam em pagar o dobro do valor proposto para praticar relações sexuais não protegidas. Os depoimentos que se seguem são elucidativos:

“Já me apareceu um cliente a pagar 50 dólares e pedir para fazer sem preservativo. Mas não aceitei. Sabes, é preciso estar seguro. Dinheiro não é tudo na vida. Tenho medo de deixar a minha filha sozinha no mundo. Tenho muita responsabilidade. Tenho uma filha de 9 anos e está a estudar bem”. Sónia (23 anos, solteira).

“Existem homens que gostam de pedir para fazer sem camisinha. Eles dizem que não conseguem fazer com camisa porque são casados e não estão habituados a usar camisa. Mas eu não aceito isso. Ainda ontem apareceu um que queria pagar 300 para fazer sem camisa, eu lhe mandei passear. Há gajos malucos. Não sou dessas, as outras aceitam. Eu nem pensar”. Paula (34 anos, solteira).

Estes depoimentos demonstram que a tendência manifestada por muitos clientes para uma sexualidade de risco nem sempre se concretiza. O facto de se verificar uma certa resistência em praticar relações sexuais não protegidas, por parte das prostitutas, revela que estas possuem um acervo de conhecimento sobre o risco que esta prática representa para a sua saúde.

Todavia, cabe observar que esse “stock de conhecimento” sobre o risco de infecção pelo VIH não é homogéneo e não está livre de contradições.¹⁵³ Assim, nem todas as prostitutas resistem à oferta do cliente, optando por arriscar a vida pela sua sobrevivência.

No âmbito da nossa pesquisa, apenas uma entrevistada revelou ter aceite manter relações sexuais sem preservativo mediante o pagamento de 500Mtn (14.28€).

¹⁵³ Schutz, 1979, p. 75.

“Aparecem muitos clientes a pedir para fazer sem “jeito” [preservativo]. Mas eu só aceitei uma vez. Cobrei 500 contos [14.28€]. Estava muito a rasca de dinheiro esse dia, não tinha comida em casa para dar os meus filhos. Sabes! Não há pior coisa que deixar as crianças com fome. Tive que arriscar a vida”. Rita (26 anos, solteira).

Este depoimento demonstra que a capacidade de resistência em praticar sexo desprotegido é condicionada por vários factores, no caso concreto, a pobreza, que funciona como uma relevância imposta. Este factor faz com que algumas mulheres arrisquem pela sobrevivência. Deste modo, concordamos com OMES, quando sustenta que *“If they are short of money, or if a man offers a lot of extra money to have sex without a condom, they will agree to do so. However, if they have already earned enough money on a particular night, they will refuse”*.¹⁵⁴ Portanto, neste caso, a capacidade de negociação do sexo seguro é determinada pela posse ou não de um certo “capital económico”.

Um outro risco que deriva da acção do cliente decorre da solicitação dos serviços sexuais fora dos lugares comumente acordados para a prática das relações sexuais. De acordo com os depoimentos colhidos, quando assim acontece, as prostitutas correm o risco de sofrer abusos e violação sexual por parte do cliente. O testemunho de uma das educadoras de pares ilustra bem essa situação:

“Há clientes que dizem que não gostam de fazer sexo na esquina, preferem ir a casa deles...para toda noite. Eles dizem: eu vou te pagar tanto. Então quando chega lá as coisas mudam. O cliente é as vezes um drogado, começa a fumar, e pessoa que não acostumou com aquele cheiro fica grossa com aquele fumo, tas a ver! Ela fica grossa com aquele fumo e o cliente começa a fazer e desfazer depois não paga e até tira o dinheiro que menina fez na esquina e depois manda embora. E quando ela sai e vai queixar na polícia, a polícia não tolera isso aí”. Lura (28 anos, solteira).

De salientar que, de acordo com alguns depoimentos, constatámos que o campo da prostituição é também um campo de reprodução das relações sociais. Uma situação recorrente evidenciada pelos dados empíricos é o facto de alguns clientes

¹⁵⁴ OMES, *Sex Workers in Manica Respond to AID*, Maputo, Mid-Term Review, 2001, p.46.

desenvolverem relações douradoras com as prostitutas, tornando-se desta forma “clientes habituais” ou mesmo uma espécie de “namorado-cliente”. Neste estatuto, a prostituta goza da prerrogativa de ser paga mesmo sem prestar os serviços sexuais e o cliente o privilégio de manter relações sexuais sempre que desejar, pois terá pago já adiantado. Como diz uma das entrevistadas que frequenta a R.B.2:

“Tenho 3 amigos. Com esses amigos não uso preservativo, eles não aceitam. Que fazer! São pessoas que mais me ajudam. Com esses não preciso descer à baixa, dão-me dinheiro mesmo sem fazer sexo com eles. Me ajudam muito. (...) Mas são pessoas sérias e de confiança. Já estou com eles há muito tempo”. Ana (32 anos, solteira).

Estas relações sociais, uma vez enraizadas e solidificadas, reproduzem relações hierárquicas de poder, que consubstanciam uma dependência económica e subordinação da prostituta face ao seu cliente, uma espécie de “dominação masculina” para usar os termos de Bourdieu.

Neste contexto, “a dominação masculina vê assim reunidas todas as condições do seu pleno exercício. A precedência universalmente reconhecida aos homens afirma-se na objectividade das estruturas sociais e das actividades produtivas e reprodução biológica e social que confere ao homem a melhor parte”.¹⁵⁵ Nesta perspectiva, as próprias mulheres prostitutas aplicam esta realidade social e, em particular, às relações de poder nas quais se encontram imbuídos esquemas de pensamento que são produto da incorporação dessas relações de poder e que se exprimem nas oposições fundadoras da ordem simbólica.

Neste contexto, esta ordem simbólica funciona como uma “relevância imposta”, decorrente da atitude de subordinação por parte da mulher prostituta, que se circunscreve no “constrangimento” em negociar o uso do preservativo com seus “clientes habituais”, devido ao sentimento de “dependência económica” presentes nessa relação. Assim, os laços sociais que se estabelecem constituem um perigo, no sentido em que a prostituta é votada à resignação do não controlo sobre o seu corpo e, por

¹⁵⁵ Bourdieu, 1999, p. 29.

consequente, não observa as práticas preventivas face ao VIH/SIDA, o que representa um factor de vulnerabilidade acrescido neste grupo social.

6.1.6.3 Rompimento do preservativo como factor de risco

Por último, cabe observar que o rompimento do preservativo durante o acto sexual com o cliente foi indicado pelas entrevistadas como sendo um perigo permanente na gestão quotidiana da sua saúde. De acordo com as trabalhadoras de sexo, esta situação constitui uma ameaça fora do seu controlo, pois é praticamente impossível a sua “domesticação”. Os relatos que se seguem são elucidativos: *“O preservativo rompe as vezes (...) há pessoas muito agressivas. Os jovens são mais agressivos. (...) Quando rebenta preservativo, posso apanhar SIDA sim. Mas que fazer? Tento controlar para não rebentar, mas é difícil”*. Sónia (23 anos, solteira).

“Sei que corro risco de apanhar SIDA neste trabalho. Apesar de não aceitarmos fazer sexo sem preservativo, o preservativo as vezes se rompe e aí podemos apanhar VIH. É o grande risco que corremos aqui na rua”. Iva (32 anos, solteira).

Quando questionadas sobre que estratégias adoptavam nas situações em que o preservativo se rompia, na sua generalidade foram unânimes em afirmar que duplicavam o preservativo, pois acreditam ser um meio seguro para evitar o seu rompimento. Os excertos das entrevistas que seguem são elucidativos:

“Temos que controlar o preservativo para não arrebentar, não deixar aquecer muito....ou então temos que colocar dois preservativos para não a arrebentar. As vezes ponho preservativo feminino mas não dá certo é grande aquilo (...) não me sinto bem quando uso”. Rita (26 anos, solteira).

“Tenho que controlar o preservativo para não furar. Sinto quando rebenta. Logo troco. Mesmo os clientes pedem para pormos duas camisas. É mais seguro. Também é preciso não deixar ar no preservativo. Mas também depende muito dos clientes, alguns são muito violentos e quando é assim o preservativo rompe com facilidade”, Gilda (40 anos, solteira).

“Para não rebentar o preservativo, uso sempre vaselina ou mesmo “top”. Ponho no preservativo e no sexo. Isso me ajuda muito para não rebentar o preservativo”. Maria (42 anos, viúva).

Com estas estratégias as prostitutas acreditam estar a reforçar os mecanismos de segurança face ao VIH/SIDA. Contudo, este procedimento não se mostra adequado, visto que reforça o risco de rebentamento do preservativo, pois, não é aconselhável a duplicação nem a aplicação de vaselina e outros lubrificantes à base de petróleo, constituindo esta estratégia um risco acrescido para estas mulheres.

Todavia, apesar destas adversidades, podemos referir com segurança que as prostitutas revelam ter consciência do risco que a prática da prostituição representa, sobretudo a probabilidade de contrair doenças por via sexual, mais especificamente o VIH/SIDA. Contudo sustentam que é o risco a que estão expostas ao exercer esta actividade. Portanto, a noção de perigo que está subjacente aos depoimentos das prostitutas conduz ao reforço da atenção no que respeita à contingência de uma situação anómala. Daí que desenvolvam práticas de prudência para a minimização dos perigos inerentes à sua profissão, como veremos no capítulo que se segue.

6.1.7 “Saberes e práticas de prudência” face ao risco

A dureza das condições sociais, físicas e psicológicas nas quais a prostituição é exercida leva os seus agentes a defenderem-se, criando barreiras de desconfiança face a tudo o que não integra os seus passos de proximidade e vizinhança¹⁵⁶. Deste modo, o recurso ao preservativo masculino e feminino, a “solidariedade” entre as prostitutas e a manipulação dos preços são algumas das estratégias que as prostitutas mobilizam para fazer face ao risco de infecção do vírus da SIDA.

6.1.7.1 Uso do preservativo Masculino e Feminino

O recurso ao preservativo foi indicado como o principal meio de prevenção e de defesa face às doenças de transmissão sexual e do VIH no contexto da prostituição de rua. As nossas entrevistadas evidenciaram que o uso do preservativo é o meio mais eficaz na

¹⁵⁶ Costa, J. e Alves, L., *Prostituição 2001: O Masculino e Feminino de Rua*, Lisboa, Edições Calibri, 2001, p. 95.

prevenção da SIDA. Como o sexo é a matéria-prima de seu trabalho, as ITS e a SIDA passaram a ser encaradas por essas mulheres, bem como por todos os profissionais do sexo, como um risco ocupacional e, conseqüentemente, o preservativo tornou-se equivalente aos equipamentos de segurança no trabalho.¹⁵⁷ O excerto que se segue é elucidativo:

“Sexo sem preservativo? Não costumo aceitar isso. É colocar a vida em risco. Você não sabe o que a pessoa tem. (...) Tu nunca apanhas uma prostituta sem preservativo (...) o preservativo é a nossa arma de defesa. (...). E eu confio mais no “romance” é um preservativo original”. Sónia (23 anos, solteira).

Como forma de confirmar o discurso preventivo que preconiza o uso do preservativo por parte das trabalhadoras de sexo, fizemo-nos apresentar como potenciais clientes. Interpelámos uma jovem que, de seguida, nos convidou carinhosamente com um beijo, tendo-se identificado com o nome Rosa¹⁵⁸. Estabelecemos um diálogo de negociação dos termos de troca:

- Olá! O que é que se faz hoje?
- Rosa: vamos foder e ficarmos satisfeitos.
- Quanto fazes por isso?
- Rosa: é 200 Mt na pensão.
- Podemos fazer sem preservativo?
- Rosa: Hiiiiii, não, não faço isso.
- Então quanto posso pagar para fazermos sem preservativo?
- Rosa: eu não faço isso.
- Mas há outras que fazem?
- Rosa: sim, mas eu não.
- Ok. Depois te procuro.

Encerrámos o diálogo e entrámos no *Gipys Bar*, um dos bares da Rua do Bagamoyo, dirigimo-nos ao balcão e pedimos uma cerveja “preta” bem gelada de marca *Laurentina*

¹⁵⁷ AA.VV. *Manual do Multiplicador-Profissional do Sexo*, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, 1996, p.19.

¹⁵⁸ Nome Fictício.

e uma *Coca-Cola*. Depois do primeiro gole, registámos o precioso diálogo no nosso diário de campo. Insistimos nesta prática mais vezes, sem sucesso. Todas mulheres que interpelámos não aceitaram o “suborno” para uma prática sexual sem preservativo.

Esta resistência por parte das prostitutas foi para nós um indicativo de que o uso do preservativo por parte deste grupo social é um imperativo que visa preservar a sua saúde contras as doenças sexualmente transmissíveis. Contudo, cabe observar que a prática de sexo seguro não é apenas um mecanismo de protecção individual contra doenças sexualmente transmissíveis, mas também funciona como um método de prevenção de gravidez não desejada, eventualmente resultante da prática de relações sexuais com múltiplos parceiros e desconhecidos.

Neste contexto, o uso do preservativo promove uma espécie de “barreira simbólica” entre as prostitutas e os seus clientes. Quando o preservativo é concebido como barreira, as mulheres não se sentem penetradas e por conseguinte trata-se de uma clara diferença entre o contacto no sexo privado e comercial. O valor do preservativo é reforçado porque constitui um divisor simbólico entre as diferentes relações sociais – afectivas e comerciais.¹⁵⁹

A esse respeito, umas das entrevistadas afirmou que nunca aceitara praticar relações sexuais sem preservativo e que somente o fazia quando estivesse em companhia do namorado. Como dizia: “A *“rata”* é só para o meu namorado, quando não uso o preservativo. Mas, aqui na rua uso para fazer dinheiro”. Sónia (23 anos, solteira).

Relativamente ao uso do preservativo feminino por parte deste grupo social, pudemos constatar que não tem sido prática comum¹⁶⁰. Contudo, é às vezes estrategicamente usado por estas, como forma de “artimanha” face os clientes que solicitam relações sexuais não protegidas. Deste modo, este preservativo é usado de forma camuflada, sem o cliente se dar conta:

¹⁵⁹ Bloor, 1995, p.76; Pasini, E., “Limites Simbólicos Corporais na Prostituição Feminina”, Rio de Janeiro, *Cadernos Pagu* nº14, 2000, p. 194.

¹⁶⁰ De acordo com a médica chefe da saúde da cidade, o preservativo feminino está a ser introduzido timidamente e com muita resistência, mesmo por aqueles que fazem a sua distribuição. Deste modo não se encontram muitos preservativos femininos disponíveis no mercado, e este permanece ainda um meio de prevenção pouco conhecido.

“Sempre uso preservativo feminino ou masculino. Uso o preservativo feminino no caso de aparecerem clientes bêbados que querem fazer sexo sem preservativo, os gajos nem se apercebem que estão a fazer sexo com preservativo. O preservativo feminino é mais seguro (...) mas os clientes não aceitam que a gente use preservativo feminino, porque dizem que não sentem nada. Eles reclamam e dizem que a gente demora muito tempo a colocar [pausa]. É uma guerra. Eles estão sempre com pressa”. Iva (32 anos, solteira).

Apesar das dificuldades ou resistência no uso do preservativo feminino, as nossas entrevistadas advogam que constitui um método seguro e eficaz. Sobretudo quando estas se deparam com situações em que os clientes solicitam relações sexuais não protegidas.

6.1.7.2 Manipulação dos preços

A manipulação dos preços é outro método que as prostitutas mobilizam para se “desembaraçar” dos clientes que pretendam praticar relações sexuais sem protecção. Esta prática ocorre geralmente de madrugada, período em que os clientes se aproveitam das mulheres que ainda não fizeram suas receitas do dia, para propor relações sexuais desprotegidas a troco de avultadas somas. De facto, é neste período do dia que as prostitutas são mais vulneráveis à pressão dos clientes. Estes, geralmente em estado de embriaguez, saindo dos bares e discotecas, procuram o prazer sexual sem preservativo. Decorrente desta insistência, algumas mulheres entrevistadas revelaram que uma das estratégias a que têm recorrido para fazer face à pressão do cliente é a uma contraproposta do valor oferecido pelo cliente. Ou seja, estas propõem ao cliente metade do valor normalmente cobrado, para evitar práticas sexuais inseguras. A esse respeito, Xana (22 anos, solteira), referiu-se nos seguintes termos:

“Aqui não há pessoas que fazem sexo sem preservativo por causa do dinheiro dos clientes. Nunca ouvi. O que a gente faz é baixar os preços para poder ter dinheiro de chapa. Algumas se entregam por 50 [1.42€] ou 75 [2.14€] para poderem apanhar chapa para voltar para casa. Agora se entregar sem preservativo? Isso esquece. Prefiro voltar para casa a pé”.

Deste modo, com o recurso a esta estratégia defensiva, as mulheres apelam às suas experiências subjectivas, o que lhes permite, a minimização do risco de saúde que a acção do cliente acarreta. Assim, esta atitude constitui uma forma de vigilância sanitária face ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente do VIH/SIDA.

6.1.7.3 Solidariedade entre as prostitutas

O significado subjectivo que o grupo tem para seus membros consiste no conhecimento de uma situação comum e, com ela, de um sistema comum de tipificações e relevâncias.¹⁶¹ Assim, o sentido de grupo e a partilha de uma mesma situação de risco faz com que as mulheres prostitutas busquem mecanismos de solidariedade para fazer face ao comportamento sexual de risco por parte do cliente. Como pudemos observar, é recorrente este solicitar práticas sexuais desprotegidas.

Por conseguinte, guiadas por um conjunto de recursos, normas, artimanhas e, sobretudo, pela partilha de uma consciência de risco e da sua vulnerabilidade face à transmissão do vírus do VIH neste universo social, as mulheres prostitutas desenvolvem mecanismos colectivos de defesa para gerir situações de risco decorrentes desta actividade. Com efeito, numa situação de perigo, em que o cliente propõe relações sexuais não protegidas, as prostitutas accionam uma espécie de alarme, entrando imediatamente em comunicação umas com as outras, no sentido de avisar as colegas da presença de um perigo.

Esta “tecnologia de auto e hetero-protecção”¹⁶², inclui estar em grupo, ou pelo menos duas a duas, e comunicar-se entre si na eventualidade de uma situação de perigo, que pode ser uma tentativa de violação das regras pré-estabelecidas, isto é, o uso do preservativo nas relações sexuais com o cliente. Uma das expressões que ouvimos quando fizemo-nos passar por clientes e propusemos relações sexuais sem preservativo, foi: *“Cuidado com esse senhor aí! Deve ter SIDA. O gajo quer foder sem preservativo”*. Assim, verbalizado o perigo, o cliente é normalmente vaiado, ou ainda ameaçado de agressão pelas colegas que de longe acompanham qualquer eventualidade de um cenário anormal. Assim, a visão de defesa colectiva accionada relativamente a

¹⁶¹ Schutz, 1979, p. 82.

¹⁶² Oliveira e Manita, 2002, p. 233.

este perigo, como escreve Paulo Granjo,¹⁶³ implica uma interiorização da obrigação de socorrer qualquer colega em apuros e a confiança de que o mesmo acontecerá relativamente a todas.

Cabe observar que a insistência do não uso do preservativo por parte do cliente é encarada com muita desconfiança e é por isso que, nestas circunstâncias, o cliente é tipificado como sendo seropositivo, que intencionalmente pretende transmitir o VIH/SIDA. Como disse uma das entrevistadas: *Olha, quando a pessoa quer pagar 300 randes ou dólares para fazer sem preservativo, tu tens que desconfiar. Esse cliente pode estar doente e querer te transmitir SIDA. Você nunca sabe (...). Nós andamos muito bem prevenidas. Aqui não aceitamos isso*". Sónia (23 anos, solteira).

“Aparecem alguns clientes a pedir para fazer sexo sem preservativo. Mas eu não aceito. Sabes! Essa pessoa tem problemas. Já está doente de SIDA, é por isso que paga muito dinheiro porque já traz a doença. Por isso que prefere pagar mais. Não é normal isso”. Augusta (32 anos, solteira).

“Alguns têm SIDA e como sabem que estão doentes querem fazer sexo sem preservativo para poder espalhar o SIDA. É por isso que pagam muito dinheiro”. Paula (34 anos, solteira).

Estas circunstâncias são percebidas pelas prostitutas, não só como contingências profissionais indissociáveis da actividade que exercem, mas também, acima de tudo, como situações às quais estão associadas ameaças de natureza sanitária (riscos laborais), que é preciso prevenir.¹⁶⁴ Assim, a “verbalização do perigo” e o processo de rotulação do cliente como sendo seropositivo funcionam como referências omnipresentes de codificação do perigo e da necessidade de adopção de um vasto conjunto de estratégias e medidas de prevenção de ITS e particularmente, do VIH.

Assim, pode-se depreender que o significado subjectivo de pertencer a um grupo e a consciência da situação de risco representam uma “mais-valia” para as prostitutas, no

¹⁶³ Granjo, P. “Trabalhamos Sobre Um Barril de Pólvora”- *Homens e Perigo na Refinaria de Sines*, Lisboa, ICS, 2004, p. 260.

¹⁶⁴ Ribeiro *et al.*, 2005, p. 46.

sentido em que desenvolvem estratégias colectivas com vista a solucionar um problema comum. É neste contexto que as prostitutas desenvolvem uma espécie de “cultura de grupo”, como estratégia defensiva face ao perigo que subjaz no seu quotidiano laboral.

Estes saberes retirados da experiência da prostituição inscrevem-se no registo da familiaridade e derivam daquilo a que Laurént Thévenot designa como os “saberes tácitos”, retirados de um universo comum de práticas e de sentidos apreendidos pelos seus actores.¹⁶⁵ Porque elas conhecem os constrangimentos e as lógicas da condição de prostituição, os códigos e normas e, sobretudo, porque possuem uma experiência da prática da sexualidade comercial, a manipulação destas estratégias de prudência funcionam como lógicas de gestão de saúde por parte deste grupo social, o que contribui para a minimização dos riscos laborais que decorrem desta actividade.

6.1.8 Tirando a “máscara” e exposição ao risco

Na zona de “relevância prostitucional” as “regras de jogo” encontram-se previamente definidas. Ou seja, na relação cliente-prostituta, o uso do preservativo apresenta-se como a ferramenta principal e condição primária para o exercício da sexualidade, como vimos anteriormente. Portanto, a persistência do uso do preservativo naquele contexto contribui, de certa forma, na prevenção e na redução do risco de infecção de doenças sexualmente transmissíveis, por um lado e, por outro, o preservativo funciona como uma barreira simbólica, o que para a mulher prostituta demarca o sexo comercial do privado.

Contudo, tratando-se da “zona de relevância intrínseca”, onde a mulher prostituta vive uma sexualidade espontânea que surge da sua vida volitiva, como escreve Schutz, não há observância do mesmo rigor na prevenção de doenças de transmissão sexual, particularmente do VIH/SIDA. Devido ao maior envolvimento emocional e princípio de confiança mútua que, supostamente, caracteriza a relação entre as prostitutas e seus parceiros, a percepção do risco de transmissão do vírus torna-se bastante frágil,

¹⁶⁵ Mathieu, 2000, p. 133.

contribuindo, de forma decisiva para não adopção de medidas de prevenção de um eventual contágio epidemiológico.¹⁶⁶

A pesquisa no terreno demonstra que a componente “confiança” joga um papel importante para a não adopção de mecanismos preventivos por parte das mulheres entrevistadas, quando se trata da relação com os seus parceiros regulares ou mesmo ex-namorados. De salientar que, a maioria das mulheres abordadas são separadas e, portanto, não coabitam com seus “parceiros regulares”. Todavia, apesar dessa separação espacial, algumas continuam a manter relações sexuais com os antigos parceiros, sem contudo certificar-se da sua biografia social e sexual, sob o pretexto de que “confio nele” ou então “é pai da minha filha”. Os depoimentos que se seguem ilustram essa realidade:

“Com o pai dos meus filhos, faço sexo sem. Com ele não uso preservativo. Usamos poucas vezes o preservativo, também porque lhe confio”. Iva (32 anos, solteira).

“Tenho um namorado. Com esse não faço com preservativo, é uma pessoa de confiança. Conheci lhe aqui mesmo na rua. Mas já é meu namorado. Já estamos juntos a um bom tempo. (...). Ele não é casado. Conheço a casa dele, tenho ido lá. (...) Agora não sei se tem outra namorada. Mas eihh, o gajo gosta muito de mulheres, é por isso não vou casar com ele. Não posso suportar...”. Xana (22 anos, solteira).

“Com ele não uso preservativo é o pai da minha filha. Faço as vezes com ele porque já estamos praticamente separados”. Augusta (32 anos, solteira).

Portanto, como podemos observar, o não uso do preservativo nestas circunstâncias, representa um risco acrescido de transmissão do VIH. Importa reter ainda que um dos factores que também influi para a vulnerabilidade destas mulheres no contexto da vida privada decorre do “encobrimento” da sua “identidade social virtual” isto é, da identidade de prostituta, diante dos seus parceiros. Assim, na manipulação da identidade social e pessoal, podem-se considerar alguns problemas de encobrimento e suas consequências.¹⁶⁷ No caso das nossas entrevistadas, consubstancia-se no não uso do preservativo quando se trata de relações afectivas.

¹⁶⁶Amaro, F. *et al.*, HIV/AIDS Risk Perception, Attitudes and Sexual Behavior In: Portugal, *International Journal Of STD & AIDS*, 2004, Vol. 15.

¹⁶⁷Goffman, 1988, p.95.

De facto, à luz dos dados empíricos, pudemos constatar que as prostitutas manipulam a sua identidade social, não revelando aos seus parceiros sexuais a sua identidade ocupacional. E, por isso, não há observância de práticas preventivas de saúde. Como nos revelou a Laura (21 anos, solteira): *“Não uso preservativo com o meu damo (...) também se eu insistir em usar ele vai me perguntar porquê. E eu não posso dizer o que faço. Ainda corro o risco de o perder”*.

Ora, o encobrimento da identidade de prostituta, decorre de um processo de “normificação”, isto, é o esforço por parte do indivíduo estigmatizado de se apresentar como uma pessoa comum.¹⁶⁸ Assim, há todo um esforço por parte destas, em apresentarem-se socialmente como “mulheres comuns” perante os seus parceiros regulares, para não despertar atenção da sua “identidade social virtual”. Todavia, a sua intenção em encobrir o estigma de mulher prostituta leva com que estas mulheres estejam mais expostas ao risco de exposição face ao VIH/SIDA.

Por fim, cabe aqui salientar que o facto de o preservativo constituir uma forte barreira simbólica, entre o cliente e prostituta, no contexto da prostituição, tem reflexos negativos quando se trata da vida sexual privada. Isto sucede na medida em que, noutras “zonas de relevância”, isto é, na vida privada, a mulher prostituta tem a necessidade de “tirar a máscara” e viver uma relação mais afectiva, para contrabalançar a natureza despersonalizante que caracteriza as relações de trabalho. Assim, demarca a esfera prostitucional da esfera privada da sexualidade. Nestes casos, o recurso aos meios de protecção sexual é bastante escasso, o que representa mais um risco de exposição ao vírus do HIV neste grupo social.

Neste sentido, pode-se concluir que o envolvimento emocional, a confiança nos parceiros regulares e o encobrimento da sua identidade social, fora da “vida profissional”, torna-se o maior risco de saúde para algumas mulheres, visto que no campo privado da sexualidade há uma tendência de subvalorização dos meios preventivos, decorrente da “relevância volitiva” ou “intrínseca”, com diria Alfred Schutz.

¹⁶⁸ Ibid., p.40.

7.Considerações Finais

Tendo a “Rua do Bagamoyo” como um campo de análise, o presente estudo procurou fazer uma reflexão sobre a problemática do VIH/SIDA no contexto da prostituição de rua. Para o efeito, no âmbito desta pesquisa, partimos de uma reflexão crítica sobre as teses dominantes acerca deste campo social, que tendem a associar a propagação desta epidemia a esta actividade, questionando em que condições é plausível afirmar que as trabalhadoras de sexo são um factor determinante da disseminação do VIH/SIDA.

Avançámos com duas hipóteses de trabalho. Na primeira, partimos do pressuposto de que a exposição ao risco de infecção do vírus do VIH entre as profissionais de sexo encontra o seu fundamento nas condições sociais que propiciam as práticas de risco neste grupo social. Na segunda, que as “profissionais de sexo” possuem um “stock de conhecimento” que se evidencia na elevada consciência de risco, adoptando estratégias defensivas face ao risco de exposição do VIH/SIDA no contexto da prostituição de rua.

Para a sustentação dos nossos argumentos, realizámos um estudo de caso na “Rua do Bagamoyo”, na baixa da cidade de Maputo, local onde a frequência das profissionais de sexo se revela maior, possivelmente por constituir o mais antigo centro de prostituição da cidade de Maputo. A nossa análise incidiu basicamente sobre os discursos de profissionais do sexo que frequentam esta rua, educadoras de pares e alguns técnicos de saúde. Deste modo, a partir de um quadro analítico fenomenológico, alicerçado em pesquisa empírica qualitativa, os resultados da pesquisa permitem desenhar três conclusões principais.

A primeira é relativa aos traços sociais e à origem geográfica das mulheres que praticam a prostituição nesta rua e as motivações que lhes são subjacentes. Para este item, os dados de pesquisa revelam que as prostitutas provêm maioritariamente da zona suburbana da cidade de Maputo. São, na sua generalidade, mães solteiras com uma média de dois filhos e com idades que oscilam entre os 18 e 42 anos.

Relativamente às motivações para esta prática, as evidências empíricas mostram que não são necessariamente as razões de sobrevivência, na medida em que para algumas

mulheres esta actividade representa uma opção laboral, donde retiram uma série de vantagens.

A segunda conclusão é relativa ao conhecimento que as trabalhadoras de sexo têm sobre o VIH/SIDA e os factores de risco que interferem no seu quotidiano laboral. No que tange a este respeito, pode-se concluir que estas possuem um “acervo de conhecimento” consubstanciada num bom nível de conhecimento sobre o significado desta doença, e as respectivas formas de transmissão e de prevenção. Este conhecimento revela que para este grupo social, o VIH/SIDA constitui um “lugar comum”. Assim, vista por este prisma, podemos inferir que a problemática do VIH/SIDA para as prostitutas não se coloca em termos de desconhecimento sobre a mesma, mas sim, em torno das condicionantes estruturais que propiciam práticas de risco neste contexto social.

Com efeito, à luz dos resultados, pudemos constatar que a natureza clandestina da prostituição representa um factor de risco acrescido, o que reforça as condições de vulnerabilidade das prostitutas perante o VIH/SIDA. Por conseguinte, devido à clandestinidade desta actividade, as prostitutas têm sido vítimas de violação sexual por parte dos “agentes da lei e ordem”, o que representa eminentemente um risco de infecção pelo vírus.

Um outro factor a ter em conta no processo de “distribuição de riscos” neste contexto é o comportamento sexual de risco por parte dos clientes, que se resume na premência em praticar relações sexuais não protegidas, dispondo-se a pagar avultadas somas às prostitutas para assegurar a não utilização do preservativo.

Esta atitude não foi escamoteada por parte das trabalhadoras de sexo. Os dados de campo revelam haver resistência por parte destas, pois a generalidade das nossas entrevistadas afirmaram não ceder à pressão do cliente, o que demonstra que estas mulheres têm consciência de risco que este acto representa para a sua saúde. Contudo, impulsionadas por motivos de sobrevivência, algumas mulheres não resistem à oferta do cliente, acabando por ceder a práticas sexuais de risco.

Um outro factor de risco, não menos importante, está relacionado com as relações íntimas que se desenvolvem na relação prostituta-cliente, que são também um factor de capital importância na produção dos riscos nesta actividade profissional, pois, as

relações de confiança e dependência que daí resultam revelam-se um obstáculo para estas mulheres, no âmbito da negociação do uso do preservativo nas relações sexuais com os seus “clientes habituais”, o que também concorre para a vulnerabilidade das prostitutas face à exposição do vírus.

A terceira conclusão diz respeito às estratégias manipuladas pelas profissionais de sexo, para fazer face aos perigos laborais e riscos inerentes à sua profissão, por um lado, e por outro, a eficácia dessas respostas na esfera privada da sua vida sexual. Assim, os dados da pesquisa permitem concluir que o “stock social de conhecimento” sobre o VIH/SIDA por parte deste grupo social permite a construção de saberes e práticas de prudência, com vista à minimização dos perigos ou riscos subjacentes a esta actividade.

Por conseguinte, o recurso ao preservativo, a solidariedade social e a manipulação dos preços, foram indicados como principais estratégias de segurança e prevenção da doença no contexto de prostituição de rua. Estas respostas ao risco são possíveis graças ao considerável controlo que exercem sobre a sua sexualidade e outros mecanismos perpassados de astúcia, de poder relativo, autonomia e capacidade de instrumentalização que demonstram sobre os clientes, quer durante o processo de negociação dos “termos de troca”, quer durante a prestação do serviço sexual com os clientes.¹⁶⁹

Assim, pode-se inferir que neste contexto específico, o “conhecimento empírico” do quotidiano confere às prostitutas um maior controlo e responsabilidade perante a probabilidade de ocorrência de uma adversidade, daí que accionem estratégias defensivas que permitem a gestão da sua saúde. Todavia, cabe observar que noutras “zonas de relevância”, como no domínio da vida privada, as prostitutas não observam o mesmo rigor na prevenção de doenças. Este facto deve-se fundamentalmente à separação entre a sua “identidade social virtual” e a “identidade social real”. De facto, a intenção de encobrir a sua identidade social virtual leva com que estas estejam mais expostas ao vírus na interacção com seus parceiros sexuais regulares.

Na manipulação da sua “identidade social real” subjaz uma relação de envolvimento emocional e a norma de “confiança” com os seus parceiros sexuais. Tal como descrito

¹⁶⁹ Ribeiro *et al.*, 2005, p. 45.

por Anthony Giddens, a confiança é um mecanismo de ocultação em relação ao risco e perigos nos cenários circundantes da acção e da interacção, é também o principal apoio emocional de uma carapaça defensiva ou casulo protector que todos os indivíduos normais carregam consigo.¹⁷⁰ Ora, este envolvimento emocional leva à negligência na vigilância da saúde entre as prostitutas, o que representa um risco acrescido de exposição ao vírus fora do universo da prostituição.

Deste modo, podemos concluir que as prostitutas são mais prudentes na zona de relevância prostitucional, visto que neste espaço social têm relativa autonomia em relação à negociação do uso do preservativo. A este propósito, achamos oportuna a perspectiva de Perkins que argumenta que a *“female prostitution is a social situation in which women have more power over sexual interactions than in any other circumstance involving both sexes interacting”*.¹⁷¹ Portanto, o comportamento de risco neste grupo social é também consequência do deslocamento de sistemas de relevâncias, isto é, da região prostitucional para a região privada/íntima de sexualidade, o que em certa medida representa um desafio para as educadoras de pares e para os agentes de saúde, no que respeita ao aconselhamento sobre o sexo seguro neste tipo de relações.

Neste âmbito, o contexto de pesquisa que deu corpo a este trabalho revelou-nos que não é linear a afirmação segundo a qual as trabalhadoras de sexo são um vector de propagação do VIH/SIDA. Assim, acreditamos que é necessário procurar novos modos de olhar o “sexo comercial” como responsável pela propagação do vírus. Esta pesquisa chama a nossa atenção para a necessidade de se ampliar a investigação sociológica sobre os condicionantes sociais, económicos e políticos que, na nossa óptica, constituem factores estruturantes e de vulnerabilidade face ao VIH/SIDA no meio prostitucional.

Longe de constituir um trabalho generalista, a presente pesquisa constitui um contributo exploratório e um ponto de partida para futuras investigações e intervenções no campo da sociologia da saúde, pois a problematização sociológica das dinâmicas da saúde no contexto da prostituição em Moçambique revela-se pouco explorada, ou quase inexistente.

¹⁷⁰ Giddens, A. *Modernidade e Identidade Social*, Oeiras, Celta Editora, 1994.p.35.

¹⁷¹ Perkins, 1991, apud Ribeiro *et al.*, 2005, p. 45.

Bibliografia

AA.VV, *História Geral da Prostituição: Origem, Causas e Efeitos*, Porto, Escripório de Publicações, S.D.

AA.VV, *Manual do Multiplicador-Profissional do Sexo*, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, 1996.

Abrahamsson, H. e Nilsson, A., *Moçambique em Transição – Um Estudo da História de Desenvolvimento Durante o Período 1974-1992*, Suécia, Padrigu &CEEI-ISRI, 1998.

Afonso, M., *Estudo de Casos. Prostituição e Espaço Social: O Caso de Intendente*, Lisboa, Cadernos de Comunicação e Linguagens, 1984.

Alvarez, M., *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco: O Guião e as Teorias Implícitas da Personalidade nos Comportamentos de Protecção Sexual*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para Ciência e Tecnologia, 2005.

Amaro, F. *et al.*, HIV/AIDS Risk Perception, Attitudes and Sexual Behavior in Portugal, *International Journal of STD & AIDS*, 2004, Vol. 15, p. 56-60.

Araújo, G., *Os Espaços Urbanos Em Moçambique*, São Paulo, GEOUSP - Espaço e Tempo, 2003, Nº 14, p. 165-182.

Beck, U., *Risk Society: Towards a New Modernity*, London, Sage Publication, 1993.

Berger, P. e Luckmann, T., *A Construção Social da Realidade - Um livro sobre a Sociologia do Conhecimento*, 2ª Edição, Lisboa, Dinalivro, 2004.

Bernex, R., *SIDA-AIDS - O que cada um deve saber para combater*, Portugal, Publicações Europa-América, 1986.

Bloor, M., *The Sociology of HIV Transmission*, London, Sage Publication, 1995.

Bourdieu, P., *O Poder Simbólico*, Lisboa, DIFEL Editora, 1989.

_____, *A Dominação Masculina*, Oeiras, CELTA Editora, 1999.

Caldeira, P., “Identidades dos Portadores do Vírus da SIDA – Reconstrução das Identidades Sociais e Formas de Inserção Social dos Portadores do VIH”. *Sociologia – Problemas e Práticas*, Nº17, Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES), 1995, p. 75-95.

Camacho, G., e Rocha, A., *A Bailarina de Olhos Brancos*, Lisboa, Casa Editora Nunes de Carvalho, 1934.

Carapinheiro, G., “A Saúde no Contexto da Sociologia”. *Sociologia – Problemas e Práticas*, Nº1. Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES), 1986, p. 9- 22.

_____, “Sociologia da Saúde e da Medicina: Um campo em construção”, in *Noites de Sociologia, Saúde: Olhares Múltiplos*, Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia, 2004.

_____, “A Globalização do Risco Social”, in Santos, B. [org.] *Globalização – Fatalidade ou Utopia*, Porto, Edições Afrontamento, 2001, p. 197-226.

_____, “Do Bio-Poder ao Poder Médico”, *Estudos do Século XX*, nº5, Lisboa, 2005, p. 383-398.

Collet, N. e Rozendo, A., “Questões Metodológicas da Pesquisa no Campo da Saúde”, *Rev Latino-am Enfermagem*, S. Paulo, 2001, p. 106-111.

Costa, J. e Alves, L., *Prostituição 2001: O Masculino e Feminino de Rua*, Lisboa, Edições Calibri, 2001.

Costa, A. *O que é Sociologia?* Lisboa, Difusão Cultural, 1992.

_____, “A Pesquisa de Terreno em Sociologia” in Silva, A. S. e Pinto, J. M. (Org.) *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento, 2005, p. 129-148.

Cowan, F. *et al.*, “Is Sexual Contact with Sex Workers Important in Driving the HIV Epidemic Among Men in Rural Zimbabwe?” *Journal of Health and Social Behavior* 2005, Vol. 3, p. 371-376.

Cruz, M. e Wolffenbüttel, K., *Avaliação do Programa de Aconselhamento e Testagem Voluntária (VCT) do PNC. ITS/HIV/SIDA de Moçambique*, Relatório Final, Maputo, 2005.

Dejours, C., *Travail, Usure Mentale. Sesay De Psicopatogie Du Travail*, Paris, Centurion, 1980.

Giddens, A., *As consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta Editora, 1992.

_____, *Modernidade e Identidade Social*, Oeiras, Celta Editora, 1994.

Goffman, E., *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*, 14ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2007.

_____, *Estigma. Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1988 [1973].

Goldenberg, M., *A arte de Pesquisar - Como Fazer Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Record, 2000.

Granjo, P., “*Trabalhamos Sobre Um Barril de Pólvora*” - *Homens e Perigo na Refinaria de Sines*, Lisboa, ICS, 2004.

Jeolás, L., *Risco e Prazer - Os Jovens e o imaginário da AIDS*, Rio de Janeiro, Editora Eduel, 2007.

Kaplan, H. *et al.*, “The Sociological Study of AIDS: A Critical Review of the Literature and Suggested Research Agenda”, *Journal of Health and Social Behavior*, 1987, Vol. 28, p.140-157.

Kaul, R. *et al.*, “Reduced HIV Risk-Taking and Low HIV Incidence After Enrollment and Risk-Reduction Counseling In: A Sexually Transmitted Disease Prevention Trial in Nairobi, Kenya”, *Journal of Health and Social Behavior*, 2002, Vol. 30, p. 69-72.

Ketele, J. e Roegiers, X., *Metodologia de Recolha de Dados - Fundamentos dos métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*, Lisboa, Instituto Piaget, 1999.

Lakatos, E. e Marconi, M., *Metodologia Científica*, São Paulo, Edições Atlas, 1994.

Lobato, A., *Lourenço Marques, Xilunguine. Biografia da Cidade*, Lisboa, Agência Geral do Ultramar, 1970.

Lopes, A., *Trabalhadores do Sexo, Uni-vos!* Lisboa, Dom Quixote, 2006.

Luhmann, N., *Risk: A Sociological Theory*, New York, Walter de Gruyter, 1993.

Lupton, D., *Risk*, Londres, Routledge, 1999.

Maia, R., *Dicionário de Sociologia*, Porto, Porto Editora, 2002.

Macuane, J., Reformas Económicas em Moçambique: Actores, Estratégias e Coordenação, *in Moçambique Ensaios* (2001) Uma Organização de Peter Fry, Rio de Janeiro, UFRJ Editora, 1996.

Mathieu, L., *Prostitution et SIDA: Sociologie D'une Épidémie et De Sa Prévention*, Paris, L'Harmattan Editor, 2000.

Matsinhe, C., *Tábula Rasa. Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*, Maputo, Texto Editores, 2005.

Mora, F., *Dicionário de Filosofia*, São Paulo, Edições Loyola, 2001.

Nagot, N. *et al.*, “Spectrum of Commercial Sex Activity in Burkina Faso: Classification Model and Risk of Exposure to HIV”, 2002, [Consult. 02 Mar. 2008] Disponível WWW: <http://www.jaids.com/pt/re/jaids/pdfhandler>.

Oliveira, A. e Manita, C., “Prostituição, Violência e Vitimação”, *in* Machado, C. e Gonçalves, R. A., *Violência e Vítimas de Crime*, Coimbra, Quarteto, 2002, p. 214-239.

Omondi, L. *et al.*, *Corridor of Hope HIV/AIDS Control Project, Baseline Behavioural survey Report*, Maputo, DFID-World Vision, 2003.

OMES *Sex Workers in Manica Respond to AID*, Maputo, Mid-Term Review, 2001.

Pais, J., *Ganchos, Tachos e Biscates. Jovens, Trabalho e Futuro*, Porto, Ambar, 2001.

Pasini, E., “Limites Simbólicos Corporais na Prostituição Feminina”, Rio de Janeiro, *Cadernos Pagu* n°14, 2000, p. 181-200.

Pinto, J., “Considerações Sobre a Produção Social de Identidade”, *Revista Crítica das Ciências Sociais* N°32, Coimbra, 1991, p. 217-231.

Saraceno, C. e Naldini, M., *Sociologia da Família*, Lisboa, Editorial Estampa, 2003.

Schutz, A., *Fenomenologia e Relações Sociais*, em Wagner R. Helmut (ed.): *Textos Escolhidos de Alfred Schutz*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1979.

Selltiz, C. *et al.*, *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*, São Paulo, Herder, 1965.

Smart, B., *Sociologia, Fenomenologia e Análise Marxista: Uma Discussão Crítica da Teoria e da Prática de uma Ciência da Sociedade*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.

Tulloch, J. e Lupton, D., *Risk and Everyday Life*, London, Sage Publications, 2003.

Turato, E. “Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: definições, Diferenças e seus Objectos de Pesquisa”, 2005, [Consult. 02 Fev. 2008] Disponível WWW: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>

Twaddle, A. e Hessler, R., *A Sociology Of Health*, Saint Louis, The C. V. Mosby Company, 1977.

Ramirez, L. *et al.*, *Conhecimentos, Atitudes, Comportamentos e Práticas das Trabalhadoras de Sexo na Cidade da Beira sobre as DTS e SIDA*, Maputo, 2003.

Rangel, R., *Pão Nosso de cada Noite*, Maputo, Publicações Marimbique, 2004.

Ribeiro, M. *et al.*, *Prostituição Abrigada em Clubes (Zonas Fronteiriças do Minho e Trás-os-Montes) - Práticas, Riscos e Saúde*, Lisboa, Colecção Estudos de Género 3, 2005.

_____. *Vidas na Raia – Prostituição Feminina em Regiões de Fronteira*, Lisboa, Edições Afrontamento, 2007.

Richardson, R., *Pesquisa Social - Métodos e Técnicas*, 3º Edição, S. Paulo, Editora Atlas, 1999.

Rioux, J., *A Revolução Industrial: Implicações Económicas e Sociais (Textos Historiográficos)*, Lisboa, Dom Quixote, 1996.

Roberts, N., *A Prostituição Através dos Tempos na Sociedade Ocidental*, Lisboa, Editorial Presença, 1996.

Velho, G., *Desvio e Divergência – Uma crítica da Patologia Social*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores, 1985.

Verardo, M. et al., *Meninas do Porto - Mitos e Realidade da Prostituição Infanto-Juvenil*, São Paulo, Nome da Rosa Editora, 1999.

Villela, W., “Prevenção do HIV/AIDS, Género e Sexualidade: Um Desafio para Serviços de Saúde”, in Barbosa e Parker (Org.), *Sexualidades Pelo Averso, Direitos, Identidades e Poder*, Rio de Janeiro, Editora 34, 1999, p. 199-213.

Voeten, H. “Female Sex Workers and Unsafe Sex in Urban and Rural Nyanza, Kenya: Regular Partners Are More Important for HIV Transmission than Clients”, 2006, [Consult. 19 Fev. 2008] Disponível WWW:

http://publishing.eur.nl/ir/repub/asset/7583/060315_Voeten-HACM.pdf

Zamparoni, V., “Lourenço Marques: Espaço Urbano, Espaço Branco? *Actas do Colóquio Construção e Ensino da História de África*, Lisboa, CNCDP, 1995, p. 369-388.

_____, “Monhés, Baneanes, Chinás e Afro-maometanos. Colonialismo e Racismo em Lourenço Marques, 1890-1940”, *Lusotopie*, (2000), [Consult. 03 Dez. 2008] Disponível em www.lusotopie.sciencespobordeaux.fr/zamparoni.rtf,

Outros Documentos

Banco Mundial - *O Compromisso do Banco Mundial com o VIH/SIDA em África: O Nosso Plano de Actividades, 2007 – 2011*, Washington, BM, DC, 2008.

Caldeira, R., “Prostituição no Reino das “rapidinhas”, *Mais - Revista Mensal Moçambicana*, Nº1, de Janeiro de 2006, p.58-62.

Craveirinha, J., “Moçambique. Sexo. Porno. Prostituição”, *Revista Tempo* nº 1396, Maputo, 2 de Agosto de 1998, p. 11-17.

“Combate para acabar com a prostituição faz parte da luta contra o capitalismo (1)”, *Jornal notícias*, Maputo, 18 de Novembro de 1977.

Decreto 43.893, de 6 de Setembro de 1961, *Boletim Oficial* n.º36 (Suplemento), I, de 14 de Setembro de 1961, página 1097.

Grupo Técnico Multisectorial, *Divulgação de dados de vigilância Epidemiológica do HIV- Ronda 2004*, Maputo, 10 de Agosto 2005.

INE- Moçambique, *Ministério da Saúde – Inquérito Demográfico e de Saúde -2003*, Maputo, MISAU, 2005.

“Prostituição: 24 horas por dia mas sempre ignorada”, in *Revista Tempo* nº 1317, Maputo, 17 de Março de 1996.

ONUSIDA, “Educação de Pares e HIV/SIDA: Conceitos, Usos e Problemas”, ONUSIDA, Genebra, Suíça, 2006.

PARPA. *Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA 2006-2009): Documento de Estratégia e Plano de Acção para a Redução da Pobreza e Promoção do Crescimento Económico*, MPF, 2006.

PEN II *Plano Estratégico Nacional De Combate Ao HIV/SIDA, 2005-2009. Parte I, Componente Estratégica – Análise de Situação*, Maputo, CNCS, 2004.

Portal HIV/SIDA- Moçambique, 2006, [Consult. 16 Fev. 2008] Disponível em http://www.sida.org.mz/index.php?option=com_content&task=view&id=49&Itemid=64

Programa Geração BIZ *Projecto Inclusão. Estratégia de Inclusão de Grupos de Adolescentes e Jovens mais Vulneráveis no Programa Geração BIZ*, Moçambique, UNFPA, 2008.

PNUD, Moçambique – *Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano 2007. Desafios e Oportunidades, A Resposta ao HIV e SIDA*, Maputo, PNUD, 2007.

Relatório SIDA 2007 - Programa Nacional de ITS/HIV E SIDA, Maputo, MISAU, 2008.

República de Moçambique, *Relatório sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV - Ronda 2007, Grupo Técnico Multisectorial de apoio à Luta Contra o HIV/SIDA em Moçambique*, Maputo, MISAU, 2008.

UNAIDS AIDS Epidemic Update, (2008), [Consult. 23 Nov. 2008] Disponível em http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf

“Vamos acabar com a prostituição”, *Revista Tempo* nº238, Maputo, 20 de Abril de 1975.

Anexos

Anexo 1- Guião de entrevistas

Grupo alvo: Prostitutas

Objectivos: conhecer o seu perfil social, perceber as motivações que levam essas mulheres a praticar a prostituição, conhecer as suas percepções sociais sobre HIV/SIDA, os riscos e perigos que correm, as estratégias de gestão de risco, e os factores estruturais que interferem para a sua vulnerabilidade.

I. Perfil social dos entrevistados

1.(Idade, Naturalidade, Residência, Estado Civil, Nível de escolaridade, Profissão, Nº de filhos, Religião, numero do agregado Familiar, mobilidade geográfica).

II. Motivações para a prática da prostituição

2. Início da prática da prostituição.

3. Razões invocadas para o início da actividade.

4. Tipos de práticas de Prostituição.

5. Actividades complementares à prostituição. Razões que determinam a sua existência.

III. Sobre HIV/SIDA

6. Pontos de vista sobre o SIDA.

7. Fontes de informação.

IV. Comportamentos de risco

10. Práticas sexuais de risco.

11. Uso do preservativo/ Problemas no uso do preservativo.

12. Uso ou não do preservativo com clientes fixos/namorado.

13. Determinantes do sexo sem preservativo.

14. Recurso de drogas/bebidas para exercício da actividade.

15. Percepções sobre o risco de contrair o SIDA nesta actividade.

V. Estratégias de gestão de risco

16. Que estratégia adoptam para fazer face ao risco de contrair o HIV/SIDA.

17. Recursos de controlo da saúde.

VI. Últimas palavras

Grupo alvo: Educadoras de pares

I. Perfil social dos entrevistados

1.(Idade, Naturalidade, Residência, Estado Civil, Nível de escolaridade, Profissão, Nº de filhos, Religião, número do agregado Familiar, mobilidade geográfica)

II. Sobre HIV/SIDA

2.Percepções de vista sobre o SIDA.

3.Fontes de informação

III. Sobre trabalhadoras de Sexo

4. Experiências de trabalho com as trabalhadoras de sexo.

5. Dificuldades no trabalho junto das trabalhadoras de sexo.

6. Acha que as trabalhadoras de sexo correm risco de contrair o HIV/SIDA?

7. O que acha da ideia segundo o qual a profissionais de sexo, são as que mais transmitem o SIDA?

Grupo alvo: Agentes da Saúde

Objectivos: Saber as estratégias de combate ou prevenção do HIV/SIDA junto das trabalhadoras de sexo na cidade de Maputo.

1. Dados pessoais (Habilitações literárias, profissão, cargo que ocupa)
2. Experiências de trabalho com as trabalhadoras de sexo em matéria ligada ao HIV/SIDA.
3. Dificuldades no trabalho junto das trabalhadoras de sexo.

Anexo 2- Tabelas

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Nome	Idade	Natural	E. Civil	Religião	Morada	Ocupação	N. Académico
Sónia	23 Anos	Maputo	Solteira	Católica	B. Jardim	S. Informal	8ªclasse
Rita	26 Anos	Nampula	Solteira	Católica	-----	Desempregada	6ªclasse
Paula	34 Anos	Maputo	Solteira	Ateu	Aeroporto	Desempregada	5ªclasse
Ana	32 Anos	Maputo	Solteira	Universal	Mafalala	Desempregada	3ªclasse
Gilda	40 Anos	Maputo	Solteira	Ateu	Maxaquene C	Desempregada	4ªclasse
Maria	42 Anos	Maputo	Viúva	Cristã	Malhagalene	Desempregada	4ªclasse
Iva	32 Anos	Maputo	Solteira	Universal	Maxaquene	Desempregada	6ªclasse
Augusta	32 Anos	Maputo	Solteira	Ateu	B. Jardim	Desempregada	6ªclasse
Xana	22 Anos	Beira	Solteira	Ateu	B. Jardim	Desempregada	10ªclasse
Laura	21 Anos	Maputo	Solteira	Universal	Liberdade	Desempregada	6ªclasse
Lura	28 Anos	Maputo	Solteira	Católica	Acordos de Lusaka	Educadora de Pares	7ªclasse
Rosália	41 Anos	Chibuto	Solteira	Protestante	Magoanine B	Educadora de Pares	9ªclasse
Rosa	20 Anos	--	Solteira	---	----	Estudante	--
E14						Médico	--
E15						Médica	Licenciada
E16						Técnico de Medicina	--
E17						Enfermeira	--

PLANO OPERACIONAL

Fases	Actividades	Objectivos	Meses							
			J/F	/M/A	M/J/J	A/S	O/N	D/J	F	
1ª	Análise bibliográfica	Definição do objecto de estudo								
2ª	Construção do modelo de análise	Definição dos objectivos do trabalho; formulação das hipóteses e definição das opções metodológicas								
3ª	Aplicação dos instrumentos de pesquisa na recolha de dados	A pesquisa de terreno e realização das entrevistas								
4ª	Transcrição das entrevistas	Transcrição dos dados sem análise ou interpretação teórica								
5ª	Análise do conteúdo das entrevistas	Tratamento dos dados. Interpretação da pesquisa à luz do quadro teórico. Elaboração do trabalho								
6ª	Divulgação dos resultados	Apresentação à comunidade científica								

Anexo 3 - Imagens

“RUA ARAÚJO” NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XIX



Foto (1): Alexandre Lobato

A RUA DO BAGAMOYO HOJE



Foto (2)

MULHERES PROSTITUTAS, segunda metade do século XX.

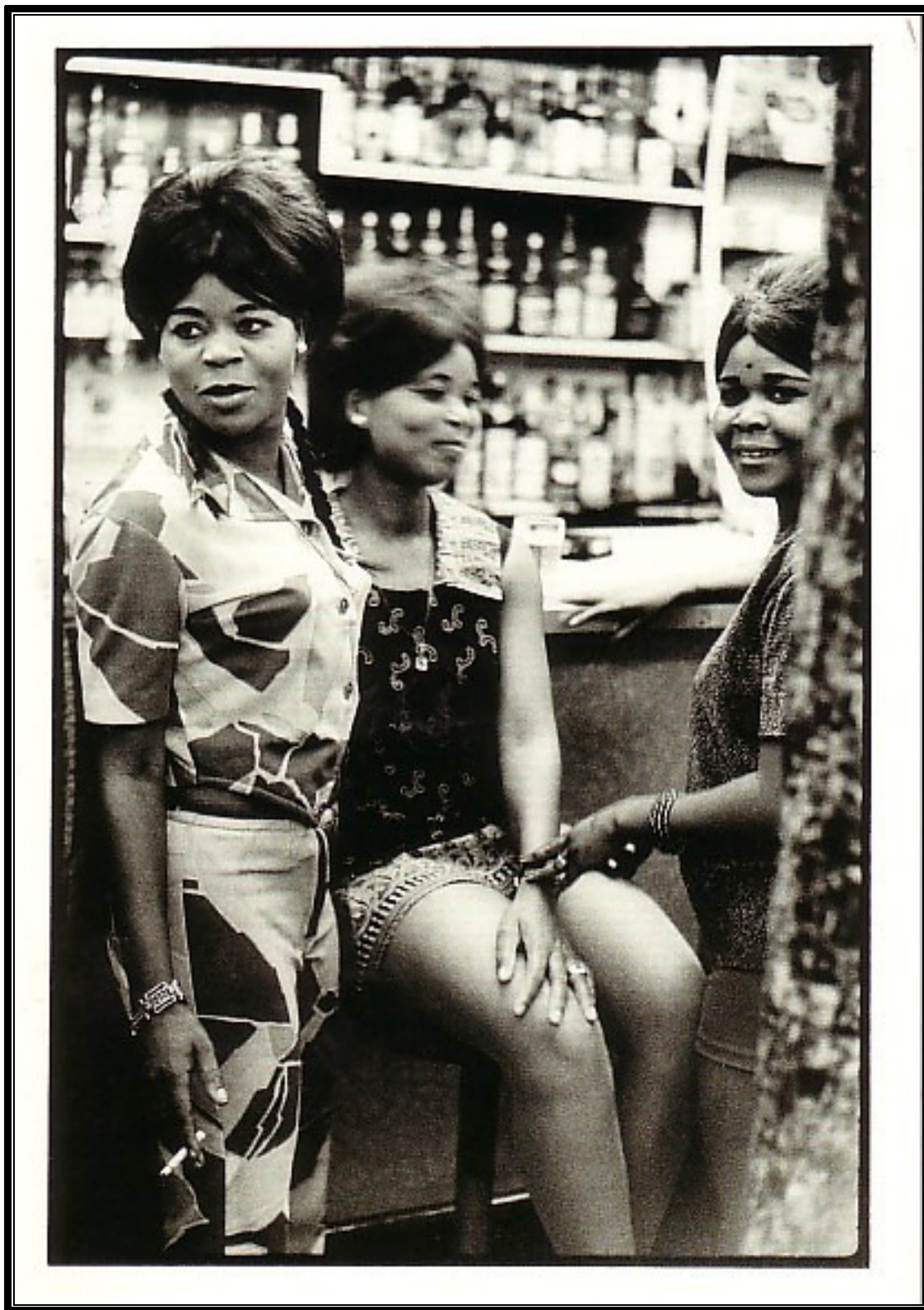


Foto (3): As três Marias, no Bar Casablanca. 1970. Fonte: Ricardo Rangel

PROSTITUIÇÃO NA CIDADE DE CANIÇO ANOS 60



Foto (4): em Chamaculo, cidade de Caniço (1961). Fonte: Ricardo Rangel.

MULHERES PROSTITUTAS, Hoje.



Foto (5). Fonte: Artur Ferreira, in: Revista "Mais" (2006).

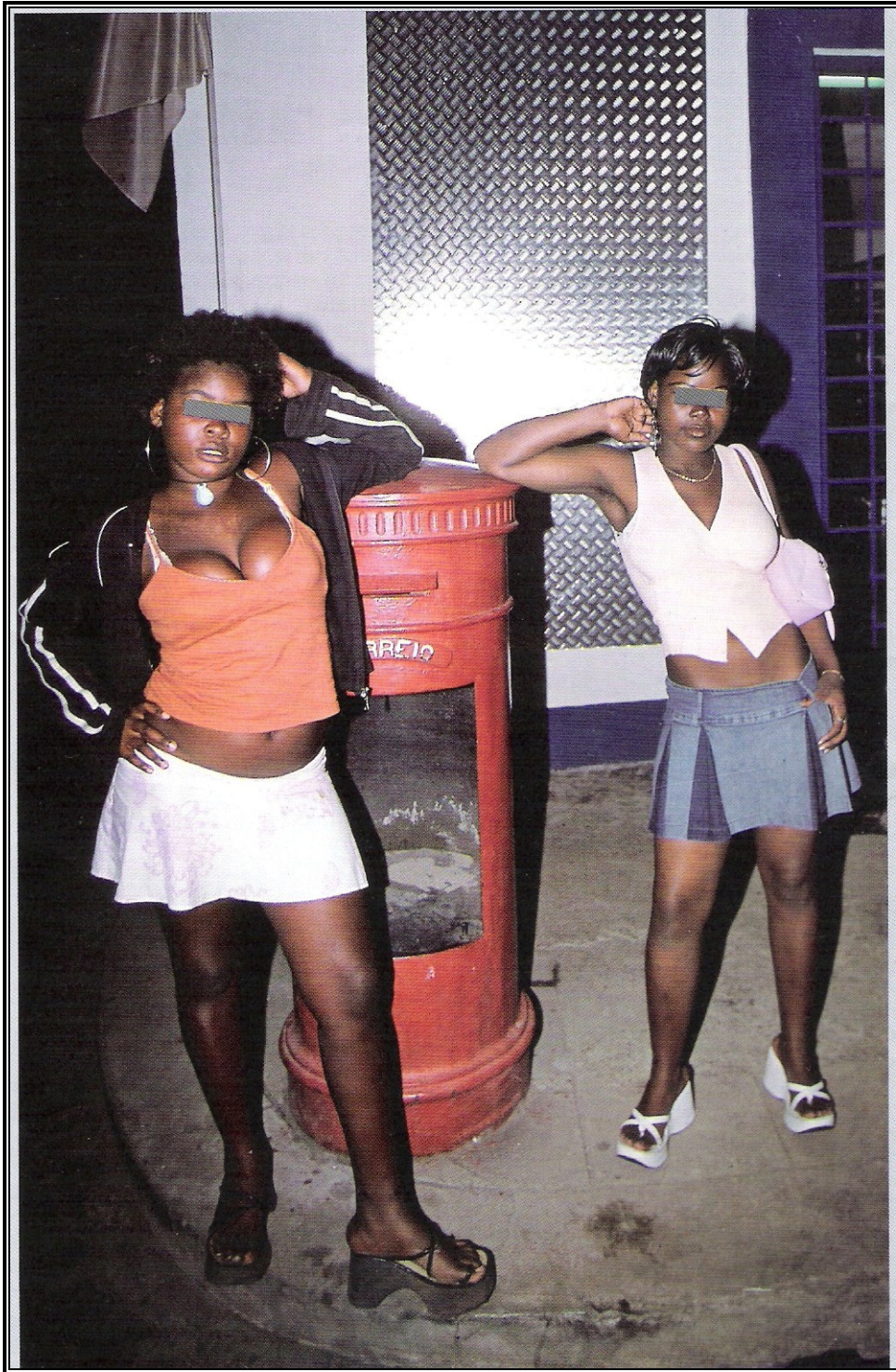


Foto (6). Fonte: Artur Ferreira, in: Revista "Mais" (2006).