

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

SHIRLEY RENATA SILVA FERREIRA RA: 025149



1290003189



TCC/UNICAMP F413e

**ESTUDO DE CASO DO PROJETO “GRUPO DE
PREVENÇÃO PERMANENTE E AÇÕES
INTERSETORIAIS EM DST/AIDS” (GPPAI): CAMPINAS -
SÃO PAULO**

UNICAMP - FE - BIBLIOTECA

CAMPINAS, 2006

200712664

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

SHIRLEY RENATA SILVA FERREIRA RA: 025149

**ESTUDO DE CASO DO PROJETO “GRUPO DE
PREVENÇÃO PERMANENTE E AÇÕES
INTERSETORIAIS EM DST/AIDS” (GPPAI): CAMPINAS -
SÃO PAULO**

Monografia apresenta à Faculdade
de Educação de UNICAMP para
à btenção do título de Bacharel
em Pedagogia, sob a orientação
do Professor Dr. César Aparecido

CAMPINAS, 2006

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

SHIRLEY RENATA SILVA FERREIRA RA: 025149



1290003189



TCC/UNICAMP F413e

**ESTUDO DE CASO DO PROJETO “GRUPO DE
PREVENÇÃO PERMANENTE E AÇÕES
INTERSETORIAIS EM DST/AIDS” (GPPAI): CAMPINAS -
SÃO PAULO**

UNICAMP - FE - BIBLIOTECA

CAMPINAS, 2006

200712664

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

SHIRLEY RENATA SILVA FERREIRA RA: 025149

**ESTUDO DE CASO DO PROJETO “GRUPO DE
PREVENÇÃO PERMANENTE E AÇÕES
INTERSETORIAIS EM DST/AIDS” (GPPAI): CAMPINAS -
SÃO PAULO**

Monografia apresenta à Faculdade
de Educação de UNICAMP para
à btenção do título de Bacharel
em Pedagogia, sob a orientação
do Professor Dr. César Aparecido

CAMPINAS, 2006

UNIDADE:	F.E
Nº CHAMADA:	10002010601
	F413e
V:	EX:
TOMBO:	3189
PROC:	145107
C:	D: X
PREÇO:	
DATA:	28/03/07
Nº CPD:	1100015

**Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

F413e Ferreira, Shirley Renata Silva.
Estudo de caso do Projeto Grupo de Prevenção e Ações Intersetoriais em DST/Aids no Jd. Itatinga – Campinas (SP) / Shirley Renata Silva Ferreira. --
Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientadores : César Aparecido Nunes.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Educação.

1.Educação sexual. 2. Sexualidade. 3. Prostituição. 4. Doenças
sexualmente transmissíveis – Prevenção. 5. AIDS (Doença). I. Nunes, César
Aparecido. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação.
III. Título.

06-793-BFE

Dedico este trabalho a Dr^a Rose Amaral
pelo seu empenho e consciência social,
e a todos os meus amigos que estiveram
comigo nesta caminhada.

Agradecimentos

Agradeço imensamente ao meu orientador Professor Dr. César Aparecido Nunes pela contribuição na minha formação acadêmica e pela paciência.

Agradeço as pessoas que colaboraram direta e indiretamente com a minha pesquisa.

Resumo

O presente trabalho é o estudo de caso do projeto *Grupo de Prevenção Permanente e Ações Intersectoriais em DST/Aids* (GPP/AIDST/Aids) realizado no Jd. Itatinga, área de confinamento de prostituição de Campinas e tem como objetivo pesquisar o processo de implantação descrevendo seu movimento e contradições no período de Abril de 2005 a Junho de 2006.

Durante o processo desta pesquisa predominantemente qualitativa foram utilizados a observação participante nas atividades realizados pelo projeto como: “Barraca da Dada”, grupo “Eu sou mais Eu”, “Dia de Prevenção de DST/Aids na diversidade sexual”, “Você Sabia?”, “Fórum de dúvidas sobre DST/Aids em 1º de Dezembro”, foram feitas análises de banco de dados de notificação de DST/Aids deste período, registros de vacinação contra hepatite B e recadastramento para distribuição de insumos na tentativa de compreender e analisar o que está sendo realizado em seu dinamismo e complexidade. A utilização do diário de campo na coleta de dados e informações sobre o bairro e histórias pessoais tanto de profissionais da saúde do Centro de Saúde do Jd. Itatinga quanto profissionais do sexo (prostitutas e travestis) da área de abrangência ajudaram a compor o trabalho de pesquisa.

Com o trabalho de campo e análises dos dados obtidos concluímos que houve um considerável avanço na organização do serviço de saúde que qualificou significativamente o atendimento aos profissionais do sexo por ocorrer um conhecimento da região e suas especificidade. Além ocorrer por parte dos profissionais do sexo boa aceitação, também, houve um envolvimento de setores e lideranças na continuidade do projeto.

Palavras-chaves: Educação – Sexualidade – Prevenção de DST/Aids – Mulher Marginalizada.

Sumário

INTRODUÇÃO	07
CAPÍTULO I:	
Fundamentos históricos, políticos e institucionais para compreender a condição feminina marginalizada e as políticas de prevenção e saúdes exual	10
CAPÍTULO II:	
Descrição e análise do projeto Grupo de Prevenção Permanente e Ações Intersetoriais em DST/Aids (GPPAI) realizado no Jd .Itatinga	28
CAPITULO III:	
Propostas e perspectivas de atendimento médico-social e educação para a prevenção em grupos marginalizados: uma prática de superação das dominações.	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
NOTAS	51
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXO I	55

Introdução

A pesquisa que ora apresentamos é um trabalho de conclusão de curso, na área da Pedagogia. Pretendemos realizar um trabalho monográfico, a partir do estudo de caso, de um projeto de prevenção de doenças sexualmente transmitidas (DST/Aids) efetivado em Campinas, estado de São Paulo. Trata-se do projeto designado como *Grupo Permanente de Prevenção e Ações Intersetoriais em DST/Aids (GPP/AIDST/Aids)* e que já está sendo implantado e corroborado pelo Programa Municipal de DST/Aids. É justamente este processo de implantação que desejamos compreender, descrevendo seu movimento e contradições para então analisar o resultado dos eventuais impactos produzidos na população contemplada no período de Abril de 2005 a Junho de 2006, sendo Abril o mês de início do recadastramento das chamadas *profissionais do sexo*.

O projeto em questão está sendo implantado na unidade básica de saúde localizada no Jd. Itatinga, área de confinamento de prostituição de Campinas, em convênio com o Programa municipal de Doença sexualmente transmissível e Aids (DST/Aids).

De início nossa proposta era de pesquisar a implantação do Grupo Permanente de Prevenção e Ações Intersetoriais em DST/Aids (GPP/AIDST/Aids) mensurando o impacto produzido na população que está sendo contemplada na região do Jd. Itatinga. Contudo, ao organizar nossas leituras, pensar nossa forma de intervenção no grupo percebemos as seguintes variáveis:

O grupo que está sendo denominado de *profissionais do sexo*, e é o grupo ao qual são direcionadas as atividades de prevenção e promoção de saúde, não é homogêneo, mas sim inclui um conjunto de segmentos com características, culturas, necessidades e linguagens diferentes, pois, encontramos pessoas advinda de toda a parte do país com os mais diferentes objetivos e expectativas, além das diversidades pessoais.

Como também este grupo não é constante, ou seja, a todo tempo temos pessoas novas trabalhando na região e outras saindo para casar, para trabalhar em outra região, outras morrem, tornando assim, muito difícil delimitar um grupo de pessoas para acompanhar mais de perto a aplicação das atividades e até mesmo qualificar a validade das ações do projeto em suas vidas.

Sendo assim, avaliamos que seja mais interessante analisar no período de Abril de 2005 a Junho de 2006 os dados que já foram registrados como, por exemplo, o recadastramento das *profissionais do sexo* para entrega de preservativo, as notificações das DST, a cobertura vacinal contra Hepatite B, a planilha de atendimento, os eventos e atividades que abordaram diretamente a prevenção em DST/Aids.

Neste sentido, avaliamos que seria mais importante neste momento fazer um estudo de caso do projeto GPPAI_DST/Aids analisando os dados obtidos no sentido de averiguar como esta iniciativa ajuda a equipe que trabalha no Centro de saúde Jd. Itatinga a qualificar o atendimento a população específica de *profissionais do sexo* (prostitutas e travestis) e conhecer as especificidades desta população, e dimensionar a sensibilização para a problemática da epidemia da Aids considerando as especificidades do seu universo e garantir o conhecimento e o acesso do serviço de saúde aos usuários.

Como também ouvir uma usuária do serviço de saúde identificando como a comunidade local recebeu a iniciativa da implantação do projeto que visa à prevenção, e uma profissional de saúde na tentativa de identificar como o serviço foi beneficiado.

Com base em tudo o que foi dito até agora pensamos que fica evidente o nosso interesse em nos apropriar e compreender os processos que possibilitaram a iniciativa do projeto, que em última instância visa a educação de uma parcela da população com uma demanda bem específica.

Não é de o nosso interesse produzir a partir desta pesquisa um manual de atendimento para ajudar as instituições que se depare com esta demanda de atendimento, uma vez que

sabemos da existência de outras regiões em Campinas onde há grande concentração de prostitutas como no centro da cidade, nos bairros Padre Anchieta e São Domingos, mas sim proporcionar com as discussões e questionamentos que possivelmente possam ser levantados outras formas de se pensar e compreender este fenômeno da prostituição e seus desdobramentos. Mesmo porque se acreditamos que o homem e a mulher são seres históricos e sociais, ou seja, não são iguais, torna-se inviável um receituário que os trate de forma homogênea.

UNICAMP - FE - BIBLIOTECA

Capítulo I: Fundamentos históricos, políticos e institucionais para compreender a condição feminina marginalizada e as políticas de prevenção e saúde sexual.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que ocorram, anualmente, 340 milhões de novos casos de algumas das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) consideradas curáveis (gonorréia, infecção por clamídia, sífilis e tricomoníase), desse número há 12 milhões só no Brasil. Ao considerarmos as DST virais, como herpes genital, infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), hepatite e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), esses números sobem a patamares incalculáveis¹.

Embora não se conheça a real magnitude do problema, hoje se estima que, nos países em desenvolvimento, as DST estejam entre as cinco causas mais frequentes de procura por serviços de saúde.² Este dado já revela o caráter estratégico das políticas de prevenção.

Dados da OMS relacionam um aumento no risco de transmissibilidade do HIV em até 18 vezes na presença de úlceras genitais. Quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, ou inadequadamente abordadas, as DST podem evoluir para complicações graves, inclusive o óbito. Não deve ser esquecida ainda a questão que durante a gestação, algumas DST podem ser transmitidas ao feto, causando-lhe importantes lesões ou mesmo provocando a interrupção espontânea da gravidez.²

Outro problema importante causado pelas DST é o grande impacto psicológico e social em seus portadores; que se traduz em perda ou diminuição da auto-estima, conflitos familiares, e em custos indiretos para a economia do País, que somados aos enormes custos diretos decorrentes das internações e procedimentos necessários para o tratamento de suas complicações, elevam dramaticamente esses custos totais.³

As DST, por suas características epidemiológicas, são agravos vulneráveis a ações de prevenção primária, como por exemplo, a utilização de insumos (preservativos masculinos,

preservativos femininos), de forma adequada, em todas as relações sexuais. Além disso, com exceção das DST causadas por vírus, existe tratamento eficaz para todas elas; portanto, à medida que se consiga conscientizar os indivíduos da necessidade de procurar rapidamente um serviço de saúde (e não incorrer em erro comum, a auto medicação) para tratar-se adequadamente e a seus parceiros sexuais, se logrará, em curto prazo, romper a cadeia de transmissão dessas doenças e conseqüentemente da infecção pelo HIV.⁴

Outro instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST e HIV/AIDS é o *aconselhamento*, na medida em que propicia uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção. Especialmente no âmbito das DST e HIV/AIDS, o processo de aconselhamento contém três componentes: *apoio emocional*, *apoio educativo* (que trata das trocas de informações sobre DST e HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento) e *avaliação de riscos*, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco.⁵

As DST estão entre os agravos à saúde mais comuns, além disso, são os principais fatores facilitadores da transmissão sexual do HIV. Para o Grupo dos Profissionais do Sexo (prostitutas e travestis) a vulnerabilidade e o impacto das DST são maiores. O diagnóstico, ou mesmo apenas a suspeição da presença de uma DST, já leva a conflitos externos (expulsão do local de trabalho), internos (Estou doente?Estou com AIDS?), automedicação (Assim ninguém fica sabendo!) e estigmas (segregação dos colegas de trabalho e clientes). As dificuldades de pronto atendimento e disponibilidade de tempo para participação de atividades educativas, aliadas à baixa auto-estima desenvolvida levam a quebra do vínculo entre essa População específica e o Centro de Saúde, mantendo e acirrando taxas elevadas de sub notificação das DST, e risco de transmissibilidade do HIV.

As tendências de heterossexualização⁶ feminilização⁷ e pauperização⁸ da epidemia de AIDS, apontam para a necessidade de facilitar o acesso da População Geral e específica (prostitutas e travestis) às ações em DST/Aids na rede pública de saúde.

Nas abordagens coletivas, as questões mais comuns apresentadas pelos participantes e na análise das notificações a prevalência de uma determinada infecção devem nortear o conteúdo a ser abordado em próximos encontros e em eventos maiores. Nesse sentido, a identificação da demanda do grupo é fundamental.

Para Bastos (2000) a hipótese de que as *profissionais do sexo* brasileiras estejam mais vulneráveis à infecção pela DST/HIV/Aids do que as mulheres em geral se relacionam principalmente com três circunstâncias: consumo aditivo de drogas, falta de procura a assistência ginecológica e condições socioeconômicas e culturais.

Com base nestas premissas, vamos inserir uma breve apresentação da *prostituição* como um fenômeno histórico e social. A prostituição tal como a percebemos hoje, é um conceito surgido no século XIX, tendo como referencial os discursos médicos que se formulavam na época. Como fenômeno que surge no meio urbano deve ser entendido à luz do nascimento das cidades e da emergência da burguesia como classe dominante, que introduziu o modelo discursivo da conjugabilidade monogâmica baseada na família nuclear, tendo como vínculo estruturante a noção de fidelidade e normalizando a sexualidade dos sujeitos sociais. (Rago, 1991)

Contudo, vale lembrar que segundo Nunes (2003) ao descrever metodologicamente as cinco etapas de compreensão da sexualidade, mais relacionado com o mundo ocidental, apresenta na segunda etapa, que inicia-se com o advento das civilizações urbanas do mundo antigo, o sexo gradualmente perdendo o seu caráter mítico e passa a ser “racionalizado”, distingue-se o sexo da reprodução e da fecundidade e é possível a introdução da noção de

prazer. Essa distinção era uma dupla condição da mulher, a reprodutora e mãe e a mulher instruída na arte do amor. Alguns autores marcam aqui o surgimento da prostituição feminina.

Segundo Cabral, na Grécia antiga, a mulher pertencia a um homem, inicialmente ao pai ou a um parente próximo, até ser submetida a um esposo por casamento arranjado. Ela passava a maior parte do tempo em seus aposentos, entretida com os afazeres domésticos, não tinha direito a educação formal, a vida política, não saía de casa sozinha somente acompanhada do esposo. Esta condição de inferioridade da mulher se assemelhava a de um escravo grego. Esta forma de conceber a mulher não era exclusiva dos gregos, mas algo semelhante ocorria entre os hebreus, babilônios e egípcios.

Porém, no final do século IV a.C. o amor heterossexual passa a ter uma importância significativa entre os gregos. Os homens passam a prestar mais atenção às mulheres não às esposas, mas, sim as hetairas⁹. Semelhante aos gregos os romanos faziam da prostituição uma peça importante na ordem social, uma necessidade a higiene pública, bem como as mulheres nascidas livres e a segurança das mulheres casadas. Na prostituição tudo era permitido – alugar, vender, raptar abandonar – desde que os homens e as mulheres prostituídos não fossem de nascimento livre.(Cabral, 1995)

Em Roma como também na Grécia, a prostituição estava ligada à escravidão e as crianças eram as primeiras vítimas, as mães ofereciam seus filhos em troca de algum dinheiro como um meio de sobrevivência. Por outro lado, havia também as ricas cortesãs, tão famosas como as hetairas gregas. Elas gozavam de um invejável padrão de vida e desfrutavam com liberdade a companhia de políticos, artistas e escritores famosos. (Cabral, 1995)

Com o advento da burguesia o espaço do prazer permitido tornou-se por excelência o privado, onde a sexualidade é submetida e controlada por dispositivos de poder moral. A mulher foi confinada ao lar e “dessexualizada” (Rago, 1985). Surgiu então a figura da “rainha-

do- lar” (Rago, 1991: pp. 20). Cujo prazer é disciplinado e direcionado para a reprodução familiar.

No esteio deste discurso encontra-se a idealização feminina segundo o modelo de mulher construído por Jean-Jacques Rousseau, ao abordar o casal ideal – *Émile e Sophie*, em seu livro *Émile*, publicado em 1762. Sophie idealizada por Rousseau é feita “para agradar ao homem...ser subjugada por ele...para lhe ser agradável...para ceder e para suportar até mesmo a sua injustiça.”(Rousseau, Livro V., p.693).

A virgindade, neste contexto, revestiu-se de uma representação de pureza, indicativa da mulher que se guardou para um homem só, que controlou seus instintos e não se entregou à busca da satisfação de prazeres carnis e mundanos. O corpo da mulher, a partir de então, passa a ter uma natureza de pulsões incontroláveis, mas torna-se o guardião da reprodução familiar e, por extensão, da reprodução da própria sociedade e de seus valores. Não sendo, portanto, de maneira nenhuma uma decisão que cabe a mulher, mas ao contrário uma imposição da sociedade patriarcal e machista da época.

Encontra-se em sintonia com este discurso as tentativas de idealização da figura da mãe, preconizada também por Rousseau, e agora influenciado pelo discurso econômico de Montesquieu, Voltaire e os fisiocratas que alertavam ao povo francês os “perigos” de uma França despovoada. Para sustentar o nascente “discurso científico”, investiu-se na produção jurídica da paternidade, aproximando a esposa do marido e valorizando o amor. (Martins,2005)

Assim, “o amor materno estaria na origem da criação do ninho afetivo em cujo interior a família vem se refugiar”(Moheau, p.10-11). E, ao mesmo tempo, três tipos de argumentos que tinham como objetivo fazer com que as mulheres “cumprissem seus deveres de mãe”: o retorno à boa natureza, que consistia em enaltecer o modelo da mulher selvagem que passou a ser cultuada no seu carinho de mãe e na liberdade total que

proporciona ao corpo da criança; as promessas, que se ocupavam em difundir uma espécie de prazer “indescritível” e “indefinível” até então desconhecido pelas mulheres, e que só poderia ser desfrutado, diante dos cuidados com seus filhos; e as ameaças médicas, utilizadas no século XIX, e consistiam em afirmações do tipo: “se a mãe se nega amamentar, a natureza se vingará e a punirá na carne.”(Badinter,1995)

É neste contexto de novos valores que a prostituição e a mulher prostituta surgem como os opostos complementares ao lar e a “rainha-do-lar”, integrados na estrutura e no discurso burgueses, permitindo a delimitação dos territórios da nova sexualidade. A prostituição foi dada o território social específico onde a sexualidade insubmissa poderia se instalar, se realizar e se depositar, associando-se a esse território a representação do impuro, da sujeira, da podridão e do esgoto ao qual se destina aquilo que é rejeitado pelas culturas “boca do lixo”.(Rago, 1991)

Depósito das fantasias irrealizáveis, dos desejos indivisíveis e das frustrações inconcebíveis no território do lar, a prostituição se constitui até hoje como uma “região sombria”(Maffesoli in Rago, 1991: pp. 24) integrada à sociedade para a realização das forças orgásticas por ela reprimidas. Assim também se constitui como espaço de sociabilidade dos sujeitos, de caráter lúdico e público – boates, bordéis, “zonas” e ruas.

Neste sentido, a prostituição é uma possibilidade de escape à disciplina familiar, trabalhista, moral, etc. É o território do prazer, onde as identidades sexuais dos sujeitos públicos podem ser desestruturadas momentaneamente, sem que os mesmos corram os riscos de terem suas identidades sociais fragmentada, retornando íntegros ao território da disciplina burguesa (lar, trabalho etc).

Este modelo de utilização da mulher serve para garantir uma lógica capitalista que usa o corpo da mulher em situação de prostituição para preservar uma moral e um modelo de virtude. Usa-o para incentivar o consumo, o corpo da mulher é exibido em propagandas de carros, cervejas, eletrodomésticos, a mulher deve ser tanto consumidora como administradora da

casa. Sendo responsável pelo controle de consumo, que se torna uma atividade a organizar e planejar rigorosamente, incluindo compras e prestações e projetos de longa duração. Da mulher é também exigida uma aparência física muito bem cuidada, segundo uma redefinição do ideal de feminilidade em que a indústria cosmética tem influência determinante, tal como a indústria dos vários produtos higiênicos. O caráter de massa é anunciado por uma versão do princípio da igualdade de oportunidades e da democratização: todas as mulheres podem e devem ter direito à beleza se nisso se empenharem suficientemente. (Martins, 2005)

Os discursos dominantes sobre a sexualidade feminina alteraram-se radicalmente, na década de 60, e se pretendem liberais para acompanhar a novidade do momento: a sexualidade como o mais novo objeto de consumo. Na sociedade que acolhe e investe em motéis, em *Sex-shops*, na indústria pornográfica etc, não há mais lugar para um discurso rígido como os modelos das décadas anteriores, mas sim para um discurso consumista.

É nesse contexto, que a mulher prostituta, também, se constitui muitas vezes para o cliente como interlocutora de confidências e parceira de atos impossíveis de serem expressos nos espaços de convivência institucionais, sendo a depositária dos subterrâneos da sexualidade e da vida desse cliente – Jorge Amado, no campo da literatura, é um dos autores que privilegiam esse estereótipo romanceado e “humanizante” da prostituta sábia, tolerante e acolhedora, e do bordel enquanto espaço do convívio social e masculino.

A mulher prostituta torna-se o contraponto necessário à existência da mulher burguesa no imaginário social, assim como o oposto complementar da Virgem Maria na definição da mulher moral católica (Rago, 1985).

Nesse campo de redefinição das sexualidades, o discurso médico policial surge como legitimador da nova disciplina sexual a partir do século XIX (Foucault, 1983 e 1985). A saúde torna-se questão pública e a lógica da higiene e do saneamento se expande para além dos

corpos físicos e incide sobre os corpos socialmente definidos, domesticando-os e submetendo-os à disciplina sanitária.

A higiene dos corpos se associa a higiene dos comportamentos saudáveis, e o saber médico torna-se também um dispositivo da moralidade. Medicina, psiquiatria e polícia constituem-se como campos do saber e da ação complementares para o saneamento biológico, comportamental, legal e moral da nova ordem social e conseqüente controle da população. Dentro desse contexto, a prostituição é patologizada nesses três campos e definida como objeto de vigilância sanitária, desvio psíquico e caso de polícia.

Constituída como território da patologia médica e social, a prostituição se presta à redefinição do campo da normalidade sexual e comportamental. A mulher passa a ser concebida como a devassa, a desequilibrada, a inconstante, a sodomita, insatisfeita, insaciável, a traiçoeira e perigosa, entregue aos prazeres fugazes, perturbada e infeliz, sobretudo infeliz, pois não encontraria jamais a conjugabilidade monogâmica, estabelecida como o ideal de felicidade feminina terrena, até que a morte separe a mulher de seu amor “natural” e a conduza ao eterno amor divino.

O estereotipo da gargalhada estridente e despudorada da mulher prostituta denunciaria, assim, os ecos de um vazio existencial, fruto de uma vida e vícios, ao passo que o sorriso contido e discreto da esposa burguesa externaria uma plenitude terna e serena advinha de uma vida virtuosa. Dentro da mesma lógica, a “rainha-do-lar” morreria um dia de parto ou de velhice; a mulher prostituta morreria de doenças venéreas, facada ou cirrose.

Na política cotidiana de suas relações, ela participa também das representações coletivas hegemônicas e sua corporeidade, por exemplo, personaliza-se de acordo com os estereótipos que lhe são empregados – roupas, maquiagem, gestos, andar, linguajar, tom de voz, olhares e tudo o que externe uma identidade que possa ser lida e traduzida imediatamente pelo outro,

deve ser adequado e disciplinado pelo território ocupado momentaneamente (boate, sala de espera, rua, consultório médico, etc).

Igualmente, a construção das relações com o homem obedece aos imperativos territoriais: se enquanto dentro da prostituição e como profissional ela deve manter a postura de “comerciante” – visando o lucro e se resguardando de envolvimento afetivo com clientes -, quando fora ela se entrega à conjugabilidade monogâmica e ao amor romântico com parceiros razoavelmente fixos. São essas identidades territorializadas, vividas quase que concomitantemente, e em se tratando de doenças sexualmente transmissíveis (DST) a mulher prostituta encontra-se em situações de maior risco quando está fora do território da prostituição.

No Brasil devemos compreender a trajetória da mulher prostituída dentro da temática de Gênero, compreendendo a construção da condição feminina articulada e inserida na dinâmica das mudanças históricas, culturais, sociais e políticas deste século.

A tradição burguesa que faz das mulheres escravas comerciais pode ser identificada em todo o processo de colonização do Brasil e de toda a América. A metáfora “a América é mulher” observada na iconografia entre os séculos XVI e XVIII, serviu para que sobre o corpo desta América, terra e fêmea, travassem-se uma luta onde os espanhóis e portugueses marcados pela obsessão da honra e da pureza sexual, violava terras e mulheres como comportamento de um conquistador, enquanto o indígena via no estupro das brancas um signo de rejeição ao domínio europeu. (Vainfas, 1992)

Os portugueses quando saíam nas grandes navegações em busca de novas terras carregavam à força mulheres sem qualquer consideração por suas pessoas, dignidade, estado ou condição tais mulheres eram usadas sexualmente e quando não mais lhes interessavam eram jogadas ao mar. Chegando em terras americanas as mulheres nativas foram escravizadas, em algumas tribos dadas como presentes por chefes locais atendendo a procedimentos de amizade visando por parte dos indígenas estabelecer alianças com os

invasores. Em algumas regiões a chegada dos europeus alterou drasticamente os papéis que as mulheres exerciam no interior de suas organizações sociais.

Sendo esta a condição da mulher no período da conquista da América é possível afirmar que as negras que vieram para cá como escravas também foram estupradas e violentadas de todas as formas.

Também faz parte da constituição do país cidades como Porto Alegre e Pouso Alegre que se formaram a partir de um bordel. No século XXVII o Rio Grande do Sul era grande produtor de gado. Por isso, vinham de São Paulo, tropeiros, em busca dessa riqueza. Em suas andanças pelo Rio Grande usavam certas localidades para seus pousos, a procura de lugar onde pudesse se alimentar e ter mulheres, estes pousos se davam próximos a prostíbulos que paulatinamente transformavam-se em povoados. O mesmo ocorreu em Pouso Alegre, que inclusive estas cidades receberam estes nomes por proporcionar aos tropeiros uma pousada agradável graças aos serviços prestados pelas prostitutas locais.

Como compreender essa condição marginalizada e articulá-la a políticas de saúde e prevenção? Seria possível que a mulher prostituída superasse os imperativos históricos por uma consciência sanitária?

O preservativo, neste sentido, constitui-se como signo de distanciamento do parceiro, distância essa desejável em relação ao cliente e inconcebível em relação ao companheiro de entrega romântica e conjugal. Esta constatação, como dado de realidade, não se aplica somente as *profissionais do sexo*, mas faz parte de um imaginário coletivo, está presente na cultura em geral.

Um exemplo, de que o uso do preservativo envolve questões sobre a sexualidade humana que pertence de um modo geral a um ideal de relacionamento foi uma atividade realizada conforme aprovação do PAM III em Abril de 2005 o Grupo Permanente de Prevenção e Ações Intersetoriais em DST/Aids (GPPAI) onde o Centro de Saúde do Jd. Itatinga realizou no mês de

Fevereiro o bloco carnavalesco “Camisinha Neles” que percorreu todo o bairro no dia 24 distribuindo informações e promovendo saúde. Foram distribuídos kits elaborados pelos agentes do GPPAI contendo camisinha, folder e balas com a seguinte mensagem “A bala você pode chupar sem casca”.

Esta chamada da bala que procura inverter o dizer popular de que transar com camisinha é o mesmo que *chupar bala com a casca*, na verdade procura juntamente com os folhetos educativos que foram distribuídos nos Kits chamar a reflexão da comunidade para um fato que corresponde à realidade que é a infecção de doenças pelo sexo não seguro, apontando para a questão de que a bala você pode chupar sem casca com prazer e não sofrer com sérias conseqüências, de inclusive, pegar uma infecção incurável como o vírus do HIV.

Tal atividade teve como objetivo conscientizar a população que mora e que frequenta a zona de prostituição do Jd. Itatinga da importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais. Durante o evento também foram abordados os clientes¹⁰ por este motivo houve uma pequena diferenciação nos kits na tentativa de cada vez mais significar a mensagem para aquelas pessoas não tornando, portanto, um amontoado de informações sem sentido.

Segundo uma prostituta participante de uma organização não governamental “Vitória Régia” de Ribeirão Preto que trabalha com prevenção de DST/Aids nas áreas de maior concentração de *profissionais do sexo* (prostitutas e travestis) desta cidade, a mulher prostituída está mais sujeita as práticas sexuais menos seguras quando em situações de conjugabilidade, seja nos parceiros fixo (namorado, marido, cafetão, etc), seja quando eventualmente se sinta atraída pelo cliente, o que não é raro.

Isto ocorre porque a mulher em situação de prostituição não esta imune do que é atribuída a mulher em geral, a mulher padrão, componente deste quadro conservador dominante, nasceu para a maternidade, para o casamento e para ser a dona de casa exemplar. Sem possibilidades de contestação, sob pena de estar rumando contra a sua própria natureza.

E construindo a sua própria infelicidade. A força, o espírito de aventura, a iniciativa e a participação no mercado de trabalho eram reservadas aos homens, definindo a masculinidade.

Sendo assim, a mulher que faz sexo por dinheiro o faz na mesma lógica de um trabalho do sistema capitalista de exploração e alienação. Fora deste trabalho no espaço privado do seu lar ela carrega sobre os ombros as mesmas obrigações de qualquer outra mulher. Propor ou exigir o uso do preservativo com o marido ou companheiro é está dizendo, implicitamente, que a mulher quer sexo somente por prazer, sem riscos de engravidar e de pegar doença, o que indica no pensamento coletivo que a mulher que pensa assim é *vagabunda*, não serve para o casamento não é digna confiança.

Ainda impera a idéia de que o uso ou não do preservativo impede um relacionamento baseado na confiança e no amor. A imposição de uma relação sexual segura conota que quem o faz não confia no outro e isso impede o relacionamento nos moldes conservador que ainda temos hoje.

Também isto não explica tudo, existem situações em que mulheres prostituem-se em função de extrema necessidade financeiras, por isso, ficam mais vulneráveis quando o cliente oferece mais dinheiro pelo programa sem uso de preservativo, além, dos casos em que as prostitutas ou travestis, que são abandonados pela família por não aceitarem suas condições de vida, estes acabam por se envolver com clientes seja por atração física, seja por carência emocional abandonando o uso do preservativo.

Neste sentido, considerando a trajetória histórica e social deste segmento da população acredito ser muito importante fazer um estudo de caso de um projeto que se compromete em desenvolver ações de prevenção e cidadania, no sentido de garantir o atendimento dessas pessoas considerando suas características e necessidades específicas inclusive porque com tais

medidas atende também a estimativa Organização mundial de saúde que nos mostra que ainda é preocupante os números de infecções sexualmente transmissíveis e Aids.

Além disso, outro motivo pelo qual nos dedicamos a essa tarefa de fazer um estudo de caso do projeto Grupo Permanente de Prevenção e Ações Intersetoriais em DST/Aids GPPAI_DST/(Aids) é pelo fato de trabalhar nesta área como Agente Comunitária de Saúde há quase cinco anos e fazer parte do Grupo, entendendo a importância social de tal ação.

Acreditamos que este estudo seja relevante, também, por ser pioneiro, a aprovação do projeto no Plano de Ações e Metas (PAM) evento realizado pelo Programa Municipal de DST/Aids do município de Campinas em 2005, que visa estabelecer metas e diretrizes das ações e recursos provenientes do fundo nacional de combate a Aids, tornando o Centro de Saúde Jd. Itatinga a primeira Unidade Básica de Saúde (UBS) a administrar recursos da AIDS no Brasil de forma descentralizada.

O Programa Municipal de DST/Aids adota uma política de descentralização, Abreu (1988) descentralização implica em redistribuição de poder, com o repasse do processo de tomada de decisões, sendo assim, o recurso destinado a unidade que trabalha diretamente com as populações em situações de maior vulnerabilidade proporcionará uma melhor aplicação dos recursos, pois as equipes na realização das suas atividades de prevenção poderão definir “como” e “quando” os recursos deverão ser aplicados considerando sua experiência e conhecimento do campo de trabalho.

Ao nos propor pesquisar sobre tal assunto julgamos necessário identificar em que concepção de homem estaremos trabalhando. Não cabe aqui antigos tabus, nem preconceitos, muito menos questionar moralmente as pessoas com as quais estaremos trabalhando.

O que estará em questão é averiguar em que medida as ações propostas pelo projeto estão ajudando aos profissionais da saúde a otimizar o seu trabalho no sentido de proporcionarem uma educação em saúde pública e sexualidade que os leve a uma real emancipação dos

usuários, como temos definido em Nunes (2003) Penso que é este o ideal de emancipação, a conquista da autonomia cultural, da originalidade estética, da responsabilidade ética, da competência produtiva, do compromisso político e social do amadurecimento educacional.

E também, identificar como o trabalho de prevenção pode contribuir para que as *profissionais do sexo* se responsabilizem pela sua saúde e pelo pleno exercício de sua profissão entendendo a importância da prevenção e as consequências do não controle de uma epidemia como a Aids para a saúde de todos que vão além dos limites do nosso atendimento.

O trabalho pretendido pelo projeto junto à população atendida na unidade básica de saúde do Jd. Itatinga vai além de ensinar técnicas de sexo seguro e informações sobre tecnologia de planejamento familiar, ou seja, existe uma preocupação por proporcionar uma reeducação que leve em consideração as pessoas enquanto seres humanos e portanto, são seres complexos e fruto de múltiplas determinações. Como afirma Nunes:

"Acho mesmo que a sexualidade é este terreno híbrido entre o pessoal e o social, encruzilhada confusa onde se articulam o ser e o existir individual e coletivo de cada um de nós. Daí sua grandeza sublimidade e riqueza. Daí o desafio, a atração, o fascínio que a reflexão provoca. Desafio sempre exigente de coragem, oportunidade de despir-se, no que nos é possível, dos preconceitos, dogmas e tabus tradicionais." (Nunes, 1987, p.16)

Estudar o projeto, neste sentido, é considerar a complexidade da sexualidade humana em suas diversas manifestações que foi se transformando ao longo da história respondendo a mudanças sócias econômicas que ocorreram no macro e microcosmo.

Depois de apresentar os referenciais teóricos e conceituais as coordenadas políticas de nossa pesquisa e categorias analíticas de nossa investigação procederemos à breve contextualização do espaço geográfico e institucional do estudo: o bairro Jardim Itatinga, localizado na região Sudoeste de Campinas.

O Jd. Itatinga experimentou o seu auge nos anos 1970, quando carrega o estatus de “maior zona de prostituição da América Latina”. Uma década depois, com o avanço da Aids combinado com o agravamento da violência em Campinas começou o declínio.

O bairro com esta característica de confinamento de prostituição nasceu em 1966, de uma manobra deliberada de instituições públicas e setores da sociedade, conhecida como operação laredo. A lendária “cidade sem lei” dos filmes de Western, em alta nos anos 1960, foi a inspiração para a zona do Itatinga.

A operação foi desencadeada em meio a uma campanha feroz, movida pela Igreja Católica, polícia e outros setores, inconformados com os crescentes pontos de prostituição no Taquaral, que começava a tomar contornos de bairro de classe média.

Na liderança da campanha, a Igreja Católica foi, ironicamente, a responsável involuntária pela formação daquela primeira zona de Campinas. No início da década de 1960, os padres salesianos receberam da prefeitura a doação de uma área despovoada no Taquaral, para a construção de um colégio e uma escola agrícola.

Como a câmara limitou a isenção fiscal a área construída, os salesianos sentiram-se forçados a lotear a maior parte da gleba. Sem infra-estrutura, as únicas pessoas que se aventuraram a ocupar o local foram prostitutas, que até então atuavam dispersas pela cidade.

Na Operação Laredo, a polícia civil espalhou corretores de imóveis por Campinas, atrás de uma área que fosse ao mesmo tempo afastada do centro e que comportasse fisicamente a nova zona. A escolha caiu sobre a desativada fazenda de café Pedra Branca. Usando de coerção, a polícia obrigou um grupo de cafetinas a comprar lotes no local. Lúcia era o nome de guerra da pioneira do bairro que, dois anos depois, já com vinte casas, passaria a ser conhecido como Jd. Itatinga.

Na esteira da crescente decadência do negócio sexual, o bairro vem abrindo espaço para moradores de baixa renda, não envolvidos com a prostituição. Esse núcleo já é conhecido no local como baixada do Itatinga.

O bairro é composto por dez ruas, contendo pelo menos trezentas casas em sua maioria comerciais e construídas em terrenos de pelo menos 300 metros quadrados. Além das boates e casa de prostituição, também encontramos dois salões de beleza, uma padaria, duas lanchonetes, quatro bares, dois postos de gasolina, uma madeireira, duas transportadoras e duas entidades: a creche Bento Quirino e o CEPROMM . Para diferenciar as casas de prostituição das 30 residências familiares, placas indicam o terreno proibido com a inscrição “residência familiar”. Também, há pelo menos outras duzentas casas abandonadas, que servem de mocós para o tráfico, consumo de crack e esconderijos para assaltantes, além dos terrenos baldios.¹¹

O Centro de Saúde Jardim Itatinga começou suas atividades na década de 1980, através da UNICAMP, funcionando como extensão universitária para pesquisa e atendimento em DST/AIDS, atendendo às especialidades de Ginecologia/Obstetrícia e Infectologia, exclusivamente para *Profissionais do Sexo*.

A partir de 1996 com o aumento dos atendimentos e a demanda de outros bairros, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) intensificou o apoio logístico à unidade e a partir de 1998 designou o primeiro coordenador especificamente para o Centro de Saúde, que passa então a funcionar efetivamente como Centro de Saúde da Prefeitura, atendendo a População Geral, além da Específica (prostitutas e travestis), contado para isso com uma equipe multidisciplinar.

Em 2002 amplia-se a área de abrangência do CS, passando a atender quatro bairros, com um total aproximado de oito mil pessoas. Entre os usuários 1500 à 2000 são *profissionais do*

sexo. O Centro de Saúde tem uma média de atendimento de 80-100 usuários/dia, com 80-85% de SUS-dependência.

A utilização do diário de campo na coleta de dados e informações sobre o bairro e histórias pessoais tanto de profissionais da saúde da equipe de saúde da família do Centro de Saúde do Jd. Itatinga quanto profissionais do sexo (prostitutas e travestis) da área de abrangência ajudaram a compor o trabalho de pesquisa.

A análise das informações obtidas através dos bancos de dados de notificações DST/HIV_Aids ajudaram a identificar não só quantidade como prevalência de algumas doenças como que atitudes foram desencadeados, o recadastro das *profissionais do sexo* para entrega de insumos, dados de atendimentos previstos pelo projeto, cobertura vacinal, contribuíram para a realização deste trabalho de pesquisa.

Durante o processo desta pesquisa predominantemente qualitativa foram utilizados observação participante nas atividades realizados pelo projeto como: "Barraca da Dada", grupo "Eu sou mais Eu", "Prevenção de DST/Aids na Diversidade Sexual", painéis informativos "Você Sabia?", "Fórum de dúvidas sobre DST/Aids em 1º de Dezembro para captar do projeto sua contribuição social em área bem definida (Centro de Saúde Jd. Itatinga), no período de Abril de 2005 a junho de 2006. A análise do banco de dados de notificação de DTS/Aids deste período, registros de vacinação contra hepatite B e recadastramento para distribuição de insumos ajudou a compreensão do que está sendo realizado em seu dinamismo e complexidade

O Centro de Saúde Itatinga assiste ao bairro do Jardim Itatinga que é local de prestação de serviços sexuais, com grande notoriedade não só na cidade de Campinas, mas em todo estado de São Paulo, e também no Brasil. Com uma população flutuante estimada em 1900 Profissionais do Sexo (Feminino e Masculino), esta região de prostituição pode ser considerada uma das maiores no Mundo.

Estudar projetos como este, também nos é interessante porque, em vez de ter em conta o caráter obrigatório da educação formal – que submete os indivíduos a constrangimentos institucionais e culturais que se concretizam na imposição de saberes afastado de seu cotidiano, expectativas e necessidades – tal iniciativa não escolar terá em conta que são os próprios valores sociais e culturais de uma dada comunidade que se refletem diretamente nas propostas de projetos refletindo em todos os seus aspectos (objetivos, formas, projetos e estruturas). Sendo assim, isto se torna uma excelente oportunidade de compreender como é possível organização de espaços de educação não formal, que contribuíram para a formação do cidadão como um todo.

Pretendemos no próximo capítulo escrever sobre o que e como fez o Grupo permanente de prevenção e ações intersetoriais em DST/Aids (GPPAI_DST/AIDS): ao propor a diminuição das taxas de subnotificação de DST/AIDS na área de abrangência, o aumento da cobertura vacinal dos *profissionais do sexo* contra a Hepatite B, o pronto atendimento aos profissionais do sexo diante de suspeita de DST por médico qualificado pela Sociedade Brasileira de DST/Aids, a realização de fórum anual de dúvidas sobre DST/AIDS e realização de oficinas de sexo seguro estabelecendo a importância de vínculo com a comunidade específica (prostitutas e travestis).

CAPÍTULO II - Descrição e Análise do Projeto Grupo Permanente e Ações Intersetoriais em DST/Aids (GPPAI) realizado no Jd. Itatinga

A população do Jardim Itatinga até bem pouco tempo era conhecida pelos registros policiais devidos o grande número de delitos e violência do lugar, e pelo espectro ocasionado com o advento da Aids, pois o restante da cidade temia que a epidemia se espalhasse. Neste sentido, pesquisar um evento no qual a equipe da Unidade Básica e membros da comunidade local desenvolvem atividade para dar visibilidade à prevenção e tratamento às DST e Aids, com apoio do Programa Municipal DST/Aids, já pode ser considerado um passo em busca do reconhecimento de que o Jd. Itatinga não é só um lugar de confinamento de prostituição, mas sim um bairro onde moram e trabalham pessoas que devem ter seus direitos e dignidade respeitados.

O projeto desde o momento em que foi pensado e escrito pela Ginecologista DR^a Rose Amaral e pelo Coordenador Dr^o Carlos Martins (Pediatra) contou com o apoio e com o anseio de toda a equipe em realizar ações que ajudasse a diminuir a vulnerabilidade as DST/Aids na população específica uma vez que era preocupante o número de resultados de sorologia anti-HIV positiva que recebíamos em uma crescente na unidade.

Um outro fato também preocupava a equipe, com a política de redistribuição de área por unidade básica de saúde realizada pela Secretaria Municipal, o centro de saúde do Jd Itatinga passou a atender mais um bairro (Jd. Maria Rosa) aumentando muito o fluxo de pacientes impossibilitando o atendimento especializado que a população específica demandava. Sendo possível perceber a diminuição da procura das *profissionais do sexo* no serviço limitando a busca de preservativos.

Criado em Outubro de 2004, o Grupo Permanente de Prevenção e Atenção Integrada as DST e AIDS, fez seu primeiro evento no Dia Mundial de Luta Contra a Aids/dst, quando centralizou a atenção durante o dia todo para a prática de reuniões, palestras, projeção de filmes temáticos sobre o assunto, seguindo uma tendência mundial. Atendendo toda a população da área de abrangência incluindo visita das escolas da região.

Em Fevereiro de 2004, o Centro de Saúde Jd. Itatinga organizou, pela primeira vez em sua história, um Bloco Carnavalesco, que foi chamado "CAMISINHA NELES!", nome da campanha de prevenção de DST/AIDS do Governo Federal para o carnaval deste ano. Funcionários do Centro de Saúde percorreram as ruas do bairro Jd. Itatinga, distribuindo materiais educativos e preservativos.

Entrando em contato com os homens freqüentadores do lugar (clientes), que eram o foco da campanha federal. Um carro com músicas de carnaval atraía a atenção de todos, facilitando o contato e a abordagem frisando a importância do uso dos preservativos em todas as relações. Em Fevereiro de 2005 o nosso Bloco saiu novamente.

Não havia na unidade uma rotina de notificar e planilhar os dados referentes a esses exames o que dificultava uma visão real da situação da epidemia na região atendida, além de ocorrer que boas partes dos pacientes não retornavam para receber o resultado. Este outro dado também levantava um questionamento sobre a qualidade do aconselhamento que acompanha o pedido de coleta do exame.

Aconselhamento pré e pós teste anti-HIV é uma intervenção breve e focalizada, que permite ao usuário avaliar os seus riscos relativos à infecção pelo HIV e decidir sobre a testagem, conhecendo o seu resultado e recebendo orientação preventiva, de modo confidencial.

Neste procedimento deve-se estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do indivíduo para que ele mesmo tenha possibilidade de

reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. É também um momento de trabalho preventivo ajustado às necessidades individuais, assim o aconselhamento tem por objetivo a prevenção primária do HIV, a adesão do paciente ao tratamento, o tratamento do(s) parceiro(s) sexual (is) e a adoção de práticas preventivas.

Neste sentido, a criação do Grupo Permanente de Prevenção e Ações Intersetoriais em DST/AIDS (GPPAI) no Centro de Saúde do Jardim Itatinga, foi composto de uma Ginecologista Qualificada em DST e Núcleo de Saúde Coletiva representado por uma Enfermeira, uma auxiliar de Enfermagem e uma Agente de Saúde, sob supervisão do Coordenador. Este grupo tem a finalidade de pensar e articular ações e fluxos de atendimento que contribuísse com a qualificação do trabalho de toda a equipe no atendimento desta demanda em caráter permanente, pois ficava evidente a necessidade de conhecer cada vez mais a população de perfil instável.

Após apresentação do projeto para o convênio com o programa municipal de DST/Aids e a inclusão do mesmo no Plano de Ações e Metas de 2005, foi considerada de fundamental importância a participação representativa dos segmentos da população que seriam contempladas pelo projeto. Foi realizada no 01/06/2005 uma reunião com uma representante das prostitutas, das travestis, do conselho local de saúde, da Escola Municipal da área de abrangência, do Centro de Estudos e Promoção da Mulher Marginalizada (CEPROMM) e Distrito de Saúde Sudoeste (DSS) / Vigilância de Saúde Ambiental (VISA).

Este grupo da comunidade local mais o grupo de funcionários passaram a ser responsáveis pelo gerenciamento da verba destinada à realização das atividades como também de montar o cronograma de atividades que previam datas e horários de funcionamentos das atividades regulares e dos eventos maiores todos de caráter permanente na unidade. Neste cronograma também foi previsto datas para capacitar os funcionários da unidade para desenvolvimento de ações continuadas e preventivas de combate as DST/AIDS , além de

buscar alternativas para aumentar o vínculo com as *profissionais do sexo*, e atualização do banco de dados de notificações e atendimento.¹²

Também é tarefa deste grupo estabelecer parcerias com ONGs como Identidade, com Centro de Referência de Gay, Lésbicas, Travestis, Transsexuais e Bissexuais (GLTTB), com Núcleo de Educação e Comunicação Social (NECS) mantido pelo programa municipal de DST/Aids e Ambulatório Municipal de DST/AIDS (AMDA) e Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)..

Todo o trabalho, neste sentido, passou a ser realizado de forma intersetorial, ou seja, começa-se a estabelecer fluxos de atendimento contando com outros serviços e recursos da própria rede ou de organizações não governamentais que são parceiros do projeto, em três níveis: individual (respeito à autonomia e singularidade); programático (proposta de saúde integral, distribuição de insumos, capacitação dos trabalhadores); social (inclusão social, cidadania, organização da comunidade).

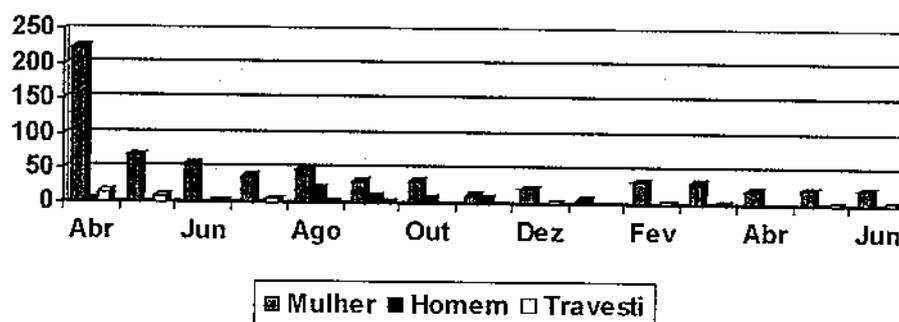
Um outro passo fundamental foi à realização do recadastramento de todos os *profissionais do sexo*. Recadastramento porque na unidade já existia um cadastro das *profissionais do sexo* para entrega de trinta preservativos por semana, recurso disponibilizado pelo Programa Municipal de DST/Aids. Este cadastro já estava desatualizado, pois foi iniciado em 1997 e tratava-se de uma ação do Projeto Condom que não está escrito em nenhum documento específico.

No mês de Abril de 2005 o CS Itatinga inicia o recadastramento que visa ajudar na racionalização da distribuição dos insumos, visto que, assim poderia aumentar a cota mensal dos Profissionais do Sexo que assim o demandasse e quantificar o número de pacientes atendidos. Durante esse processo foi investigada também a condição sorológica, vacinal e atualização de citologia oncótica no caso dos Profissionais do Sexo Femininos. Sendo assim, foi oferecida sorologia para HIV, Sífilis e Hepatite, vacinação contra Hepatite B, coleta de

Citologia Oncotica quando necessários. Além disso, este espaço foi utilizado para o *profissional do sexo* tomar conhecimento dos novos grupos de conversas sobre Sexo Seguro, Planejamento Familiar, Redução de Danos e Violência Domestica.

Conforme se verifica no gráfico 1, 776 *profissionais do sexo* e dono de casas se recadastraram de Abril de 2005 a Junho de 2006 para a retirada de insumos, deste número 44 são homens, 46 travestis e 686 mulheres, sendo entregue para cada pessoa cadastrada no projeto uma caixa com 144 preservativos por mês. O motivo pelo quais os donos de casa de prostituição entram nestes dados se deve ao fato de que muitos *profissionais do sexo* resistem em ir ao serviço de saúde, por diversos motivos seja porque não querer ser reconhecido na região, seja porque está em cárcere privado ou mesmo porque trabalha somente no horário em que a unidade básica de saúde está fechada, sendo assim, garantindo através do dono da casa o preservativo acredita-se que este insumo ajuda na proteção dos usuários que não conseguem se beneficiarem diretamente das ações do projeto.

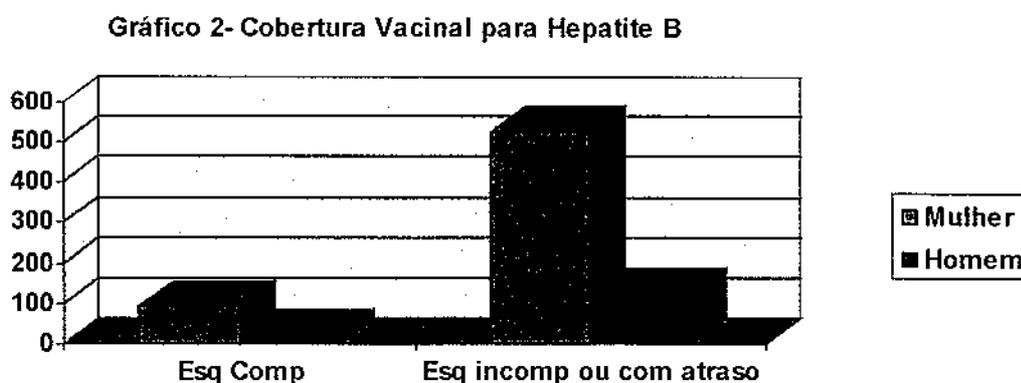
**Gráfico 1 - Recadastramento dos Profissionais do Sexo
(Abril/05 a Junho/06)**



Como foi organizada pelo projeto a oferta da vacinação no ato do recastamento foi possível conforme o Gráfico 2 apresenta bom resultado no que diz respeito a cobertura vacinal, foram vacinados um total de 765 sendo, 619 mulheres e 146 homens, na fichas de registro vacinal não existe especificação de sexo por isso não é possível quantificar os travestis. A

imunização contra hepatite B se faz com aplicação de três doses da vacina, sendo a segunda após um mês a primeira e a terceira após seis meses da segunda dose.

Por este motivo, as fichas foram separadas entre os que fizeram o esquema de vacina completo e os que estão incompletos ou com atraso. Ainda conforme o gráfico 2 é possível perceber apesar de haver em princípio uma boa adesão dos pacientes ao recurso, apenas 112 pacientes fizeram o esquema completo, sendo 20 homens e 92 mulheres deste total. Os demais 653, sendo 527 mulheres e 126 homens deste total, não concluíram por algum motivo o esquema de vacinação o que demonstra o caráter de instabilidade desta população.



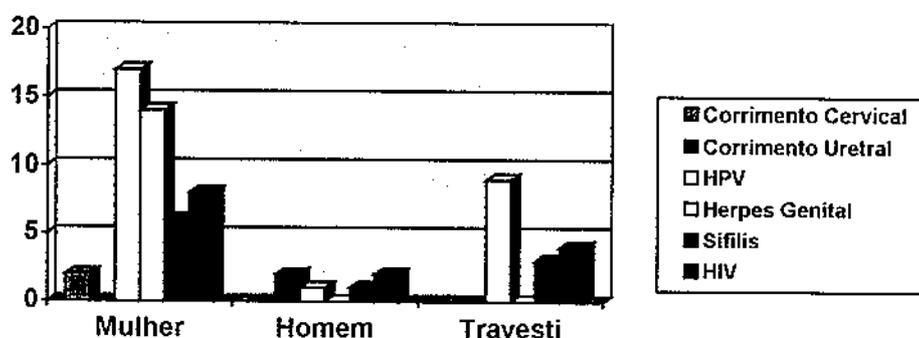
Ao propor a diminuição das taxas de sub-notificação de DST/AIDS na unidade foi organizado um fluxo para pronto atendimento de *profissionais do sexo* que chegassem à recepção da unidade com queixas que levasse a suspeição de DST. Com tal procedimento houve um aumento significativo das notificações de DST, já que no mesmo período do ano anterior só haviam sido notificados quatro casos.

No Gráfico 3 é possível identificar quais as doenças que foram notificadas no período da realização da pesquisa e a incidência das mesmas nos diferentes sexos: mulheres, homens e travestis. Num total de sessenta e nove notificações, dois casos são de corrimento cervical em mulheres, dois de corrimento uretral homens, vinte e sete são de HPV, quatorze são de herpes genital em mulheres, dez são de sífilis e quatorze são de HIV. Das vinte e sete notificações de

HPV dezessete são mulheres, nove são travestis e um é homem; das dez notificações de sífilis, seis são mulheres, três são travestis e um é homem; das quatorze notificações de HIV, oito são mulheres, quatro são travestis e dois são homens.

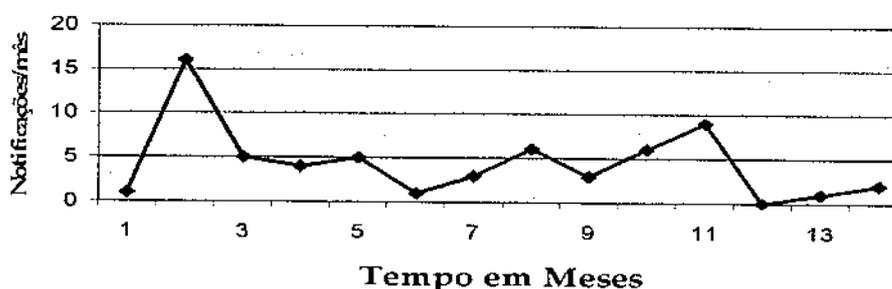
Estes dados nos levam a uma questão por que o número de homens com DST/Aids é tão baixo e em algumas doenças é inexistente? Apesar de grande parte da população atendida ser mulher existe uma boa porcentagem de homem na região que acreditamos que não aparecem nos dados porque a unidade de saúde está sem clínico geral desde Novembro de 2005.

Gráfico 3 - Notificações dos casos de DST/Aids



O Gráfico 4 mostra a distribuição das notificações nos meses de realização da pesquisa evidenciando a prevalência de DST em cada mês. O grande número apresentado no mês de Junho em relação aos outros meses pode ser explicado por ter sido neste mês implantada a porta aberta de pronto atendimento as *profissionais do sexo* com queixas que levassem a suspeição de DST. Das dezesseis notificações oito eram de condiloma acuminado, o que fez com que a primeira reunião do grupo “Eu sou mais Eu” fosse sobre “HPV que bicho é esse?”. Este dado foi fundamental para mapear as doenças existentes na região e para definir estratégias de abordagem nas atividades de prevenção.

Gráfico 4 – Distribuição das notificações em DST/Aids



Com base nos dados registrados pela unidade dos procedimentos realizados passaremos a seguir a apresentar brevemente as atividades propostas pelo projeto sem poder, contudo, especificar datas de realização e números de participantes porque estes registros não foram encontrados na unidade.

SUB-PROJETO “EU SOU MAIS EU”

Visa trabalhar questões de gênero, auto-estima, autonomia, sexualidade, responsabilização, autocuidado e cidadania. Garantir informações sobre direitos e legislação atualizada sobre a nova Classificação Brasileira de Ocupações (CBO- Outubro/2003), pelo Ministério da Saúde, que reconheceu oficialmente a prostituição no Brasil. É fundamentalmente trabalhar o conceito de populações vulneráveis e seus parceiros, lembrando que segundo estudo da Universidade de Brasília, 74% das prostitutas usam preservativos nas relações com clientes, e apenas 20% no sexo com parceiros.

SUB-PROJETO “AUTOMEDICAÇÃO, NOTIFICAÇÃO, IMUNIZAÇÃO E VIGILÂNCIA”

Orientar e criar parcerias com Farmácias e Pronto Socorros regionais com o objetivo de fortalecer a rotina de encaminhamento ao Centro de saúde, diminuindo a automedicação que possibilita a permanência de transmissores, mantendo-os como os elos fundamentais na cadeia de transmissão das doenças, e aumentando a subnotificação das DST. Estabelecer mecanismos mais eficientes para o acompanhamento e vigilância dos casos de DST/AIDS na população específica: notificação, busca ativa, convocação, imunização contra Hepatite B e monitorização dos profissionais do sexo e crianças soros positivos em atividade no Jd. Itatinga.

SUB-PROJETO PROJETO “VOCÊ SABIA?”

Desenvolvimento de Painéis com informes, estatísticas, temas específicos e resultados do fórum sobre DST/AIDS, com o objetivo de manter a população (específica e geral)

freqüentadora do C.S. atualizada com as ações desenvolvidas e sabedoras do caráter permanente das mesmas.

SUB-PROJETO FÓRUM DE DÚVIDAS SOBRE DST/AIDS

Desenvolvimento de Fóruns de Dúvidas sobre DST/AIDS, com perguntas feitas anonimamente pelos integrantes da comunidade, com o Primeiro Fórum de Dúvidas sobre DST/ AIDS do Centro de Saúde do Jardim Itatinga em 1º de Dezembro de 2004 (Dia Mundial de Luta contra a AIDS).

SUB-PROJETO AMPLIAR PRESENÇA DO ESTADO E PARCERIAS

É comum o sentimento de abandono desta população e devemos desmistificar o espaço físico C.S., inculcando a idéia que o C.S. é também para o atendimento dos Profissionais do Sexo, através de melhorias no C.S., garantia de pronto-atendimento a população específica por Profissionais Qualificados, estabelecendo rotina de visitas a escolas para oficinas de sexo-seguro e palestras, quebrando a vulnerabilidade dos indivíduos. Além disso, criar parcerias com serviços universitários CAISM/UNICAMP em questões técnicas.

SUB-PROJETO – “BARRACA DA DADÁ”

Trata-se de uma unidade móvel de prevenção às DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e Aids, especialmente para fortalecer as práticas de educação para prevenção. Dentro dela, próteses para demonstração do uso de preservativos, seringas descartáveis para as orientações a respeito de redução de danos para os usuários de drogas injetáveis, material educativo sobre planejamento familiar, material imantado que possibilita oficinas para melhor conhecimento do corpo tanto masculino quanto feminino, folhetos etc. A cesta de prevenção é apresentada pelo agente comunitário de saúde devidamente capacitado. A equipe, com a barraca, começa a atuação sempre por volta das 13h, até por volta de 15h. A montagem da “Barraca da Dada” ocorre a cada duas semanas as terças ferias.

SUB-PROJETO – “PREVENÇÃO DE DST/AIDS NA DIVERSIDADE SEXUAL”

Um outro evento deste grupo é o evento que ocorre na própria unidade de saúde. Trata-se do evento “Prevenção de DSTs e Aids na Diversidade Sexual”, promovido em parceria com o Grupo Identidade, uma ONG (Organização Não-Governamental) de ação em favor da cidadania de Lésbicas, Gays, Travestis, Transexuais e Bissexuais.

O objetivo é um encontro que acontece no pátio do Centro de Saúde e cujo público a que está direcionado é amplo, pois deve atrair desde estudantes da rede pública, profissionais de saúde e os profissionais do sexo. Aliás, não só os profissionais do sexo do Itatinga, como de outras áreas de onde ocorre prostituição: Centro, Jardim São Domingos, Bosque e Vila Padre Anchieta, por exemplo. O encontro começa ao meio-dia, terá várias atividades simultâneas, como as de expressão corporal, dinâmicas que tratam da auto-estima dos envolvidos nos projetos, oficinas educativas, palestras que discute a importância de prevenção de DST em relações homossexuais.

SUB-PROJETO – “CINE CLUBE”

Com o convênio com o Programa Municipal de DST/Aids o projeto ganhou mais recursos como: materiais educativos, equipamentos como videocassete, aparelho de DVD, micro computador e ainda processos de educação permanente junto aos profissionais e equipes especializadas em DST/Aids.

Isto fez com que a equipe tivesse a idéia de montar um cine clube no espaço de espera da unidade, exibindo filmes, documentários, curtas, pois a aquisição dos aparelhos assim favorecia a possibilidade de proporcionar aos pacientes uma programação mais significativa que a TV ligada nos canal global como já acontecia na unidade.

Como o recorte da pesquisa era até Junho de 2006 não há registro do funcionamento desta atividade, pois ainda não tinha comprados os vídeos necessários para iniciar este sub

projeto. Porém, isto evidencia o caráter dinâmico das atividades sempre aberta a novas propostas a partir de dados e situações novas que se vão apresentando no sentido de garantir conquistas sociais para um seguimento da população nem sempre contemplado nas políticas públicas de atendimento por demandar procedimentos mais específicos.

Com também, em todas as atividades “Eu Sou Mais Eu”, por exemplo, na “Barraca da Dada”, no *Acolhimento* do Centro de Saúde, na recepção, nas análises das notificações, nas conversas com as pessoas da comunidade, são colhidas informações, são compartilhados problemas e conquistas, são tiradas as dúvidas, são apontadas novas questões no espaço de atuação, como cuidados específicos em relação às DSTs como o HPV (vírus que provoca o condiloma), pois trata-se de uma patologia que pode ser transmitida somente com a fricção da pele ou dos órgãos genitais. Esses são os espaços para coleta de dados, conversas, debates e esclarecimento de dúvidas sistematizadas pelo projeto com o intuito de qualificar o atendimento do serviço de saúde daquela região.

Com o intuito de ouvir as pessoas diretamente envolvidas com o projeto transcreverei a seguir duas entrevistas uma da profissional do sexo Soninha 40 anos, escolhida entre tantas outras por se tratar de uma liderança muito importante no bairro e que muitas vezes serve de porta voz para as queixas e necessidades mais urgentes das *profissionais do sexo* no bairro, e outra da auxiliar de enfermagem Rosemeire Cristina Bueno 33 anos, ela atende na recepção do Centro de Saúde e, portanto, observa diretamente o aumento do fluxo de atendimento da unidade e esteve envolvida desde o início nas atividades do projeto.

Soninha é profissional do sexo no Jd. Itatinga, tem quarenta anos de idade e está no Itatinga desde os nove anos. É uma referência importante porque sabe ouvir as queixas das colegas de trabalho e trazer ao Centro de Saúde como propostas para melhorar o serviço.

Entrevistadora: O que melhorou no Centro de Saúde com o projeto e que ainda pode melhorar em sua opinião?

Soninha: *A gente conseguiu conscientizar um pouquinho mais as meninas, é um trabalho devagar, difícil mais eu acredito que nós temos melhorado 95% em relação às doenças que tinha, agente conseguiu quase extinguir algumas doenças que tinha e só o fato de não ter casos novos de doenças já é um grande avanço, não é? Agora o que falta? O que falta mesmo é um trabalho em campo, não é? Falta o pessoal trabalhar mais em campo pra atingir mais as meninas é difícil pra o usuário neste tipo de trabalho, que feito com as meninas é difícil o usuário ir até o posto, só precisaria que os agentes de saúde saíssem em campo trabalhasse com as meninas em campo pra poder atingir melhor. Acho o que falta no projeto é só isso no resto o projeto tá 100%.*

Entrevistadora: *Você acha que o convênio com o Programa Municipal de DST/Ais que ajuda na parte financeira isso é importante ajudou na realização das ações ou você acha que não fez diferença?*

Soninha: *Acho que poderia ter feito um pouquinho mais, poderia ter destinado uma verba maior, mas só o fato de já estar dando um respaldo pra gente, tá dando um apoio moral pra gente já ajuda bastante.*

Entrevistadora: *Quanto ao serviço interno você percebeu alguma melhora? As meninas continuam reclamando?*

Soninha: *O usuário reclama sobre o acolhimento, né, mas como a gente andou fazendo as reuniões do projeto melhorou, mas acredito que também é um trabalho devagar que o funcionário é ... (foi interrompido por um cliente colocou fichas na máquina de música o que impossibilitou a gravação)*

Entrevistadora: *Sobre a gravidez indesejada você acha que isso ainda ocorre muito e o que poderia ser feito neste sentido?*

Soninha: *Ainda ocorrem muitas gravidezes entre as meninas e acredito que não é só com os parceiros é muitos ainda com clientes, acho que tá meio falho aí o método anticoncepcional,*

não é só a camisinha com os parceiros, até acontece mais é difícil porque elas quase não vão pra casa, elas quase não sai com o namorado, acho que o que ta facho mesmo é o anticoncepcional.

Rosemeire Cristina Bueno é auxiliar de enfermagem no Centro de Saúde do Jd. Itatinga há dois anos, contribuiu ativamente na implantação do projeto desde o início como o recadastramento das profissionais do sexo em Abril de 2005.

Entrevistadora: Como o projeto ajuda a qualificar o atendimento ao usuário?

Rosemeire: *Ajudou porque foi possível direcionar o atendimento as profissionais do sexo, passando a ser um atendimento específico, ficando mais direcionado as profissionais do sexo. Achei também que agilizou mais o contato que já existia com elas o vínculo foi fortalecido qualificando o atendimento e quantificou porque aumentou a quantidade de atendimento. Agente teve um retorno de procura delas muito maior à adesão delas foi muito maior aos tratamentos depois do projeto. Porque agora elas já sabem os horários delas para serem atendidas, elas sabem que vão vir aqui e que vão ser atendidas, que vai ser resolvido o problema delas, se agente não puder resolver aqui a gente vai encaminhar para ser resolvido em outro lugar onde vai ser resolvido. O que mais influenciou foi à porta de entrada, porque a paciente chega com certa queixa e ali mesmo agente já consegue direcionar o horário em que será possível ela ser atendida.*

Entrevistadora: Você acha que o projeto conseguiu envolver e motivar a equipe para este trabalho com as profissionais do sexo?

Rosemeire: *Eu acho que a equipe já era motivada porque quem trabalha aqui já sabe bem o que você vai encontrar aqui, você sabe que é uma área de prostituição e você já sabe que o trabalho que você vai fazer vai ser específico a elas. Quanto ao projeto desenvolveu-se uma forma qualificada de atendimento porque agente fazia um atendimento sem um protocolo sem uma seqüência, agora agente organizou melhor os recursos e o atendimento. O trabalho é*

notificado é quantificado é especificado o que está fazendo como está fazendo, eu acho que evoluiu o bastante o atendimento dos funcionários quanto a isso.

No próximo capítulo faremos um breve apanhado dos trabalhos de prevenção em DST/Aids destinado as profissionais do sexo no Brasil e no mundo buscando identificar as propostas de atendimento médico-social e educação para a prevenção. Além disto, incluiremos o projeto pesquisado tentando evidenciar suas contribuições e como pode ser incluídas outras propostas com o auxílio das falas das entrevistadas que ao mesmo tempo que reconhece avanços evidenciam a necessidade de se estar sempre melhorando.

CAPITULO III – PROPOSTAS E PERSPECTIVAS DE ATENDIMENTO MÉDICO-SOCIAL E EDUCAÇÃO PARA A PREVENÇÃO EM GRUPOS MARGINALIZADOS: UMA PRÁTICA DE SUPERAÇÃO DAS DOMINAÇÕES.

No mundo todo existem várias associações, organizações não governamentais e trabalhos independentes que atuam com populações marginalizadas dentre elas prostitutas. A organização do serviço de assistência médica varia consideravelmente através da Europa. Alguns países proporcionam um serviço nacional de saúde, com livre acesso para todos os cidadãos (Reino Unido, Dinamarca, Portugal, Irlanda, Espanha), alguns têm um sistema médico privado (Bélgica) e outros proporcionam uma mistura desses dois (Países Baixos, Grécia, França).

A organização e fundação de serviços para as DSTs também é muito variada: no Reino Unido, na Dinamarca, na Irlanda e na Espanha, e nas grandes cidades dos Países Baixos e da França, existem clínicas médicas genitourinárias especializadas. Em países como Portugal e a Bélgica, a maioria das doenças venéreas são tratadas por médicos privados, ginecologista, dermatologistas e urologista. Na Alemanha e na Grécia os funcionários da saúde pública têm responsabilidade de fazer aplicar as leis de combate às DSTs, e de organizar os serviços para as prostitutas registradas que estejam com sintomas de DST.

Identificamos dois grandes obstáculos na assistência médica para prostitutas. Algumas prostitutas não reúnem os requisitos para os serviços médicos. Isto vale para alguns países onde as prostitutas não têm direito à segurança social porque os seus trabalhos não são reconhecidos. Na Alemanha e na Bélgica o sistema de saúde apenas é acessível aos empregados ou autônomos que pagam taxas que lhes dão acesso à segurança social; em geral as prostitutas não têm esse estatuto oficial. Na Dinamarca e na Espanha isso apenas é válido para a Assistência Social, não para a assistência médica.

O sistema de saúde não é apropriado para as prostitutas. Isto é uma queixa comum nos relatórios de todos os países. O pessoal das clínicas e dos hospitais é descritos como tendo uma atitude negativa em relação às prostitutas e à prostituição. Conseqüentemente, as prostitutas podem evitar procurar os serviços de saúde, ou, se procurarem, não revela o seu trabalho para o pessoal. Os que trabalham na assistência médica muitas vezes desconhecem a prostituição e os problemas específicos das prostitutas. Muitas prostitutas preferem ser tratadas no anonimato, e sem ter que apresentar documentos oficiais, porque têm medo que o seu médico informará outras agências estatais sobre a sua prostituição.

Outros constrangimentos são a inconveniências das horas de abertura, por exemplo, as clínicas podem estar fechadas durante as horas em que as prostitutas gostariam de usá-las. A promoção de saúde em geral, as DSTs e a prevenção da Aids em particular, muitas vezes não são realçadas nos serviços de assistência médica existentes, onde maior atenção é dada à cura.

A Grécia tinha os regulamentos mais rigorosos no que respeita as prostitutas registradas, com exame médico obrigatório duas vezes por semana. Em conseqüência disso, a maioria das prostitutas não se registram, o que as tornava passíveis a ações penais. Apenas as prostitutas registradas podiam aproveitar as facilidades de assistência médica e atividades de prevenção do HIV. Em termos de saúde pública, isto é ineficaz, um exemplo em Atenas foi registrado aproximadamente 400 mulheres, ao passo que um número estimado de 5000 prostitutas não se registrou.

Na Alemanha foram registradas cerca de 50.000 prostitutas, que são examinadas regularmente pelos serviços de saúde, como estipulado nas leis de combate às DSTs. No entanto, de acordo com as estimativas recentes, há mais 150.000 pessoas a trabalhar na prostituição. As prostitutas registradas muitas vezes reclamam sobre a atitude e aproximação impessoal dos funcionários dos serviços de saúde, o que põe em perigo a confiança e, com ela, a boa assistência médica. A experiência na luta contra as doenças venéreas já ilustrou os limites

do exame médico obrigatório. Os testes obrigatórios para as doenças venéreas criaram um sistema duplo de prostitutas registradas e não-registradas, no qual estas têm acesso limitado à assistência médica.

No Brasil são notáveis alguns trabalhos desenvolvidos com esta população, que conseguem obter maneiras diferenciadas de abordar estas profissionais no seu nicho sendo reconhecida por estas e ocupando o espaço aonde o serviço público não chega. Dentre estas experiências podemos citar Associação de profissionais de sexo Vitória Régia em Ribeirão preto que nasceu por influência de um assassinato brutal de uma profissional do sexo que chocou toda a sociedade de Ribeirão preto.

A ONG “Vitória Régia” trabalha através de sensibilização junto as profissionais do sexo entre pares conta com o apoio jurídico, psicológico e social e mostrou-se nestes seis anos um importante instrumento de prevenção de DST/Aids na população específica de profissionais de sexo de Ribeirão Preto e região.

Os integrantes da ONG são profissionais do sexo treinados que servem como multiplicadoras em outras cidades no interior de São Paulo formando um intercâmbio singular entre várias associações do estado.

Outra iniciativa que podemos citar é a Associação de Moradores do Condomínio e Amigos da Vila Mimosa, no rio de Janeiro, que desenvolve projetos voltados para mulheres em situação de prostituição. Na área de saúde, a entidade conseguiu resultados expressivos na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids.

Atualmente a Amocavim está diversificando e ampliando sua atuação, e estabelecendo parcerias importantes com o Ministério da Cultura e a Unesco. Com o apoio da BrazilFoundation a Associação capacitará 90 mulheres como costureiras e aderecistas especializadas na indústria do carnaval. Além da capacitação técnica, as mulheres aprenderão

sobre a história da festa e do samba. A proposta é formar um ateliê-escola que possa atender as demandas do carnaval e de outras festas populares cariocas.

O Projeto Saúde e Cidadania para Profissionais do Sexo, da Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió promovem o curso de manicure e pedicure. O Projeto Saúde e Cidadania foi financiado com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde.

A Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids pretende, com a iniciativa, desenvolver uma habilidade manual que contribua com a renda mensal das profissionais do sexo que trabalham em Maceió. Paralelamente, o projeto também orienta essas profissionais sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, além de cadastrá-las para receber preservativos masculinos nas unidades de saúde do município.

Um dos objetivos do trabalho é a elevação da auto-estima das profissionais, através de uma iniciativa promotora de saúde e a conquista, no mercado de trabalho, da confiança e do respeito, uma vez que estão preparadas para debater e informar sobre saúde entre si e com os clientes.

O projeto começou com o mapeamento de bares, prostíbulos e similares em Maceió. A pesquisa levantou a existência de 19 estabelecimentos que trabalham com as profissionais e 135 mulheres atuando na condição de prostitutas. Foram realizados nove oficinas de sexo seguro com elas. Do grupo que participou das oficinas, foram selecionadas 10 mulheres que se interessaram pelo curso de manicure.

Com base neste breve apanhado sobre as experiências vividas em alguns lugares do mundo e do Brasil podemos situar a experiência do projeto Grupo Permanente de Prevenção e Ações Intersetoriais em DST/Aids. Diferentemente de alguns países da Europa que possuem leis e políticas que impedem o acesso das prostitutas aos serviços de saúde e que limitam o

conhecimento desta realidade e, conseqüentemente, o controle das condições de trabalho e de saúde destas pessoas o projeto pesquisado busca através do estabelecimento de vínculo e de confiança nos profissionais de saúde entrar em contacto com essas pessoas, assegurando-lhes o acesso à assistência médica, sem interferência policial.

Uma outra proposta que podemos considerar está na fala da entrevistada Soninha, “*O que falta mesmo é um trabalho em campo, não é? Falta o pessoal trabalhar mais em campo pra atingir mais as meninas é difícil pra o usuário neste tipo de trabalho, que é feito com as meninas é difícil o usuário ir até o posto, só precisaria que os agentes de saúde saíssem em campo trabalhasse com as meninas em campo pra poder atingir melhor*”. Aqui fica evidente a necessidade de se investir na formação dos agentes de saúde para que possam realizar um trabalho de campo junto as *profissionais do sexo* chegando com o avançar das conquistas formarem algumas *profissionais do sexo* para que possa trabalhar entre elas na busca de prevenção e vivência de cidadania. Isto porque as atribuições que são destinadas aos agentes de saúde são muito numerosas impossibilitando uma atenção exclusiva.

Como também devem organizar uma forma sistemática de avaliar suas atividades e suas conquista no que diz respeito à eficiência do projeto no cumprimento de seus objetivos. Isto buscando responder a questões bem procedentes, tais: como devemos avaliar a eficácia, a efetividade e a eficiência dos projetos de prevenção de DST/Aids na prostituição? Se considerarmos os projetos necessários, como podemos apoiar isso? Se iniciarmos um novo projeto, o que é que aprendemos com os anteriores?

A palavra avaliação traz consigo muitos mal-entendidos. Por um lado encontra-se uma aproximação puramente científica, com grande ênfase nas questões metodológicas. Nessa aproximação, pode-se querer uma intervenção anterior e uma avaliação posterior e um grupo de controle para avaliar o impacto dum projeto de prevenção em termos de qualquer resultado específico de saúde (ou outro).

Sendo que, uma aproximação como esta é difícil pelos seguintes motivos: trabalhadores de campo, que trabalham com *profissionais do sexo*, têm muitos problemas com esta aproximação. As *profissionais do sexo* é um grupo sempre mutável, dinâmico, móvel e de difícil acesso, com características que variam consideravelmente de lugar para lugar. Muitas prostitutas não gostam de ser entrevistadas com longos questionários padronizados ou não gostam de ser tratadas como objeto de pesquisa; é difícil encontrar uma amostra representativa deste grupo muitas vezes estigmatizado e incriminado.

Cabe, porém, uma dupla dose de criatividade dos atores envolvidos no projeto para conseguir desenvolver as ações sem que estas caiam em disfunção e ineficiência.

Uma outra proposta vem no sentido de estabelecer uma rede de atendimento em Campinas que busque estruturar os serviços de saúde nas áreas de maior concentração de *profissionais do sexo* na cidade como o programa municipal de DST/Aids e com os Centro de Saúde São Domingos, Anchieta, Centro e Jd. Itatinga na busca de garantir a estes profissionais uma continuidade de atendimento e tratamento uma vez que existe uma grande rotatividade dos profissionais nestas áreas.

Como demonstramos no gráfico de vacinação existe um grande número de esquemas de vacinação contra hepatite B sem fechamento isto se dá, também, porque os profissionais do sexo mudam muito dentro da cidade aproveitando os lugares de maior movimento durante o ano, lugares onde o quarto esteja mais barato, etc. Neste sentido, o esforço de montar uma rede entre estes centros de saúde contribuiria muito para conhecer o perfil do *profissional do sexo* além de dar continuidade em esquemas de vacinação, acompanhamento em tratamentos de infecção por HIV, atividades de prevenção e assistência médica especializada.

Buscar conhecer e estabelecer conexões com outros serviços que trabalham com prevenção de DST/Aids especificamente com prostitutas, é muito importante mesmo que a maioria das áreas de prostituição tenha as suas próprias características, e o modelo

organizacional de um serviço não pode ser geralmente aplicável para outras áreas, todavia, há muitas experiências comuns entre diferentes projetos, e seria muito útil que os projetos colaborassem entre si. Também pode ser necessário juntar as forças para convencer as autoridades públicas que são importantes para as prostitutas que tenham fácil acesso aos serviços de assistência e que estes serviços atenda esta população em suas especificidades.

Considerações finais

Com o trabalho de campo e análises dos dados obtidos concluímos que houve um considerável avanço na organização do serviço de saúde que qualificou significativamente o atendimento aos *profissionais do sexo* por ocorrer um conhecimento da região e suas especificidade.

Contudo, foi possível perceber que ainda existem pontos que requerem mais atenção e investimento por parte dos atores envolvidos neste trabalho, como: atenção aos homens da região que quase não aparecem nos dados de notificação de DST/Aids e que não são atendidos por falta de clínico na unidade, inclusão no projeto de um psicólogo que possa trabalhar junto aos profissionais do sexo no sentido de melhorar a auto-estima o que ajudaria na negociação do uso do preservativo com clientes e parceiros.

O que se pode concluir, apesar de todas as contradições que cercam a vida dessas mulheres em situação de risco e marginalização social, é que o Projeto e seus sub-projetos foram muito bem aceitos. Houve um envolvimento de setores e lideranças na continuidade do projeto. Pareceu haver despertada uma consciência militante coletiva sobre a questão da saúde de todos. Evidentemente que a natureza do trabalho e vivência ali estabelecida não permite que tal sentimento positivo seja geral, para todos, pelas diferenças pessoais, culturais e políticas entre as mulheres, os travestis e os donos de casas.

Trata-se ainda de sensibilizar os poderes públicos para a manutenção e ampliação de projetos como esse. Considerar o Jardim Itatinga com as mesmas carências e necessidades de qualquer outro bairro daquela circunscrição de saúde. Não se pode discriminar tal região pela natureza socialmente criticada de tal trabalho e ação social. O Projeto não pode sobreviver somente por compromissos pessoais das profissionais sensíveis, deve estar inserido na política de saúde do estado e município. Não há, ainda, no grupo de moradores do bairro, força política para exigir demandas do poder público.

Resta ainda destacar a necessidade de extensões desse projeto, que viesse a assistir e cuidar dessas mulheres e travestis no campo da cultura, autonomia, serviço social, direitos etc. São cidadãos e cidadãs que, em situações e vidas diversificadas, com matrizes morais discutíveis, mas que tem os mesmos direitos que todas as pessoas.

Em terceiro lugar, gostaria de destacar o crescimento humano que essa pesquisa proporcionou a mim. Escolhi um tema que não é muito comum na tradição de pesquisa da Universidade. Mas, ao final do trabalho percebi que houve um intenso crescimento em minha formação, tanto humana quanto acadêmica, mas uma outra conclusão apareceu de maneira vigorosa: a necessidade de estudos dessa natureza na Universidade e sobretudo, na área da educação.

A Orientação Sexual, campo temático mais geral, onde poderíamos inserir a presente pesquisa, é um dos temas transversais que regem a educação brasileira hoje. Há extrema necessidade de abordagens emancipatórias da questão sexual no Brasil. Mas, apesar da disposição da lei e dos regimentos curriculares, não há nos cursos de formação a devida sensibilização e tratamento teórico-crítico e prático para que os profissionais de educação possam tratar do tema. Essa consideração volta-se para as faculdades de educação, para os grupos de pesquisas e programas de formação, exigindo projetos e formas de preparação de educadores comprometidos com a causa da educação e orientação sexual.

Por fim, espero que o presente trabalho investigativo seja não o fim de uma carreira de formação, mas o começo de uma fecunda trajetória de pesquisa no campo educacional e humano. E que esse trabalho possa estimular outros estudos, a completar o que vier a lhe faltar.

Notas

- 1-Global prevalence and incidence of selected curable Sexually Transmitted Infections – Overview and estimates – WHO , Geneva, 2001.
- 2- Programa Nacional DST/AIDS.
- 3-Política para o Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis no Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde , Agosto, 2001.
- 4-Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. / Coordenação Nacional de DST e Aids. _2ª ed._ Brasília: Ministério da Saúde 1998;25 p.
- 5-Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. / Coordenação Nacional de DST e Aids. _2ª ed._ Brasília: Ministério da Saúde 1998;25 p.
- 6- Heterossexualização - o surgimento da infecção pelo HIV era relacionado diretamente aos “grupos de riscos” como os homossexuais e prostitutas por apresentarem comportamentos de especial risco e exposição, contudo, hoje este perfil está completamente mudado, sendo a transmissão via relação heterossexual o principal motor da epidemia.
- 7- Feminilização – no Brasil, a epidemia da Aids vem atingindo um número cada vez maior de mulheres. No período de 1994-98 as notificações de homens aumentaram em torno de 10,2% e a de mulheres, 75,3; a transmissão via heterossexual cresceu 113%, enquanto os casos de exposição homo/bissexual aumentaram em 8,6% (Guerriero,2001). As tendências mais acentuadas de mudanças indicam um padrão de crescimento acelerado entre as mulheres mais jovens e pobres e com união estável a pelo menos dez anos. A feminização pode ser compreendida a partir de diversos fatores: do ponto de vista biológico, a predisposição da mulher à infecção pelo HIV se deve à extensão e qualidade da superfície mucosa vaginal, somadas à concentração e tempo de vida do vírus, significativamente maiores no sem do que no líquido vaginal. Além disso, a infecção pelo HIV tem como um de seus facilitadores as infecções sexualmente transmissíveis, que são mais freqüentemente assintomáticas na mulher do que no homem. Do ponto de vista social as desigualdades presentes nas diferentes instâncias – gênero, etnia, classe social, etc – tendem a desfavorecer as mulheres, como também a compreensão normativa da sexualidade e a decorrente instituição dos lugares “de homem” e “de mulher”, ainda constituem alguns dos desafios no enfrentamento da feminilização da epidemia.
- 8- Pauperização - Com todas as ressalvas que devem ser feitas com relação ao elevado número de casos sem informação sobre o grau de instrução, parece-nos razoável considerar, por exemplo, uma tendência ao acometimento de indivíduos com menos escolaridade. Isso seria um indicativo da propagação da epidemia em direção dos segmentos mais desfavorecidos da sociedade
- 9- Hetaíra eram as cortesãs da época. Eram respeitadas pela beleza e inteligência, sendo muitas delas conhecedoras da literatura clássica. Por isso mesmo é que os homens atenienses as admiravam

10- O termo cliente utilizado neste texto está diretamente relacionado a realidade estudada, uma vez que é costume do lugar tratar assim as pessoas que vão em busca dos serviços sexuais. Portanto, está livre de qualquer preconceito ou duplo sentido.

11- Boa parte das informações sobre a história do bairro foi retirada de uma reportagem publicada pelo jornal Diário do Povo no dia 20 de Abril de 1997 e em conversas com antigos moradores do bairro.

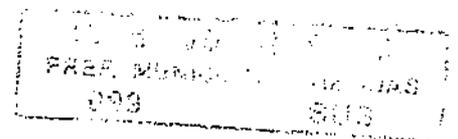
12- Anexo cronograma de atividades do Projeto Grupo de Prevenção Permanente e Ações Intersetorias em DST/Aids.

Bibliografia

- ABREU, Mariza. Organização de Educação Nacional. 1998.
- ANTUNES, Maria Cristina, PERES, Camila Alves, PAIVA, Vera, STALL Ron e HEARST Norman. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. Rev. Saúde Pública vol.36 no.4 suppl. São Paulo Aug. 2002
- ARIES, Philipe & BEJIM, André. Sexualidades ocidentais. Editora Brasiliense, São Paulo, 1985.
- BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.
- BASSANEZI, Carla. Mulheres dos anos dourados. In: DEL PRIORE, Mary. (org.) História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto / UNESP, 199.
- BASTOS F.I. A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Saúde Sexual e Reprodutiva, n3. Rio de Janeiro, 2000.
- BERQUÓ E.; SOUZA M.R.; PINHO M.D.G. e cols. Comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre HIV e AIDS (Versão preliminar de relatório de pesquisa). 1999.
Disponível em versão eletrônica www.aids.gov.br
- CARRARA, Sérgio. A AIDS e as doenças venéreas no Brasil. In: LOYOLA, Maria Andréa (org.). AIDS e sexualidade. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- CASTRO, Ricardo V.. "Representações sociais da prostituição na cidade do Rio de Janeiro". In: MARY, J.. O conhecimento do Cotidiano. Editora Brasiliense. 1993
- COSTA, J. F. Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- ENGEL, Magali. Meretrizes e doutores. Saber médico e prostituição no Rio de Janeiro. São Paulo. Editora Brasiliense, 1989.
- FOUCAUT, Michel. História da Sexualidade. I: a vontade de saber. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1985.
- HIGONET, Anne. Mulheres, imagens e representações. In: PERROT, M.& DUBY, G. (orgs.) História das mulheres no Ocidente: o século XX. São Paulo/ Porto, Ebradil, 1991.

- LAGO, T Di Giacomo do. Opções contraceptivas em tempos de AIDS. In: Parker R, Galvão J. Quebrando o silêncio: Mulheres e Aids no Brasil. RJ: Relume Dumará; ABIA; IMS/UERJ; 1996.
- MERCHÁN-HAMANN, E; GUIMARÃENS de ANDRADE, K; MACHADO GODÓI, A; JUNGSMANN de ANDRADE, JM. Impacto de intervenção sobre o uso do preservativo na prevenção de DST, HIV/AIDS em mulheres profissionais do sexo no Brasil. Fórum Aids 2003.
Havana – Cuba [comunicação disponível no CD do evento].
- NUNES, César Aparecido. Desvendando a sexualidade. Campinas SP: Papirus, 1987.
- _____. Educar para a emancipação. Florianópolis, SC: Sophos, 2003.
- _____. Filosofia, Sexualidade e Educação: as relações entre os pressupostos ético-sociais e histórico culturais presentes nas abordagens institucionais sobre a educação sexual escolar. Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas, 1996.
- PASSERINI, Luísa. Mulheres, consumo e cultura de massas. In: PERROT, M. & DUBY, G. (org.) História das mulheres no Ocidente: o século XX. São Paulo/Porto: Ebradil, 1991.
- PITTALUNGA, L.; SERAFIM, D. Profissionais do sexo: Prioridade do Programa Brasileiro de DST/Aids. Fórum Aids 2003 – Havana, Cuba. [comunicação CD do evento].
- RAGO, Margareth. “De Eva a Santa, a dessexualização da mulher no Brasil”. In: RIBEIRO Renato J. Recordar Foucault. Editora Brasiliense. São Paulo, 1985.
- ROUSSEAU, Jean Jacques. Émile, La Pléiade. Livro V.
- SIMON, Cristiane Paulin, SILVA, Rosalina Carvalho da e PAIVA, Vera. Prostituição juvenil feminina e a prevenção da Aids em Ribeirão Preto, SP. Rev. Saúde Pública vol.36 no.4 suppl. São Paulo Aug. 2002
- VAINFAS, Ronaldo. América em tempo de Conquista. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1992.
- VASCONCELOS, Naumi. Os dogmatismo sexuais. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ANEXO I



CRONOGRAMA DO GPPAI 2005/2006

EVENTOS

MÊS	EVENTO
Agosto	Prevenção de DST/HIVAIDS na Diversidade Sexual
Dezembro	Dia Mundial de Luta contra DST/Aids
Fevereiro	Carnaval "Bloco Camisinha Neles"

REUNIÕES GPPAI

MÊS	REUNIÕES	PARTICIPANTES
Jun/010	Apresentação e Organização do Cronograma	Agentes do GPPAI
Out/03	Avaliação das Sugestões e da Atividade de Agosto; Preparação da Atividade de Dezembro	Agentes do GPPAI
Jan/06	Avaliação das Sugestões e da Atividade de Dezembro; Preparação da Atividade de Fevereiro; Preparação para o PAM 2006	Agentes do GPPAI
Jun/06	Apresentação e Avaliação dos dados do ano 2005/2006-GPPAI	Agentes do GPPAI

ATIVIDADES

MÊS	TIPO DE ATIVIDADE	PÚBLICO	ASSUNTO
JUN 01	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento e Notificação de DST/Aids • <u>Reunião do GPPAI</u> • Banco de dados do GPPAI (Atendimento e Notificação) • Atualização da página do CS 	PS masculinos e femininos Agentes do GPPAI On line	Acolhimento, tratamento e encaminhamento Apresentação do GPPAI e organização do Cronograma Criação de banco de dados Publicação de eventos, atividades, estatísticas e etc.
JUL 11 13 13 25	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento e Notificação de DST/Aids • Capacitação Interna • Cartilha de prevenção DST/ MSM • Prevenção de DST/Aids na diversidade sexual • Barraca da Dada 	PS masculinos e femininos ACS Identidade Identidade In loco	Acolhimento, tratamento e encaminhamento Oficina: GPPAI_DST/Aids Produção do material educativo Planejamento da atividade Ação educativa

18	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo "Eu sou mais eu" • Atualização da página do CS • Exibição de vídeos educativos 	PS masculinos e femininos On line Da recepção	"HPV: que bicho é esse?" Publicação de eventos, atividades, estatísticas e etc. Variados
AGO	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento e Notificação de DST/Aids 	PS masculinos e femininos	Acolhimento, tratamento e encaminhamento
05	<ul style="list-style-type: none"> • Barraca da Dada 	Escola	Ação educativa
09	<ul style="list-style-type: none"> • Barraca da Dada 	Jd. Itatinga	Ação educativa
10	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação Interna 	Aux.Enfer. e ACS	Oficina: Triagem DST/Aids
16	<ul style="list-style-type: none"> • Barraca da Dadá 	Bento Quirino	Ação educativa
21	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo "Eu sou mais eu" 	PS masculinos e femininos	"Sífilis: eu tenho dúvidas" <i>FEIJAS NOS GENITAIS.</i>
17	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Prevenção de DST/Aids na diversidade Sexual</u> • Atualização da página do CS • Exibição de vídeos educativos 	Específico e Geral On line Da recepção	Execução do evento Publicação de eventos, atividades, estatísticas e etc. Variados
SET	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento e Notificação de DST/Aids 	PS masculinos e femininos	Acolhimento, tratamento e encaminhamento
06	<ul style="list-style-type: none"> • Barraca da Dada 	In loco	Ação educativa
14	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo "Eu sou mais eu" 	PS masculinos e femininos	A definir
17	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação Interna 	Graduados	Oficina: Abordagem Sindrômica DST/Aids
20	<ul style="list-style-type: none"> • Barraca da Dada 	In loco	Ação educativa
28	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo "Eu sou mais eu" • Atualização da página do CS • Exibição de vídeos educativos 	PS masculinos e femininos On line Da recepção	A definir Publicação de eventos, atividades, estatísticas e etc. Variados
OUT	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento e Notificação de DST/Aids • <u>Reunião do GPPAI</u> 	PS masculinos e femininos	Acolhimento, tratamento e Encaminhamento
03	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião do GPPAI 	Agentes do GPPAI	Avaliação e preparação dos próximos eventos
04	<ul style="list-style-type: none"> • Barraca da Dadá 	In loco	Ação educativa
10	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo "Eu sou mais eu" 	PS masculinos e femininos	A definir
18	<ul style="list-style-type: none"> • Barraca da Dadá 	In loco	Ação educativa
26	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo "Eu sou mais eu" • Atualização da página do CS 	PS masculinos e femininos On line	A definir Publicação de eventos, atividades, estatísticas e etc.

	• Exibição de vídeos educativos	Da recepção	Variados
NOV	• Atendimento e Notificação de DST/Aids	PS masculinos e femininos	Acolhimento, tratamento e Encaminhamento
01	• Barraca da Dada	In loco	Ação Educativa
09	• Grupo "Eu sou mais eu"	PS masculinos e femininos	A definir
15	• Barraca da Dada	Jd Itatinga	Ação Educativa
23	• Grupo "Eu sou mais eu"	PS masculinos e femininos	A definir
29	• Barraca da Dada	Jd Itatinga	Ação Educativa
	• Atualização da página do CS	On line	Publicação de eventos, atividades, estatísticas e etc.
	• Exibição de vídeos educativos	Da recepção	Variados
DEZ	• Atendimento e Notificação de DST/Aids	PS masculinos e femininos	Acolhimento, tratamento e Encaminhamento
01	• <u>Dia Mundial de Luta contra DST/Aids</u>	Específico e Geral	Execução da atividade
05	• Grupo "Eu sou mais eu"	PS masculinos e femininos	A definir
13	• Barraca da Dadá	In loco	Ação Educativa
19	• Grupo "Eu sou mais eu"	PS masculinos e femininos	A definir
27	• Barraca da Dada	Jd. Itatinga	Ação Educativa
	• Atualização da página do CS	On line	Publicação de eventos, atividades, estatísticas e etc.
	• Exibição de vídeos educativos	Da recepção	Variados
JAN	• Atendimento e Notificação de DST/Aids	PS masculinos e femininos	Acolhimento, tratamento e Encaminhamento
	• <u>Reunião do GPPAI</u>	Agentes do GPPAI	Avaliação da Atividade de Dez; Carnaval e PAM 2006
	• Barraca da Dada	In loco	Ação Educativa
	• Grupo "Eu sou mais eu"	PS masculinos e femininos	A definir
	• Barraca da Dada	In loco	A definir
	• Grupo "Eu sou mais eu"	PS masculinos e femininos	A definir
	• Atualização da página do CS	On line	Publicação de eventos, atividades, estatísticas e etc.
	• Exibição de vídeos educativa	Da recepção	Variados
FEV	• Atendimento e Notificação de DST/Aids	PS masculinos e femininos	Acolhimento, tratamento e Encaminhamento
	• <u>Carnaval 2006</u>	Específico	Execução do evento
	• Barraca da Dada	In loco	Ação Educativa
	• Grupo "Eu sou mais eu"	PS masculinos e	A definir

	<ul style="list-style-type: none"> • Barraca da Dada • Grupo "Eu sou mais eu" • Atualização da página do CS • Exibição de vídeos educativa 	femininos In loco PS masculinos e femininos On line Da recepção	A definir A definir Publicação de eventos, atividades, estatísticas e etc. Variados
--	--	---	--

OBSERVAÇÕES

* As atividades que necessitam da barraca (Barraca da Dada) e fitas de vídeo ainda não estão em funcionamento, pois ainda não temos os materiais disponíveis.

** A fôrmentação do banco de dados, a atualização da página do CS, o controle da distribuição de insumos e cadastramento dos profissionais do sexo estão sendo prejudicados por falta do equipamento de informática.

*** As palestras do grupo "Eu sou mais eu" serão definidas a partir do interesse dos profissionais do sexo e com base nas informações obtidas através das notificações de DST.

**** As datas para o ano de 2006 serão definidas posteriormente.

