

Financiado pela iniciativa comunitária INTERREG III-A, e promovido pela Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres e Serviço Galego de Igualdade, o Projecto ISADORA (Integração Social, Apoio ao Desenvolvimento e Organização de Recursos Assistenciais), que tinha como tema central a problemática da prostituição na região de fronteira entre Galiza e Trás-os-Montes, decorreu entre Janeiro de 2003 e Dezembro de 2004.

O ISADORA desenvolveu-se em duas vertentes fundamentais.

1. De conhecimento sobre as condições de vida das mulheres que se prostituem nesta região, investigação que deu a origem à publicação deste estudo sobre "Prostituição Abrigada em Clubes (Zonas Fronteiriças do Minho e Trás-os-Montes) - Práticas, Riscos e Saúde", conduzido pela Universidade de Trás-os-Montes.
2. De formação, dirigida às/aos técnicas/os com intervenções mais ou menos directas na problemática da prostituição, mas sobretudo destinada às mulheres que se prostituem, promovendo competências, proporcionando recursos, contribuindo para uma maior valorização pessoal e social. A operacionalização desta actividade formativa, só foi possível com envolvimento da Associação para o Planeamento da Família - Espaço Pessoa/Centro de Encontro e Apoio a Prostitutos(as) do Porto.

Com o desenvolvimento do Projecto ISADORA a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, com um trabalho de efectiva parceria interinstitucional, dá assim um passo em frente no conhecimento/intervenção sobre o fenómeno da prostituição feminina na Região Norte de Portugal.



Manuela Ribeiro, Manuel Carlos Silva,
Fernando Bessa Ribeiro e Octávio Sacramento

Prostituição Abrigada em Clubes Zonas Fronteiriças do Minho e Trás-os-Montes)

Práticas, Riscos e Saúde

COMISSÃO PARA A IGUALDADE
E PARA OS DIREITOS DAS MULHERES
Presidência do Conselho de Ministros

Portugal-Espanha
Cooperação Transfronteiriça
INTERREG III A
SUBPROGRAMA NORTE DE PORTUGAL - GALIZA



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE ECONOMÍA
E FACENDA

COMISSÃO PARA A IGUALDADE
E PARA OS DIREITOS DAS MULHERES
Presidência do Conselho de Ministros

eg

Colecção estudos de género 3

Prostituição Abrigada em Clubes (Zonas Fronteiriças do Minho e Trás-os-Montes)

Práticas, Riscos e Saúde

Manuela Ribeiro, Manuel Carlos Silva,
Fernando Bessa Ribeiro e Octávio Sacramento

COMISSÃO PARA A IGUALDADE
E PARA OS DIREITOS DAS MULHERES

Presidência do Conselho de Ministros

Lisboa, 2005

FICHA TÉCNICA

O conteúdo desta publicação pode ser reproduzido se mencionada a fonte. Não exprime necessariamente a opinião da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres

Título: Prostituição abrangida em clubes (Zonas fronteiriças do Minho e de Trás-os-Montes) – Práticas, Riscos e Saúde

Autores/as: Manuela Ribeiro, Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Manuel Carlos Silva, Núcleo de Estudo em Sociologia, Universidade do Minho.

Fernando Bessa Ribeiro, Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Octávio Sacramento, Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Capa: Susana Santa Clara

Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres
Av. Da República, 32, 1º – 1050-196 Lisboa
Telf. 21 798 3000 – Fax 21 798 3099
E-mail: cidm@mail.telepac.pt

<http://www.cidm.pt>

R. Ferreira Borges, 69-2ºC – 4050-253 Porto
Telf. 22 207 4370 – Fax 22 207 4398
E-mail: cidmdelnorte@mail.telepac.pt

Tiragem: 2000 exemplares
Depósito Legal: 228885/05
ISBN: 972-597-267-8
Execução Gráfica: SerSílito - MAA

Prefácio

“A prostituição abrangida em clubes em zonas fronteiriças do Minho e de Trás-os-Montes: práticas, riscos e saúde”

“A violência contra as mulheres é um obstáculo fundamental à realização dos objetivos da igualdade de género, desenvolvimento e paz. A violência contra as mulheres viola e, ao mesmo tempo, prejudica ou anula o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais. A violência baseada no género, como maus tratos, e outra violência doméstica, abuso sexual, escravidão e exploração sexual, tráfico internacional de mulheres e crianças, prostituição forçada e assédio sexual, bem como a violência contra as mulheres decorrente de preconceitos tradicionais (...) é incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana e tem de ser combatida e eliminada.” (Iniciativas e Acções Futuras, Igualdade de Género, Desenvolvimento e Paz para o Século XXI. pág. 263)

Em coerência com uma actuação que já tem alguns anos e com uma área que sempre mereceu, ainda que de formas distintas, a atenção das minhas antecessoras, a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, quer com a publicação deste estudo da responsabilidade do Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, disponibilizar elementos de reflexão e de informação contra as mulheres – a exploração da prática da prostituição. Esta prática é condenada pela “Convenção para a Supressão do Tráfico de Pessoas e exploração da Prostituição de Outrem” que Portugal ratificou em 1991.

O presente estudo constituiu uma das acções do projecto ISADORA, financiado pelo INTERREG III A, que decorreu entre Junho de 2003 e Dezembro de 2004 em parceria com o Serviço Galego para a Igualdade e incluiu ainda como outros parceiros a Associação para o Planeamento da Família (APF) e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD).

O estudo, que se centra na perspectiva das práticas, riscos e saúde das mulheres que praticam a prostituição abrangida, num universo de investigação geográfica muito delimitado – as zonas fronteiriças do Minho e de Trás-os-Montes, suscita ainda um conjunto de outros temas e reflexões que espero possam contribuir para uma nova leitura e análise destas questões.

Temas como o da ausência da acção institucional junto destas mulheres, a invisibilidade social do fenómeno a que estão votadas, a legalidade e ilegalidade da sua permanência em Portugal, a elevada rotatividade e as consequentes dificuldades de

posicionamento social, bem como as restrições à sua liberdade de movimentação muitas vezes por força das dívidas contraídas em situações que muitas vezes se poderão considerar como tráfico e outras que mais especificamente na área da saúde – da SIDA e das DST – são alguns dos tópicos mais relevantes abordados, sendo que mais especificamente na área da saúde, algumas das conclusões podem contribuir para um debate que eventualmente venha a desmistificar algumas “ideias-feitas” ou mesmo “tabus” sobre as práticas subjacentes à prostituição neste contexto.

Das muitas problemáticas abordadas, bem como no que respeita a “novas” leituras que o presente estudo suscita e, entre outras, permito-me sublinhar uma questão central – o papel educador e de profilaxia exercido por estas mulheres junto dos clientes e uma outra que lhe é subjacente – o perfil dos clientes que procuram estes serviços.

Trata-se de temáticas particularmente complexas e de difícil tratamento, até pela ausência de estudos mais abrangentes sobre estes temas, mas que não poderemos continuar a escamotear quando abordamos os fenómenos da prostituição e do tráfico e que, por essa razão, a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, espera possam vir a ser objecto de aprofundamento.

Por último, quero aqui manifestar público reconhecimento à equipa de investigadores do Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, liderada pela Professora Manuela Ribeiro, pelo trabalho competente e inovador que aqui se apresenta.

M^{te} Amélia Paiva
*Presidente da Comissão para a Igualdade
 e para os Direitos das Mulheres*

Prefácio.....	3
Lista de siglas	7
Introdução.....	9
Capítulo I	
Política, prostituição e saúde: Modelos e perspectivas teóricas.....	13
1. História e modelos político-jurídicos de enquadramento da prostituição...	13
2. Saúde, doenças e riscos: o quadro teórico geral.....	19
Capítulo II	25
Metodologia de investigação	25
1. O contexto operacional.....	25
2. O processo de observação e inquirição.....	27
Capítulo III	
A prostituição em clubes: caracterização e funcionamento	31
1. Localização e caracterização dos clubes.....	31
2. As mulheres que trabalham nos clubes: predomínio de estrangeiras e imigrantes ilegais	35
3. O funcionamento dos clubes: práticas e estratégias	38
4. A rotatividade das mulheres como dimensão co-estruturante da prostituição em clubes.....	40
Capítulo IV	
Mulheres que exercem a prostituição: riscos, doenças e agência	43
1. Questionando o potencial epidemiológico da prostituição abrangida.....	43

2. Práticas, riscos e doenças	46
3. Alcool e estupefacientes: consumos e problemas	57
4. Agência e gestão da saúde	60

Capítulo V

Os clientes também contam.....	69
1. Comportamentos de risco e distribuição de responsabilidades	69
2. As três faces das atitudes sexuais de risco entre os clientes	70
2.1. O risco como recurso da construção da masculinidade.....	71
2.2. O risco como derivado da “indigência”/“imaturidade” sexual	74
2.3. O risco como consequência do envolvimento emocional	75
3. Uma falsa sensação de segurança	76

Capítulo VI

Considerações finais: Por uma política de saúde inclusiva para as mulheres que exercem a prostituição.....	79
Referências bibliográficas	85

Lista de siglas

ACIME	Alto Comissário para a Imigração e as Minorias Étnicas
ARS	Administração Regional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Human Immune Virus
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PSP	Polícia de Segurança Pública
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TAMPED	Transnational AIDS/STD Prevention Among Migrant Prostitutes in Europe

Introdução

A prostituição é um campo social complexo que tem conhecido nos últimos anos um interesse crescente da opinião pública, da comunicação social e dos decisores políticos. No domínio das ciências sociais, a sociologia e a antropologia têm, a nível internacional, dedicado uma especial atenção e esforço de investigação.

Relativamente a Portugal não existem programas integrados de intervenção no campo prostitucional. Se bem que não deixe de subscrever as declarações de intenção dos organismos internacionais e sobretudo europeus e tenha legislação semelhante a outros países, designadamente quanto à não censura penal dos homens e das mulheres que exercem a prostituição, não é visível nem existe presentemente qualquer estratégia de política sexual por parte das autoridades portuguesas. A prostituição, apesar de não ter sido encarada até agora como questão prioritária entre as políticas sociais e criminais, interpela áreas tão diversas como a saúde pública, a toxicodependência e o crime.

Este estudo resulta de um contrato celebrado entre a Comissão para a Igualdade e os Direitos das Mulheres (CIDM) – Delegação do Norte e o Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Foi levado a cabo por uma equipa de investigadores desta instituição e do Núcleo de Estudos em Sociologia da Universidade do Minho, numa parceria que vem já de projectos e pesquisas anteriores sobre a temática da prostituição feminina.¹ Conforme o solicitado pela CIDM, é dada prioridade à reflexão sobre os problemas de saúde, quer individuais, quer públicos, produzidos pela prestação de serviços sexuais de tipo mercantil. Note-se que não se trata de um estudo médico-sanitário mas sim de uma inquirição sociológica sobre questões de saúde com base nas representações e nos posicionamentos enunciados pelas mulheres que exercem a prostituição abrangida em clubes e seus clientes. Estes, enquanto parte integrante do fenómeno prostitucional, não podem ser desconsiderados ou omitidos da pesquisa sobre as problemáticas que o mesmo concita, mais ainda quando se trata de questões de saúde.

¹ É o caso, entre outros, do projecto SAPIENS/99 POCTI/36472/SOC "Prostituição Feminina em Regiões de Fronteira: Actores, Estruturas e Processos", financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Apesar de não considerarmos que estamos perante um contexto de grande valência do HIV e outras DST, é importante questionar o impacto da contaminação, nomeadamente por HIV, produzido por este tipo de actividade. Não constituindo um grupo de risco, as mulheres que prestam serviços sexuais e os seus clientes podem todavia aderir a comportamentos de risco que deverão justificar a definição de uma política de saúde pública que não os ignore. Esta situação agrava-se quando com ela se conjugam riscos acrescidos pela toxicod dependência, o que apela a uma coordenação de esforços de várias entidades públicas e privadas, além das comunidades e famílias afectadas.

O estudo procura conhecer as principais doenças que afectam as mulheres que prestam serviços sexuais e o modo como fazem a gestão da sua saúde. É de notar que a inquirição por questionário pretendeu identificar práticas de prestações de serviços sexuais por parte das mulheres que implicam comportamentos de risco, como seja, entre outros, a não utilização do preservativo, bem como as doenças mais correntes. Procura-se ainda reflectir, a partir dos dados recolhidos, sobre o modo como os riscos de doença são percebidos pelas mulheres, nomeadamente em termos de DST, e medir o acesso aos serviços de saúde e a frequência com que consultam o médico, em particular o da especialidade de ginecologia. Este último par de aspectos é particularmente importante para as mulheres inquiridas, pois todas as observações e elementos já recolhidos apontam para um predomínio das que são provenientes de países externos à União Europeia e se encontram numa situação de imigração ilegal. Por outro lado, o estudo tenta explorar, de forma criativa e interpeladora, a complexa teia de relações, práticas e comportamentos que envolvem os principais actores sociais que operam no meio prostitucional.

Recusando abordagens reductoras e simplificadoras, o estudo procura mostrar que os comportamentos de risco estão presentes e podem ser basicamente explicados a partir de perspectivas sociológicas. Longe de possuírem especificidades que lhe permitiriam legitimar um tratamento singular, os problemas colocados pelas práticas no meio prostitucional não deixam de se inscrever no campo das políticas públicas de saúde, incluindo o daquelas que se relacionam mais estreitamente com a melhoria do acesso aos cuidados médico-sanitários por parte dos cidadãos, independentemente da sua condição de classe, género, etnia e nacionalidade.

A definição de uma política de saúde pública que inclua a prevenção e a redução dos riscos no domínio do sexo mercantil depende, em boa medida, do conhecimento do fenómeno prostitucional, nomeadamente das condições sociais e operacionais dos seus protagonistas e seus padrões comportamentais. Em especial, é necessário compreender também os seus problemas, motivações e objectivos, incluindo as fantasias e os comportamentos de risco a que os clientes aderem ou pretendem aderir. Como veremos, a relação entre estes e as mulheres que prestam serviços sexuais está longe de ser totalmente pacífica. De facto, ela é marcada por um certo desencontro entre os interesses de segurança sanitária assumidos pela grande maioria das mulheres e o "gosto" pelo risco por parte de muitos clientes. Tal implica que qualquer intervenção social ou até actuação política neste campo, se, por um lado, exige o abandono de

concepções moralistas ou estratégias paternalistas, por outro, não poderá propor programas sem conhecer adequadamente o fenómeno.

O presente estudo incide sobre a área geográfica do Minho e de Trás-os-Montes, em particular sobre os principais eixos rodoviários que unem este vasto território do norte de Portugal com a Galiza e Castela-Leão.² Embora se possam encontrar as formas mais comuns de exercício da prostituição, nele prevalece a prostituição abrigada em bordel. Este tipo de prostituição, praticada em estabelecimentos habitualmente designados por clubes (*clubs* em castelhano), envolve numerosas mulheres estrangeiras, sobretudo provenientes da América Latina, maioritariamente em situação de permanência ilegal. Este facto tem implicações negativas nos mais diversos aspectos, incluindo ao nível da saúde. Como veremos, as dificuldades legais e de facto encontradas pelas mulheres no acesso aos sistemas públicos de saúde contribuem decisivamente para o modo como elas fazem a gestão das suas doenças, em especial as que se relacionam com as do foro sexual. Por outro lado, consideramos essencial o papel dos clientes, nomeadamente em termos de preferências sexuais, para uma compreensão mais precisa e aprofundada das causas que explicam atitudes e comportamentos de risco no meio prostitucional. A pesquisa realizada abrangeu a inquirição formal de 142 mulheres, 120 da quais estrangeiras, e de 15 clientes.

Visando contribuir para a definição de uma nova arquitectura política orientada para a prevenção e a redução dos riscos, o estudo tem como objectivos concretos:

- (i) conhecer as doenças que afectam as mulheres inquiridas que se dedicam à prostituição;
- (ii) identificar os principais comportamentos de risco e as práticas que favorecem o contacto com o HIV, causador da SIDA, e outros vírus e bactérias ligadas às DST;
- (iii) abordar a ocorrência de outras circunstâncias que podem afectar a saúde, nomeadamente as que se relacionam com consumos de álcool e de estupefacientes;
- (iv) analisar a relação das mulheres que se prostituem com os serviços públicos de saúde, procurando detectar práticas excludentes e estigmatizantes, eventualmente colocadas em prática pelas instituições que os constituem e pelos actores sociais que neles actuam;
- (v) compreender e explicar os comportamentos de risco e as representações, em especial sobre as DTS, produzidos pelos actores sociais envolvidos, nomeadamente os clientes.

² É de notar que algumas observações foram efectuadas nas zonas espanholas contíguas à área territorial abrangida pelo estudo, na sequência das dinâmicas de observação e acompanhamento das mulheres e dos clientes inquiridos ao longo do trabalho de campo.

Capítulo I

Política, prostituição e saúde: modelos e perspectivas teóricas

Importa ressaltar que, na construção deste texto, será usado material discursivo recolhido junto dos actores sociais inquiridos. Assim sendo, termos e expressões de uso coloquial e comumente consideradas como calão serão mantidos, de acordo com o princípio de respeitar a linguagem que os actores sociais, nos seus diálogos e vivências quotidianas, utilizam. Por isso, chamamos a atenção para a rudeza e eventual violência de expressões e discursos directos vertidos para o texto, cujos sentidos são, na maioria dos casos, conhecidos do senso comum e das próprias comunidades académica e científica. As citações destes discursos far-se-ão na língua usada pelas mulheres e pelos clientes inquiridos.

Como última nota introdutória, devemos esclarecer que este texto é, em boa medida, tributário de estudos anteriormente levados a cabo por esta mesma equipa sobre a prostituição feminina, incluindo o que foi apresentado por Ribeiro *et al.* (2005).

1. História e modelos político-jurídicos de enquadramento da prostituição

Quaestosa, meretrix, dicitriades, palákinas, alcoviteiras, rameira, barregã, prostituta e putas são expressões que cruzaram os tempos. Estas mulheres sempre marcaram a sua presença nos diversos episódios escritos pelas civilizações, fossem quais fossem as épocas ou os períodos históricos. Em todos os lugares as mulheres com este tipo de alcunhas atropelavam a moral e a norma. Sobre elas a sociedade lançava a desonra e a reprovação. Ser uma *palákina* na Grécia de Zeus, uma *meretrix* na Roma antiga ou uma *barregã* em Portugal no tempo de D. Afonso IV representava, naquilo em que esta condição congrega de mais nodal, a diferença rotular e estigmatizante face aos demais sujeitos, o que, *mutatis mutandis* e salvaguardando, por isso, os devidos contextos e proporções, converge com o preconceito, o estigma e o ostracismo ainda presentes e lançados sobre a mulher prostituta dos nossos dias.

Já na Grécia Antiga estavam bem presentes formas de dominação da mulher e, em especial, da sua sexualidade. O orador ateniense Apolodoro proclamava: “Temos raparigas para o prazer, amantes [não cidadãs] para o refrigério diário dos nossos corpos, mas esposas para nos darem filhos legítimos e olharem pela casa (Taplin, 1990: 124). Ou seja, a condição das mulheres oscilava entre “o baixo estatuto de um objecto sexual ou a respeitabilidade de uma parideira e tecedeira” (Taplin, 1990: 124).

Esta disjunção entre prazer e procriação, que continua a constituir um elemento dominante na tradição judaico-cristã e, ainda que em bastante menor medida, nas sociedades contemporâneas e, obviamente, na relação dos homens com as suas esposas, por um lado, e com as prostitutas por outro, marcou toda a vida sexual do Ocidente medieval (Nencel, 1994; Silva, 1998a; Ribeiro *et al.*, 2005). Nessa época, perpassada por uma ética cristã contaminada pela ideia nuclear de “pecado” e por toda a sorte de interditos sexuais, nos quais se encontram muitas das raízes da sexualidade moderna (Foucault, 1994), as estruturas político-ideológicas, sobretudo as religiosas, dominantes censuravam fortemente os prazeres carnaís. A este respeito João Escoto Erígenio, um teólogo da Idade Média, imaginava a reprodução humana fazendo-se pelo coito mas sem a chama do prazer (*sine ardore*). Na época, amar a sua mulher com

certo calor era fazer dela uma prostituta, esclarecem DUBY (1988: 24-39) e Flandrin (1983: 116) com base em certos escritos de padres da Igreja como S. Ambrósio e S. Jerónimo (*in* Silva, 2002a: 135).

Neste contexto de censura e castração moral é atribuído à mulher prostituta um papel eminentemente social, cabendo-lhe as funções eróticas, sexuais e libidinosas não suportadas pelas outras. Visível e inquietante era a postura ambivalente das instâncias clericais, que ora puniam com veemência as mulheres praticantes das artes da luxúria, ora defendiam a sua utilidade que levava a evitar que as pulsões sexuais fossem dirigidas para as mulheres sérias, virgens, casadas ou viúvas.³ O próprio São Tomás de Aquino, canonizado no século XIV, advogava na época que a prostituição fazia parte da sociedade como a fossa faz parte dos palácios: sem as duas, ambos se tornariam impuros, fétidos e intoleráveis (*in* Tramiç, 2001).⁴

Focando o nosso olhar em tempos mais próximos, a segunda metade do século XIX ficou marcada por um debate vigoroso sobre a prostituição. Foi por esta altura que as diversas opiniões vieram bem à superfície no debate sobre a eventual proibição de casas de “toleradas” (bordéis registados, cujas trabalhadoras estavam sujeitas a inspeção sanitária). No século XIX o exercício da prostituição em muitos países estava sujeito a vários regulamentos. Este regime, chamado de tolerância ou de regulamentação, baseava-se, por um lado, no pressuposto dos efeitos nocivos da abstinência sexual para os homens e, por outro, na associação da prostituição a doenças venéreas.⁵ O facto de a prostituição ser exercida em casas e zonas bem definidas e controláveis serviria a ordem pública e as mulheres “decentes” não seriam alvo de assédio sexual, ao mesmo tempo que a saúde pública seria preservada e promovida.

Em Inglaterra, na época da puritana e conservadora ética vitoriana, a prostituição, presente sobretudo nas classes mais pobres com altas taxas de ilegitimidade (cf. Laslett, 1977), era vista como uma prática degradante, perigosa e imoral e, como tal, deveria ser proibida, abolida e perseguida pelo Estado. Além disso, nessa época vitoriana, as mulheres-prostitutas tinham o ónus de provar a sua virtuosidade, em vez de ser o Estado e seus representantes a provarem a “transgressão” por parte da vítima. As prostitutas, olhadas como “mulheres perdidas”, constituíam para Ruskin (1902[1865]: 173), um dos últimos representantes da moral vitoriana e cavalheiresca, “frágeis florzinhas” que as filantropas e respeitáveis senhoras da burguesia da época deveriam proteger e recuperar. No ambiente da época vitoriana bastava a simples denúncia à polícia para uma mulher ser acusada de prostituta, submetida a exames médicos e, eventualmente, presa.

Na sequência de influências liberais (Mill, 1966) e radicais, a aprovação pelo Parlamento duma série de “Leis das doenças contagiosas” (*Contagious Diseases Act*) na

³ Sobre esta questão, cf. também Goody (1983) e, em Portugal, do ponto de vista antropológico e sociológico, M. V. de Almeida (1995: 75-81), Silva (1998a), S. Silva (2001), Silva *et al.* (2002).

⁴ Note-se que a desigualdade entre homens e mulheres se revela nos contextos mais insperados. Taplin (1990: 113-114) recorda-nos que o *Oxford Dictionary* classifica a ninfomania, excitação interminável da fêmea como “doença”, não fazendo o mesmo para a satíriase, a ereção perpétua do macho.

⁵ É de notar que já no século XVI - o período em que a sífilis alastrou na Europa - existiam prescrições para as prostitutas, nomeadamente aquelas que acompanhavam as tropas.

década de 1860-70, contrariando a corrente conservadora, proibitiva e/ou abolicionista, acabaria, com base na necessidade de controlar as doenças venéreas, por legalizar e regular a prática da prostituição. Foi a relativa vitória das ideias liberais, cujos defensores divergiram quanto à intervenção maior ou menor do Estado (Walkowitz, 1980; Parent-Duchâtelet, 1981; Corbin, 1992; Sole, 1994).

O sistema de regulação estatal vigorou ao longo de boa parte do século XIX em praticamente todos os países europeus, dando corpo, através de múltiplas e complexas restrições e controlos impostos às mulheres que viviam da prostituição, a preocupações sociais dominantes à época, sobretudo no campo da moral e da saúde pública. O registo das mulheres, os exames vaginais periódicos obrigatórios e quase sempre pagos pelas próprias, o internamento compulsivo em instituições com carácter misto de hospital/prisão das que se apresentassem infectadas com alguma doença venérea, foram, com efeito, aspectos centrais e recorrentes das experiências da regulação que, no século XIX, se repetiram por toda a Europa (Roberts, 1996: 217).

Referindo-se especificamente ao caso espanhol, exemplarmente documentado na obra de Sereña y Partagás (1882), Gonzalez (2004), sublinha o grande número de medidas e disposições regulamentaristas que, ao longo do século XIX, foram sendo adoptadas em muitas cidades daquele país:

En estas Reglamentaciones, [...] se incluyó, desde un primer momento, la creación de una Inspección higienista especial, también denominada Sección de Higiene Especial, que en el caso de las grandes ciudades dependió directamente del gobierno civil y en las pequeñas de los ayuntamientos, cuyo objetivo principal fue el de “prevenir y evitar los malos efectos de la prostitución; disminuir ésta en lo posible e impedir que se manifeste de un modo escandaloso afectando a la moral y salud públicas”.⁶ En estas Secciones se desarrolló toda la atención médico-social que los médicos higienistas adscritos a cada una de ellas prestó a las prostitutas y constaban, además del cuerpo médico propiamente dicho, de un cuerpo administrativo destinado a las tareas de recaudación de las múltiples cuotas que se exigían a la mujer prostituta, resultantes de gastos de apertura de cartilla sanitaria, de la visita, y de las multas por retrasos en dicha visita o por incumplimiento de la reglamentación, entre otras. Los médicos higienistas de las Secciones, en su conjunto, no estuvieron de acuerdo en absoluto con una actitud burocrática tan injusta. Este impuesto quedó suprimido bastantes años más tarde por el Real Decreto de 7 de abril de 1932.

Em Portugal a introdução do regime regulamentarista situa-se por volta de 1853. As prostitutas tinham de inscrever-se no Governo Civil e sujeitar-se a uma inspeção sanitária semanal. Se fosse constatada uma doença venérea, o internamento em hospitais especiais era obrigatório. Se o objectivo principal era o combate à sífilis, a regulamentação afectava outras dimensões da vida das mulheres que exerciam a prostituição, como os comportamentos, a informação sobre o lugar de residência, a idade de

⁶ Reglamento de Higiene especial de la provincia de Barcelona de fecha 11 de Noviembre de 1874. Capítulo I, artículo 1º. Reproduzido em P. Sereña y Partagás (1882: 104).

admissão, entre outros aspectos (Oliveira, 2003: 25-26). Deste modo, o Estado tentava definir uma política de prevenção de doenças e a defesa da saúde pública (Crespo, 1990) orientada para a implementação de medidas junto do meio que era considerado a origem e a fonte de propagação desta doença: o da prostituição feminina. Os homens envolvidos nestas práticas como clientes ficavam de fora, no pressuposto implícito ou explícito de que a raiz do mal residiria na mulher, mal esse traduzido, apenas em parte, na contracção da sífilis.

A partir do final do século XIX o regulamentarismo foi colocado sob o fogo ceriado dos abolicionistas e do movimento feminista que consideravam a prática da prostituição como uma expressão, mais ou menos camuflada, de esclavagismo humano. Nesta acção destacou-se a Federação Abolicionista Internacional fundada por Josephine Butler em 1875. Na perspectiva desta feminista, a prostituição constituía uma forma concreta de injustiça social, de anomalia moral e de censura jurídica (Oliveira, 2003: 28). Para o movimento abolicionista o Estado incentivava a prostituição, já que consentia o “pecado” e neutralizava as suas consequências. A noção do “mal necessário” era condenada porque implicava uma desigualdade de género severa: isentava os homens da reprovação social, enquanto as mulheres envolvidas eram estigmatizadas. Além disso, a regulamentação sugeria que os homens deviam ser protegidos contra as prostitutas, quando, na realidade, quem precisava de protecção eram as próprias mulheres. A meta era uma legislação moral igual para ambos os sexos, em substituição da dupla moral que facultava ao homem privilégios especiais.

Mais recentemente, a partir dos anos sessenta, o debate sobre a prostituição adquire uma nova visibilidade e importância, com as feministas a assumirem novamente uma posição de relevo. Como argumentam Manita e Oliveira (2002: 20-21), trata-se de um debate marcado por contradições e oposições entre diversos segmentos do movimento feminista internacional. Assim, enquanto uns defendem a abolição da prostituição, com base no argumento de que a prostituição constitui uma forma extrema de opressão sexual das mulheres por parte dos homens, outros entendem a prostituição como legítima, considerando que ela se inscreve no direito das mulheres em dispor do seu corpo, incluindo o da prestação de serviços sexuais de tipo mercantil.

A nível internacional, dada a diversidade de tradições e mentalidades, de disponibilidade de recursos e sobretudo de condicionalismos sociais relacionados com a prostituição, não existe uniformidade nem harmonização de abordagem e tratamento desta questão, quer em termos legislativos e criminais, quer em termos de políticas sociais dirigidas ao controlo sanitário e à reabilitação social. Têm sido feitos alguns esforços no sentido de analisar e avaliar os diversos sistemas legais a respeito da prostituição (Cazals, 1995). Na teoria e na prática têm-se configurado três sistemas legais ideal-típicos: (i) o proibicionista; (ii) o abolicionista; (iii) o regulador.

O modelo proibicionista assenta na ideia de que a prostituição é um desvio moralmente condenável, constituindo a sua prática um crime a erradicar. Todos os actores sociais envolvidos, em especial as prostitutas, devem ser colocados sob a vigilância das forças policiais e perseguidos criminalmente pelos tribunais. É o modelo que prevalece nos Estados Unidos, na China e nalguns países do Leste europeu, sendo

defendido pelos sectores políticos mais reaccionários e pelos segmentos ultrapuritanos dos movimentos feministas (Dank, 1998). Partindo do pressuposto de que a prostituição é social, económica e politicamente degradante da condição da mulher, alguns movimentos feministas consideram que a prostituição é resultante duma sexualidade masculina fragmentada e apenas serve para satisfazer eventuais “perversões” sexuais masculinas e manter e exprimir a dominação do homem sobre a mulher, vista, neste âmbito, como simples objecto sexual comercializável. Uma outra variante desta corrente, embora aceitando alguma margem de liberdade no empreendimento da prostituição, considera que, em função da defesa da dignidade e dos direitos inalienáveis da pessoa humana designadamente sobre o seu corpo, tal actividade deverá ser proibida porque deriva, em regra, de problemas sociais (desemprego, miséria económica e cultural, situações de repressão ou opressão familiares). Indiferente à sorte das mulheres, este modelo despreza os efeitos das estruturas económicas nos destinos individuais, bem como a relativa liberdade de agência dos actores sociais na escolha da actividade onde extrairão os rendimentos monetários necessários à sua sobrevivência e à sua incorporação nos diversos campos da vida social. Os seus efeitos estão muito longe de corresponder aos objectivos publicamente manifestados pelos defensores deste modelo. De facto, como salientou Badinter (2002), a proibição da prostituição promove sobretudo a sua clandestinidade, dando como exemplo a Inglaterra vitoriana do século XIX. Apesar de constituir, na época, a sociedade mais repressiva, Londres era a capital europeia com maior oferta de mulheres e raparigas prostitutas.

O modelo abolicionista admite a prática da prostituição, enquanto assunto privado, mas pune a exploração comercial da mesma por a considerar lesiva da dignidade humana. Ainda que se oriente, tal como o proibicionista, para a erradicação da prostituição, assenta noutros pressupostos morais.⁷ Considerando a prostituição como uma actividade incompatível com a dignidade humana, a prostituta é elevada à condição de vítima ora da dominação masculina, ora do Estado, ora das estruturas económicas capitalistas, numa articulação hierarquizante que depende largamente da orientação política e ideológica de quem classifica. Enquanto para um certo feminismo mais radical e puritano tudo se joga no plano da dominação masculina, fazendo muitas vezes tábua-rasa das implicações produzidas pela acção do Estado e das estruturas económicas capitalistas, já para as feministas marxistas ortodoxas – inscritas na velha esquerda segundo o sentido que lhe é dado por Wallerstein (2002) – tudo é remissível para a exploração e a opressão de classe.

Reconheça-se, porém, que a maioria dos movimentos e actores sociais que alinham pelo abolicionismo se orientam por quadros políticos e sociais de claro recorte emancipador, no qual a dominação masculina, o Estado liberal e o capitalismo surgem como espaços articulados de produção das formas concretas de opressão e exploração que desejam combater. As políticas postas em prática pelos defensores deste modelo, actualmente dominante nas instituições internacionais e na União Europeia,

⁷ Handman (2005: 19) lembra-nos que o abolicionismo teve anteriormente um outro significado: a abolição do sistema de “maisons closes” vigiadas pelas forças policiais e os médicos encarregados do controlo da saúde pública.

pretendem eliminar a prostituição agindo criminalmente contra os traficantes, empresários e outros *profiteurs* e, nalguns casos como a Suécia, contra os clientes, ao mesmo tempo que tenta proporcionar às mulheres envolvidas alternativas profissionais à prestação de serviços sexuais de tipo mercantil.⁸ Trata-se de “salvar” as mulheres, mesmo que elas desejem e pratiquem de forma livre a venda de serviços sexuais mercantis, não lhes é permitido trabalhar de uma forma legal, empurrando-as para um limbo social marcado por formas extremas de estigmatização e exclusão. Em suma, o princípio abolicionista cai numa certa ambiguidade e num voluntarismo idealista ao não ter em conta os constrangimentos socio-económicos e políticos da prostituição, a natureza e o contexto da economia de mercado que faz da prostituição mais uma actividade de produção e venda de mercadorias. Não obstante a radical defesa da abolição de qualquer forma de mercantilização do corpo da mulher, este posicionamento acaba objectivamente por não ter em conta os reais interesses, reivindicações e direitos das mulheres prostitutas e, como tal, por não contribuir para reduzir, no possível e a curto e médio prazo, as formas extremas de exploração, dominação e violência exercida sobre elas.

Por último, temos o modelo regulador. Na sua versão tradicional assenta numa visão pragmática, considerando a prostituição como um fenómeno social não erradicável, pelo que é necessário agir de forma a limitar os danos para a sociedade. Em especial, pretende facilitar a definição de soluções políticas de intervenção social e de protecção dos actores sociais envolvidos, em especial no domínio da saúde pública. Se no passado a sífilis e a gonorreia eram as principais ameaças, hoje todas as armas se viram contra a SIDA.

A um outro nível, ao considerar a prostituição como um trabalho, conquanto coloque reservas em definir a prostituição como uma actividade igual a qualquer outra, este modelo pretende facilitar a integração destas mulheres no mercado laboral legal, viabilizando a cobrança de impostos directos sobre os rendimentos por elas auferidos, ao mesmo tempo que lhes proporciona o direito de acesso aos sistemas públicos de saúde, de segurança social e de associação de classe. Trata-se do modelo que tem inspirado a acção política de alguns governos na União Europeia, mormente na Holanda, na Alemanha e, a um nível mais restrito, nalgumas comunidades autónomas de Espanha. No seio deste modelo regulador regista-se ainda uma outra variante, orientada para uma regulação baseada numa legalização desestigmatizante da economia do sexo e dos actores sociais nela envolvidos. O “sexo pago” é simplesmente entendido como uma actividade económica e as mulheres (e os homens) que a ele se dedicam considerados como trabalhadores com todos os direitos laborais e sociais, incluindo a constituição de associações de classe, nomeadamente sindicatos, e o acesso aos mecanismos de protecção na doença e na velhice. Nesta perspectiva, o direito à

⁸ A legislação aprovada pelo parlamento sueco, em vigor desde 1 de Janeiro de 1999, caracteriza a prostituição como uma forma de violência exercida pelos homens sobre as mulheres, ficando sujeitos a penas de encarceramento todos aqueles que comprarem serviços sexuais, mesmo que as mulheres que os vendam o façam em plena liberdade.

prestação de serviços sexuais de natureza mercantil não deve ser objecto duma regulação especial, com leis e normas expressamente elaboradas, pois reconhece-se que se está perante o exercício de uma actividade profissional. Ou seja, a regulação da economia do sexo deverá ser feita através do direito laboral em vez do direito penal, o que implica a descriminalização das actividades e práticas dos actores nela envolvidos, ainda que o Estado não se abstenha, justamente, de combater o tráfico e a exploração de prostituição forçada.

2. Saúde, doenças e riscos: o quadro teórico geral

A saúde e as doenças não constituem domínios exclusivos da medicina. Ainda que esta desempenhe um papel fundamental neste campo, os problemas e desafios colocados por aquelas aos indivíduos e às sociedades não podem ser trabalhados a partir de uma única perspectiva teórica ou disciplinar (Carapinheiro, 2004: 46). Neste sentido, são hoje reconhecidos os contributos relevantes das ciências sociais, em especial da sociologia e da antropologia, para a compreensão das problemáticas suscitadas pela saúde e pelas doenças e para a definição de políticas públicas nestes domínios. Relativamente a estas, é necessário sublinhar que elas, pelo menos na Europa, se inscrevem no quadro do Estado-Providência, a configuração estatal produzida pelos compromissos, mediados pelo Estado, entre as diversas forças sociais que compõem as sociedades modernas.⁹

O interesse da sociologia pela doença remonta, segundo Cabral (2002), aos primeiros anos da segunda metade do século XX, quando se iniciam os primeiros estudos sobre as profissões médicas e os lugares onde se exerce a medicina, em particular o hospital. As preocupações nesta área não deixam de estar relacionadas com os impactos provocados na saúde e na doença pelos processos de urbanização e industrialização que os países capitalistas mais avançados vêm enfrentando e, por outro lado, com a concepção da doença como um “desvio social” (Annandale, 1998: 4-5).

Dando origem a uma área de estudo sociológico, nos anos 70 surgem novos interesses, nomeadamente aqueles que se relacionam com as formas de doença crónica e as desigualdades perante as doenças e a morte. Em termos teóricos, Cabral (2002) con-

⁹ Sem avançar muito, importa somente sublinhar que o Estado-Providência é o resultado de um compromisso insustentável e a todo o momento jogado entre os detentores do capital e as classes trabalhadoras, em que estas são induzidas ou em função da relação de forças, obrigadas a protelar a transformação radical e socialista da sociedade e aqueles abdicam de uma parte do excedente (*wir-plus*) produzido pelos trabalhadores em benefício da relativa melhoria dos salários directos e, sobretudo, de impostos para financiar o investimento e o consumo sociais redistribuídos pela via estatal. Neste compromisso o Estado é simultaneamente o mediador de interesses e forças económicas, sobretudo dos dominantes, e o gestor das estruturas sócio-económicas e políticas que a relativa autonomia da respectiva configuração estatal exige. Entre elas temos o que estruturam e colocam em marcha os sistemas públicos de saúde, cuja marca fundamental é o acesso universal gratuito ou a custos reduzidos não sujeitos ao mercado. Tendo como pano de fundo o debate em torno da relação entre sociedade civil e, em particular, a sociedade-providência e o Estado-Providência, são de relevar, no caso português, Mozzicafreddo (1998) numa visão social-democrata sobre a função reguladora do Estado e, numa perspectiva crítica, Santos (1993) e Silva (2001). Sobre as transformações recentes do Estado-Providência, incluindo aquelas que estão em curso em Portugal, vejam-se os textos publicados em Hespanha e Carapinheiro (2002), em especial o de Santos e Ferreira (2002).

voca a nossa areção para a importância do contributo das abordagens marxistas e interacionistas, que valorizam ora a análise dos conflitos entre os actores sociais, ora as relações entre os actores sociais, em detrimento das perspectivas de teor mais funcionalista assentes na alegada produção de consensos entre os actores sociais envolvidos.

Segundo Annandale (1998: 21-22), aliás na esteira do pensamento de Elias (1980), os processos de produção de sentido e de negociação de aspectos sociais como a doença constituem uma área de interesse tanto para o accionalismo weberiano como para o interacionismo simbólico. Por um lado, os seus estudos etnográficos mostram que as relações entre doentes e profissionais são complexas, existindo, ainda que em grau variável, uma certa margem de agência de todos os actores sociais, incluindo aqueles que ocupam posições socialmente subordinadas e desprovidos de recursos, num contexto marcado por diferentes experiências de vivência e gestão emocional e física da saúde, da doença e do seu tratamento.¹⁰

Já na perspectiva marxista, trata-se, antes de mais, de libertar a compreensão da saúde e da medicina dos modelos biomédicos (Annandale, 1998: 11-12).¹¹ Um dos aspectos mais relevantes introduzidos no debate terá sido o do papel do capital no domínio da saúde. Desenvolvendo um argumento sobre uma problemática plenamente actual, Navarro (1986) sustenta que o capital invade todas as áreas de actividade e espaços sociais, incluindo os que se relacionam com a saúde e as doenças dos indivíduos. Não só tenta controlar e tirar ganhos directos da sua acção no sector da saúde, como gera problemas, tais como o desemprego, a poluição e o *stress*, para os quais as estruturas médico-sanitárias e os seus profissionais são chamados a intervir.

Mais recentemente, surgiram novos contributos teóricos, importantes para uma compreensão densa da saúde e das doenças que afectam os indivíduos. É o caso de Beck (1992 e 2000) e das suas propostas sobre a sociedade de risco (*risk society*). Na sua perspectiva, vivemos numa fase da modernidade na qual os riscos sociais, políticos, económicos e individuais tendem a escapar às instituições de monitorização e de protecção da sociedade industrial. Os conflitos em torno da distribuição dos “bens” – rendimento, emprego, segurança social – dão lugar a conflitos em torno da distribuição dos “males” – por exemplo, riscos nuclear, químico, genético. Por outras palavras, os conflitos passam a estar sobretudo relacionados com a prevenção, a distribuição, o controlo e a legitimação dos riscos que acompanham a produção de “bens” sociais. Beck (2000: 6) sublinha que as ameaças não só ultrapassam a percepção sensorial como não podem ser determinadas pela ciência. Sendo o perigo uma realidade imamente à sociedade contemporânea e, simultaneamente, uma construção cognitiva e social, tais ameaças abalam os fundamentos sociais sobre segurança colectiva, ao mesmo tempo que provocam desencanto em relação à ideia do progresso. Seguindo

¹⁰ Deve-se sublinhar que a agência não deve ser entendida de uma forma isolada nem reificada. Ela deve ser analisada e compreendida nos contextos sociais em que os actores sociais operam. Ou seja, ela não pode ser pensada fora das estruturas económicas, políticas e sociais que condicionam, limitam e produzem os recursos que os actores podem mobilizar para ampliar a sua margem de manobra, quer dizer, de agência.

¹¹ Como esclarecem Crouse *et al.* (1988: 9), o paradigma biomédico dominante assenta no princípio da possibilidade de estudar e compreender a doença isolada do indivíduo e das condições sociais em que ele opera.

de muito perto a argumentação de Beck, Annandale (1998: 18) considera que não são só os problemas económicos que perturbam a saúde mas sobretudo os riscos, nomeadamente ambientais. Ao afectarem, ainda que indirectamente, a saúde, eles transformam-se em oportunidades de negócio e geram novos mercados, tais como os de produtos para protecção contra a poluição ou complementos vitamínicos para melhorar a nutrição.

A um outro nível, o das práticas individuais e seus impactos na saúde dos indivíduos, os comportamentos de risco, ao envolverem uma parte significativa de indivíduos, colocam problemas, nomeadamente médicos e sociais, cuja discussão pode ser iluminada pelas propostas sobre a *risk society*, no quadro amplo da prevenção, minimização e distribuição dos riscos produzidos pela modernidade. A busca da excitação, fortemente condicionada nas sociedades contemporâneas por múltiplas formas de controlo social e autodomínio (Elias, 1992: 101) acaba contudo também por estimular práticas de sexo desprotegido, o que não invalida um certo grau de irresponsabilidade por parte dos homens. Esta procura deliberada do risco pode ser entendida como uma forma de escape (Rojek, 1995), quer dizer, como uma experiência de excitação que liberta o indivíduo, ainda que transitoriamente, dos referidos mecanismos de controlo social e de autodomínio.¹²

Os problemas desencadeados pelos riscos como a contaminação nuclear e química ou a infecção por vírus atravessam as divisões sociais tradicionais, ou seja, são transferíveis às diversas classes, grupos e categorias sociais (étnicas, nacionais e de género). Porém, ao contrário do que Beck (1992 e 2000) parece sugerir, tal não implica descartar completamente a relevância da classe, do género, da etnia ou da nacionalidade nos efeitos e na gestão, por parte dos indivíduos, dos riscos suscitados por estes novos problemas. Como veremos mais adiante, para a desigual percepção, abordagem e efeitos concorre um conjunto avultado de factores, aos quais não são estranhos a posição social e, conseqüentemente, a natureza e o grau de recursos detidos ou disponibilizáveis pelos indivíduos e respectivos grupos ou categorias sociais de pertença.

Incidindo de novo na problemática a tratar neste capítulo, ela é influenciada, por um lado, pelas relações derivadas da posição de classe das mulheres inquiridas – fortemente marcada pelo carácter de trabalho que exercem, assim como pelos recursos possuídos e pelos constrangimentos a que se encontram sujeitas – e, por outro, pelas

¹² É de notar que o controlo da excitação não deve ser visto como um progresso civilizacional, como parece induzir Elias (1992). De facto, a história mostra-nos que regimes despóticos e bárbaros como o nazismo, constituindo um monstro regresso civilizacional, possuem mecanismos muito fortes de controlo e regulação da excitação colectiva. De igual modo, em regimes ditos civilizados, como os ocidentais, podem emergir formas extremas de excitação, como acontece com as claques de apoio de clubes de futebol, cujas expressões assumem, não raro, dimensões extremamente violentas (Seabra, 1999). Mas não só. O gosto pelo risco e a transgressão das normas estão também presentes em muitas outras actividades humanas, em regra inscritas no campo do lazer. Cada vez mais massificados, o alpinismo, o mergulho, o voo livre sem motor, a vela solitária em alto mar, a escalada na montanha, a bicicleta todo-o-terreno, o esquí e o *mountainard* fora de pista, o *rafting* em rios e os desportos motorizados, entre muitos outros, dão expressão concreta ao gosto pelo risco e, tal vez, melhor dito, a diversas formas de paliação ditas ordinárias (Bromberger, 1998), por parte de homens e mulheres, jovens e, não raro, idosos pelo risco. Sobejamente conhecidos por desportos radicais, normalmente praticados em condições “controladas”, fazem parte de uma cultura do risco que em alguns espaços, como a estrada, torna manifesta a sua dimensão transgressora (F. B. Ribeiro, 2003).

condições de saúde e doenças que as afectam. Neste sentido, as práticas de saúde devem ser compreendidas no contexto em que os actores sociais vivem. É necessário não obnubilarmos, como justamente referem Benschop (1993) e Giddens (2000), a relação existente entre recursos económicos e a saúde, em virtude de, em regra, as classes privilegiadas beneficiarem de melhores regimes alimentares e melhores condições de trabalho e de vida, incluindo a não realização de actividades laborais com risco acrescido, como é o caso manifesto do sexo mercantil. A este factor acrescem outros relacionados com os hábitos (Bourdieu, 1979) e estilos de vida, também eles articulados e, em grande parte, resultantes da condição social (Silva e Monteiro, 2000), ainda que muitas vezes de forma complexa. Segundo Bourdieu (1979), todas as práticas culturais, aqui entendidas no sentido antropológico lato, estão estreitamente ligadas ao nível de escolaridade e, secundariamente, às origens sociais. No caso da saúde, Cabral (2002: 40ss) considera que o capital escolar influencia a orientação dos indivíduos para a escolha de hábitos de vida saudáveis, em boa parte definidos devido a uma melhor assimilação dos discursos médicos.

Como já foi acima referido, interessa-nos detectar as formas e os mecanismos que explicam a situação de saúde, as doenças mais comuns e o acesso aos sistemas públicos de saúde das mulheres que exercem a prostituição. Não se trata somente de conhecer estes aspectos, ou seja, de tentar traçar, ainda que de forma incompleta, o retrato do quotidiano destas mulheres no domínio da saúde, mas igualmente de mostrar que também neste campo elas estão sujeitas a formas de discriminação e exclusão sociais com impactos negativos concretos nas suas vidas e, em especial, na sua saúde. Colocando a questão desta forma, tal implica convocar para o debate as perspectivas feministas, em especial aquelas que articulam e enfatizam o papel da classe e de relações androcéntricas e mesmo patriarcais na produção (e na acção) pelas próprias mulheres!) da dominação masculina e da masculinidade hegemónica no domínio do relacionamento sexual.

Em primeiro lugar, há que colocar em destaque o controlo masculino do corpo das mulheres e o modo como as mulheres que se prostituem e os homens-clientes vivem as suas respectivas sexualidades, bem como as formas como umas e outros enfrentam e gerem (ou não e em que medida) os riscos a que sujeitam outrem e, por sua vez, estão sujeitas/os. Como veremos, a exigência, por parte de bastantes clientes, de serviços sexuais desprotegidos é um exemplo concreto do condicionamento e da limitação da capacidade de agência das mulheres, cujas causas residem nas lógicas predominantemente androcéntricas ou até machistas e patriarcais que, embora em menor medida que no passado, ainda hoje caracterizam as relações de género. Neste contexto, uma das principais reivindicações do feminismo radical – o direito da mulher ao seu próprio corpo, quer dizer, o direito da mulher à sua vida (Annandale, 1998: 71) – acaba por ter cabimento também no meio prostitucional, se bem que tal não deva ser desligado de outros aspectos, como o da classe, como bem foi enfatizado pelo feminismo marxista. Ainda que possam, amiúde, ser acusadas de secundarizar o conceito de género face ao de classe, as feministas que alinham pela corrente marxista tradicional sustentam que a emancipação implica, para os homens e as mulheres vítimas

mas do capitalismo e do patriarcado, a abolição de todas as formas de exploração e opressão (Zaretsky, 1973; Evans, 1995).

Em contraponto a este enfoque de inspiração marxista, outras feministas realçam a centralidade e a prioridade analíticas do conceito de género, quer a partir dos poderes institucionais de vária ordem, mormente estatal, quer na base das relações sociais infraestatais nomeadamente na família e noutros sectores da vida privada, politizando assim as próprias relações interpessoais (Abbot e Wallace, 1991). Neste contexto, a importância da análise da articulação classe-género e das diversas formas de desigualdade que lhe são inerentes é crucial. Vários autores de inspiração diversa, nomeadamente weberianos e neomarxistas, têm pugnado por esta articulação entre ambos os conceitos, já que, por si só e isoladamente nenhum deles pode explicar situações e processos de exploração e sobretudo de opressão, ao que deve incorporar-se a dimensão histórica¹³. Esta situação é particularmente notória no domínio da saúde. Como nos mostra Annandale (1998: 103ss) para a Grã-Bretanha, os problemas de saúde, nomeadamente os do foro psíquico, parecem afectar mais os indivíduos das classes populares e, em termos de género, os indivíduos do sexo feminino.

As leituras sociológicas sobre a saúde devem ser articuladas com as reflexões sobre o corpo e os modos como este é socialmente percebido e representado e como é usado pelos indivíduos. As doenças, enquanto realidades sociais e correspondentes representações e/ou categorias mentais, são variáveis no tempo e no espaço, quer dizer, são simultaneamente fenómenos da condição humana – embora, tal como sustentámos, com diferentes graus de afectação dos grupos e indivíduos em função de vários factores – e construções sociais que vão sendo sujeitas a processos de mudança, simultaneamente influenciados pela cultura e pela natureza, isto é, pelas relações entre as emoções e as respostas biológicas dos corpos.¹⁴ Mas não só. Tal como observa ainda Giddens, “os nossos corpos são afectados também pelas nossas experiências sociais e pelas normas e valores dos grupos aos quais pertencemos” (2000: 152). Note-se, todavia, que o estrutural não é só questão de normas e valores, como Giddens tende a reduzir, subestimando o económico. Onde, dever-se-á considerar que as doenças estão, como dissemos, por um lado, estreitamente relacionadas com as estruturas sociais nos diferentes tempos e espaços e, por outro, com os modos de vida, incluindo as profissões desempenhadas, não raro em articulação com a condição de género, e as formas como uns e outras são percebidas e geridas. Uma vez mais e em suma, parece existir uma relação entre posição de classe e as condições não só de vida como de saúde, às quais se juntam outros elementos, como os factores culturais relacionados com os estilos de vida (Cabral, 2000: 40).

¹³ Cf. Goldthorpe, 1987; Wright, 1997 e, em Portugal, Mendes, 1997; Silva, 1999 e EB, Ribeiro, 1999.

¹⁴ Esta relação entre cultura e natureza – que tem sido objecto de longo e acesa discussão – está sujeita a tensões crescentes que influenciam de forma notória o modo como nos relacionamos com a doença. Desde há muito sujeita a processos de socialização, a natureza sofre hoje novas investidas relacionadas com o desenvolvimento das terapias genéticas (Castells, 1998).

Estes aspectos estão presentes no domínio prostitucional. O uso dado ao corpo influencia, ainda que, em regra, de modo não determinante, a ocorrência de determinadas doenças, algumas delas sujeitas a fortes mecanismos de estigmatização e exclusão social dos seus portadores, como é o caso da SIDA, multiplicando assim, no caso das prostitutas, a estigmatização e a exclusão de que estas já são alvo. Também aqui se pode reconhecer que a saúde e as doenças estão relacionadas com os lugares e os papéis desempenhados nos mais diversos campos da vida social, incluindo o do trabalho. Em termos de metodologia de pesquisa, o esforço de compreensão das doenças que afectam a saúde das mulheres que exercem a prostituição deve ser feito tomando igualmente em consideração as suas origens sociais e percursos de vida, os seus contextos e práticas de trabalho, bem como as mentalidades e normas aprendidas no processo de socialização e seus próprios gostos ou preferências de mulheres adultas (cf. Ribeiro *et al.*, 2005). Tendo em conta o conjunto de factores de ordem estrutural e organizacional, não pode contudo ser menosprezado o lado interactivo da mulher com o cliente e, inclusive, a personalidade singular de cada uma delas (cf. Mead, 1934). Na base destes factores, a mulher pode assumir posicionamentos diferenciados face a este ou aquele cliente, não só por razões de ordem estritamente económica, mas também em função dum maior ou menor consciência do risco, por vezes obscurecida pela toxicomania ou pela superveniência, ainda que pouco frequente, dum maior proximidade ou até ligação afectiva a este ou aquele cliente, podendo desembocar num menor grau de prevenção em termos de sexo seguro. Não obstante as especificidades masculinas também neste campo, este argumento vale, *mutatis mutandis*, em grande medida, para os homens-clientes. Se é certo que as concepções e práticas androcéntricas e machistas por parte de certos homens os interpelam e co-responsabilizam, as mesmas terão de ser também compreendidas e explicadas a partir dos processos de socialização, estruturas sociais envolventes e percursos biográficos, frustrações na pendência das relações conjugais ou crises existenciais resultantes de rupturas emocionais e afectivas (Petto *et al.*, 1992).

Capítulo II

Metodologia de investigação

1. O contexto operacional

A modalidade de prostituição “abrigada”¹⁵ (Shulke, 2001) é aquela que tem lugar em domicílios, apartamentos e moradias e, sobretudo, nos estabelecimentos especificamente criados para o efeito, os “clubes”, um eufemismo que é actualmente muito corrente no meio para designar os bordéis. O actual estudo incide, no essencial, sobre esta forma, dominante na maior parte dos territórios que delimitámos como campo de observação. A prostituição de rua ou de estrada é, no espaço geográfico de Trás-os-Montes, residual e, na maior parte das zonas, inexistente, sendo todavia ainda presente e até marcante nalguns locais da região minhota.

Confinada ao interior de edifícios, com uma visibilidade e uma exposição sociais, de longe mais atenuadas que a de rua, a prostituição “abrigada” e as mulheres que nela trabalham são também, por isso mesmo, mais inacessíveis. Desde logo, porque os clubes funcionam em regime empresarial, colocando em prática mecanismos de controlo e restrição de acesso, muito frequentes nos mais diversos sectores de actividade. Por outro lado, a maior parte dos domicílios em que as mulheres habitam pertencem aos proprietários dos clubes onde trabalham, pelo que também nos períodos de lazer muitas delas estão sujeitas a formas mais ou menos severas de controlo. Em muitos casos os clubes e domicílios são, simultaneamente, locais de trabalho e de residência das mulheres, sendo também relativamente comum a situação das que trabalham em clubes e residem em apartamentos e casas que pertencem ao mesmo dono, isto é, ao mesmo empresário, que normalmente assegura ainda os meios de deslocação diária das mulheres entre ambos os espaços (Ribeiro e Sacramento, 2002), o que se inscreve numa lógica de controlo dos movimentos das mulheres.

A condição de donos dos estabelecimentos e dos locais de residência confere aos empresários um amplo poder de controlo sobre o acesso aos mesmos e às práticas

¹⁵ Equivalente ao conceito de língua inglesa “indoor prostitution” (Kinnell, 2001; South African Commission Law, 2002; Raphael & Shapiro, 2004) e também ao de “sheltered prostitution” (Danna, 2003).

neles existentes. São, por isso mesmo, figuras decisivas e incontornáveis para chegarmos às mulheres. Não apenas para acedermos aos espaços físicos onde elas passam a maior parte do seu tempo, mas também para, de um modo ou de outro, avalizarem a sua disponibilidade para nos fornecerem a informação que buscamos.

A ausência de vínculos contratuais de trabalho assalariado entre os empresários e as mulheres retira aos primeiros o estatuto formal de patrões das segundas. Apesar desta constatação, sem o assentimento, implícito ou explícito, dos donos, dos *patrões* das casas, como são frequentemente designados, são poucas as que se dispõem a ser abordadas pelos investigadores e menos ainda, as que decidem prestar-lhes colaboração. De facto, o medo de que *o patrão venha a saber*, o medo de que *o patrão não queira*, de que *o patrão não goste*, a presunção de que *o patrão pode ficar zangado*, têm-nos sido insistentemente repetidos por muitas das mulheres contactadas, em resposta às nossas solicitações para a realização dos inquéritos e das entrevistas.

Numa grande parte da área geográfica delimitada para efeitos da elaboração do presente texto, só nos últimos anos se vem registrando a instalação de actividades organizadas de prostituição feminina, ou seja, a abertura de clubes e, muito mais recentemente, a oferta de prostituição em domicílios. Pese embora a relativamente elevada taxa de expansão destes sectores, aos níveis regional e local, por enquanto apenas as instituições policiais e judiciais têm, de vez em quando, assinalado e dado sinais concretos destes factos. Fora disso, na zona do Minho funciona, de há alguns anos a esta parte, o Projecto “Auto-Estima”, o qual acabou por ser relevante, em primeiro lugar, para bastantes mulheres, como o confirmaram nas suas respostas, mas indirectamente também, em termos de pesquisa, para os investigadores na região do Minho no acesso às mulheres que recorriam aos serviços da “Autoestima”. A excepção deste projecto, aliás mais da iniciativa dos serviços locais da ARS, é o deserto quase absoluto de qualquer acção institucional, especificamente vocacionada para este campo social, mais em particular para o apoio às mulheres que para aqui vêm exercer a prostituição. Não achámos, por isso, no terreno qualquer outra organização, governamental ou não governamental, que se interessasse e desenvolvesse alguma espécie de iniciativa que incluísse estas mulheres como público-alvo, como, de resto, já vem acontecendo do lado espanhol, tanto em Castilla-León, como na Galiza.

Este vazio, em grande parte revelador da novidade do fenómeno da prostituição nestas zonas, traduziu-se, entre outros, na impossibilidade de recurso à intermediação facilitadora de agentes institucionais para acedermos às mulheres e para as inquirirmos e, conseqüentemente, reforçou a nossa dependência na zona de Trás-os-Montes em relação aos empresários para o podermos fazer.

Desde as primeiras incursões ao terreno da pesquisa pudemos apreender o carácter altamente volátil desta modalidade de prostituição (Ribeiro e Sacramento, 2002). Boa parte desta volatilidade geral do sector constitui, muito presumivelmente, um recurso para minimizar a visibilidade social do mesmo e, por consequência, para reduzir os riscos de detecção de ilicitudes legais ou de outro tipo que, não raro, convergem nas actividades de prostituição.

Por outro lado, a condição de imigrantes ilegais dum grande parte das mulheres que trabalham nos clubes e o estigma social que sobre elas recai ao serem aponta-

das como prostitutas são, desde logo, factores que as induzem a resistir ou mesmo recusar liminarmente ser entrevistadas. Remover este obstáculo é sempre difícil e muitas vezes é mesmo completamente impossível. Por outro lado, a constante errância destas mulheres, que mais à frente trataremos com mais detalhe, acabou por introduzir, no nosso trabalho de campo níveis muito elevados de incerteza e de imponderabilidade quanto ao apuramento de dados concretos, como mostraram as situações em que assentámos na garantia e no acerto de data e de lugar para se fazerem os inquéritos e, ainda assim, estes não aconteceram, porque quando lá chegámos já as mulheres se haviam transferido para outro sítio.

Consideramos que as dificuldades metodológicas são particularmente significativas não apenas no acesso aos informantes – algo que já esperávamos –, como também na criação junto deles de disponibilidade e à vontade suficientes para nos falarem abertamente de aspectos, directa ou indirectamente, relacionados com uma temática tão pessoal e íntima como é a saúde e as doenças.

Relativamente aos clientes, os principais obstáculos que se nos colocaram no estabelecimento dos primeiros contactos com eles decorreram sobretudo: (i) da desconfiança com que tende a ser encarado o nosso propósito de estudar a prostituição, quando eles próprios raramente se vêem como parte integrante e central do fenómeno e tenuemente vislumbram a possibilidade de poderem constituir objecto de investigação (Hart, 1998); e (ii) do receio de que o nosso trabalho pudesse, de algum modo, implicar a revelação da sua identidade, o que, a acontecer, lhes poderia trazer graves conseqüências pessoais e familiares.

2. O processo de observação e inquirição

Segundo de perto estratégias já largamente comprovadas nos mais diversos contextos sociais, o estudo é suportado por uma metodologia capaz de “superar (pseudo)dicotomias, oposições ou insuficiências de qualquer das dimensões tomada isoladamente” (Silva, 1998b: 231-32). Ou seja, pretende-se substituir a “fixação” numa única técnica ou metodologia por uma abordagem múltipla capaz de dar conta da variedade de lugares onde o trabalho de campo decorre, da diversidade de actores sociais envolvidos e da intrincada teia de relações sociais a escrutinar. Por outro lado, esta articulação entre diferentes métodos e técnicas também maximiza as possibilidades de escapar à tradicional divisão entre análise macro/análise micro, uma centrada nas estruturas, a outra na focalização quase que exclusiva nos actores sociais (Bader *in* Silva, 1998). Só desta forma se entende imaginável o trabalho de compreensão das estruturas, algumas de dimensão global, e das práticas levadas a cabo pelos actores sociais, incluindo aquelas que estão estreitamente relacionadas com os riscos e as doenças relacionadas com a prestação de serviços sexuais.

Salvaguardado, na medida do possível, o rigor metodológico, por via, entre outros, do recurso ao cruzamento de distintos procedimentos de pesquisa empírica e à correspondente triangulação dos dados, entendeu-se privilegiar os discursos dos

actores sociais, muito em especial os das mulheres, cujas estratégias e práticas quotidianas em contexto de trabalho, nomeadamente em termos de comportamentos de riscos e saúde, constituíram neste estudo específico o centro do nosso interesse.

O escasso conhecimento disponível sobre a temática proposta confere ao estudo um carácter de certa forma pioneiro. Tal situação impôs a adopção de uma estratégia inicial de tipo exploratório, que se destinou fundamentalmente a reunir elementos capazes de apontar e fornecer pistas, contornos, sugestões, dimensões e referências orientadoras para a construção do plano metodológico inerente ao problema e aos objectivos propostos.

Para se proceder à inventariação dos espaços de prostituição abrigada, os clubes como são chamados, diversos membros da equipa encarregaram-se de proceder a diversas saídas nocturnas, com o intuito de os identificar e observar. Para além dos espaços de trabalho – os clubes – os investigadores acederam ao contacto directo com as mulheres que exercem a prostituição, no sentido de as inquirir fosse indirectamente pela via do consentimento dos empresários e doutros mediadores, fosse directamente com as próprias mulheres noutros contextos, fosse ainda, sobretudo no caso da região minhota, a partir dos contactos estabelecidos com profissionais de saúde.

Apesar das lacunas e das dificuldades, considera-se que a observação directa do meio institucional se revela, sem prejuízo para o papel desempenhado pela inquirição por entrevista e por questionário, como um dos principais recursos metodológicos da equipa de investigação para aceder a uma compreensão dos problemas de saúde e doenças das mulheres que exercem a prostituição. Como argumenta Gil (2003: 111), ela facilita a descrição do meio institucional como um mosaico complexo de pessoas, com modos de olhar e práticas muito descoincidentes. Por outro lado, na esteira de Zonabend (1989), aspectos tão importantes dos indivíduos e das vidas quotidianas, tais como as emoções e dificuldades relacionadas com a problemática em causa escapam, amiúde, ao questionário rigorosamente planeado e meticulosamente aplicado, método não raro assumido mas de modo exagerado como “expressão superior” da observação dita objectiva.

De igual modo, a activação e a potenciação das relações sociais de investigação (Caria, 1999) junto dos clientes, à semelhança do que acontece com as mulheres observadas e inquiridas, foi um trabalho particularmente delicado e moroso. Como facilmente se poderá constatar na generalidade dos trabalhos de pesquisa realizados sobre o fenómeno da prostituição “there are enormous methodological difficulties associated with interviewing male clients” (McKeganey, 1994).

A entrevista semi-dirigida, enquanto técnica complementar da observação, foi utilizada na abordagem aos clientes. Como principais aspectos justificativos destacamos as dimensões de análise que procurámos explorar junto deles, nomeadamente o sentido que conferem aos seus comportamentos nos processos (inter)subjectivos de construção da identidade de género e as razões (geralmente veiculadas de forma meramente implícita) que estão por detrás da procura do sexo comercial. Trata-se de dimensões de análise para as quais a entrevista semi-dirigida, atendendo ao seu elevado potencial heurístico, está particularmente vocacionada.

No decurso destas entrevistas, pese embora termos agendado previamente um conjunto de tópicos a explorar, com uma determinada sequência que nos parecia lógica, foi dado sempre grande espaço para as/os entrevistadas/os desenvolverem o seu discurso, ainda que isso tenha implicado, em diversas ocasiões, a “subversão” da ordem do guião esboçado. Procurámos, na medida do possível, intervir pouco, formular perguntas concisas, com um alcance facilmente perceptível e com uma linguagem que fosse familiar aos entrevistados.

O trabalho de campo foi extremamente proveitoso para a recolha de elementos empíricos. A postura metodológica etnográfica que adoptámos,¹⁶ sustentada por um procedimento de observação-participante que implicou uma imersão (relativa) do investigador no contexto em estudo,¹⁷ possibilitou o acesso a uma grande quantidade e diversidade de informações, que, no final de cada ida ao terreno, foram registadas, sob o formato de narrativa, num diário de campo. Por outras palavras, o trabalho de campo operou a utilização “cruzada” de diversos instrumentos metodológicos – a triangulação, uma estratégia de utilização de diferentes modos de obtenção da informação.

¹⁶ Não é muito comum a utilização da metodologia etnográfica nos estudos sobre a prostituição, o que é estranho, se tivermos em consideração, como nota Hart (1998: 48), as suas inúmeras virtualidades na pesquisa sobre fenómenos sociais estigmatizados, bem como a sua eficácia na abordagem de temáticas no domínio da sexualidade (Bolton, 1992; Schwarzenbach, 1998). Os trabalhos de Arnold (1977), Ennew (1986), Nelson (1987) e Hart (1998) constituem algumas das poucas excepções.

¹⁷ Alguns autores defendem mesmo uma imersão social completa do investigador, como é o caso de Hammersley & Atkinson (1983: 94): “[...] not simply ‘passing’ as a member but actually *becoming* a member”.

Capítulo III

A prostituição em clubes:
caracterização e funcionamento

1. Localização e caracterização dos clubes

Nas zonas estudadas é relativamente grande o número de estabelecimentos, especialmente junto à linha de fronteira. Na área de Trás-os-Montes foram inventariados e observados 17 clubes,¹⁸ dos quais sete de implantação urbana e os restantes de localização peri-urbana ou rural. Já na zona do Minho contabilizaram-se, com base em observações próprias e informações de terceiros, cerca de três dezenas de clubes, não tendo a nossa equipa tido ocasião de os visitar a todos. Destes, só na cidade de Braga e arredores contam-se cerca de 20 casas onde se exerce a prostituição, situando-se o conjunto de estabelecimentos em zonas urbanas centrais, suburbanas e (semi)periféricas à cidade. De um modo geral, a localização das casas de prostituição parece orientada por uma preocupação de conciliar acessibilidade e privacidade, ou seja, ficarem situadas em locais aonde seja fácil chegar e que, tanto quanto possível, assegurem algum resguardo da identidade de quem as frequenta. Algumas ficam mais isoladas, enquanto que outras ficam mais próximas de áreas habitacionais, ou, nalguns casos, até mesmo aí integradas. Estas diferenças no *entorno* reflectem-se, inevitavelmente, nas suas dinâmicas internas, sendo que, entre outros, o funcionamento das que se encontram integradas em núcleos populacionais é bastante mais condicionado por constrangimentos impostos pelo meio, do que o das que estão isoladas. Pese embora este maior ou menor condicionamento do meio, o certo é que todas elas, como destaca um agente da PSP que, a nosso pedido, nos acompanhou nalgumas saídas nocturnas iniciais ao terreno, "*procuram não dar muito nas vistas*". De facto, deste modo, pôde ser mantida alguma distância e discrição, preservando a actividade do olhar e da arencção da sociedade e assegurando para mulheres, empresários e, sobretudo, clientes a necessária *invisibilidade* social. Só assim se conseguem manter em estado de latência os anticorpos sociais que continuam a rodear a prostituição. Para além do anonimato, conferido pela localização, muitos estabelecimentos accionam ainda estratégias de reforço da sua invisibilidade física.

¹⁸ Dos quais foram, recentemente, encerrados cinco, na sequência das intervenções policiais que se seguiram ao despoletar mediático do chamado movimento das mães de Bragança.

De facto, na maior parte dos casos, nem mesmo as características físicas exteriores denunciam a sua verdadeira natureza. Geralmente, apresentam-se como simples prédios de habitação, de construção não muito recente, projectados com outras finalidades que não a prostituição (por exemplo, moradias ou cafés). O rés-do-chão, ou pelo menos parte dele, encontra-se ocupado por aquilo que, no exterior do edifício, é enganosamente identificado como café, cervejaria, bar, *pub*, discoteca, ou mesmo “vinhos e petiscos”, designações comerciais que, quase sempre, correspondem às que foram atribuídas aquando do licenciamento. Nalguns casos, tal como se constatou em cinco estabelecimentos, não é exibida qualquer tipo de designação comercial exterior. Contudo, alguns deles têm afixados minúsculos reclamos, nos quais consta apenas o respectivo nome do local e, num outro, a designação *pub*, mas no seu interior. Nem mesmo a iluminação exterior contribui para atenuar o acentuado défice de identificação e, de alguma forma, indiciar a prática de prostituição. Na zona de Trás-os-Montes somente encontramos quatro estabelecimentos com iluminação em néon, de que lhes resulta uma maior visibilidade física e, por inerência, social. Na zona do Minho, particularmente na zona transfronteira Villa Nova de Cerveira-Valença-Tuy é mais visível nalguns clubes alguma iluminação em néon com cores indiciadoras das nacionalidades das mulheres que trabalham no respectivo clube.

Os espaços prostitutionais observados são, a todos os títulos, muito variados: desde o pequeno “clube” decadente, a funcionar numa moradia que em tempos terá servido de habitação familiar, passando por espaços mais ou menos dissimulados dos mais diversos perfis arquitectónicos, até outros, poucos, que foram instalados em edifício construído a pensar já na prestação de serviços de sexo mercantil. De certa forma, as diferenças observadas correlacionam-se com o desigual sucesso dos seus proprietários, o nível sócio-económico da zona onde se localizam, o segmento de clientes que pretendem ou podem captar.

O tipo de espaço prostitutional influencia, ainda que de modo não determinante, as condições de trabalho das prostitutas, as quais estão estritamente relacionadas com aspectos como: (i) a disposição, a iluminação (interior) e o mobiliário do espaço público, o chamado “bar”, onde os clientes bebem, assistem, em alguns casos, a *shows* eróticos e estabelecem a interacção com as mulheres, incluindo a negociação para a eventual “subida”; (ii) o conforto dos quartos, incluindo as condições de higiene por eles proporcionados; (iii) o tipo de alojamento e alimentação, quando elas são garantidas pelo estabelecimento.

Em regra, os lugares prostitutionais possuem um espaço de conversa e interacção, que é o bar. Para muitos clientes, este é um espaço privilegiado e, não raro, o único por onde passam, conversam e bebem, ao mesmo tempo que pagam uma “copa” a alguma companheira do momento. A entrada para o bar faz-se usualmente através de um pequeno *hall*, que tem como principal função desencorajar a curiosidade de eventuais *mirones*. Na maioria dos estabelecimentos desta zona a entrada é regulada por porteiro ou segurança, que só abre a porta exterior à medida que chegam os clientes. Estes, ou tocam a campânha, ou são previamente visualizados e identificados através de câmaras de vigilância exterior instaladas nalguns clubes, o que per-

mite evitar um ou outro cliente considerado indesejável e, acima de tudo, inviabilizar o efeito surpresa de eventuais rusgas policiais. Para além de vigiarem e controlarem as entradas, os porteiros e seguranças procedem também à entrega de cartões de consumo. O espaço do bar dos clubes, amplo nalguns locais e acanhado noutros, apresenta configurações muito distintas. Contudo, podem reconhecer-se algumas tendências ou até mesmo padrões. A decoração é, de um modo geral, pouco apurada, resumindo-se, basicamente, a alguns quadros estampados, nos quais predominam figuras femininas, numa estética com elevada carga sensual e erótica.

Como elemento marcante do bar, temos o balcão ou “barra”, mais ou menos extenso. Aqui se fornecem as bebidas, aqui mulheres e clientes dialogam e negociam eventuais subidas, aqui e daqui se controlam os movimentos e os comportamentos dos presentes, em especial das mulheres. O balcão encontra-se quase sempre disposto de forma a evitar, na medida do possível, que os clientes se apinhem para tomar as suas bebidas, o que iria causar alguma perturbação e dificultar o entabular de conversa por parte das mulheres.

Como é habitual também em bares e discotecas não pertencentes ao meio prostitutional, a iluminação é assegurada por artefactos mais ou menos sofisticados, complementada pela presença constante de música gravada. Em concordância com o tipo de serviços prestados e as expectativas dos clientes, a iluminação é difusa, marcada pela presença de lâmpadas “negras” e outras que podem alterar de forma considerável o julgamento que cada um faz dos rostos e dos corpos que observa, quase sempre no sentido da valorização estética e sobretudo erótica. Contudo, nalguns destes estabelecimentos, principalmente os mais recentes, além de áreas de penumbra, ocupadas sobretudo por aqueles que estão mais interessados nos serviços sexuais, têm também zonas com uma iluminação aceitável, mais destinadas ao convívio de grupos de amigos que utilizam o local como mero espaço de convívio e lazer.

O tipo de música varia, ainda que predominem os registos melódiosos mais suasves e adequados ao despertar de estímulos libidinosos e os sons latino-americanos, tão do agrado das mulheres provenientes destas geografias.

Alguns destes espaços, sobretudo os de maior dimensão e orientados para a captação de clientes com superiores recursos económicos, estão equipados com pequenas áreas para espectáculos eróticos ao vivo. O elemento central desta área é o poste, em torno do qual as mulheres executam as suas coreografias eróticas.

Em quase todos os clubes, o acesso do bar para os quartos faz-se, geralmente, pelo interior do edifício. Quando este tem apenas um piso, o acesso das mulheres e dos clientes é feito através de uma porta que dá para um corredor onde se encontram os quartos. No caso de ter mais pisos, é feito por escadas interiores que se iniciam num pequeno *hall* ao qual se acede através de uma saída discreta, ou mesmo camuflada,¹⁹ do bar. Noutros poucos casos, a ligação bar/quartos é feita pelo exterior: os clientes e as mulheres saem para a rua e voltam a entrar no mesmo edifício, ou num outro anexo, onde se encontram os quartos. Forja-se, assim, uma imagem de inde-

¹⁹ Para tal são frequentemente utilizadas estruturas em madeira que se assemelham a biombos.

pendência entre o bar e o local de prestação dos serviços sexuais, constantemente reiterada no discurso dos proprietários / “empresários”, que assim, procuram acautelar a identificação do seu envolvimento directo nos benefícios financeiros do negócio da prostituição. Como um deles argumentou: “O bar, estas quatro paredes, são da minha responsabilidade, agora, o que se passa lá em cima [quartos], já tem que ver com as mulheres... e com eles [clientes]. Isso já são coisas deles! Nem há ligação directa daqui para lá” (proprietário de clube, 42 anos). Registámos ainda num pequeno número de clubes (três, todos do lado português) uma terceira “modalidade de acesso” aos quartos, que se constitui como uma espécie de híbrido das duas anteriores, ou seja, as mulheres utilizam um acesso interno e os clientes um externo. Deste modo, as *subidas* tornam-se mais discretas e ainda mais esvaziadas de conotação prostitucional.

A qualidade dos espaços onde são prestados os serviços sexuais é muito desigual, mormente em termos de condições de higiene. De facto, a qualidade dos quartos, incluindo a sua decoração e iluminação, não obedece a um único padrão, conquanto possamos encontrar elementos comuns a todos eles. Ficam, na maior parte dos casos, situados nos andares superiores dos estabelecimentos. Daí a metáfora *subir*, utilizada para se fazer referência à relação sexual entre a prostituta e o cliente.

O seu conforto e estilo estão estreitamente relacionados com o nível geral das instalações. Em alguns casos, podem funcionar como o aposento pessoal da mulher, situação que raramente é olhada com satisfação. Na sua configuração mais habitual, cada quarto é composto de uma cama, mobiliário diverso de apoio, nomeadamente mesinhas de cabeceira e armários, de grande utilidade quando ele serve também de espaço de repouso da mulher, e lavabos. Estes são compostos por lavatório, bidé e, nalguns casos, chuveiro. Praticamente todos os quartos têm acesso a uma ou duas casas-de-banho de serventia geral.²⁰ Todos estão equipados de água quente e aquecimento, aspecto particularmente importante quando se trata de lugares localizados em regiões com invernos rigorosos, com as temperaturas mínimas nocturnas a descerem com frequência abaixo de zero graus.

Na região do Minho, alguns donos destas casas também possuem discotecas ou bares convencionais para onde enviam, durante o tempo livre ou de trabalho das mulheres, as suas mais recentes “aquisições”. Estas mantêm-se tacticamente por algum tempo na respectiva discoteca, eventualmente acompanhadas, de forma discreta, por algum segurança do clube ou por algum cliente de maior confiança. Estas mulheres recém-chegadas, constituindo pela sua juventude, beleza e sensualidade autênticos “chamarizes” volantes e ao vivo nessas discotecas, acabam por atrair homens que, quando tentam consumir a aproximação, elas replicam que, se gostam delas, poderão acompanhá-las ou visitá-las em determinado clube – justamente o do seu patrão. Estes bares e discotecas funcionam, assim, como “montras” onde os donos expõem o “material” e as “novidades” que têm para oferecer nos respectivos bordéis.

Em regra, nestes clubes, o período de trabalho começa entre as 20.30h e as 21.00h, podendo prolongar-se até às 4.00h do dia seguinte, até às 5.00h ou 6.00h, nos

²⁰ Exceptuam-se dois estabelecimentos, em que os quartos se encontram nas traseiras do espaço do bar, invariavelmente situado no rés-do-chão, juntamente com as respectivas casas de banho, e alguns anexos para arrumações.

fins-de-semana. Somente detectámos uma única excepção a este horário. Trata-se de um estabelecimento que se encontra licenciado como casa de pasto, “*casa de comes e bebes*”: é o bordel mais antigo em funcionamento em toda a área delimitada; é propriedade de uma mulher, a qual é também a gestora do negócio. Este estabelecimento funciona, em regime diurno, das 9.00h às 19.00h, de acordo com o tipo de licenciamento de que usufrui. À parte este caso excepcional, é o regime nocturno que vigora nos clubes. Para as mulheres que neles trabalham trata-se de um período laboral relativamente longo, raramente inferior a seis horas, sobretudo nas noites de maior movimento, no qual o tempo ocupado com a prestação de serviços sexuais quase nunca excede a metade do período de trabalho. Quer dizer, as mulheres passam a maior do seu tempo no bar, circulando por este espaço, em busca de clientes interessados, abordando-os e dialogando apenas o suficiente para se certificarem do interesse destes em *subir*.

Os clubes, em geral, têm em vigor um conjunto de regras, muitas vezes sob a forma de regulamento interno ao qual as mulheres estão sujeitas. Nele se definem as condições remuneratórias, horários, períodos de descanso, comportamentos e modos de relacionamento com os clientes. Por norma, elas estão sujeitas a períodos de trabalho semanal de seis dias, com direito a um dia de folga a ser gozado obrigatoriamente fora das noites de maior afluência de clientes (sexta, sábado e domingo). Há excepções a este padrão, com clubes a concederem folgas noutros moldes, por exemplo, só de 15 em 15 dias ou, em casos mais raros, quando a mulher quiser, desde que avise com antecedência. Fora das folgas autorizadas e das ausências por motivo comprovado de doença, as faltas ao serviço são, na generalidade dos clubes, punidas com multas que podem variar entre os 40 e os 200 euros diários, consoante as razões que as justificam.

2. As mulheres que trabalham nos clubes: predomínio de estrangeiras e imigrantes ilegais

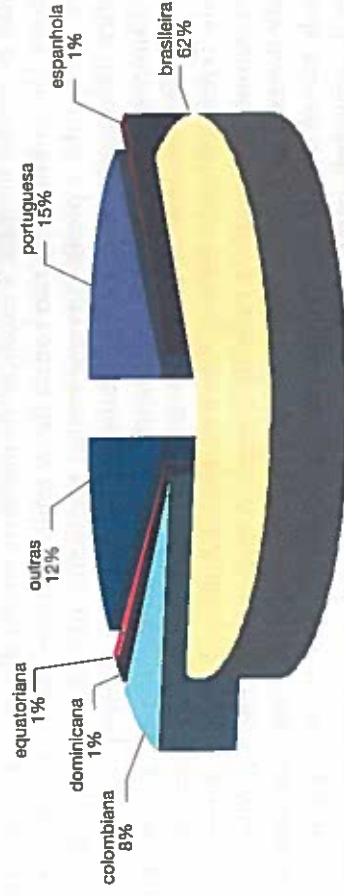
Nos clubes que temos vindo a observar, as mulheres portuguesas parecem estar a tornar-se uma categoria bem menos significativa ou mesmo relativamente residual. Com maioria de razão se pode afirmar no tocante a mulheres estrangeiras do espaço da União Europeia, no qual, à excepção de mulheres vindas de países de Leste recém-chegados à União Europeia, não consta haver mulheres providas de países centrais e mesmo de Espanha a prestar serviços sexuais mercantis, não obstante a proximidade geográfica. Não constam, portanto, mulheres providas dos quinze países centrais da União Europeia, o que suscita obviamente uma questão pertinente, que se prende, entre outros factores, com as condições de vida das mulheres destes países face aos do chamado Terceiro Mundo (África, Ásia e sobretudo América Latina) e outros semiperiféricos europeus sobretudo a Leste da Europa. A melhoria dos níveis médios de vida registada nestes países da Europa comunitária e, em particular, nos mais desenvolvidos, onde não só o crescimento económico e a multiplicação de empregos nos vários sectores de actividade como as fontes de subsistência, subsídios e outros esquemas de

protecção social pela via estatal fizeram sustentar a entrada de mulheres nacionais na prostituição.

Em contraposição à situação das mulheres nacionais e estrangeiras residentes nestes países e beneficiárias destas fontes de rendimento e esquemas de segurança social, temos cidadãos/as e, neste caso em apreço, mulheres vivendo em países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento que são penalizadas por situações de pobreza e exclusão social agudas, operando em economias informais e/ou de subsistência mas incerta, em empregos precários e mal remunerados, apesar de algumas delas deterem certos graus intermédios de habilitações literárias. Todas estas situações, engendradas por diferentes níveis de desenvolvimento e troca desiguais, bem como os fossos de desigualdades sociais e regionais entre países do centro e países (semi)periféricos na actual economia-mundo globalizada, não deixam também de (re)produzir os seus efeitos nos fluxos migratórios e, subsequente e obviamente, no específico domínio da prostituição a nível internacional. São, portanto, as regiões e os países (semi)periféricos da Ásia, da África e da América Latina que, no actual contexto de globalização, constituem áreas privilegiadas de recrutamento de mulheres, em regra, em situação de pobreza, vulnerabilidade e carências de vários ordens e, por isso, pressionadas a encontrar respostas, mais ou menos urgentes, de sobrevivência. Daí a extraordinária diversidade de proveniências das mulheres que, actualmente, alimentam a actividade da prostituição nos países mais desenvolvidos da América do Norte, do Centro e Norte de Europa e, sobretudo nas últimas décadas, os países mediterrânicos, inclusive países semi-periféricos como Portugal.

Descendo de novo aos territórios fronteiriços em estudo, a oferta actual, ao que pudemos apurar, é de longe constituída por mulheres de origem latino-americana, mais em concreto, brasileiras, colombianas e dominicanas, as primeiras constituindo, de longe, o grupo mais representativo. Fora destas três nacionalidades, mas com uma representatividade incomparavelmente menor, encontram-se também mulheres de origem africana, nomeadamente nigerianas, angolanas e guineenses. Como podemos observar (Figura 1 – Nacionalidade das inquiridas), a larga maioria das inquiridas são de países extra-comunitários, com particular destaque para as provenientes do Brasil.

Figura 1: Nacionalidade das inquiridas



n = 142

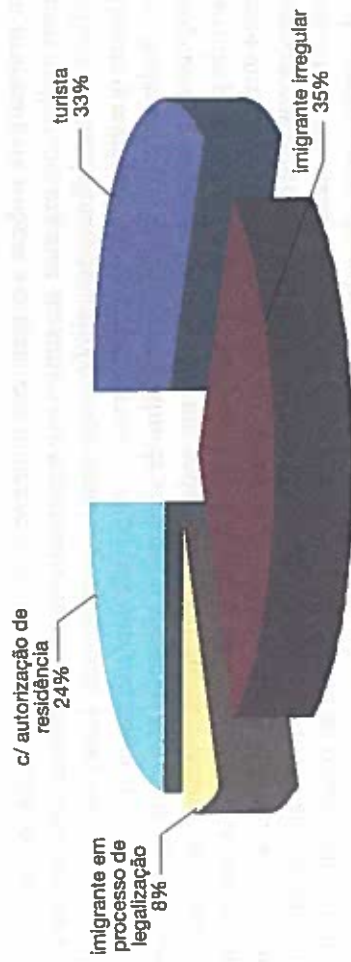
A título de curiosidade, refira-se que, em determinadas zonas, como a de Valença, no Minho, algumas casas adoptaram mesmo uma sinalética luminosa exterior própria para indicar a origem das mulheres que têm ao serviço. Assim, luzes azuis ou vermelhas no exterior de uma casa significam que esta oferece uma mistura de mulheres colombianas, espanholas, nigerianas e portuguesas. Luzes amarelas e verdes indicam que há, sobretudo, brasileiras.

A data de realização do trabalho de campo, a presença de mulheres do Leste europeu, que hoje em dia e de forma cada vez mais notória povoam os principais pólos de prostituição nos países do chamado primeiro mundo era ainda muito incipiente em clubes de prostituição sediados nestes espaços. As mulheres nacionais que encontramos nos clubes implantados nestes espaços transfronteiriços apresentam, no geral, um perfil etário mais elevado que a média das estrangeiras, o que indicia tratar-se de profissionais que se encaminham para o final de carreira.

A esmagadora presença de mulheres latino-americanas por estas paragens é justificada no meio, entre outros, também pelo enorme atractivo que elas suscitam entre a actual procura nestas regiões. Com efeito e como verificamos ao longo do trabalho de campo, as actuais orientações de escolha dos clientes parecem, por agora, concentrar-se maioritariamente nas mulheres de origem latino-americana, mais em concreto e como deixámos dito, brasileiras, colombianas e dominicanas, por serem “mais carinhosas”, “mais permissivas”, “mais comunicativas”, “mais desinibidas” “mais expressivas”, “mais abertas”, “mais calorosas” e “mais meigas”, para citar apenas algumas das expressões mais correntemente invocadas como justificação das preferências por agora dominantes entre os clientes destas zonas. A facilidade de intercomunicação propiciada pela comunidade ou similitude linguísticas representa um contributo importante para a consolidação destas preferências.

Embora, conforme apurámos em estudo anterior, (Ribeiro *et al.*, 2005) as mulheres estrangeiras venham dirigidas para o exercício da prostituição em clubes e similares, ou seja, reconhecendo-se como migrantes com um projecto laboral relativamente definido, a sua entrada nos países europeus de chegada é registada, em norma, como turistas. Nessa qualidade beneficiam de um visto de permanência legal de curta duração – em regra à volta de três meses. Caducado o visto de turista, algumas – uma minoria – optam por empreender retiradas tácticas, isto é, saem do espaço por onde, com aquele visto, têm entretanto podido circular, para regressarem mais tarde e obtem, assim, um novo visto. À grande maioria, contudo, não restará senão a permanência, dado não dispor, de todo, de condições para o regresso. Com efeito, em três meses são muitas as que não tiveram ainda tempo para pagar totalmente a dívida da vinda; para quase todas, a satisfação das necessidades e a realização de todos os objectivos que associaram a esta vinda estão ainda longe de ser cumpridos. Entredadas nesta trama passam à condição de imigrantes ilegais, uma situação em que se encontra praticamente a maior parte das mulheres estrangeiras que exercem a prostituição nos clubes das áreas observadas.

Figura 2: Situação de permanência perante a lei



n = 103

3. O funcionamento dos clubes: práticas e estratégias

O tempo de trabalho das mulheres é vivido entre o bar, o espaço público de interação com os clientes e os quartos, onde prestam os serviços sexuais. Qualquer “subida”, quer dizer, qualquer serviço sexual é precedido de um diálogo preparatório com o cliente, que não excede, em regra, os 15 a 20 minutos. A iniciativa deste contacto inicial parte, em regra, das próprias mulheres e será tanto mais delas quanto maior for a competição entre as que, em dado tempo, prestam serviço no mesmo clube. Ao mesmo tempo que se combina o tipo de serviços a prestar, a mulher e o cliente entram num jogo erótico marcado pela troca de olhares, palavras e gestos, sobretudo dela para ele, cujo objectivo é estimular o desejo e preparar o cliente para a “subida”. Por vezes, esta fase é marcada por alguma tensão, quase sempre relacionada com certos desejos do cliente aos quais a mulher não se mostra receptiva. De facto, se a penetração vaginal, o *fellatio* e o *cunnilingus* são considerados como práticas rotineiras, não se traduzindo na sua rejeição por parte da mulher, já a penetração anal e outros serviços sexuais considerados mais “exóticos”, tais como a manipulação anal do cliente através do recurso a artefactos sexuais, como pénis artificiais, esferas e outros objectos com apidação erótica e sado-masoquista, suscitam alguma discussão e reserva. Não estando pela norma e pelo costume obrigadas a prestá-los, são muitas as mulheres que a eles se escusam. Quando acedem, normalmente tais práticas implicam o pagamento de uma importância adicional que vai directa para o seu próprio bolso.

À mulher compete tomar a iniciativa da abordagem, dirigindo-se ao cliente, a qual é, em regra, precedida por uma avaliação genérica do mesmo, em termos de aspectos visualmente apreensíveis – aparência física, idade aproximada, eventual estado de embriaguês –, de que resulta o que pode ser considerado como um primeiro exercício de triagem.

As mulheres aproveitam ainda os primeiros momentos da abordagem para, de forma insuspeita, confirmar se os clientes reúnem as condições consideradas adequadas para elas lhes prestarem serviços sexuais. De facto, muitas delas escolhem o tipo de clientes com quem sobem. De modo assaz recorrente, a maioria delas recusa-se a prestar serviços sexuais indiscriminadamente, ou seja, a todo o tipo de cliente. Entre as principais razões para as recusas encontramos a sujidade, a falta de higiene, a idade avançada e o estado de embriaguês.

Um outro foco de perturbação entre a mulher e o cliente gira em torno do preventivo, que funciona também como instrumento de concorrência e de discórdia entre as próprias mulheres. Se todas elas declararam que se trata de um objecto de uso inquestionável no relacionamento sexual com os clientes, muitos destes insistem em não o utilizar, numa ostensiva violação das elementares regras de segurança sexual.

Acordado com o cliente o tipo de serviços a prestar, este é pago adiantadamente, após o que a mulher e o parceiro se dirigem ao quarto. Por estar habitualmente situado na parte superior do estabelecimento, “vamos subir” é uma das expressões mais usadas no diálogo estabelecido no bar com os clientes. Para estes, melhor dito, para qualquer frequentador da noite, mesmo quando não implica a fruição de serviços sexuais, a “subida” tem um significado preciso, sendo preferencialmente usada, em detrimento de outras expressões também correntes, algumas mais directas, com forte conteúdo sexual e, não raro, de recorte reconhecidamente grosseiro.

Cada “subida” tem uma duração máxima estipulada de 25 a 30 minutos, com uma tolerância de 5 minutos, “para ambos se vestirem”. No entanto, o serviço normalmente não esgota o tempo pago, terminando com o orgasmo do cliente. Aliás o “despacho” do cliente é altamente valorizado pela generalidade das mulheres. Gastando menos tempo com cada cliente, significa, no plano teórico, poder atender mais e facturar mais por noite. Quando por qualquer razão o tempo regulamentar é excedido as implicações financeiras são variáveis. Por vezes o cliente terá de pagar o equivalente a nova subida; em alternativa a mulher paga ao proprietário do clube a fracção que lhe pertence pela disponibilização do quarto, podendo os clientes ficar isentos de qualquer encargo adicional.

Os serviços a prestar aos clientes são pagos antecipadamente. Depois de concluídas as negociações sobre o(s) serviço(s) sexual(ais) a prestar, os clientes têm, obrigatoriamente, de efectuar a liquidação antecipada do custo da *subida*. Sem este sistema de pré-pagamento poderia acontecer que alguns deles, alegadamente por não terem ficado satisfeitos, se recusassem a pagar. Criar-se-iam, deste modo, situações particularmente problemáticas para os lesados – as mulheres e os donos dos clubes –, “impedidos” que estão de apelar à intervenção das autoridades policiais e judiciais: as primeiras pela sua condição de imigrantes ilegais, quase sempre; os segundos porque isso seria uma forma de se auto-identificarem como beneficiários da prática organizada da prostituição e, conseqüentemente, de se auto-incriminarem.

Por norma, há uma certa dissimulação ou ocultação do pagamento da *subida*. Alguns clubes têm um empregado, que, além de recolher os pagamentos e anotar os *passes* de cada mulher, também lhes faculta a chave do quarto e o *kit* para a

prestação do serviço sexual, composto pela *sábana* (lençol descartável para a cama), preservativos e, por vezes, toalhetes de papel. Noutros clubes, porém, é à própria mulher que o cliente efectua o pagamento, após o qual ela volta a entrar (sozinha) no bar para, discretamente, entregar o dinheiro ao empregado de balcão/*camarero*, que, por sua vez, lhe entrega uma bolsa com o *kit* de higiene e regista a respectiva *subida*.

As possibilidades de obtenção de rendimento, por parte das mulheres, não se esgotam na prestação de serviços sexuais durante o período ordinário de trabalho no clube. De facto, para a composição final dos rendimentos destas mulheres concorrem também as remunerações auferidas pelo consumo de bebidas oferecidas pelos clientes, nomeadamente espumantes e bebidas brancas e a prestação de serviços sexuais fora do horário de serviço, nos seus apartamentos, caso não habitem no bordel, ou em motéis e outros alojamentos hoteleiros, eventualmente no carro do cliente. Em suma, as condições remuneratórias obedecem a um padrão quase comum neste tipo de bordel. Trata-se do trabalho flexível à tarefa, quer dizer, à “subida”, complementado com os ganhos proporcionados pelo pagamento de bebidas por parte dos clientes angariados, em regra 50% do seu valor de venda.

4. A rotatividade das mulheres como dimensão co-estruturante da prostituição em clubes

De acordo com observações feitas no âmbito do trabalho de campo, a rotatividade das mulheres que constituem a oferta dos clubes é uma nota dominante do funcionamento dos mesmos. As mulheres, em geral, circulam de forma mais ou menos intensa entre os diversos estabelecimentos e, conseqüentemente, entre diferentes territórios. A sua ligação aos estabelecimentos e aos lugares tem, por norma, um carácter temporário e, na maior parte dos casos, recorrente.

Esta mobilidade das mulheres serve, em primeiro lugar, os empresários e os seus objectivos de gestão dos respectivos negócios, tendo em vista não só atender à variedade da procura – aos gostos, motivações e expectativas diferenciadas dos clientes –, mas também responder às suas exigências de caras novas e diferentes, o que obriga à renovação periódica da “oferta”. Assim, a elevada rotatividade das mulheres pelos lugares decorre, basicamente, da necessidade que os clubes têm, por imperativos de competitividade, renovar periodicamente a oferta e, com isso, prevenir situações de saturação dos clientes e estimular a sua curiosidade e a sua reconhecida apetência por “novidades”.

Mudar regulamentarmente de local, circular entre um clube e outro, entre um e outro lado da fronteira e mesmo entre os vários países europeus de acesso não vigiado, constitui, porém, para estas mulheres, na sua esmagadora maioria estrangeira, uma estratégia para despistarem e iludirem a vigilância das autoridades, para reduzirem as probabilidades de serem detectadas e, conseqüentemente, para potenciarem a sua sobrevivência como imigrantes irregulares, situação na qual se encontra a maior parte delas.

A sua passagem pelos lugares é, em regra, de tempo limitado, de duração irregular e aleatória na maior parte dos casos, por períodos previamente fixados, como acontece, por exemplo na maioria dos clubes espanhóis, em que cada estadia, ou *plaza* na designação local, corresponde a 21 dias, ou seja, o tempo que medeia entre menstruações mensais, tornando-se assim ainda mais patente o objectivo da rentabilidade dos serviços sexuais das mulheres.

A circulação de mulheres, surgindo algumas vezes enquadrada dentro de acertos estabelecidos entre empresários, aparece contudo muito mais frequentemente como resultado, sobretudo quando do saldo das dívidas iniciais, da própria iniciativa e decisão, relativamente livre e assumida, das próprias mulheres. Com efeito, é corrente que nos tempos imediatamente a seguir à sua chegada a Portugal as mulheres fiquem, por força do compromisso da dívida que lhe é apresentada, pelo empresário que lhes financiou as despesas da viagem, sujeitas a uma série de restrições à sua liberdade e, sobretudo, à sua mobilidade, incluindo nalguns casos a apreensão dos próprios documentos pessoais. Trata-se, como repetidamente nos tem sido dito pelos empresários, de garantir o cumprimento integral da dívida da viagem, a qual, em regra, multiplica duas ou três vezes os custos reais da mesma, e não tanto, como aliás pode parecer e é comumente presumido, de assegurar por força e coacção a disponibilidade de “mão-de-obra” para o negócio, um argumento que alguns dos empresários com quem falámos rebatem com base na constatação do elevado número de mulheres que vêm e, mais significativo, das que estão dispostas a vir trabalhar neste lado do mundo, ainda que seja para a prostituição. Assim – dizem – não vale a pena prendê-las para obrigá-las a trabalhar neste ou naquele clube, pois, normalmente, “quando uma se vai embora, há logo três ou quatro para o lugar dela!” (empresário da zona de Bragança), um argumento que aparece replicado nas palavras das próprias mulheres: “nadie nos engaña ni nos obliga a venir. Desgraciadamente nuestros países son pobres y hay cola de voluntarias” (mulher latino-americana in *La Vanguardia*, de 5/3/2000 citado in Navarro *et al.*, 2001: 68).

Ultrapassado, porém, o “acerto de contas”, as mulheres e outros agentes do meio igualmente inquiridos coincidem, largamente, em afirmar que elas readquirem uma relativa liberdade de acção e de movimentos, com base na qual constroem e concretizam os seus circuitos de trabalho, tal como refere um gerente de clube da zona de Bragança: “Cá [do lado português da fronteira] acontece o seguinte: se a mulher tem de pagar uma passagem, vem para aquele clube e, enquanto não pagar a passagem, não sai de lá ...o patrão preocupa-se que ela vá embora sem pagar... A partir daí [depois de ter pago], cada um é livre”.

Saldados os compromissos financeiros da viagem que as trouxe até à Europa as mulheres põem em prática esquemas de trabalho caracterizados por mudanças regulares de local de actividade, pautados, como já dissemos, pela procura de despistagem das autoridades policiais e da imigração, mas também pela busca de melhores condições materiais de trabalho e outras razões imediatas. Embora a circularidade seja, pelas razões acima indicadas, uma dimensão co-estruturante da prostituição de clubes que observámos, a frequência com que as mulheres mudam, assim como as motivações ou

razões imediatas que orientam as decisões de mudança e a opção por um novo clube são muito diversificadas. Na maioria dos casos, a circulação entre clubes, nomeadamente das mulheres latino-americanas, é feita por sua exclusiva conta e risco, tendo em vista a realização de objectivos diversos: pessoais, familiares, profissionais, presentes e futuros. Entre estes, destacam-se:

[...] a busca de melhores condições materiais de trabalho; a aproximação a uma ou outra colega a quem se sentem mais ligadas, seja por simples laços de nacionalidade comum, seja por companheirismo e amizade; e, mais raramente, mas nem por isso menos importante, meras razões de curiosidade, vontade de conhecer novos ambientes e espírito de aventura (Ribeiro e Sacramento, 2002: 210).

Esta errância sistemática converte as mulheres prostitutas em permanentes migrantes, pessoas que estão em constante movimento (Agustin, 2002; Helm, 2002). Por isso deixam simplesmente de ter um lugar para viver, seja uma casa, uma cidade, ou um país, embarcando num modo de vida nómado desraizado, errático, feito de sucessivos períodos de apenas alguns dias de estadia em diferentes cidades, vilas e aldeias, em diferentes alojamentos e clubes. Nesta sucessão de tempos curtos, quebrados e alternados, os únicos elementos permanentes são as suas malas, que, como nos dizia uma das entrevistadas, “nunca se desfazem. Estão sempre feitas, prontas para a próxima partida”. Neste modo de vida, o sentido de pertença, a identificação pessoal com um contexto específico de vida e de trabalho duráveis ficam suspensos ou adiados e tendem a ser substituídos por um sentimento de transitoriedade, de provisório, de “estar apenas de passagem”, um sentimento que, no discurso das mulheres entrevistadas, invariavelmente ecoa associado também à formulação de intenções em relação à sua própria estadia na Europa e ao exercício da prostituição.

Capítulo IV

Mulheres que exercem a prostituição: riscos, doenças e agência

1. Questionando o potencial epidemiológico da prostituição abrigada

Os discursos sociais mais comuns em torno das práticas institucionais (re)produzem, de modo frequente e recorrente, estereótipos que se traduzem na associação das mesmas à propagação de DST. A emergência e a posterior disseminação da imagem social da prostituição como autêntico flagelo epidemiológico e a consequente consolidação da identidade sexual das mulheres prostitutas como “poluentes” e marginais foram fortemente impulsionadas pelos discursos médicos, psiquiátricos e criminológicos sobre a sexualidade, durante o século XIX (Walkowitz, 1991; Parent e Coderre, 2000). Decorridos dois séculos e numa altura em que a SIDA vem ganhando proporções preocupantes, a imagem social da prostituição como perigoso foco epidemiológico transmite uma subliminar ou mesmo explícita imputação de velhos estereótipos e estigmas, mantendo-se, nas novas configurações sociais, bem actual: “AIDS has been used to reinforce beliefs that prostitute women are unclean, immoral and spread diseases” (Robson, s.d.: 3) ou como Obando sublinha, “tradicionalmente se habla de las trabajadoras sexuales bajo el estigma de las prostitutas víctimas que están marginalizadas y transmiten el VIH/SIDA” (2003:1). Reproduzindo claramente esta imagem, o dirigente das “Famílias de Braga” proferiu um comentário que é claramente revelador daquilo que é a imagem social mais comum sobre o potencial epidemiológico da prostituição: “Como é que se pode lutar contra a SIDA, a hepatite e outras doenças sendo a prostituição legal?” (*Público* 11-12-2002: 43).

A prostituição é vista como um foco de poluição/contágio, não tanto pelo facto de haver um conhecimento fundamentado sobre um qualquernexo causal, particularmente relevante, entre a prestação de serviços sexuais e a propagação de DST, mas, acima de tudo, porque ela põe em causa os valores dominantes que regulam a sexualidade feminina. A visão social do sexo comercial como responsável pela propagação de doenças é profundamente estereotipada e, por isso, insensível aos distintos tipos e configurações do fenómeno (prostituição de rua, prostituição abrigada, toxicodependência-prostituição, etc.) e aos diferentes graus de risco epidemiológico que lhes estão associados. Para o contexto em que decorreu o nosso estudo é claramente uma imagem

inadequada, já que a prostituição abrangida, tanto quanto pudemos apurar sobre as atitudes e posicionamentos das mulheres vertidos nos inquéritos e nas entrevistas dadas, não constitui um foco particularmente destacado e relevante de propagação de DST. Com efeito, não existem elementos empíricos suficientemente consistentes, como vemos, que nos permitam estabelecer uma conexão sustentada entre a prostituição e o aumento da incidência de DST. No decurso da pesquisa de terreno, apenas tivemos conhecimento de duas mulheres prostitutas seropositivas. Ambos os casos têm um denominador comum: a toxicod dependência, antes e durante o período em que trabalharam no meio prostitucional. Para elas, a entrada na prostituição resultou apenas e só da necessidade de assegurar proventos económicos para a aquisição de estupefacientes. Os seus comportamentos de risco estão relacionados com o consumo de drogas por via intravenosa, nomeadamente através da partilha de seringas usadas, e com a própria prestação de serviços sexuais. Aqui, frequentemente acediam às solicitações dos clientes para a não utilização do preservativo devido à extrema urgência em angariar dinheiro para a droga. Assim sendo, julgamos plausível que se estabeleça um nexo de causalidade entre toxicod dependência e SIDA, mas já não entre prostituição e SIDA, pelo menos para os contextos do sexo mercantil por nós observados ou semelhantes. Bernstein (1993) destaca mesmo que a infecção através do HIV é praticamente inexistente entre as prostitutas não toxicod dependentes. A este propósito, a posição de Costes (2001) é elucidativa:

On constate qu'avec la toxicomanie s'est instituée une ligne de partage, un clivage au sein de l'univers de la prostitution, soit entre "professionnelles" et "occasionnelles", soit entre "traditionnelles" et les "autres". [...] Les prostituées toxicomanes sont souvent plus jeunes, voire très jeunes. Le besoin d'argent pour se procurer de la drogue est souvent bien plus important que la nécessité de se protéger lors des rapports sexuels. L'encore, beaucoup de clients en sont conscients et pourront diminuer le prix de la passe ou refuser l'usage du préservatif. [...] Les associations notent néanmoins que les personnes qui ne s'injectent pas de drogue contractent moins le virus du SIDA. Dans la plupart des pays européens, des recherches ont montré que parmi les prostituées qui ne s'injectaient pas de drogue, on enregistre un faible taux d'infection du VIH et la plupart des prostituées révèlent un usage élevé du préservatif avec leurs clients.

Não existem, portanto, razões objectivamente consistentes para, genérica e linearmente, se afirmar que as mulheres prostitutas evidenciam comportamentos sexuais de risco e são, por isso, responsáveis pela disseminação de DST. Pelo contrário, elas revelam uma preocupação permanente face aos riscos de natureza sanitária que a sua actividade poderá implicar, adoptando comportamentos sexuais (ultra)defensivos, marcados pelo desenvolvimento de habilidades/precauções e estratégias, para prevenir e/ou disciplinar de um conjunto de práticas/precauções e estratégias, para prevenir e/ou lidar com (potenciais) situações de risco. Isto é possível graças ao considerável controlo que exercem sobre a sua sexualidade (estão, amiúde, na actividade por iniciativa própria, seleccionam clientes e fixam as condições de prestação dos serviços sexuais) e outras estratégias passadas de astúcia, certo grau de poder, autonomia e capacidade de instrumentalização que demonstram face aos clientes, quer durante o processo de

negociação das condições da *subida*, quer durante a prestação do serviço sexual (Sacramento, 2004). Para Perkins (1991: 389) "female prostitution is a social situation in which women have more power over sexual interactions than in any other circumstance involving both sexes interacting". Não será então por acaso que, fora da prostituição, em circunstâncias mais normativas, dadas como habituais e aparentemente rotineiras, de expressão da sexualidade, se tenha vindo a assistir à "[...] crescente disseminação da infecção pelo HIV entre mulheres, cujo único factor de risco aparente seriam suas relações de poder profundamente desiguais com seus parceiros sexuais masculinos" (Parker, s./d.: 2). Quer isto dizer que a ocorrência de comportamentos sexuais de risco será, em princípio, tanto mais provável quanto mais intensamente se manifestar a estrutura ideológica de género que assegura a "dominação masculina" (Bourdieu, 1999) e contribui decisivamente para inviabilizar uma democracia sexual efectiva, na qual a mulher possa controlar a sua própria sexualidade e tenha capacidade para reivindicar práticas sexuais seguras. No contexto da prostituição abrangida por nós estudada, as mulheres prostitutas evidenciam, de um modo geral, uma considerável capacidade de autodeterminação sexual em termos de gestão dos diversos condicionalismos que convergem no exercício da sua actividade; um certo poder positivamente mais significativo que o que detêm outras mulheres em circunstâncias alegadamente caracterizadas por uma maior democracia sexual em termos convencionais, formais. Assim sendo, estamos em crer que alguns dos factores que explicam a propagação do HIV, nomeadamente entre a população feminina, tenderão a esbater-se no âmbito do sexo comercial.

Inspirados em Barnard, McKeganey e Leyland (1993) e Heranz *et al.* (2002), questionamos mesmo se o risco de propagação de DST, em especial da SIDA, será de facto significativamente maior na prostituição do que noutros contextos de expressão da sexualidade tais como o namoro, o casamento e correlativas relações pré ou extramatrimoniais fora do contexto propriamente prostitucional em termos restritos. Seria mesmo de se colocar a hipótese de trabalho de que o grau de incidência destas doenças no âmbito das relações sexuais não comerciais poderá até ser superior. Esta hipótese, meramente exploratória, ganha alguma plausibilidade se, por exemplo, tomarmos como indicador o facto de as mulheres prostitutas e os seus respectivos clientes (sobretudo por acção daquelas) evidenciarem maiores cuidados profilácticos nas relações sexuais comerciais que na sua vida sexual privada. Nesta última esfera, devido ao maior envolvimento emocional e ao princípio de fidelidade/confiança mútua que, supostamente, os caracterizam, a percepção do risco de transmissão de DST torna-se bastante mais ténue, contribuindo, de forma decisiva, para a não adopção de medidas de prevenção de um eventual contágio epidemiológico (Amaro *et al.*, 2004).

Não queremos com isto, todavia, negligenciar o facto de a prostituição estar associada a circunstâncias, directamente decorrentes do seu próprio exercício, que têm subjacente um potencial de risco de transmissão de DST. De entre essas circunstâncias destacam-se (i) o elevado número de clientes – alguns dos quais tornados parceiros – a que, de um modo geral, as mulheres prostitutas prestam os seus serviços; (ii) a considerável variação de parceira sexual por parte de um grande número de clientes, que

procuram constantemente *casas novas* (Ribeiro e Sacramento, 2002). Apesar de tudo, por mais paradoxal que possa parecer, estas circunstâncias são percebidas pelas mulheres não só como contingências profissionais indissociáveis da actividade que exercem, mas também, e acima de tudo, como situações às quais estão associadas ameaças de natureza sanitária (riscos laborais), que é preciso prevenir. Funcionam, portanto, como referências omnipresentes de sinalização do perigo e da necessidade de adopção de um vasto conjunto de estratégias e medidas de prevenção de DST.

2. Práticas, riscos e doenças

Os problemas de saúde e as doenças no meio prostitucional não devem ser analisados sob a óptica de um quadro particular e distinto. Por sua vez, a morbidade que afecta as mulheres inquiridas não parece ser muito diferente da que atinge as mulheres dos mesmos grupos étnicos e origens sociais semelhantes que não se dedicam a actividades de sexo mercantil. Tal não significa, porém, admitir a inexistência de aspectos que justifiquem um olhar mais cuidado sobre este grupo social em termos de saúde e doença. Com efeito, as mulheres estão sujeitas a um tipo de actividade específico que comporta riscos para a sua saúde, levando muitos a ver no sexo mercantil uma fonte principal de contaminação por HIV. Ora, como sustentam Leridon *et al.* (1998: 190), a maioria dos homens e das mulheres que prestam serviços sexuais de tipo mercantil exigem aos seus clientes masculinos a utilização de preservativos, em linha aliás com os resultados apurados junto das mulheres inquiridas no presente estudo.

Diga-se ainda que se trata de um grupo fortemente estigmatizado, no qual este é alimentado, em boa medida, pelos medos suscitados pelas DST. Se no passado não muito longínquo era a sífilis a origem de todos os receios e condenações que sujeitavam as mulheres que se prostituíam, hoje temos a SIDA. Sendo esta nova doença mais conhecida e temida neste âmbito, ela faz parte do processo de reemergência das doenças infecto-contagiosas que marcam as últimas décadas do século XX, num movimento inesperado e contraditório com as expectativas médico-científicas e sociais até então prevalentes (cf. Cockerham, 1998: 7-9).

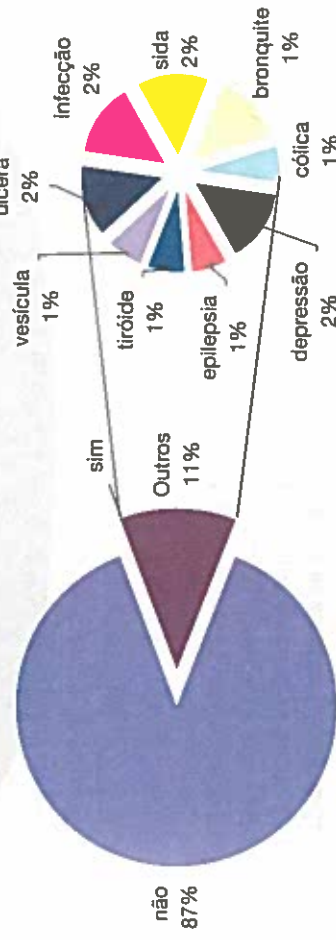
Como nos mostra Giddens (2000: 159ss), desde que a doença foi identificada e conhecida, ela tem sido simultaneamente vista e utilizada pelas forças conservadoras, sobretudo nos Estados Unidos, como uma expressão do "castigo divino" e um instrumento para a censura de comportamentos por elas considerados como moralmente condenáveis. Se as comunidades *gay* foram o alvo privilegiado, as prostitutas, já diabolizadas e sob suspeita pelo lado sexual em si mesmo, também não foram esquecidas. Com efeito,

o debate que se gerou em torno da SIDA... transformou as prostitutas, de forma evidente, em bodes expiatórios. [...] o súbito aparecimento da SIDA e o seu alastramento à população heterossexual foi o pretexto de que a ala direita precisava para reviver velhas fantasias em que a "prostituta suja" é a única responsável pela transmissão das doenças sexuais (Roberts, 1996: 340).

Este quadro social não só coloca as mulheres que prestam serviços de sexo mercantil perante dificuldades muito particulares de gestão da sua saúde, como confere aos seus problemas e doenças uma dimensão política bastante mais ampla e complexa.

Quando questionadas sobre as principais doenças que as afectam, as mulheres indicaram as enfermidades do foro respiratório, nomeadamente constipações e gripes. Entre as outras referenciadas temos doenças tão comuns como as alergias e as infecções de origem diversa, nomeadamente renais. À data da inquirição, a maioria das mulheres não se encontrava doente. Das inquiridas apenas 11,7% indicaram estar enfermas, mas tais doenças eram, entre outras, do foro respiratório (bronquite), digestivo (úlcera e vesícula) e mental (depressão e epilepsia). As infecções, incluindo as relacionadas com a SIDA, afectavam 3,4% das inquiridas.

Figura 3: Situação perante a doença à data da inquirição



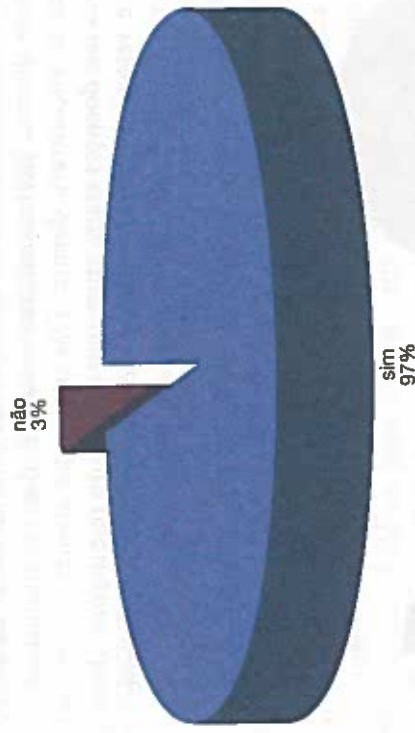
n = 120

Ao primeiro olhar, a grande objecção susceptível de ser colocada é a relativa à fiabilidade das respostas das mulheres. Não temos razões que nos induzam a concluir que elas tenham denegado "falar verdade" nomeadamente a este respeito, uma vez que, por informações cruzadas - clientes, empresários, profissionais de saúde - e sobretudo atendendo aos seus profundos medos de contracção de doenças, em particular a SIDA, bem como às suas peremptórias afirmações e atitudes de recusa em sexo desprotegido com os clientes, tais resultados obtidos pela via dos inquéritos e sobretudo das entrevistas não andarão longe da realidade.

Desde há muito que se considera que não existem grupos sociais de risco mas sim comportamentos de risco. Ora, envolvendo o meio prostitucional interações sexuais dos mais variados tipos, os seus principais actores, com destaque para as mulheres, estão confrontados com os riscos de contracção de DST. Quando inquiridas, a maioria das mulheres revela uma enorme sensibilidade aos problemas que podem advir da prestação de serviços sexuais, reconhecendo que estes implicam riscos

acrescidos de contracção de enfermidades, quando comparados com outras actividades (v. Figura 4 – Relação da actividade com o medo de contracção de doenças).

Figura 4: Avaliação da relação da actividade com o risco de contracção de doenças



n = 101

Não obstante uma baixa taxa de contracção da doença entre estas mulheres, tal não significa que não haja entre elas um receio quase obsessivo e um amplo reconhecimento do perigo, o qual radica e decorre do próprio senso comum de que “quem anda à chuva, molha-se”, como foi eloquentemente adiantado por uma das inquiridas (portuguesa, 27 anos). É todavia de sublinhar que apenas três das inquiridas, curiosamente todas portuguesas, não identificam a actividade que exercem como domínio particularmente vulnerável a quaisquer riscos, incluindo o de contrair doenças. Uma delas justifica-se com a convicção de que “em todas as profissões existem riscos”; outra argumenta que “desde que haja sempre muito cuidado...” e a terceira simplesmente afirma – “não me importo com os riscos”.

Esta associação próxima da actividade exercida a riscos no campo da saúde incide de forma muito vinculada sobre as DST e, mais especialmente ainda, sobre o HIV. De facto, embora a questão acima formulada se referisse, de forma genérica, às doenças, foi possível apurar que o grande receio das inquiridas se relacionava com as que são sexualmente transmissíveis, em especial o HIV. Na verdade, quando inquiridas sobre as doenças mais temidas, a esmagadora maioria referiu a SIDA, seguida da sífilis e da hepatite, ambas também transmissíveis por via sexual. O imenso e generalizado temor que este tipo de doenças inspira às mulheres transparece claramente na elevada frequência com que são mencionadas nas suas respostas. São temidas pelo estigma associado a muitas delas e pelo grande e mais ou menos prolongado sofrimento físico que produzem, sobretudo a SIDA. Para a maioria das respondentes esta é ainda largamente percebida como sentença de morte: “quando vejo a AIDS, vejo a morte”

(brasileira, 18 anos); “SIDA, para mim, é a certeza de que no futuro só há morte” (brasileira, 28 anos); “para mim essa doença é igual a morte” (húngara, 28 anos); “a SIDA é mortal, não há nada a fazer. Já convivi com alguém que teve SIDA, por isso...” (portuguesa, 23 anos). As DST, em especial as três mais citadas acima, aparecem categorizadas por muitas respondentes, como sendo “as piores de todas” (portuguesa, 25 anos); “doenças que matam” (colombiana, 24 anos). Para esta identificação mais ou menos imediata com a morte, remetem também os adjectivos mais repetidamente usados para fundamentar o medo que todas elas, e em especial a SIDA, infundem nas respondentes: “terrível”, “horrível”, “incurável”, “mortal”, “perigosa”, “fatal”.

Estando quase todas as mulheres inquiridas conscientes de que as relações sexuais são um veículo privilegiado de transmissão destas infecções, são muitas as que reconhecem que elas “são as doenças a que nós estamos mais expostas” (angolana, 26 anos) ou que “nesra vida são as mais fáceis de apanhar” (brasileira, 31 anos). São, por isso, também muitas as que admitem “morrer de medo” (brasileira, 28 anos) das doenças sexualmente transmissíveis ou que chegam mesmo “a sonhar com isso [o risco de as contraírem]” (brasileira, 31 anos).

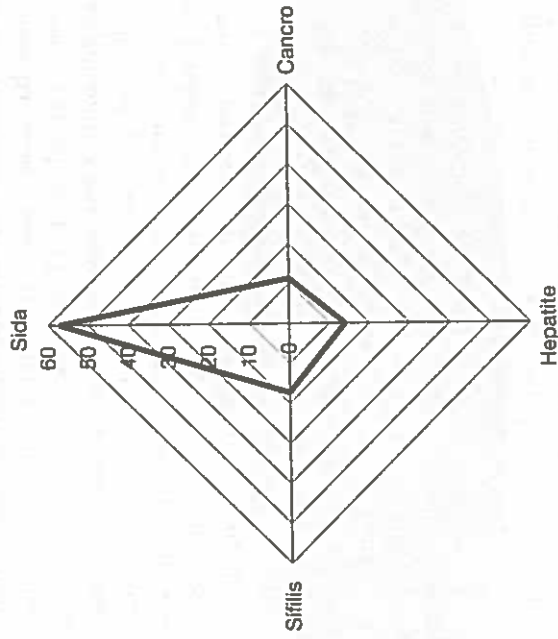
Face a estes dados, não parece, desde já, possível afirmar que os comportamentos das mulheres que prestam serviços sexuais em clubes constituem um foco de disseminação de DST, muito pelo contrário. De facto, como afirma Oliveira:

No que respeita às questões da saúde, as mulheres que se prostituem em contextos de interior preocupam-se com a sua saúde. São raras aquelas que dispensam os preservativos nas suas relações sexuais comerciais, pois têm consciência da ameaça da sida e reconhecem que empreender determinadas práticas sexuais pode implicar o risco de infecção (2003: 149).

Como veremos de forma detalhada mais à frente, elas desempenham um papel decisivo na sensibilização dos clientes, muitos deles com uma certa “propensão” ou “gosto” manifesto para o relacionamento sexual desprotegido. Este trabalho está longe de ser fácil em virtude de suscitar a clara oposição dos clientes que preferem, de forma amiúde compulsiva, segundo o sentido que lhe é dado por Giddens (1995: 53-54), o comportamento sexual guiado pela procura sistemática, por vezes obsessiva, da “dose”. Por outro lado, o sexo desprotegido pode ser visto pelos clientes como mais um mecanismo para a busca da excitação, muito condicionada nas sociedades contemporâneas por múltiplas formas de controlo social e autodomínio (Elias, 1992: 101)²¹.

²¹ Esclareça-se que a busca da excitação marcada por práticas de risco está longe de ser um fenómeno circunscrito ao sexo mercantil, podendo estar presente noutras práticas quotidianas da vida social, como o motociclismo e o consumo de drogas (F. B. Ribeiro, 2003).

Figura 5: Doenças mais temidas (em %)

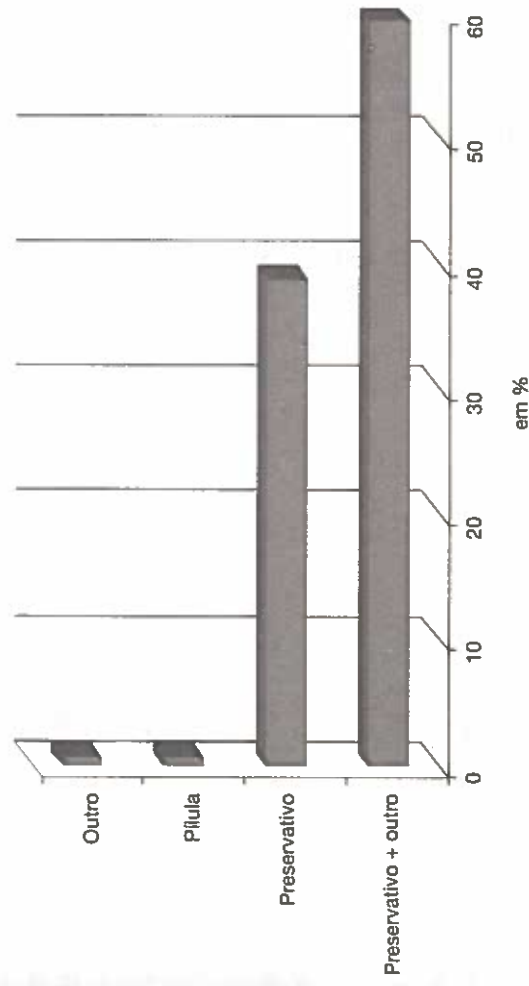


n= 112

É esta forte sensibilização ao risco, em parte decorrente do temor provocado pelas DST, na prestação de serviços sexuais que explica a forte adesão das mulheres a práticas seguras, centradas na utilização sistemática do preservativo. Como mostram os dados apurados com a inquirição efectuada, em linha aliás com os resultados produzidos por outros estudos recentes – entre outros, v. Serviço Galego de Igualdade – Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado (ed.) (2004) e Andrade e Casal (s/d) para a Galiza e Manita e Oliveira (2002) e Oliveira (2003) para Portugal – a esmagadora maioria das mulheres não prescinde do uso do preservativo, ainda que muitas vezes associado a outros métodos contraceptivos, com destaque para a pílula. Ou seja, o preservativo é usado sobretudo por razões de protecção sexual, enquanto que a pílula e restantes métodos são usados por razões de segurança contraceptiva. Esta combinação de diferentes contraceptivos torna evidente que as mulheres estão não só preocupadas com os riscos inerentes ao relacionamento sexual com múltiplos parceiros como em limitar as eventuais falhas que possam resultar da utilização de um único método contraceptivo. De facto, basrantes das inquiridas, não obstante a rotina adquirida em colocar bem o preservativo e a permanente atenção ao seu estado durante o acto sexual, já se viram confrontadas com situações de “estouro”. Obviamente, sempre que tal acontece, tanto ou mais do que o risco de uma gravidez indesejada, o que as inquieta é precisamente o risco de contaminação, nomeadamente pelo HIV. Note-se que estamos perante uma situação também observada noutras pesquisas. Por exemplo, um estudo levado a cabo em Edimburgo (Escócia) apurou que 20% das mulheres tiveram uma ruptura do preservativo no mês anterior ao inquérito;

na Holanda um outro estudo reportou que 46% das mulheres e 16% dos clientes inquiridos referiram ter tido já casos de ruptura de preservativos durante serviços de sexo mercantil (McKeganey e Barnard 1996: 67-68). Com efeito, aqui reside o risco maior, aliás não atribuível à falta de cuidados preventivos por parte da mulher, mas à fiabilidade ou qualidade do preservativo e outros imponderáveis.

Figura 6: Métodos contraceptivos utilizados regularmente



n = 131

A probabilidade de “rebitamento da camisinha” é, de resto, percebida como uma ameaça permanente, o que a converte numa referência constante, quase obscura, no discurso das mulheres acerca das doenças e dos riscos a que se sentem mais sujeitas. Com efeito, os acidentes com preservativos aparecem incluídos na maior parte das respostas sobre os riscos mais temidos pelas mulheres inquiridas. Aparecem também largamente associados ao risco de gravidez resultante de relações com clientes, no caso daqueles que não utilizam outro meio contraceptivo. Aliás, as mulheres que declararam ter engravidado, no quadro da mera prestação de serviços de sexo mercantil, remetem, quase todas, a ocorrência para a ruptura do preservativo. Mas ainda mais significativo, tais acidentes constituem a referência mais imediata daquilo que elas identificam como tendo sido a situação mais complicada por que já passaram ou que mais as marcou dentro do ambiente prostitucional.

Já me aconteceu uma vez o preservativo ter rompido. Levei um susto danado. Fiquei em pânico. Não fui ao médico, de tanto medo que me deu! Grávida não fiquei! E por agora não tenho sentido nada de especial. Só se for a AIDS, que sempre demora mais tempo a aparecer! (brasileira, 24 anos).

A este respeito, muitas das mulheres inquiridas adiantaram que, pelo menos uma vez, se viram confrontadas com a eventualidade de terem sido infectadas pelo vírus da SIDA, na sequência do rompimento do preservativo durante o acto sexual, considerando tal circunstância como a mais difícil ou uma das mais difíceis com que já tiveram que lidar ao longo da sua actividade prostitucional. É de sublinhar que as referências a esta situação suplantam as que foram feitas a outros aspectos tais como “menosprezo da família”, “maus-tratos/humilhações por parte dos clientes”, “abusos dos patrões” e “assaltos e roubo”.

Algumas mulheres, preferindo “não arriscar” e numa óptica de reforço da sua segurança, compram directamente os preservativos com que trabalham em detrimento dos que “as casas” lhes fornecem:

Eu tomo a pílula e só atendo com preservativos. Mas sou eu que os compro. Não confio nos que os clientes levam, nem nos que os “patrões” vendem. Prefiro gastar mais, mas trabalhar com segurança (brasileira, 24 anos).

Por outro lado, são muitas as mulheres que recusam, por razões variadas,²² práticas sexuais de risco acrescido, mesmo que realizadas com preservativo. É o caso da penetração anal, por elas reconhecida como implicando um aumento das probabilidades de ruptura mecânica do preservativo e, conseqüentemente, de contaminação.²³ Em contraponto, o *fellatio* e outras práticas de sexo oral, desde que não implique a ingestão de esperma, são mais numerosas as mulheres que aceitam executá-las sem preservativo. Segundo as mulheres que abdicam do uso do preservativo nestas circunstâncias, elas fazem-no por reconhecerem o seu menor potencial de contaminação face às práticas sexuais envolvendo a penetração vaginal e anal. Segundo uma inquirida, “um médico ensinou-me a fazê-lo [o *fellatio*] sem risco. A saliva é uma barreira, nunca a engulo. No fim cuspo sempre para o papel”.

²² Para além das razões ligadas ao risco, a recusa na prestação de alguns serviços tem origem provável nos “valores dominantes relativos à sexualidade” (Manita e Oliveira, 2002: 80), nomeadamente os que se relacionam com os estigmas de filiação judaico-cristã que condenam o sexo pago e, num plano mais alargado, a própria sexualidade sob a forma da repressão do desejo e do estabelecimento de tabus e proibições do mais variado tipo, quase sempre centradas na mulher. Esta forma de vivência religiosa não deixando de influenciar, como se verifica noutras patagens, o modo como o corpo é usado, inclusive a nível sexual, parece interferir de forma menos vinculativa na interiorização das normas e ordens morais sexuais repressivas, nomeadamente a ocidental (Foucault, 1994), ancorada num conjunto amplo de interditos e numa visão da mulher e do próprio sexo como imundos e fontes de impurezas, ainda presentes, até tempos bem recentes, nas zonas rurais do norte de Portugal (Silva, 2002a: 134-135).

²³ Como foi dito, a penetração vaginal, o *fellatio* e o *cunnilingus* são considerados como práticas rotineiras, não se traduzindo na sua rejeição por parte da mulher. Já a penetração anal e outros serviços sexuais mais extravagantes e alegadamente exóticos tais como a manipulação anal do cliente através do recurso a artefactos sexuais (pénis artificiais, esferas e outros objectos com aptidão erótica e sado-masquista) suscitam alguma discussão e reserva. As mulheres mais receptoras a estas práticas sexuais menos convencionais parecem ser as brasileiras por razões que possivelmente se prendem com já referidos valores e interditos de inspiração judaico-cristã. Isto é, estas mulheres têm com a sexualidade um relacionamento mais livre e menos recalcado, que se traduz numa menor interiorização dos estigmas. Dizer isto não permite concluir que as brasileiras têm uma menor vinculação ao cristianismo. De facto, elas são, na sua maioria, cristãs, sobretudo de fé católica, embora incorporando nesta herança religiosa elementos provenientes de outras filiações não católicas (v.g. candomblé) e outras formas de religiosidade popular (Weber, 1978; Scott, 1977; Badone, 1990 e, em Portugal, Riegelhaupt, 1982; Silva e Van Toor, 1982; Santo, 1986; Almeida, 1983; Sanchis, 1983; Silva, 1998a; Sobral, 1999).

Se esta prática agrava o risco, este é especialmente evidente nos casos em que as mulheres se envolvem em práticas sexuais desprotegidas com clientes habituais, alguns dos quais acabam convertidos em “namorados” ou “companheiros”, uma situação que ocorre com algumas das mulheres que entrevistámos. Da nossa inquirição resulta claro que os cuidados e procedimentos defensivos adoptados pela generalidade das mulheres em contexto meramente profissional, ou seja, com simples clientes, são amiúde, senão mesmo, totalmente abandonados quando as relações sexuais ocorrem com homens com quem se encontram emocional e afectivamente implicadas. São, de resto, as próprias mulheres que fazem questão de esclarecer o sentido da concessão que fazem a práticas sexuais desprotegidas com “namorados” e “companheiros”, à qual atribuem justamente o significado simbólico de expressão da entrega ditada pela força do sentimento amoroso. Como também concluem Trotter et al. (2003: 7), “*cette représentation de l'intimité fait en sorte que l'utilisation est abandonnée dès que les partenaires se sont appropriés, laissant libre cours à l'amour sans latex*”. O abandono da exigência do preservativo traduz, então, a percepção e a valoração diversa dos mesmos actos, com base nas quais se pretende estabelecer a separação do campo dos afectos do das obrigações, a vida privada da actividade profissional.

- Mas você aceita relações sem preservativo?
- Só com ele, porque é o meu namorado.
- E com os clientes?
- Com clientes não, nunca. Os clientes são todos com preservativo. Mesmo os clientes que são fixos, que eu conheço já faz tempo, isso não faz o direito de não usar preservativo. Mas dele eu já confiava! [...] a gente fazia amor sem “camisinha”, que para ele era importante... (entrevista com brasileira, 28 anos).

Esta situação mais não faz do que repetir aquilo que muitos descrevem como sendo a regra no relacionamento sexual não dominado pela troca mercantil. Para uma das inquiridas, “arriscava mais fora [do sexo mercantil]. No Brasil namorava. Ficava com o namorado e não usava. E depois passava para outro e continuava a não usar”.

Idêntico sentido é atribuído a outras práticas concretas, como o beijo na boca e o sexo anal, que são, na óptica da maioria das mulheres inquiridas, considerados como interditos profissionais e, por conseguinte, reservados à intimidade pessoal de cada uma, ou seja, como algumas disseram, “É uma questão de princípio! Se fosse por amor até as faria!” (brasileira, 31 anos); “[sexo anal] no lo hago con los clientes, apenas con mi novio” (colombiana, 25 anos). Do que fica dito decorre a constatação, paradoxal à luz das ideias feitas que se encontram difundidas na sociedade, de que não será no domínio do sexo estritamente mercantil que as mulheres se acham mais expostas a riscos de contracção de DST, mas justamente fora dele!

Como já foi aforado, a utilização do preservativo e as práticas sexuais seguras consistem, acima de qualquer outro aspecto, a arena principal do conflito entre as mulheres e os clientes. Em regra, e contradizendo algumas leituras, por um lado, perpassadas duma compaixão moralista e, por vezes, hipócrita e, por outro lado e noutra quadrante teórico de cariz mais estruturalista e ortodoxo, que consideram estas mulheres como que despro-

vidas de capacidade da agência e certo grau de poder sobre o plano relacional e erótico. Com efeito, elas detêm recursos que lhes permitem negar o desejo do cliente, incluindo a recusa de prestar serviços sexuais, fazendo com que a relação entre as mulheres e os clientes constitua "um complexo jogo de poderes e controlos ainda mal estudados" (Manita e Oliveira, 2002: 80). Entre as principais recusas temos, pois, os serviços sexuais desprotegidos que impliquem a penetração em qualquer das suas modalidades. Tal suscita a discordância de muitos clientes que, por diversas formas, quase sempre na base do incentivo monetário, insistem para que elas cedam a práticas sexuais desprotegidas:

- Que tipo de serviços é que normalmente os clientes lhe pedem e que você não aceita?
- Sexo anal.
- Você não faz?
- Não, nunca.
- Mesmo com preço especial?
- Não. Não tem dinheiro que pague isso para mim...
- Mas tem clientes que pedem?
- Muitos, é o que mais pedem. Eles pedem muito também para fazer "broche sem camisa", "chupar" sem camisa. Mas eu também não faço. Jamais faço sexo anal. Jamais faço outras coisas sem camisinha... (entrevista com brasileira, 28 anos).

Aliás, a pressão monetária não é, de forma alguma, a única via tentada pelos clientes para lograrem o acesso a práticas de sexo desprotegido. Algumas das entrevistadas denunciaram "truques" que são recorrentemente utilizados por alguns clientes para contornar a oposição das mulheres e ludibriar a sua vigilância. Outras ainda declararam mesmo que a pior situação com que já se confrontaram no quotidiano prostitucional foi a agressão física violenta por parte de algum cliente informado com a negação das suas pretensões de sexo sem preservativo: "O pior que vivi até hoje foi quando um cliente me quis obrigar, pela força, a 'tranzar' sem camisinha!" (brasileira, 18 anos).

Algumas das entrevistadas revelam-se algo surpreendidas e mesmo chocadas com esta procura tão acentuada de sexo desprotegido por parte dos clientes ibéricos e muito especialmente por parte dos portugueses, em contraste com o que dizem ser já prática diversa noutros contextos de trabalho que conhecem: "Camisinha", no Brasil se a gente não usar, o homem não vai. Em Portugal, os homens pagam mais para fazer sem preservativo. São muito ignorantes!" (brasileira, 50 anos). Aliás, porque se vigiam e se previnem de forma mais sistemática e apertada, porque se resguardam de forma mais intransigente da ampla predisposição dos clientes para práticas arriscadas, algumas das respondentes não hesitam mesmo em conjecturar que "as mulheres que estão na noite estão mais seguras. As mulheres casadas estão pior do que nós, pois não se protegem" (brasileira, 20 anos).

A capacidade de resistir depende de diversos factores que definem o maior ou menor grau de agência e sobretudo de necessidade de certas mulheres, necessidade essa mais contingente e até extrema como é o caso das toxicodependentes que se prostituem. Desde logo, há referir o próprio ambiente envolvente em que elas prestam os serviços sexuais. Ao invés do que se poderia pensar, são poucos os proprietários de clubes que vêem com agrado mulheres a prestarem serviços de sexo desprotegido. Se

tal pode constituir um factor de atracção de clientes interessados em tal modalidade, os inconvenientes daí resultantes são bem superiores, em virtude de tal gerar um nível de tensão e conflito entre as mulheres que acaba por ser muito difícil de gerir, com consequências nefastas para o negócio.

O empresário disse-nos que não aceita mulheres a trabalhar sem preservativo. Entende tal prática como concorrência desleal, indutora de enorme conflitualidade e geradora de prejuízos para a casa. Segundo ele, a concentração de clientes naquela(s) que presté(m) serviços desprotegidos, poderá acabar por forçar as outras a abandonar a casa, que se vai, desta forma, esvaziando de mulheres (notas de campo, Bragança).

Um outro empresário, com clubes em ambos os lados da fronteira, revelou mesmo a forma apertada como controla o uso de preservativos por parte das mulheres, indo ao ponto de, ao final de cada noite, passar revista em cada quarto, para conferir o número de preservativos que constam do registo de subidas de cada uma delas com o dos preservativos usados que se encontram depositados nos respectivos cestos de lixo! (notas de campo, Bragança)

A oposição a práticas sexuais desprotegidas pode, porém, assumir contornos menos explícitos. Não raro, encontramos casos de mulheres que, de forma dissimulada, se servem do preservativo sem que o cliente disso se aperceba. Como bem notou Oliveira (2003: 150-151), à recusa directa e intransigente e ao convencimento do cliente por via da argumentação discursiva, as mulheres podem juntar uma outra estratégia. Treinadas no manuseamento do preservativo e beneficiando de uma iluminação do quarto de tipo difuso e pouco intensa, uma mulher consegue desentolar, com a boca, um preservativo no pénis do cliente sem que este se aperceba, tal como descreve uma das inquiridas:

- [...] montes de truques, como, por exemplo quando o cliente diz que não quer ter relações com a 'camisa'.
- E há muitos clientes que pedem sem camisa?
- Muitos. Tu dizes que sim, que fazes sem camisa, metes a camisa na boca e quando vais chupar o cliente metes-lhe a camisa e ele acaba por ter a relação com a camisa, sem dar conta
- Fazes isso muitas vezes?
- Muitas vezes, muitas. Eles dizem assim: 'Ai, eu com camisa não consigo, com camisa não consigo'. Tu pões a camisa na boca, metes a camisa e eles acabam por ter a relação e não...
- E não se apercebem, que têm a camisa?
- Não, porque é psicológico. É psicológico. Depois...
- Depois, o quê?
- Lá está o depois. É que as pessoas pensam assim: 'E depois, no fim como é que fazes?'. Bem, depois ao limpar o cliente, és tu a primeira a ires limpar o cliente, tiras-lhe a camisa antes de ele se ir lavar. Com o próprio papel de o limpar tiras-lhe a camisa. Depois ele vai-se lavar e fica todo contentinho, porque pensa que teve sem camisa. É o psicológico dos homens. Lá está, são truques, que..." (entrevista com portuguesa, 28 anos)

Por outras palavras, a tendência manifestada por muitos clientes para uma sexualidade de risco não se materializa devido à acção profiláctica das mulheres que exercem a prostituição, profundamente conscientes dos riscos higiénio-sanitários a que estão expostas:

Já normalmente eles perguntam – “o que é que você faz?” ...isso, isto, aquele outro...mas sempre com preservativo”. “Ah, não faz sem?”. “Não, não faço nunca, nunca, nunca sem”. Quando algum insiste – “vamos fazer sem, não sei o quê, não sei o quê” ... “Eu não faço, não faço”. Ai, quando ele diz que aceita, eu dou um aviso: – “Sabe, tem mais uma coisa. Se você chegar lá em cima e você quiser sem preservativo, eu desço imediatamente. E tem mais, eu não devolvo o seu dinheiro, não!” (brasileira, 33 anos).

Trata-se, acima de tudo, de se protegerem a si próprias, de preservarem o mais possível a sua saúde e de não hipotecarem o seu futuro e o dos daqueles que delas dependem a tentações imediatistas de ganhos aumentados: “Tenho três filhos e uma mãe velhinha para tratar. A minha saúde vem em primeiro lugar! (brasileira, 48)

Foi já dito que a prestação de serviços sexuais que impliquem a penetração sem preservativo é um foco de conflito entre as mulheres.²⁴ De facto, este tipo de práticas é entendido pela generalidade das mulheres como concorrência desleal. A disputa em torno da utilização do preservativo inscreve-se no campo mais vasto da luta pelos clientes, sendo muitas vezes reflexo do *mal de inveja* gerado pelo desigual sucesso das mulheres e consequentes diferenças nas remunerações auferidas.²⁵ Sempre que alguma se destaca, fazendo sistematicamente mais passes do que as outras, imediatamente é acusada de concorrência desleal, isto é, de oferecer serviços ao “natural”. Esta conflitualidade acaba, não raro, de ser atravessada por divisões de ordem nacional e, em menor grau, étnica, opondo sobretudo brasileiras a colombianas e dominicanas, por um lado, e estas às africanas negras. Uma e outras acusam-se mutuamente de práticas sexuais desleais como razão principal para o desigual sucesso, normalmente favorável às brasileiras. Deixando de lado estas rivalidades, muitas vezes sem grande fundamento, parece não deixar dúvidas que as mulheres mais permeáveis à oferta de serviços sexuais desprotegidos são as que se encontram sujeitas a situações de dependência relativamente ao consumo de estupefacientes, muito comum na prostituição de rua, e as que possuem menores recursos físicos, mormente por se encontrarem a viver o seu “outono” profissional. Neste caso, os serviços sexuais sem preservativo funcionam como um mecanismo de equilíbrio destas face às restantes, cujos atributos físicos e outros as dispensam de tais práticas.

²⁴ Há uma fórmula ou expressão muito ouvida de que “no mundo da putaria não existe amizade”. Ora, se é certo que o relacionamento entre mulheres do meio prostitucional é atravessado por tensões e conflitos, é necessário todavia sublinhar que, ainda que menos expressivas e talvez a nível mais restrito por razões de origem nacional e, eventualmente, partilha de residência, também estão presentes solidariedades e complicitades, o que concorre para a negação da ideia, interiorizada e recorrentemente invocada pelas próprias mulheres, sobre a raridade ou mesmo a ausência completa de relações de afecto, solidariedade e entreajuda no seio do colectivo de colegas de trabalho.

²⁵ Como esclarece Silva (2002b), a inveja funciona como um mecanismo de luta pela classificação social, em especial no que se relaciona com a posse de capital simbólico. Por sua vez, este está estreitamente relacionado com a herança e a aquisição de capital económico.

Após o almoço levámos a C. a Valpaços para fazer compras no supermercado. Pelo caminho foi falando dos riscos que a A. [prostituta madura] corre, subindo com clientes sem preservativo. Em conversa recente, questionada, esta foi dizendo que “sempre se tem de morrer de alguma coisa”. Face à forte desqualificação, cada vez mais sujeita à concorrência insuperável das mais jovens, a A. vai caindo no recurso a práticas de concorrência “desleal” e perigosas. Por outro lado, revela um certo cansaço e desilusão com a vida pessoal, de que o alcoolismo é certamente uma expressão nítida, relacionada com a impossibilidade de encontrar um companheiro, cujo interesse primeiro seja o amor e não o dinheiro ou qualquer outro recurso (notas de campo, Valpaços).

A conflitualidade entre colegas gira muito em torno do “mal de inveja”. As colombianas encaram mal o maior sucesso das brasileiras com os homens. Estas, por sua vez, consideram-nas muito agressivas e quezilentas, mesmo entre elas. A L. disse que nunca faz sem preservativo. Desde que está na noite, apenas uma vez ele rebentou (notas de campo, Xinzo de Limia).

3. Alcool e estupefacientes: consumos e problemas

Nesta pesquisa colhemos também indícios de que o consumo excessivo de álcool será outro problema de saúde entre as mulheres que exercem prostituição nos clubes. Tais indícios foram reunidos com base na observação directa, quer a partir dos ambientes de acção, ou seja, da observação dos próprios clubes, quer dos contextos de realização das entrevistas. Com efeito, muitas vezes as entrevistas foram levadas a cabo em cafés e similares e, no seu decurso, muitas mulheres foram repetindo sucessivas “imperiais”, “whiskies”, “portos” e, num ou noutro caso, as entrevistas concluíram com as respondentes já visivelmente etilizadas. Aconteceu isto, por exemplo, com duas mulheres estrangeiras que, durante a entrevista, foram pedindo “imperial” atrás de “imperial”, que ingeriam depois de aplicarem nos bordos dos copos uma abundante camada de sal, uma prática, que as próprias justificaram como corrente nos seus meios de origem e que é, aparentemente, estimuladora do consumo continuado. Uma delas preencheu o tempo da entrevista, mais ou menos uma hora e meia, com seis “imperiais”, a outra sensivelmente o mesmo tempo com oito. Numa outra ocasião também durante uma entrevista, realizada num bar em Espanha, em que todos, entrevistadores e entrevistada, pediram sumos, viemos a confirmar já perto do fecho do encontro, que os copos sucessivos de sumo que o empregado de mesa foi trazendo a pedido da mulher entrevistada continham, afinal, doses de *gin tónico*.

Indirectamente, isto é, através de fragmentos discursivos dispersos em respostas a diversas questões do guião de inquérito, foi também possível achar um número considerável de referências explícitas ao consumo abusivo de álcool. Da análise dos conteúdos de tais referências e do contexto situacional para que são remetidas, depreende-se que o consumo de álcool aparece enquadrado: (i) num bom número de casos, pelas situações de *irres* e pela tensão que permeiam os quotidianos de vida e de trabalho das mulheres: – “Quando tenho problemas, recorro à cachaça!” (brasileira, 24 anos). Em investigação anterior (Ribeiro *et al.*, 2005), tivemos, aliás, ocasião de ouvir algum ou

outro empresário confirmar esta situação, sublinhando, como fez um deles, que “O dia-a-dia é difícil para as mulheres. É aí que se viram para o álcool” (empresário português de 50 anos); (ii) pelos sentimentos negativos com que muitas dizem viver o exercício da prostituição, sobretudo na fase de iniciação na actividade: “Levei nove dias até ser capaz de fazer o primeiro cliente. E ainda assim, só depois de ter bebido duas doses de vodka” (brasileira, 28 anos); (iii) pelo facto de nos clubes o consumo de bebidas com os clientes constituir uma fonte de rendimentos para as mulheres que lá trabalham, às quais cabe uma percentagem, em regra 50%, do total da despesa feita por aqueles em bebidas: “na realidade, eu agora bebo mais do que ‘subo’” (brasileira, 35 anos).

A escassa informação de que dispomos para fundamentar e desenvolver a hipótese apresentada nesta secção sobre o alcoolismo prende-se com o que constatámos ser uma reserva muito especial, por parte da generalidade das mulheres contactadas, em admitir que tem problemas de alcoolismo, mais ainda em falar abertamente deles. Para algumas tal reserva parece funcionar como exorcismo de lembranças dos distúrbios e conflitos vividos na infância e na adolescência dentro do quadro de vida familiar, em virtude da adição ao álcool por parte de algum dos progenitores, sobretudo do pai, como decorre do desabafo de uma delas (citado em Ribeiro *et al.*, 2005):

Há dias que me desespero tanto por estar aqui, que não me aguento mais. Há tempos, numa crise dessas, bebi demais, fiquei bêbada e parti para a agressão. Bati no meu “patrão”, rasguei-lhe a camisa. Parti copos e garrafas. Parece que foi horrível! Depois disso, passei a controlar-me mais na bebida, porque até aí era frequente embebedar-me. E olhe só a ironia, ficava como papai! É muito duro reconhecer isto, mas é a verdade (brasileira, 24 anos).

O conteúdo desta citação e o de várias outras similares que igualmente foram sendo ouvidas ao longo das entrevistas realizadas no âmbito da nossa anterior pesquisa (Ribeiro *et al.*, 2005): – “Mesmo depois de dormir, quando me levanto, passo o tempo meio-zonza. Nunca ando bem acordada, totalmente desperta. É como se andasse sempre meio-anestesiada” (brasileira, 35 anos); “Não me sinto à vontade para me expandir. (brasileira, 20); “A gente não vive igual a ser humano normal, a gente vegeta. [...] Não sou animal, quero abandonar isto!” (brasileira, 27 anos) –, deixam perceber como sendo relativamente significativa a probabilidade de ocorrência de problemas associados a alterações de ordem comportamental entre as mulheres que entrevistámos, na esteira, aliás, de estudos realizados por outros autores (Castilho de Andrade, *s/d*; Henao *et al.*, *s/d*).

Embora descartando aprofundar esta matéria, por considerarmos que a sua avaliação vai muito para além de um estudo estritamente sociológico, admitimos que tal probabilidade possa decorrer, basicamente, da acção conjugada de três tipos de factores: a estigmatização social da mulher prostituta; a condição de imigrante, reforçada, quase sempre, pelo estatuto de ilegalidade de permanência e o ambiente e as condições de trabalho, os quais concorrem para compor um quadro de vida quotidiana especialmente difícil, perpassado por diversas formas de violência, sobretudo simbólica e gerador de tensão e ansiedade (Ribeiro e Sacramento, 2005), ameaçando e/ou comprometendo o equilíbrio emocional e psíquico das mulheres.

Quanto ao consumo de estupefacientes, sobre o qual as mulheres foram expressamente questionadas, apurou-se que entre as que trabalham em clubes ele tende a ter uma incidência muito baixa, o que constitui um dos vários factores que a distinguem de outras modalidades, nomeadamente a designada “prostituição desabrigada”, de rua ou de estrada, onde se constata uma elevada prevalência de toxicomania (Ribeiro *et al.*, 2005). O número de inquiridas que respondeu afirmativamente à pergunta sobre este tema não chega à dezena e, destas, a maior parte declarou fazê-lo apenas esporadicamente, logo sem carácter aditivo: “[Só] consumo quando vou a alguma discoteca, ou assim. Contudo não me sinto, nem me considero toxicodependente” (colombiana, 25 anos); “de vez em quando fumo um ‘charrinho’, com algum cliente” (brasileira, 28 anos). Os clientes aparecem, de facto, mencionados em seis respostas como “fornecedores” de droga e instigadores do consumo: “um cliente tem-me oferecido droga” (brasileira de 19 anos); “alguns clientes oferecem-me droga” (brasileira, 20 anos); “tenho três clientes meus que são viciados. Tem um que eu já cheirei ‘pó’ [cocaína] com ele. Mas não quero mais” (brasileira, 25 anos).

Esta baixa incidência de toxicod dependência entre as mulheres que trabalham em clubes não deixará de estar relacionada com a baixa taxa de infecção por HIV que elas apresentam. Com efeito, e como vários estudos levados a cabo noutros países mostram, é entre o consumo de drogas, nomeadamente de heroína, e o HIV que existe uma relação directa, derivada, como Andrade e Casal (*s/d*) apontam:

por la utilización de jeringuillas usadas; las mujeres que consomen heroína ven reducidas sus capacidades tanto psíquicas como físicas, lo cual les hace perder el control de sus actos en muchas ocasiones, su autonomía personal se ve reducida y en muchas ocasiones colleva la falta de utilización del condón con lo qual el riesgo de contraer VIH es mucho mayor

Também a respeito da ligação próxima entre disseminação da infecção por HIV e a drogodependência, Nossa (2001: 182) refere que os toxicod dependentes “constituem um grupo que apresenta elevadas taxas de transmissão, nomeadamente pela exposição a comportamentos que encerram elevado risco, como a partilha sucessiva de agulhas e seringas, agravados pelas frequentes ligações às redes de sexo comercial por forma a assegurar a sua sobrevivência”.

Apenas duas mulheres – uma portuguesa, a tentar, à data da entrevista, abandonar a actividade prostitucional e o consumo de droga, e a outra brasileira e portadora confirmada de vírus da SIDA – se assumiram declaradamente como sendo toxicod dependentes e não se coibiram de narrar o longo historial de provações a que a droga as tem sujeitado. São, de resto, as únicas que estabelecem um laço directo entre a sua entrada e manutenção na prostituição e a sua adição à droga, confirmando o que, em estudo anterior (Ribeiro *et al.*, 2005), já claramente constatámos acerca deste binómio prostituição-droga, ou seja, que a relação de causalidade mais predominantemente observável entre ambas é a que vai da segunda à primeira, e não o contrário, como é muito frequentemente suposto e afirmado. Ambas as mulheres acima referidas reconhecem o consumo de drogas como principal factor de risco, em termos de contracção e/ou de propagação de infecções graves, mormente a SIDA. É para a droga e os seus efeitos que remetem as práticas de risco que assumem ter concretizado:

Eu sou muito sincera. Na altura que andei a consumir heroína, na altura em que andei a picar, havia dias que não picava só com a minha seringa... e toda a gente sabe que o vírus pode estar parado durante cinco anos, não é? (portuguesa, 28 anos).

Uma delas vai mesmo mais longe e revela até onde a dependência de que sofre a tem levado no que toca a práticas de risco:

Devem ser às centenas os homens que infectei [com HIV] aqui em Zamora. Eles que-riam fazer sem preservativo e eu estava tão ressecada que não queria saber. Se não fizesse per-dia o cliente. O problema era deles, não estavam preocupados. O pior era que iam para casa e estavam com as mulheres deles. Mas eu naquela altura só pensava no dinheiro para susten-tar o vício (brasileira, 42 anos).

As muito escassas referências sobre consumo de drogas e de toxicod dependência que logramos reunir nesta inquirição contrastam largamente com a grande representativi-dade que estes mesmos temas detêm nos discursos que dão corpo ao imaginário social acerca dos ambientes prostitucionais de clubes, quase sempre representados como “antros” de consumo e de tráfico de tais substâncias.²⁶ Tais representações sociais aflo-ram, aqui e ali, nas narrativas das próprias mulheres que neles trabalham. A este propó-sito merece destaque a alusão que nos foi repetida por algumas mulheres ao facto de um conhecido dono de clubes usar o expediente de fornecer droga às mulheres que traba-lham nos seus estabelecimentos, para poder mais facilmente “enganá-las” nas contas e, assim, tirar mais vantagem do trabalho delas, ou como textualmente uma das nossas inquiridas (brasileira, 24 anos) sustentava: “dizem que ele droga as meninas para elas perderem a conta aos passes que fazem e, assim, ele poder ficar-lhes com mais dinheiro”. Todavia, nenhuma das mulheres que mencionou esta situação diz tê-la testemunhado e muito menos vivido, apesar de todas já terem trabalhado às ordens de tal “patrão”, algu-mas até por mais de uma vez. Aliás, algumas delas chegam mesmo a estranhar o que dizem ter ouvido a este respeito, pois como ressalvou uma outra brasileira que trabalhou algum tempo num dos clubes de que o empresário em causa é proprietário: “Ele é um filho da mãe. Ele tem muitos defeitos, nossa, mas tem mesmo! Mas com droga eu nunca vi ele mexer. E estava sempre a dizer que não queria lá drogadas nem pretas”.

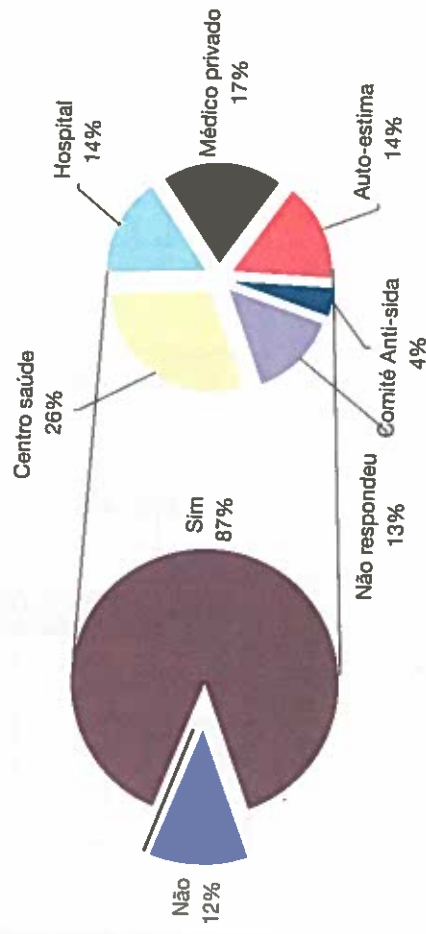
4. Agência e gestão da saúde

A larga maioria das mulheres inquiridas recorre a serviços de saúde e de profissi-onais médicos. Conforme mostram os dados apurados no inquérito (Figura 7), ape-nas 11,7% das mulheres inquiridas declararam não ter recorrido a serviços de saúde. Neste número incluem-se seguramente muitas das que se encontram há menos de três

²⁶ É de ressaltar que os dados apurados na nossa pesquisa se referem apenas ao consumo de drogas entre as mulhe-res que exercem prostituição em clubes, e não à questão do tráfico que possa ocorrer, sobre o qual não podemos, obviamen-te, tecer quaisquer considerações e, muito menos, fazer afirmações ou retirar conclusões não devidamente sustentadas.

meses na Europa. Estes dados não são muito diferentes dos apurados noutros estudos, nomeadamente o elaborado na Galiza pelo Serviço Galego de Igualdade – Consellería de Familia, Xuventude, Deporte e Voluntariado (ed.) (2004) e, em Portugal, por Manita e Oliveira (2002). Em linha com o apurado na nossa inquirição, em ambos os estudos, as mulheres mostram-se sensíveis à importância do acesso aos serviços médi-cos para a defesa da sua saúde. Tal como acontece com a utilização do preservativo e o recurso a práticas sexuais seguras, o acesso aos serviços de saúde está estreitamente relacionado com um considerável grau de agência e sensibilidade das mulheres a pro-blemas de doença. Ao contrário do que muitos poderão pensar, na maioria dos casos cabe à mulher e não a qualquer outro agente, nomeadamente os proprietários de clu-bes, a decisão sobre quando e onde deve obter consultas e apoio médico. Como escre-vem Manita e Oliveira (2002: 101) a propósito do tráfico, sustentando que são pou-cas as mulheres traficadas por elas observadas no seu estudo, a considerável capacidade de iniciativa das mulheres nesta matéria não deixa de tornar evidente que também no nosso estudo as mulheres inquiridas não se encontram, na maioria dos casos, submetidas a formas extremas de exploração e opressão. Esta procura de servi-ços de saúde por parte das mulheres que se dedicam ao sexo mercantil tem também de ser compreendida à luz dos valores culturais que estruturam as identidades de género. Como argumenta Cabral (2002: 58-59), parece existir uma maior abertura cultural por parte das mulheres, quando comparado com o revelado pelos homens, para procurar ajuda médica, tornando-se assim manifestos os diferentes comporta-mentos face à doença em função do género.

Figura 7: Utilização de serviços de saúde



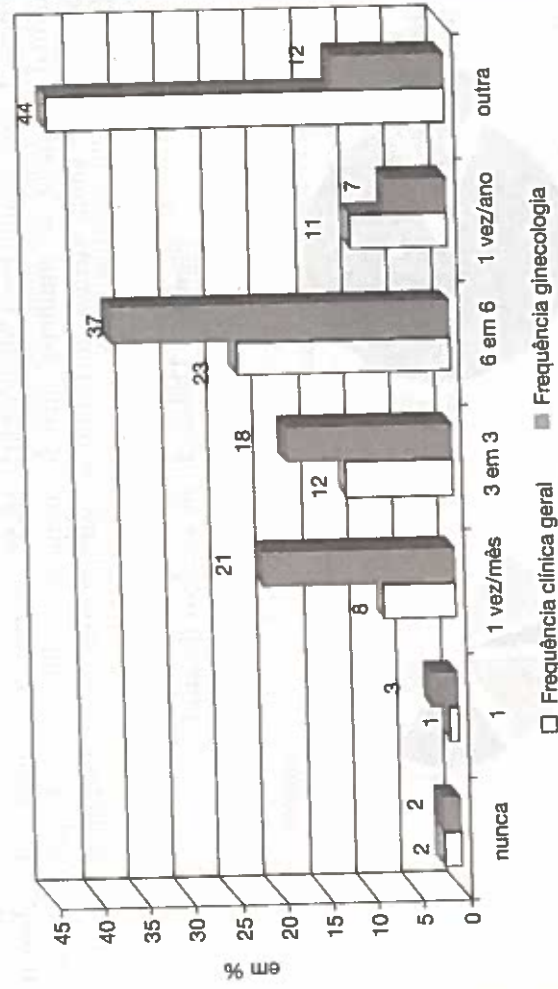
n = 128

As mulheres que utilizam serviços de saúde recorrem a organizações de apoio (Auto-Estima com 14,1% e o Comité Cidadano Anti-Sida com 3,9%), a centros de saúde (26,6%), a médicos privados (17,2%) e a hospitais (14,1%). Estes dados reve-

lam, simultaneamente, a dificuldade ou a inibição das mulheres em aceder aos sistemas públicos de saúde. Nestas circunstâncias, as organizações de apoio a mulheres que se prostituem, ora implementadas por iniciativa directa das autoridades sanitárias, como é o caso da Auto-Estima em Portugal, ora saídas da iniciativa de cidadãos, inscrevendo-se por isso na esfera das ONG, como é o caso dos Comités Ciudadano Anti-Sida em Espanha, desempenham um papel decisivo no acesso das mulheres que se dedicam ao sexo mercantil a um dos mais importantes bens públicos: a saúde.

Quando inquiridas sobre a frequência de utilização dos serviços de saúde, nomeadamente em termos de clínica geral e de ginecologia, os dados apurados mostram uma frequência relativamente elevada, em especial da consulta ginecológica. Tal mostra que, não obstante os seus problemas de exclusão, particularmente graves no caso das mulheres imigrantes ilegais, estas mulheres procuram, sempre que possível de modo discreto, apoio médico. É este acesso que permite às mulheres realizar não apenas as observações gerais e especializadas de rotina como também efectuar as análises de controlo e despistagem, por muitas reconhecidas como habituais.

Figura 8: Frequência de utilização dos serviços de saúde por especialidade



n = 103 para frequência de clínica geral
n = 105 para frequência de ginecologia

Questionadas sobre o tipo de aconselhamento que recebem dos profissionais de saúde sobre medidas e comportamentos que devem adoptar para se protegerem dos problemas sanitários a que podem estar mais sujeitas no exercício da sua actividade, a maioria das inquiridas reconheceu que tem recebido indicações e sugestões específicas nesta matéria. Porém, é importante notar que um número muito significativo de

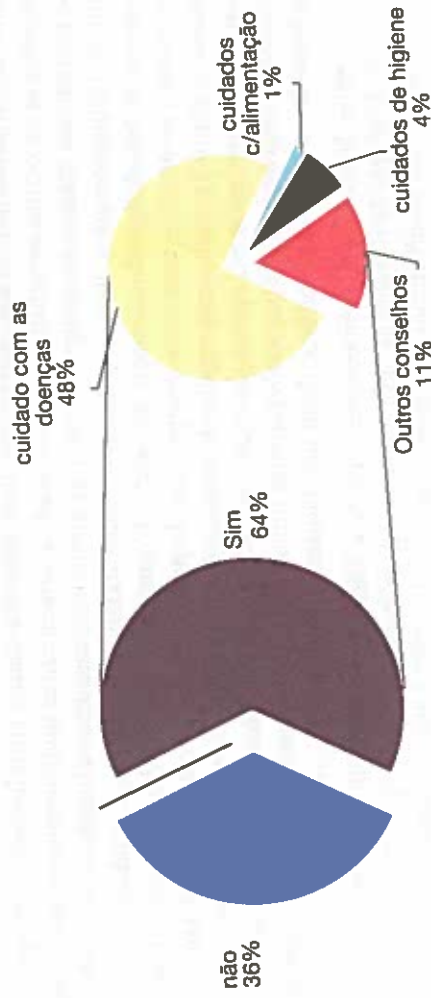
mulheres respondeu que não recebe qualquer tipo de aconselhamento. De acordo com as próprias inquiridas, estes conselhos não são dados simplesmente porque a maioria delas oculta aos profissionais de saúde a verdadeira actividade que exerce, para se poupar aos efeitos do estigma social que sobre ela pesa. Esta situação é particularmente frequente entre as que procuram consultas no Serviço Nacional de Saúde, sobretudo nos designados centros de saúde. Como nos foi narrado por uma mulher brasileira (28 anos) – com visto temporário de permanência graças a um contrato de trabalho como (pseudo)empregada doméstica do “namorado”, ex-cliente, de quem acabou engravidando –, apesar de estar em Portugal numa situação regular, opta por esconder a sua actividade por razões que se prendem fundamentalmente com a defesa da fachada no sentido que lhe é dado por Goffman (1993):

- Antes da gravidez também costumava procurar assistência médica?
- Sim, sempre fiz o exame da Sida, Aids que a gente chama...
- Aonde? Em hospitais? Em clínicas privadas?
- Eu fiz sempre no Centro de Saúde. Mas [...] eu nunca disse para o pessoal do Centro de Saúde o que é que eu faço. Nunca.
- Mas porquê. Acha que se dissesse, corria algum risco?
- Sim.
- É?
- É. Eu tenho medo, acho melhor não. Prefiro dizer que estou aqui, que eu moro com um português. Era o que eu dizia, né? Que eu morava cá, que estava trabalhando e fiquei grávida. Mas nunca disse a verdade sobre o que faço.

Todavia, as que recorrem a instituições directamente orientadas para o apoio às mulheres que exercem a prostituição, no caso o Projecto Auto-Estima e os Comités Ciudadano Anti-Sida, reportam quase todas o facto de receberem aconselhamento específico por parte dos profissionais de saúde que as atendem, o que denota que neste tipo de atendimento especificamente vocacionado para elas, as mulheres se sentem mais à-vontade, mais seguras e sem necessidade de escamotear e esconder a sua verdadeira ocupação. Enquadradas no que Irrazabal (2004: 14) designa como “friendly institutions”, estas iniciativas parecem ser, no actual contexto de alegidade da ocupação, de ilegalidade da permanência e do enorme peso do estigma social, a alternativa mais eficaz para acolher e resolver muitos dos problemas, incluindo os de saúde, que cruzam o dia a dia das mulheres prostitutas.

Dos conselhos de que dizem ser alvo por parte do corpo clínico destacam o controlo e a prevenção das doenças, incluindo as que estão directamente relacionadas com a esfera sexual, como as DST, seguindo-se depois as recomendações relativamente à alimentação e aos cuidados de higiene. Aqui é de sublinhar a atenção médica para com a parte genital da paciente. Segundo algumas das mulheres inquiridas, as consultas especializadas de ginecologia são especialmente úteis para acederem a informações sobre boas práticas de higiene e de lubrificação, esta última essencial para a redução dos riscos de ruptura do preservativo.

Figura 9: Tipo de aconselhamento recebido



n = 96

Registe-se ainda que uma boa parte das inquiridas admite que não carece de aconselhamento médico sobre as questões da saúde equacionadas neste estudo, muito em especial sobre as que mais directamente se podem relacionar com a sua actividade, por considerarem que estão hoje suficientemente informadas e alertadas para eles, graças aos meios de comunicação, a colegas de ofício e a toda uma série de outros meios.

A SIDA, eu tenho consciência, igual que muitas outras doenças. Por isso eu, ao contrário de algumas que estão aí a trabalhar, eu não tenho medo e já fiz vários testes... Eu conheço, porque eu cheguei a assistir a palestras sobre doenças sexuais transmissíveis. Uma foi na base de desenhos, outra foi na base de fotos reais. Eu conheço quando o homem está com doença. Quando a gente lava ele, a gente dá conta... Tinha uma doença aí que eu não conhecia, mas uma colega me explicou que é o tal do "chato", que é tipo assim uma pulga de cachorro... Eu não vou para o quarto de luz apagada e nem gosto muito assim na meia luz. Sempre na hora que vou lavar o cliente, passo a mão para sentir se tem algum carocito e assim... Então, há muitas colegas que já gostam de ficar no escuro, não olham. Eu não! Eu olho sempre muito! (brasileira, 25 anos).

Como vimos, a morbidade e o tipo de doenças que afectam os indivíduos depende, em boa medida, do lugar social ocupado. No caso das mulheres que se dedicam ao trabalho prostitucional, elas estão particularmente preocupadas com as DST. Em termos sociais, à desigualdade de género que se repercute, de forma geral, sobre todas as mulheres, incidem ainda outras fundadas na nacionalidade, na condição de imigrante e no tipo de trabalho realizado.

A situação de trabalhadora ilegal imigrante é uma marca distintiva negativa das mulheres que exercem a prostituição em clubes nos territórios observados. Oscilando entre o alegado estatuto (precário) de "turista", o de imigrante em vias de legalização e, sobretudo, o de imigrante irregular sem perspectivas de legalização, as mulheres

enfrentam dificuldades concretas de estadia na União Europeia, com impactos concretos no acesso a diversos bens públicos, como a saúde. Como mostram outros estudos (Brussa, 1998: 246-248), na maioria dos países da União Europeia as mulheres estrangeiras que exercem a prostituição são em número superior às nacionais, permanecendo quase sempre fora das estruturas legais, sociais e médicas existentes nestes Estados. Daí a importância de iniciativas de apoio a estas mulheres, nomeadamente na prevenção das DST, como a TAMPED, que envolveu nos anos 90 ONG da Holanda, da Itália e da Alemanha, comprometidas com a defesa e a promoção dos direitos das mulheres que prestam serviços de sexo mercantil.²⁷

Sujeitas ao estigma que sobre elas é projectado (e por elas, em grande parte e medida, incorporado) pelas instituições que assumem o "direito" e a autoridade de prescrever a ordem moral que traduz, na sua versão dominante, a estrutura, a lógica e a mentalidade da sociedade moderna, com todas as implicações que tal acarreta para a condição de estrangeiras, não raro conjugada com o estatuto de imigrante irregular e sem perspectivas de legalização, a maioria das mulheres que prestam serviços de sexo mercantil enfrenta, de facto, dificuldades acrescidas no acesso aos serviços de saúde públicos.

Se é certo que, em termos jurídicos, o acesso dos cidadãos aos serviços públicos em situação de urgência, sem distinção de género, idade, nacionalidade ou qualquer outra categoria, é assegurada pelos Estados-Providência, como o nosso, na prática é bom notar, na esteira da célebre dicotomia *law in books, law in action* da sociologia do direito (Santos, 1993 e 1994), que a situação é bem diferente.²⁸ Com efeito, o Despacho nº 25.360 de 2001 – Acesso à saúde por parte dos imigrantes – estabelece explicitamente, no seu ponto 4.4., que "os cidadãos estrangeiros em situação de permanência não regularizada, têm acesso aos serviços e estabelecimentos do SNS, mediante a apresentação junto dos serviços de saúde da sua área de residência de documento comprovativo, emitido pelas Juntas de freguesia [...] de que se encontram em Portugal há mais de noventa dias". Mas logo no ponto seguinte, o legislador precisa que a estes cidadãos estrangeiros "poderão ser cobradas as despesas efectuadas, exceptuando a prestação de cuidados de saúde em situações que ponham em perigo a saúde pública, de acordo com as tabelas em vigor, atentas as circunstâncias do caso concreto [...].

Face a isto, há que concluir que, como princípio de funcionamento, o sistema público de saúde trata os imigrantes ilegais como "doentes privados". Aprofundando a crítica, o texto legal comporta uma série de reservas quanto à aplicabilidade das suas propostas ao caso das mulheres prostitutas estrangeiras ilegais. Desde logo, porque a maioria dos problemas de saúde de que as que inquirimos dizem padecer encaixa na possibilidade, estipulada pela lei, de cobrança da assistência médica e medicamentosa, o que torna esta oferta relativamente pouco atractiva quando comparada às alternati-

²⁷ TAMPED é um projecto internacional de sensibilização e investigação sobre as DST orientado para as mulheres imigrantes que exercem a prostituição na Europa. Beneficiária, desde 1993, do apoio da Direcção-Geral V (Saúde Pública) da Comissão Europeia no quadro do programa "Europa contra a Sida" (www.aminesty/forwomen.de/feu_projekte_es.html).

²⁸ Segundo Santos (1993: 288s.), a lei no papel (*law in books*) e a lei na prática (*law in action*) remete para uma constatação sociológica traduzida na Sociologia do Direito como um princípio largamente demonstrado e que coloca em evidência a discrepância, variável de Estado para Estado, existente entre a lei escrita e a sua aplicação.

vas do sector privado, com a vantagem de este último ser considerado como mais “seguro” em termos de compreensão e de resguardo da condição profissional e jurídica destas mulheres, pois como é explicitamente reconhecido num texto do ACIME (2003), segundo o qual os imigrantes que estão “ilegais têm medo de ser apanhados se forem a um centro de saúde ou hospital”. Por isso, é frequente haver bastantes mulheres estrangeiras, que exercem a prostituição, a procurarem os serviços médico-sanitários privados, pois nestes, como justamente sublinham Andrade e Casal (s/d), o único requisito de acesso é a capacidade económica.

Mas também porque a necessidade de exibir um documento passado pela junta de freguesia da área de residência é largamente incompatível com a rotatividade territorial a que a actividade que exercem as obriga, por força da qual o conceito “área de residência” carece de sentido e de operacionalização. Aliás, esta deambulação espacial, mais ou menos intensa, constitui, seguramente, um problema à hora de planejar e agendar o atendimento médico e o seguimento de estados clínicos. Embora partilhando o mesmo tipo de obstáculos de todos os imigrantes sem papéis para acederem e usufruírem da assistência sanitária providenciada pelo SNS, às mulheres prostitutas acrescem ainda as restrições decorrentes do estigma social que carregam e que as afecta em toda e qualquer esfera das suas vidas por ser certo que muitas vezes ele informa e se repercute também na forma como os próprios médicos e outros agentes sanitários acolhem e tratam as mulheres depois de as identificarem como prostitutas (Téqui, 2004). Por isso, algumas das inquiridas não deixaram de frisar que se sentem discriminadas também no acesso aos cuidados de saúde, ficando impossibilitadas, de facto, ao sistema público de saúde, tal como o sublinha uma brasileira (23 anos): “o governo devia dar mais atenção e mais verbas para apoio à saúde. Preocupo-me muito com a saúde. Os serviços públicos de saúde deviam colaborar e apoiar mais as prostitutas”.

Face a esta situação, impõe-se a definição de novas políticas que sejam capazes de, por um lado, garantir a inclusão de todos os cidadãos no domínio da saúde, limitando assim os efeitos produzidos pelas desigualdades do mais variado tipo, incluindo as que se fundam na classe e no género, e, por outro, assegurar a implementação de boas práticas de prevenção e redução dos riscos no domínio do sexo mercantil. Em nosso entender, tal implica a promoção da capacidade de agência das mulheres que se dedicam ao sexo mercantil no quadro de estratégias de acção de combate às formas concretas de dominação masculina.

Embora não se avance com propostas concretas, é de referir, em contraponto, as experiências políticas que não se devem seguir, ainda que elas possam ser guiadas por vontades sinceras de luta contra o proxenetismo e o tráfico de seres humanos para fins sexuais. É o caso manifesto da lei Sarkozy sobre a segurança interior e o delito de *racolage* passiva. Como nos mostra o jornal *Le Monde* (16/3/2005), a lei tem permitido, com base numa interpretação simultaneamente ambígua e genérica, a perseguição das mulheres que exercem a prostituição nos bosques e bairros das principais cidades francesas, com destaque para Paris. De acordo com o testemunho de muitos activistas citados pelo jornal, a acção das forças policiais está a empurrar as mulheres que exercem a prostituição para situações ainda mais difíceis. De facto, elas vêem-se forçadas a pros-

tituir-se em bosques, zonas industriais e parques de estacionamento das periferias das grandes cidades, cada vez mais em situação de isolamento e ocultação da actividade. Nestas condições não só a actuação das equipas de rua de apoio, nomeadamente profilático, se torna problemática, como também as mulheres têm maiores dificuldades para resistir aos desejos dos clientes pelo sexo desprotegido. Assim, pressente-se que a introdução de quadros jurídicos repressivos tem, entre outras consequências, o aumento brutal do risco epidemiológico subjacente ao exercício da sua actividade:

The criminalization of sex for money means that hookers who are subject to abuse from their customers are less able to report their abusers. It also makes it difficult for them to insist on condom use with their customers, and thus increases their chances of becoming infected. In conversations I had with a number of women who were raped by their customers, without condoms, they said that because their work is illegal they are not willing to prosecute these men. Instead, they maintain a “bad date” list and disseminate it to other hookers. In contrast, it has been found that decriminalization of prostitution enables those in the sex trade to practise safe sex, and will ultimately result in lower infection rates (Bastow, 1995: 5).

Nestas circunstâncias, é a integridade física destas mulheres que se coloca em causa, ao mesmo tempo que se agravam os riscos de contaminação individual e colectiva com severidade a saúde pública. As medidas de repressão da prostituição, sejam mais directamente orientadas para os clientes ou para as mulheres, ao acentuarem o carácter subterrâneo e “marginal” do fenómeno, acabam, em regra, por produzir efeitos perversos, nomeadamente a degradação das condições higiénicas de prestação dos serviços sexuais, a maior vulnerabilidade das prostitutas face aos clientes, em particular no que diz respeito à imposição da utilização do preservativo, e a diminuição das possibilidades de intervenção dos diferentes agentes que actuam neste campo social.

Capítulo V

Os clientes também contam

1. Comportamentos de risco e distribuição de responsabilidades

Para além dos comuns “empolamentos” sobre o potencial epidemiológico da prostituição, é também bastante recorrente centrar-se a discussão, de forma quase que exclusiva, nas prostitutas, atribuindo-lhes comportamentos sexuais de risco e responsabilizando-as pela proliferação das DST. Os clientes, por seu lado, tendem a ser desculpabilizados, quando não simplesmente omitidos, tornados “invisíveis”. Mesmo no meio académico, como nota Martilla (2003: 1), “the practices of men who buy sex, ‘the invisible men’, have been largely ignored”. Também González e Martínez (2002: 16) destacam o facto de não existir uma única caracterização sócio-antropológica para o cliente:

Ser cliente se entienda como una situación absolutamente transitoria, ocasional y contingente, pero no es un estatus. Es decir, no existe una categoría social instaurada en el discurso ideológico dominante, ni en las construcciones teóricas, para caracterizar al cliente.

A isenção e o esquecimento a que geralmente são votados os clientes deverão ser interpretados por referência às estruturas ideológicas patriarcais que legitimam a “valência diferencial dos sexos” (Héritier, 1998) e asseguram a “dominação masculina” (Bourdieu, 1999). É por efeito dessas estruturas ideológicas que se utilizam “dois pesos e duas medidas” na apreciação dos comportamentos masculinos e femininos. Daqui resulta uma dupla moral sexual, segundo a qual, no contexto específico da prostituição, se tende a “naturalizar”, desculpabilizar e, por vezes, até mesmo incentivar e valorizar o comportamento dos homens que procuram o sexo comercial, enquanto se reprova e estigmatiza fortemente o comportamento sexual das mulheres. A apreciação social de que beneficiam os clientes resulta, em boa medida, da hegemonia de uma cultura sexual de cariz patriarcal, com base na qual se entende como “normal” o homem ter várias parceiras sexuais. Já a qualificação social negativa que, geralmente, é projectada sobre as mulheres prostitutas resulta, desde logo, da mercan-

tilização da sua sexualidade, situação que contraria por completo as premissas culturais que regulam a construção da feminilidade.

A omissão e a desculpabilização dos clientes assumem contornos claramente paradoxais, tendo em conta que as suas atitudes e comportamentos têm um impacto determinante em termos de propagação de DST (Kruhse-Mountburton, 1992: 224).²⁹ É neste sentido que Iliina e Kalugin (2001), deborando a relevância do comportamento dos clientes em matéria de DST, referem que, na grande maioria dos casos, a transmissão de enfermidades resulta, essencialmente, da forte relutância que eles manifestam em relação à utilização do preservativo. Torna-se, portanto, fundamental considerar não apenas as mulheres que se prostituem, como também (e sobretudo) os seus clientes e (re)ajustar a atribuição de responsabilidades em matéria de DST. Afinal, uma boa parte deles manifesta, recorrentemente, atitudes para uma sexualidade de risco que não se materializa devido à acção das mulheres, profundamente conscientes dos riscos sanitários a que estão expostas. Para além da negligência, particularmente grave, que os clientes evidenciam em termos de prevenção das DST, há vários outros tipos de “desleixos” higiénicos, de que as próprias mulheres que lhes prestam serviços sexuais nos deram conta:

Tem rapazes que chegam com a roupinha limpinha, todos perfumados; na hora que tiram a roupa também é um estrago. Não é só os mais velhos. Dizem que é os mais velhos porque têm preguiça, mas não, é os novos também... [...] As vezes, inclui tudo, chulé, acontece homens de estar com a cueca suja de bosta, que não limpam o anus... [...] Eu vejo, mas já aconteceu igual, tem o lavatório, as meninas me contou, estava bocado de bosta. Eu, só aconteceu uma vez só as cuecas; aquilo já seco já..., é muito nojento, é muito, muito, muito mesmo! [...] Ah a sério, a sério, eu tenho muito nojo, porque é assim, a gente tenta se cuidar porque falta de... porque banho não é bom só para limpar também é bom para a saúde... [...] então tenho muito nojo desses homens porcos, eu falo porcos... muito nojo! (brasileira, 25 anos).

Torna-se, portanto, fundamental conceber a prostituição e as suas eventuais implicações sanitárias (também) como uma questão que interpela também os homens (Nencel 1994), um “problema masculino” (Jakobson, 2002). Deste modo, a implementar-se um qualquer sistema de monitorização epidemiológica para o contexto da prostituição, não bastará ter em conta apenas as mulheres, “[...] pois monitorizar as prostitutas não significa que serão protegidas do HIV/AIDS ou das DST, já que os clientes (não examinados) podem transmitir-lhes tais doenças” (Raymond, 2003: 6).

2. As três faces das atitudes sexuais de risco entre os clientes

A clientela constitui um grupo bastante heterogéneo e com uma certa transversalidade social. Com efeito, é composto por elementos que evidenciam consideráveis

²⁹ Vejam-se ainda, a este propósito, McKegancy e Barnard (1996), Legardinier (1997), Hart (1998) e Riopedre (2004).

diferenças em termos de idade, estado civil, profissão e estatuto sócio-económico, formando, desse modo, uma espécie de microcosmos representativo de todo o universo masculino. Os próprios clientes têm, de resto, uma clara percepção da transversalidade social do grupo de que fazem parte:

Você vai ao banco, 3 em cada 5 funcionários são clientes. Vai às finanças, então nem se fala! E delegados de propaganda médica? Toda a gente vai, não importa que tenha esta ou aquela profissão. E agora também vão puros novos. Conheço alguns, com 20/22 anos que só querem putas! (Cliente, 42 anos).

A heterogeneidade dos clientes manifesta-se também ao nível das razões que estão na base da procura do sexo comercial e dos quadros de interacção que mantêm com as trabalhadoras sexuais, duas das variáveis que mais interferem, como veremos, na percepção do risco das DST e na adopção de medidas de profilaxia sexual. Há, todavia, um denominador relativamente recorrente, que é a predisposição mais ou menos consciente, o *habitus* incorporado, ora inconsciente, ora mais ou menos consciente e até mesmo deliberado para comportamentos sexuais de risco.³⁰ Trata-se de um *habitus* que tem por base diferentes etiologias e assume diversas configurações, estando associado sobretudo (i) à reprodução dos valores da masculinidade hegemónica (ii) a situações de “indigência”/“imaturidade” sexual, ou ainda (iii) à ligação afectiva que, por vezes, os clientes estabelecem com as trabalhadoras sexuais.

Considerando então a sua etiologia e os seus contornos, ensaiamos de seguida uma tipologia do risco que, frequentemente, permeia as atitudes e comportamentos sexuais dos clientes da prostituição.

2.1. O risco como recurso de construção da masculinidade

As expectativas e os comportamentos de uma boa parte dos clientes, ainda que perpassados por inúmeras ambiguidades e paradoxos (Sacramento, 2004), tendem a enquadrar-se no modelo cultural (ideal e inalcançável) dominante que informa o processo de construção social da identidade de género masculina – masculinidade hegemónica (Kaufman, 1987; Connell, 1995; Almeida, 1995; Kimmel, 1997). A vontade em corresponder às exigências ideológicas deste modelo é de tal forma intensa e prioritária que, frequentemente, incorrem em comportamentos em que tudo, inclusive a própria segurança, parece submeter-se à obstinação em se provar a competência viril. O afrontamento do risco constitui uma tentativa, mais ou menos deliberada e/ou

³⁰ Estes aspectos remetem-nos para o conceito de *habitus* definido por Bourdieu (1979). O *habitus* pode ser caracterizado como “sistemas de disposições duradouras, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como tal, ou seja, enquanto princípio de geração e de estruturação de práticas e representações que podem ser objectivamente ‘reguladas’ e ‘regulares’ sem em nada serem o produto da obediência a regras, objectivamente adaptadas ao seu fim sem suportem a mira consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para as atingir, e sendo tudo isto, colectivamente orquestradas sem serem o produto da acção organizadora de um maestro de orquestra (Bourdieu, 2000: 163). Note-se que mesmo em situações de *hysteresis do habitus*, que podem exprimir desconcordanças entre as estruturas e as práticas transformadas em acção colectiva (Bourdieu, 2000: 178-179), é improvável o desajustamento das práticas às regularidades impostas pelos sistemas de disposições (*habitus*).

consciente, de fazer prova de masculinidade. O risco é, com efeito, um elemento ideológico estruturante do modelo da masculinidade hegemónica. E de acordo com os preceitos desse modelo, a sua assunção é claramente valorizada, sendo tomada como um forte indicio de virilidade. Em sentido contrário, a sua prevenção, ainda que objectivamente racional, é sancionada com qualificações como *fraco*, *mole*, *medrucas*, que remetem para a feminilidade, indiciando, por essa via, uma exclusão simbólica do campo identitário masculino. Como consequência, torna-se particularmente difícil a instauração de uma “cultura de auto-cuidado” e de prevenção entre a comunidade masculina (Lagunes, 1998).

O “ideal impossível de virilidade” subjacente ao modelo da “masculinidade hegemónica” constitui, assim, “o princípio de uma imensa vulnerabilidade” (Bourdieu, 1999: 43). No caso particular da prostituição, esta vulnerabilidade decorrente do quadro de valores do sistema de sexo-género dominante manifesta-se sobretudo em atitudes e comportamentos masculinos manifestamente negligentes em matéria de prevenção das DST:

[...] a vulnerabilidade masculina às DST/Aids se constrói a partir da socialização dos homens para um estilo de vida auto-destrutivo, em que o risco não é visto como algo a ser evitado e prevenido, mas enfrentado e superado; e em que o sexo deve ser buscado à revelia do risco e jamais recusado. Some-se a isso a crença de que o cuidado consigo e com o outro são valores, em nossa sociedade, associados ao feminino: homem que é homem nem adoece (Diniz, 2001: 4).

É sob o efeito destas orientações ideológicas que muitos clientes incorrem numa sexualidade manifestamente expansiva e permeada por inúmeras atitudes e comportamentos sexuais de risco, dispendo-se, por exemplo, a pagar três ou quatro vezes mais dinheiro às prostitutas para assegurarem a sua anuência à não utilização do preservativo. Muitas vezes condicionados pelo desejo de “experimentar mulheres diferentes todos os dias”³¹ (Cliente, 19 anos), as motivações destes clientes configuram uma constante procura de expansão dos horizontes da sua sexualidade, ou seja, a procura de práticas sexuais consideradas interditas com a esposa ou a namorada (v.g. sexo anal e oral):

Sei lá... todos nós temos paranóias sexuais que não assumimos nem com a nossa mulher nem com a nossa namorada, mas somos capaz de assumir com uma prostituta. Aí, as nossas paranóias, os nossos sonhos, as nossas fantasias eróticas são postas no real. E não há perigo nenhum. Paga-se e não há perigo nenhum!! E a pessoa realiza as suas fantasias eróticas e sexuais (Cliente, 49 anos).

Algo que é, sublinhe-se, bem percebido pelas mulheres que prestam serviços sexuais de tipo mercantil:

³¹ O sentido desta afirmação aponta para uma constante variação de parceira sexual e para a oportunidade de acesso àquilo que Martilla (2003: 1) designa por “new and exotic products”.

Os homens nos procuram porque nós fazemos com eles tudo aquilo que eles não fazem com as suas mulheres, ou porque acham que não é certo, ou porque eles têm vergonha de fazer! Eles nos dizem que essas coisas aí não é para fazer com a mãe dos seus filhos, não! (brasileira, 36 anos).

A tendência de expansão sexual destes clientes, da qual podem decorrer comportamentos sexuais de risco, esbarra na tendência de economia sexual evidenciada pelas mulheres prostitutas, que, estando confrontadas com a permanente ameaça das DST, optam por circunscrever a prestação dos seus serviços a práticas sexuais mais “tradicionais”, envolvendo assim um menor potencial de risco (Parent, 2001). Alguns deles têm uma clara consciência da sua necessidade de expansão sexual, autodefinindo-se mesmo como *predadores/coleccionadores sexuais*, como *viciados* numa procura inexorável da *novidade* e de uma sexualidade potenciada para melhor. Variam constantemente de parceira e procuram, em boa medida por essa via, evitar um relacionamento mais duradouro que possa vir a implicar um maior envolvimento afectivo:

Eu, quando repito 2, 3, 4 vezes uma mulher, já é o máximo dos máximos, por melhor que seja!! A minha sorte é que elas também vão embora. Vão e voltam. Estão sempre a chegar novas e elas têm 3 meses e acaba também... ainda bem que vão embora. Eu até digo “- que sorte!” Embora gostasse outra vez de dar uma queca à mesma gaja, vou lá e dizem-me que já foi embora, eu até fico aliviado. (Cliente, 53 anos).

O seu anseio central está focalizado na superação dos constrangimentos (por exemplo, emocionais) à sua actividade sexual e na maximização do respectivo potencial de prazer, uma vez que essa é a via prioritária através da qual experimentam subjectivamente o sentimento de masculinidade. Este comportamento hedonista pauta-se por expectativas de obtenção de um prazer que os faça sentir verdadeiramente homens – o sentimento de prazer como prova da *performance* sexual e experiência de *self-empowerment*. A procura de uma satisfação sexual máxima, imediata e incondicional é de tal forma prioritária que as preocupações proflácticas são encaradas como potenciais obstáculos e, por isso, relegadas para segundo plano. A não utilização do preservativo, por exemplo, é solicitada por muitos destes clientes com base no pressuposto de que ele reduz a sensibilidade, prejudica a erecção e limita o prazer – importantes manifestações fisiológicas de masculinidade. Segundo Medeiros (1999), a resistência à utilização do preservativo ficar-se-á ainda a dever ao facto de os homens o construírem simbolicamente como redutor da expressão da sua virilidade e do seu domínio sobre as mulheres, ou seja, como uma barreira que, ao impedir que o fluxo de esperma seja depositado na mulher, salvaguarda-a da “carga” do poder masculino.

O enfrentamento do risco é, além do mais, subjectivamente estetizado (e eventualmente eroticizado) como uma forma de superação dos limites e do medo e como provas inequívocas de potência sexual e de valentia. Para Faugier, Hayes e Butterworth (1992), a exposição aos riscos, nomeadamente os de natureza higieno-sanitária, a que se submetem os clientes da prostituição constitui mesmo um elemento compulsivo e condicionante na procura do sexo comercial. E isto porque,

segundo O'Connell-Davidson (1998), a sensação de domínio e poder que decorrem da exposição ao risco são subjectivamente percebidas como elementos de excitação e eroticização.

Os preceitos ideológicos da masculinidade hegemónica que predispõem muitos clientes para uma sexualidade de risco acabam por não se concretizar, ou seja, por não ter consequências efectivas, devido quase sempre aos cuidados de prevenção impostos pelas mulheres prostitutas.

2.2. O risco como derivado da "indigência"/"imaturidade" sexual

A pouca familiaridade, o desconhecimento ou o pudor com as questões da sexualidade que alguns clientes deixam perceber constituem sérios obstáculos a uma efectiva percepção e consciencialização dos potenciais riscos epidemiológicos no contexto da prostituição. Estes clientes, que por razões físicas ou relacionais sofrem de limitações e sentem dificuldades no processo de sedução do sexo oposto, poderão ser incluídos dentro do que Fernández-Fígares (s/d, 2) designa de "indigência sexual", na qual, segundo a mesma autora, se poderão incluir

[...] jóvenes tímidos o poco atractivos, hombres maduros solitarios y encerrados en sí mismos, divorciados o viudos añosos que no tienen suerte con las mujeres, algunos que se encuentran minusválidos, pero no exentos de impulso erótico [...].

O recurso ao sexo comercial representa para eles uma das poucas possibilidades de satisfação das suas necessidades. A sua sexualidade é, predominantemente, direccionada para o alívio das tensões decorrentes da privação sexual. Não se sentem muito à vontade, nem manifestam grande habilidade sócio-erótica para desenvolver uma relação mais estreita com as mulheres a quem solicitam a prestação de serviços sexuais. Eles próprios tendem a reconhecer esta inabilidade e a admitir mesmo que estabelecem uma espécie de relação de "pedagogia sexual" com as mulheres com quem *sobrem*:

E vai-se aprendendo também com elas. É com elas que se aprende assim muita coisa. [...] Principalmente a conhecer várias posições do Kamasutra!!! É um treinozinho antes do casamento! (Cliente, 22 anos)

Os recalamentos e as inibições com as questões da sexualidade em nada contribuem para uma efectiva consciencialização e preocupação face às DST. A isto acresce muitas vezes a falta de informação ou informação errada, o que configura uma predisposição para uma sexualidade de risco, decorrente, neste caso, de um significativo desconhecimento acerca das precauções básicas de prevenção. No entanto, devemos ter em consideração que, dada a sua "imaturidade"/retração sócio-sexual, eles são particularmente manipuláveis pelas trabalhadoras sexuais, acabando, quase sempre, por ceder às orientações destas no que concerne a medidas de salvaguarda da saúde sexual.

Tendo em conta esta situação, torna-se, então, pertinente relevar o paradoxo subjacente ao nexo de causalidade existente entre a "imaturidade" sexual e as atitudes

de negligência em matéria de prevenção das DST. Assim, podemos dizer que a "imaturidade" / retração sócio-sexual dos clientes tende a inibir a percepção dos riscos epidemiológicos que determinadas práticas sexuais envolvem, o que, potencialmente, configura uma sexualidade de risco; mas, por outro lado, facilita a acção de educação e profilaxia sexual que a generalidade das mulheres prostitutas, pensando acima de tudo na sua própria saúde, desenvolve no exercício da sua actividade.

2.3. O risco como consequência do envolvimento emocional

Contrariamente ao que muitas vezes se supõe, nem todos os homens procuram o sexo comercial por motivos de ordem meramente sexual. Em muitos casos, há também uma dimensão de natureza emocional que assume uma relevância extremamente significativa. Winick (1962) chega a destacar que, para muitos clientes, os significados emocionais são mais importantes que a concretização do desejo sexual. Nestas circunstâncias, as trabalhadoras sexuais desempenham, predominantemente, aquilo que Bourdieu (1999: 66) designa de "[...] função catártica e quase terapêutica de regulação da vida emocional dos homens, acalmando a sua cólera, ajudando-os a aceitar as injustiças ou as dificuldades da vida". De algum modo conscientes desta função, muitos clientes referem-se mesmo às prostitutas como psicólogas e terapeutas, de quem recebem conforto e conselhos sobre os seus problemas e angústias:

Quando lhes conto os meus problemas procuram dar-me carinho e tudo! Para mim são pessoas espectaculares, melhores que as pessoas de fora! Para uma pessoa falar abertamente... [...] Sinto-me bem...sinto-me bem, em alegria! (Cliente, 23 anos).

Por sua vez, as prostitutas reconhecem e acabam por aceitar desempenhar este papel desejado por muitos clientes:

Os homens que vêm a essas casas são mal-amados em casa. Vêm cá para aliviar a cabeça, eles próprios falam. Parece que estão fazendo uma consulta no psicólogo (brasileira, 32 anos).

É de situações caracterizadas por um significativo envolvimento emocional por parte dos clientes que resultam as comuns relações de "namoro" com que nos deparámos no contexto em estudo. Todavia, na maior parte dos casos, há uma clara assimetria no sentido dado a essa relação e nos objectivos que as mulheres e os namorados nela projectam. De um modo geral, no que diz respeito aos clientes- namorados, trata-se duma relação que funciona como uma espécie de âncora emocional. Já da parte das mulheres prostitutas, apenas uma pequena minoria parece ter, realmente, uma atitude genuína e desinteressada nos "namoros" que vai fomentando e mantendo. A maior parte delas limita-se a alimentar o interesse do cliente-namorado e a instrumentalizar estrategicamente esse tipo de relação, tendo em vista determinados benefícios materiais em seu próprio proveito.

Entre os clientes que se envolvem afectivamente com as trabalhadoras sexuais, a importância que é atribuída à dimensão emocional - que, de acordo com as concepções teórico-ideológicas conservadores (Parsons, 1956) e os usuais padrões interiori-

zados pelo senso comum, é socialmente identificada com o feminino - indicia uma construção da identidade de género de algum modo divergente do modelo da masculinidade hegemónica. Os comportamentos deste tipo de clientes comportam também dimensões de risco de transmissão de DST. Com efeito, o forte envolvimento emocional que caracteriza algumas relações que se estabelecem entre os clientes e as trabalhadoras sexuais leva ao relaxamento da prevenção e, conseqüentemente, a atitudes sexuais de risco. É que esse envolvimento emocional, sobretudo quando evolui para relações de *namoro*, induz o cliente a ver a mulher como alguém muito especial; alguém que não representa uma ameaça na aceção plena, inclusive na dimensão do risco. Nesta crença, facilmente chega a considerar desnecessário um comportamento sexual seguro, nomeadamente através da utilização do preservativo. Além do mais, o preservativo é, simbolicamente, apreendido como um obstáculo à intimidade que procura construir com a *namorada*.

Se da parte das mulheres prostitutas a relação de namoro for, de facto, vivida e assumida como tal, isto é, se a mulher se chega mesmo a apaixonar pelo cliente-namorado, a sua anuência à não utilização do preservativo será, como referimos, bastante provável, praticamente pelos mesmos motivos que explicam a não utilização por parte dos respectivos namorados, tal como ocorre noutros contextos sociais (Peto *et al.*, 1992). Como deixámos dito antes, a própria função simbólica do preservativo, enquanto forma de demarcação das esferas profissional (onde, por norma, é utilizado) e privada (onde tende a não ser utilizado), deixa, nas situações de enamoramento das mulheres, de ter qualquer relevância. Pelo contrário, se o *namoro*, como muitas vezes acontece, for uma mera encenação para obter determinados benefícios (dinheiro, pagamento da renda de casa, ajuda na resolução de assuntos burocráticos, etc), as pseudo-namoradas dificilmente descurarão a adopção das medidas profiláticas essenciais para a salvaguarda da sua própria saúde sexual.

3. Uma falsa sensação de segurança

A generalidade dos clientes que descuram a prevenção das DST não têm uma efectiva consciência dos riscos a que se sujeitam, do mesmo modo que podem provar. As informações que possuem sobre as DST e sobre suas formas de prevenção são manifestamente inconsistentes e distorcidas. Com alguma frequência acreditam mesmo que não correm qualquer tipo de risco, devido aos supostos cuidados higiénicos das suas parceiras sexuais e à alegada vigilância médica periódica a que elas se sujeitam. Chegam, por vezes, a considerá-las *mais limpas* que a generalidade das mulheres:

São mais sujas as de fora que as de dentro [...] Porque não têm vistoria médica, não têm higiene, depois cheiram mal, têm isto, têm aquilo. Aquelas não! [...] São limpas, têm vistoria de médicos, têm tudo, pronto, todas as regalias!! (Cliente, 23 anos).

Num ou noutro caso, o pseudo-argumento com base no qual constroem uma falsa sensação de segurança circunscreve-se apenas ao facto de uma terceira pessoa ter

dito que determinada mulher é *de confiança*, que *não está estragada* ou que é *muito limpa*:

Bem, é assim... com certas raparigas que eu sei que posso foder sem preservativo, isso fodo, porque o dono da casa diz mesmo "Tu, com esta rapariga podes estar confiado, que esta rapariga está cinco estrelas!" E eu, sem preservativo, sem problemas nenhuns (Cliente, 21 anos).

Além destes falsos critérios de aferição de sanidade, claramente indutores de comportamentos sexuais de risco, há ainda a destacar a visão da SIDA como uma "doença do outro" (Parker, 1994; Guimarães, 1996; Knauth, 1998), o que acaba também, de algum modo, por contribuir para um sentimento de "impunidade epidemiológica". Trata-se dum sentimento que as diversas estratégias de prevenção das DST parecem não ter conseguido evacuar. No entender de Alves (2003: 438), o facto de as campanhas de luta contra a SIDA entre os clientes do sexo comercial no Brasil não terem surtido um impacto significativo fica, sobretudo, a dever-se à

[...] falta de conhecimento do seu universo cultural, não se utilizando uma linguagem que os coloque a par do que é a epidemia, para eles representada pela fatalidade, na associação com a morte; estereótipo do qual se afastam [...] e ainda à "[...] falta de prioridade dada a homens heterossexuais nas estratégias de prevenção ao HIV.

Embora sejam parte directamente responsável pela existência e inclusive, nalguns casos, pela organização da prostituição e, como já tivemos oportunidade de constatar, tenham a maior quota-parte de responsabilidade no que toca a comportamentos sexuais de risco, os clientes, na generalidade dos planos de acção delineados pelas entidades que actuam no âmbito do fenómeno prostitucional, são quase sempre relegados para segundo plano ou até mesmo negligenciados. Quando lhes é dada de facto atenção é, geralmente, com o intuito de se clamar pela sua criminalização. Ora, em lugar de se enveredar pela via da repressão policial e judicial, defendemos um trabalho de responsabilização dos clientes, apostado em contribuir para a desconstrução dos tradicionais valores de género, para os quais remetem uma boa parte das suas expectativas e comportamentos sexuais.

Capítulo VI

Considerações finais: Por uma política de saúde inclusiva para as mulheres que exercem a prostituição

Deste estudo podem extrair-se algumas conclusões sobre as condições e os problemas médico-sanitários das mulheres que exercem a prostituição abrigada nas regiões observadas, a partir das quais apresentar-se-ão propostas concretas para uma política de saúde inclusiva das mesmas. Em primeiro lugar e tanto quanto pudemos apurar, o conjunto das mulheres inquiridas apresenta uma taxa bastante baixa de prevalência de DST, incluindo a SIDA. A quase totalidade das mulheres que entrevistámos revela uma consciência muito clara acerca dos riscos acrescidos de DST a que estão expostas por força da actividade que exercem. A possibilidade de virem a contrair qualquer uma dessas doenças, muito especialmente a SIDA, é, por isso, invariavelmente apresentada como um dos maiores, senão mesmo o maior de todos os receios que o exercício da prostituição lhes inspira. Conscientes de que aqueles riscos põem directamente em causa a sua própria vida, a esmagadora maioria declarou adoptar comportamentos de protecção e prevenção muito estritos. A recusa de prescindir do uso do preservativo nas relações sexuais com os clientes aparece como regra amplamente adoptada, uma regra que a grande maioria diz não abrir mão, nem mesmo a troco de ofertas remuneratórias "irrecusáveis". Também não são raras as que declaram adquirir os preservativos por sua própria conta por não confiarem na qualidade dos que o respectivo clube lhes fornece.

Neste mesmo quadro de protecção e prevenção se inscreve também a negação de certos serviços sexuais (por exemplo, o sexo anal) por os considerarem mais susceptíveis de favorecer a contaminação. A firmeza e a disciplina que a grande maioria das entrevistadas diz colocar nos procedimentos que põem em prática para contornar e prevenir os riscos de DST não são, de todo, alheias à ligeireza e à irresponsabilidade com que, segundo as próprias mulheres, uma grande parte dos clientes tende a encarar estes mesmos assuntos. A avaliar pelas respostas colhidas junto das mulheres, os clientes tendem a comportar-se de forma muito mais relapsa em relação aos riscos de DST, sendo muitos os que insistem em solicitar sexo sem protecção, pelo qual até se dispõem a pagar bem mais caro.

Do que fica dito não será, assim, abusivo concluir que, nos meios prostitucionais que observámos, as mulheres desempenham um papel muito activo na prevenção de

DST, incluindo o HIV/SIDA, situação esta que se opõe à "ideia-feita" e corrente na opinião pública, e mesmo em meios institucionais, que as apontam e as responsabilizam como propagadoras destas doenças. Pelo contrário, são os homens, os clientes, que aparecem como a principal fonte de risco de difusão de DST.

Não será pois estranho que, corroborando os testemunhos das mulheres, também da inquirição junto dos clientes se tornou evidente que uma boa parte deles manifesta uma certa predisposição ou mesmo hábito no sentido de assumir comportamentos sexuais que envolvem sérios riscos de transmissão de DST. Para muitos este hábito interiorizado decorre de contextos estruturais e organizacionais e, em particular, de processos de socialização e percursos biográficos, cujo quadro de valores da masculinidade hegemónica é também co-estruturante na orientação da expressão da sua sexualidade. De modo mais preciso, o "princípio do prazer" em termos freudianos é percebido como impulso incontrolável e a assunção do risco entendido como um valor que se sobrepõe a qualquer preocupação profiláctica. Para alguns outros, porém, já minoritários, é o envolvimento afectivo que desenvolve com uma ou outra mulher prestadora de serviços sexuais que os induz a ter comportamentos descuidados. Sempre que há, por parte da mulher, um envolvimento emocional de enamoração, a não utilização de métodos profilácticos é uma expressão de intimidade e confiança entre ambos.

Estas considerações sugerem importantes pistas para o delineamento e a concretização de políticas e medidas de acção concreta, podendo, entre outras, referir-se: (i) tomar os clientes como alvo prioritário de acções orientadas para a educação e a sensibilização nas matérias em causa; (ii) integrar e envolver as próprias mulheres que exercem a prostituição como agentes de formação em projectos a elas destinados, numa estratégia que a literatura anglo-saxónica designa como "peer-education approach", orientados para a sua capacitação como mediadoras da sensibilização dos clientes para as questões em apreço; (iii) orientar as políticas e os projectos nesta área numa perspectiva mais holística e abrangente, ou seja, que assumam estas mulheres como pessoas, contemplando, portanto, as várias dimensões que convergem na saúde, uma vez que o nível de informação que detêm sobre as DST e os comportamentos de segurança que a generalidade das inquiridas diz adoptar reforçam substancialmente as recomendações no sentido de não se restringir a uma abordagem exclusivamente ginecológica.

Como já foi referido, as inquiridas, na sua maioria, reconhecem que, fora da esfera comercial, isto é, com os "namorados" ou "companheiros" abrandam e/ou abandonam os comportamentos de sexo seguro. De facto, uma boa parte das mulheres inquiridas admitiu que o preservativo é, simbolicamente, apreendido como algo que associam a uma relação puramente comercial e, portanto, como um obstáculo à intimidade com os *namorados/companheiros* com quem se acham emocional e afectivamente envolvidas. De igual modo, também admitem realizar com namorados e companheiros determinadas práticas erótico-sexuais (por exemplo, sexo anal) que, em regra, recusam na sua actividade por considerarem ser demasiado *íntimas* e pessoais. Onde, poder-se-á inferir que, em termos de DST, os riscos são mais explícitos na esfera privada do que na profissional por força das representações a partir das quais

são estabelecidas as demarcações entre ambas. A tendência para que "namorados" se sucedam a um ritmo relativamente considerável constitui um importante factor de reforço dos riscos referidos.

A condição de imigrantes ilegais constitui o principal obstáculo ao acesso das mulheres a recursos públicos de saúde. O não reconhecimento do sexo mercantil como actividade profissional conduz, por força da legislação em vigor, à negação do direito a cuidados de saúde ordinários. As restrições impostas pela legislação em vigor sobre o acesso à saúde aos imigrantes indocumentados, bem como o medo das consequências de exporem a sua condição de "imigrantes sem papéis", são aspectos reconhecidos, de modo recorrente, como factores de inibição de afluência aos referidos serviços por parte das mulheres estrangeiras que exercem a prostituição. Como corolário desta situação salientam o recurso à clínica privada com óbvias sobrecargas de despesas médico-sanitárias e, pior ainda, o (ab)uso da automedicação.

O recurso aos serviços de saúde por parte destas mulheres está também muito condicionado pela sua rotatividade espacial. Por razões de interesse dos empresários do sector - renovação periódica da oferta - e de diluição dos riscos de detecção policial da sua condição de imigrantes ilegais, as mulheres mudam regularmente de clube, de lugar e mesmo de país, o que, de alguma forma, as converte em migrantes permanentes. Esta situação repercute-se no atendimento médico, pelos constrangimentos que impõe, a nível de agendamento de consultas, acompanhamento atempado dos problemas, entre outros.

As mulheres que exercem a prostituição reconhecem que o estigma social que recai sobre a sua actividade condiciona a sua relação com os profissionais de saúde. Como nos foi dito, muitas delas omitem aos médicos e enfermeiros o seu modo de vida. Todavia, constatámos que esta tendência diminui claramente entre as que beneficiam de atendimentos específicos. É o caso das duas iniciativas a operar no terreno de inquirição: o projecto Auto-Estima, na região do Minho, e o Comité Cidadano Anti-Sida na zona de Zamora, o que sugere pistas interessantes quanto às vantagens comparativas de diferentes iniciativas existentes no terreno.

A um outro nível, a saúde das mulheres é afectada pelo desenraizamento cultural, a ausência de apoio afectivo significativo por parte de familiares e amigos, a separação dos filhos, as pressões e condições específicas dos ambientes prostitutionais, o "viver ao avesso" a que o funcionamento nocturno dos clubes as sujeita e a rejeição social que sobre elas pesa quando reconhecidas como prostitutas. Entre outros, estes factores são convocados, sempre que procedem à identificação dos custos pessoais que o seu modo de vida lhes impõe. O descontrolo nervoso, a ansiedade, o medo, a insónia e a depressão são sintomas correntemente admitidos, aos quais estão ligadas manifestações de violência verbal, frequentes entre colegas de ofício, bem como um ou outro caso mais extremo que detectámos de tentativa de suicídio. Embora esporadicamente pouco sistematizados, os dados sobre estes assuntos são, ainda assim, suficientemente relevantes para afirmar a pertinência e a urgência de se lhes prestar atenção e sustentam a proposta de construção mais compreensiva de políticas e medidas a implementar no campo da saúde.

Entre as mulheres que trabalham em clubes, a incidência de consumo de estupefacientes é muitíssimo baixa. De facto, limitam-se a menos de uma dezena os casos declarados de consumo de drogas, sendo ainda mais reduzidos os de consumo contínuo e aditivo. No entanto, algumas das entrevistadas reconhecem ter sido por mais de uma vez aliciadas, quer por empresários, quer por clientes, ao consumo. Nas respostas de algumas das que declararam consumi-la ocasionalmente, os clientes aparecem quase sempre identificados como parceiros e fornecedores.

Térá ficado claro que no domínio da saúde à desigualdade de género que se repercute, de forma geral, sobre todas as mulheres, acrescem outras fundadas na nacionalidade, na etnia, na condição de migrante e no tipo de actividade exercida. É necessário notar que, enquanto os bens económicos e financeiros são estimulados pelos Estados e pelas instituições internacionais a circular a intensidades e distâncias crescentes, já os indivíduos vêem constrangida, por força dos mais variados mecanismos legais e repressivos colocados em prática pelos governos, a liberdade de circulação pelos diversos espaços nacionais. Nestas circunstâncias, a nacionalidade e a condição de migrante emergem como dois aspectos cruciais para o posicionamento social das mulheres, sobretudo quando elas se dedicam a actividades praticamente alegais, como é o caso da prestação de serviços sexuais de natureza mercantil, com repercussões no acesso aos serviços públicos de saúde. Sujeitas ao estigma que sobre elas é projectado (e por elas incorporado) pela sociedade em que vivemos, com todas as implicações que tal acarreta, a condição de estrangeira, não raro conjugada com a condição de trabalhadora irregular sem perspectivas de legalização, traduz-se em limitações legais e de facto no acesso aos serviços de saúde públicos.

Constatando que a economia do sexo é uma realidade incontornável, pelo menos nas actuais sociedades comandadas pela lógica mercantil, é nosso objectivo contribuir para a construção de uma política de saúde pública centrada na prevenção e na diminuição dos riscos relacionados com a prestação de serviços sexuais e capaz de envolver todos os actores sociais nela presentes, com destaque para as mulheres e os seus clientes, subordinada a um respeito estrito dos seus direitos civis e não discriminatória. Por outras palavras, seja qual for o modelo legal mais adequado para fazer face a este problema, importa assumir como prioridade política, pelo menos, a intenção de medidas educativas de prevenção e de apoio médico-sanitário aos seus principais actores, incluindo o normal acesso das mulheres que se prostituem aos serviços públicos de saúde.

Perante esta situação impõe-se a definição de novas políticas que sejam capazes de, por um lado, garantir a inclusão de todos os cidadãos no domínio da saúde, limitando assim os efeitos produzidos pelas desigualdades do mais variado tipo e, por outro, assegurar a implementação de boas práticas de prevenção e redução dos riscos no domínio do sexo mercantil. Em suma, a intervenção ao nível da saúde pública deve ser desenhada e desenvolvida no contexto das políticas de emancipação da mulher. Tal propósito requer o reconhecimento e a valorização da autonomia relativa das mulheres face aos clientes, nomeadamente na opção por práticas sexuais protegidas. Em nosso entender, esta abordagem requer a promoção da capacidade de agência

das mulheres que se dedicam à prostituição no quadro do combate às formas concretas de dominação masculina, mormente as que possam revestir um carácter extremo.

Atendendo aos constrangimentos a que se encontram sujeitas – estigmatização, permanência irregular, elevada rotatividade pelos diferentes clubes de exercício da actividade – o papel das ONG orientadas para o apoio a este colectivo é decisivo, pelo menos nas actuais condições políticas e sociais. Como vimos, é necessário generalizar e enraizar o trabalho levado a cabo por organizações como a Auto-Estrima em Portugal e os Comités Ciudadano Anti-Sida em Espanha.

Em paralelo, importa agir também junto dos clientes, apoiando as mulheres na sensibilização daqueles para relações sexuais seguras, em linha com o defendido pela OMS. No entender desta agência da ONU, a redução de práticas sexuais de risco passa, em boa medida, por se assegurar uma participação activa das mulheres que prestam serviços sexuais mercantis nos esforços de prevenção das DST. Fazendo eco desta orientação, Healy e Reed (1994: 17) admitem mesmo como bastante provável que a acção das prostitutas possa ser mais eficiente que todas as campanhas televisivas de promoção do sexo seguro.

BIBLIOGRAFIA

...

...

Referências bibliográficas

- ABBOT, Pamela e Claire Wallace (1991), *Gender, Power and Sexuality*, Basingstoke: Macmillan.
- ACIME (2003), Imigrantes são grupo de risco na saúde. Em <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=print&sid=263> (consultado em 15/11/2004).
- AGUSTIN, Laura (2002), "La familia española, la industria del sexo y las migrantes", in O. Guasch e O. Vñuales (coord.), *Sexualidades: Diversidad y Control Social*, Barcelona: Bellaterra.
- ALMEIDA, João Ferreira de (1986), *Classes sociais nos campos. Camponeses parciais numa região do noroeste*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- ALMEIDA, Miguel Vale de (1995), *Senhores de Si: Uma Interpretação Antropológica da Masculinidade*, Lisboa: Fim de Século Edições.
- ALVES, Maria F. (2003), "Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil", *Cad. Saúde Pública*, vol.19, supl.2, pp. 429-438.
- AMARO, Fausto et al. (2004), "HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal", *International Journal of STD & AIDS*, 15, pp. 56-60.
- ANDRADE, Pablo y Marta Casal (s/d), "Mujeres inmigrantes y prostitución en Galicia", em www.immigracion.upco.es/Documentos/Otros/congreso/datos/estrategias.htm (consultado em 12/01/05).
- ANNANDALE, Ellen (1998), *The sociology of health and medicine: A critical introduction*, Cambridge: Polity Press.
- ARNOLD, K. (1977), "The introduction of poses to a peruvian brothel and changing images of male and female", in John Blacking (org.), *The Anthropology of the Body*, Londres: Academic Press, pp. 179-197.
- BADER, Veit (1998), "Nota prévia" in Manuel Carlos Silva, *Resistir e adaptar-se: estratégias e contornos dos camponeses do Noroeste de Portugal*. Porto: Afrontamento.
- BADINTER, Robert (2002), "Prostitution et pénalisation", *Le Monde*, 20 de Fevereiro.
- BADONE, Ellen (1990), "Introduction" in E. Badone (org.), *Religious Orthodoxy & Popular Faith in European Society*, Oxford: Basil Blackwell, pp.1-25.
- BARNARD, M., N. MacKeganey e A. Leyland (1993), "Risk behaviours among male clients of female prostitutes", *British Medical Journal*, 307, pp. 361-362.
- BASTOW, Karen (1995), "Prostitution and HIV/AIDS", *HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 2 (2).
- BECK, Ulrich (1992), *Risk Society: Towards a New Modernity*, Londres: Sage.
- BECK, Ulrich (2000), "A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva", in Ulrich Beck et al., *Modernização reflexiva: política, tradição e estética no mundo moderno*, Oeiras: Celta, pp. 1-51.
- BENSCHOP, Albert (1993), *Klassen: ontwerp van een transformatie van de klassenanalyse*. Amsterdão: Het Spinhuis.

- BERNSTEIN, Robert (1993), "La paradoja de las prostitutas", *Medicina Holística*, pp. 33-34.
- BOLTON, Ralph (1992), "Mapping terra incognita: Sex researchs for AIDS prevention - An urgent agenda for the 1990's", in Gilbert Herdt e Shirley Lindenbaum (orgs.), *The Time of AIDS: Social Analysis, Theory and Method*, Newbury Park: Sage Publications.
- BOURDIEU, Pierre (1979), *La distinction: Critique Sociale du Jugement*, Paris: Éditions du Minuit.
- BOURDIEU, Pierre (1999), *A Dominação Masculina*, Oeiras: Celta Editora.
- BOURDIEU, Pierre (2000), *Esboço de uma teoria da prática precedido de três estudos de etnologia cabila*, Oeiras: Celta Editora.
- BROMBERGER, Christian (1998), "Introduction", in Christian Bromberg (sous la direction de), *Passions ordinaires: Du match de football au concours de dictée*, Paris: Bayard Éditions, pp. 5-38.
- BRUSSA, Licia (1998), "The TAMPED Project in Western Europe", in Kamala Kempadoo e Jo Doezema (eds.), *Global sex workers: rights, resistance, and redefinition*, Londres: Routledge, pp. 246-249.
- CABRAL, Manuel Villaverde Cabral (coord.), P.Silva e H.Mendes (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- CARAPINHEIRO, Graça (2004), "Sociologia da saúde e da medicina: um campo em construção", in *Contextos de Sociologia*, Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia, pp. 46-54.
- CARAPINHEIRO, Graça e Paula Page (2001), "As determinantes globais do sistema de saúde português", in Pedro Hespanha e Graça Carapinheiro, *Risco social e incerteza: Pode o Estado social recuar mais?*, Porto: Afrontamento, pp. 81-121.
- CARIA, Telmo (1999), "A reflexividade e a objectivação do olhar sociológico na investigação etnográfica", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº. 55, pp. 5-36.
- CASTELLS, Manuel (1998), *La société en Réseaux: L'ère de l'Information*, Paris: Fayard.
- CASTILHO de Andrade, M. Cristina (s/d), "Mulheres Prostituídas", em <http://www.hottopos.com/seminarios/sem2/cris1.htm> (consultado em 12/03/04).
- CAZALS, Anne (1995), *Prostitution et Proxénétisme en Europe*, Paris: Documentation Française, organizada pela Direction Centrale de la Police Judiciaire.
- COCKERHAM, William C. (1998), *Medical sociology*, Upper Saddle River: Prentice Hall (7ª edição).
- CONNELL, Robert (1995), *Masculinities: Knowledge, Power and Social Change*, Berkeley: University of California Press.
- CORBIN, Alain (1992), *Les Filles de Noce. Misère Sexuelle et Prostitution (XIX Siècle)*, Paris: Flammarion.
- COSTES, Aurélia (2001), "La légitimation de la prostitution dans l'Union européenne", em <http://www.penelepes.org/archives/pages/docu/violence/prostitut09.rtf> (consultado em 2005.02.25).
- CRESPO, Jorge (1990), *A História do Corpo*, Lisboa: Edições Difel.

- CROUSSE, Bernard et al. (sous la direction) (1988), *Politiques de santé*, Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- DANK, Barry (1998), "Sex work, sex workers, and beyond", *Sexuality & Culture*, Vol. 2, pp. 1-6.
- DANNA, D. (2003), *Trafficking and Prostitution of Foreigners in the Context of the EU Countries' Policy About Prostitution*, Amesterdão: NEWR (Network for European Women's Rights), Workshop on Trafficking, 25-26 de Abril.
- DINIZ, Simone (2001), "Género e prevenção das DST/AIDS", em http://www.mulheres.org.br/documentos/relacoes_de_genero.doc (consultado em 2005.02.16).
- DUBY, Georges (1988), *O Cavaleiro, a Mulher e o Padre: O Casamento na França Feudal*, Lisboa: Dom Quixote.
- ELIAS, James et al. (orgs.) (1998), *Prostitution: On Whores, Hustlers, and Johns*, Nova Iorque: Prometheus Books.
- ELIAS, Norbert (1980 [1970]), *Introdução à Sociologia*, Lisboa: Edições 70.
- ELIAS, Norbert (1992), *A Busca da Excitação*, Lisboa: Difel.
- ENNEW, Judith (1986), *The Sexual Exploitation of Children*, Cambridge: Polity Press.
- EVANS, Judith (1995), *Feminist theory today: an introduction to second-wave feminism*, Londres: Sage.
- FAUGIER, J., C. Hayes e C. Butterworth (1992), "Researching male clients of female prostitutes: the challenge for HIV prevention", *AIDS Care*, 7, 1.
- FERNÁNDEZ-FIGARES, Kim (s/d), Nuestras Razones, em <http://personales.mundivia.es/trans/indez.htm> (retirado em 18/11/2004).
- FLANDRIN, Jean Louis (1983), *Un temps pour embrasser. Aux origines de la morale sexuelle occidentale (VI-XI siècle)*, Paris: Seuil.
- FOUCAULT, Michel (1984), *Histoire de la Sexualité: l'Usage des Plaisirs*, Paris: Gallimard (Vol. II).
- GIDDENS, Anthony (1995), *Transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*, Oeiras, Celta.
- GIDDENS, ANTHONY (2000), *Sociologia*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- GIL, Françoise (2003), "De la prostitution", *Grádhiva*, nº. 33, pp. 111-118.
- GOFFMAN, Erving (1993), *A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*, Lisboa: Relógio d'Água.
- GOLDTHORPE, John (1987), *Social mobility and class structure in modern Britain*, Oxford: Clarendon Press.
- GONZÁLEZ, E. e MARTÍNEZ, F. (2002), *De la Exclusión al Estigma: Mujeres Inmigrantes Africanas en Contextos de Prostitution en el Poniente Almeriense. Una Aproximación*, Almería: Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía.
- GONZÁLEZ, Rafael Alcaide (2004), "La higiene de la prostitución en Barcelona: una aproximación a los contenidos médico-sociales del higienismo en España durante el siglo XIX". Estudio Introductorio à obra de Prudencio Sereñana y Paragás *La Prostitución en la Ciudad de Barcelona Estudiada como Enfermedad Social y Considerada como Origen de Otras Enfermedades Dinámicas*,

- Orgánicas y Morales de la Población Barcelonesa*. Barcelona: Imprenta de los Sucesores de Ramírez y Cía. 1882. Edición y estudio introductorio por Rafael Alcáide González. Colección Geográfica. Textos Electrónicos nº 2.
- GOODY, Jack (1983), *The Development of the Family and Marriage in Europe*, Cambridge: Cambridge University Press.
- GUIMARÃES, C. D. (1996), "Mas eu conheço ele: Um método de prevenção do HIV/AIDS", in R. Parker e J. Galvão (orgs.), *Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, pp. 169-180.
- HAMMERSLEY, Martin E Paul Atkinson (1983), *Ethnography: Principles in Practice*, Londres & Nova Iorque: Routledge.
- HANDMAN, Marie-Élisabeth (2005), "Enquêter sur la prostitution", in Marie-Élisabeth Handman e Janine Mossuz-Lavau (sous la direction de), *La prostitution à Paris*, Paris: Éditions de la Martinière, pp. 19-38.
- HART, Angie (1998), *Buying and Selling Power: Anthropological Reflections on Prostitution in Spain*, Oxford: Westview Press.
- HEALY, Catherine e Anna Reed (1994), "The healthy hooker", *New Internationalist*, 252, pp.16-17.
- HELM, Thérèse (2002), "Migrations and Mobility of Sex Workers in the Netherlands", *Research for Sex Work*, n.º 5, em <http://www.med.vu.nl/hcc/artikelen/vdhelm.htm> (consultado em 15/11/2002).
- HENAO, Paul Andres, Luisa F. Lema Andres F. Gonzales, Sandra España e Rocio Del Pilar (s/d), "¿Cuales son las causas que influyen en el ejercicio de la prostitucion de mujeres en la ciudad de Palmira?", em <http://correo.puj.edu.co/proyectos/intesis/HIPERVINCULOS/PROSTITUCION/PM99201b.htm> (consultado em 13/03/05).
- HERANZ, Blanca et al. (2002), *Aproximación a la Realidad de la Prostitución Feminina en la Provincia de Salamanca - Año 2001*, Salamanca: Copisteria OPE.
- HÉRITIER, Françoise (1998), *Masculino, Feminino: O Pensamento da Diferença*, Lisboa: Instituto Piaget.
- HESPANHA, Pedro e Graça Carapinheiro (orgs.), *Risco social e incerteza: Pode o Estado social recuar mais?*, Porto: Afrontamento.
- ILIINA, S. e I. Kalugin (2001), "The Russian customers of sex service's attitudes toward prostitution and violence", em <http://www.psychology.ru/silima/publications/russiancustomers.doc> (consultado em 10.03.2005).
- IRRAZABAL, Gabriela (2004), "Argentinean Sex workers taking care from themselves. The experience of AMMAL", *Sex Work*, nº 7, pp. 14-15.
- JACKSON, Helen (1992), *AIDS: Action Now: Information Prevention and Support in Zimbabwe*, Harare: AIDS Counseling Trust.
- JAKOBSON, Maria (2002), "Why do men buy sex?", *NIKK - Nordic Institute for Women's Studies and Gender Research*, 1, pp. 22-25.
- KAUFMAN, Michael, org. (1987), *Beyond Patriarchy: Essays by Men on Pleasure, Power and Change*, Nova Iorque, Toronto: Oxford University Press.

- KIMMEL, Michael (1997), "Homophobia, fear, shame, and silence in masculine identity", em T. Valdés e J. Olavarría (orgs.), *Masculinidades: Poder y Crisis*, FLACSO, Chile: Ediciones de las Mujeres, 24, pp. 49-61.
- KINNELL, Hillary (2001), "Murderous clients and indifferent justice. Violence against sex workers in the UK", *Research for Sex Work*, nº 4, pp. 22-24.
- KNAUTH, D.R. (1998), "Morte masculina: homens portadores do vírus da Aids sob a perspectiva feminina", in L. Duarte e O. Leal (orgs.), *Doença, Sofrimento e Perturbação: Perspectivas Emográficas*, Rio de Janeiro: Fio-cruz, pp. 183-198.
- KRUHSE-MOUNTBURTON, S. (1992), "AIDS awareness and condom use: attitudes of male clients of heterosexual prostitution in the NT", *National AIDS Bulletin*, Agosto, pp. 41-44.
- LAGUNES, Lucía (1998), *La Supuesta Inevitabilidad de los Varones: Serio Obstáculo para Prevenir el VIH/Sida*, Oaxaca: Servicio Informativo de CIMAC.
- LASLETT, Peter (1977), *Family Life and Illicit Love in Earlier Generations*, Cambridge: Cambridge University Press.
- LEANDRO, Maria Engrácia, Manuel Plácido e Dina Carvalho (2002), "Os males do corpo em terra estrangeira", *Actas do Colóquio Internacional de Saúde e Discriminação Social*, Braga, 22 e 23 Fevereiro, pp. 181-210.
- LEGARDINIER, Claudine (1997), *La Prostitution*, Madrid: Esenciales Paradigma.
- LERIDON, Henri et al. (1998), "The Europeans and their sexual partners", in Michel Hubert, Nathalie Bajos e Theo Sandfort (edited by), *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe: Comparisons of national surveys*, Londres: UCL Press, pp. 165-196.
- MANITA, Celina e Alexandra Oliveira (2002), *Estudo de Caracterização da Prostituição de Rua no Porto e Matosinhos*, Porto: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- MARTILLA, Anne-Maria (2003), "Consuming sex: Finnish male clients and Russian and Baltic prostitution", paper apresentado na 5th European Feminist Research Conference - Gender and Power in the New Europe, Suécia: Lund University, 20-24 Agosto.
- McKEGANEY, N. (1994), "Why do men buy sex and what are their assessments of HIV related risks when they do?", *AIDS Care*, 6 (3), pp. 289-301.
- McKEGANEY, N. e M. Barnard (1996), *Sex Work on the Streets: Prostitutes and their Clients*, Buckingham: Open University Press.
- MEAD; Herbert (1934), *Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*, Chicago: University of Chicago Press.
- MEDEIROS, R. (1999), *A Representação Simbólica dos Preservativos e as Alternativas para a Prevenção de DST/Aids nos Ambientes de Prostituição de Barcelona (Espanha) e Belo Horizonte (Brasil)*, M.G.: PUC.
- MENDES, José Manuel (1997), "Mobilidade social em Portugal: o papel da diferença sexual e das qualificações", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 49, pp. 127-156.
- MILL, Stuart (1966[1869]), "The subjection of women", in J. S. Mill, *Three Essays*, Londres: Oxford University Press.
- NAVARRO, Vicenç (1986), *Crisis, health and medicine: a social critique*, Londres: Tavistock.

- NAVARRO, Vicenç et al. (2001), *Anàlisi de la Prostitució Femenína a Catalunya: propostes Executives i legislatives per Millorar una Situació Problemàtica*, Barcelona: Programa de polítiques públiques i socials de la Universitat Pompeu Fabra.
- NELSON, Nicl (1987), "Selling her kiosk: Kikuyu notions of sexuality and sex for sale in Mathare valley, Kenya", em Pat Caplan (org.), *The Cultural Construction of Sexuality*, Londres: Tavistock, pp. 217-239.
- NENCEL, Lorraine (1994), "The secrets behind sexual desire: the construction of male sexuality in Lima, Peru", *Etnofoor*, Vol. VII (2), pp. 59-75.
- NOSSA, Paulo N.S. (2001), *Geografia da Saúde. O Caso da Sida*, Lisboa: Celta Editora.
- O'CONNELL-DAVIDSON, Julia (1998), *Prostitution, Power and Freedom*, Michigan: The University of Michigan Press.
- OBANDO, Ana Elena (2003), "Trabajadoras Sexuales Migrantes", em <http://www.whrnet.org/docs/tema-trabsexmigrantes.html> (consultado em 16/07/04).
- OLIVEIRA, Alexandra (2003), *As Vendedoras de Ilusões: Estudo sobre Prostituição, Alterne e "Striptease"*, Lisboa: Editorial Notícias.
- PARENT, C. e C. Coderre (2000), "Le corps social de la prostituée: regards criminologiques", em S. Frigon & M. Kérésit (orgs.), *Du Corps des Femmes: Contrôles, Surveillances, Résistances*, Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa, pp. 93-124.
- PARENT, Colette (2001), "Les identités sexuelles et les travailleuses de l'industrie du sexe à l'aube du nouveau millénaire", *Sociologie et Sociétés*, 33 (1), pp. 159-178.
- PARENT, Colette e C. Coderre (2000), "Le corps social de la prostituée: regards criminologiques", em S. Frigon e M. Kérésit (orgs.), *Du Corps des Femmes: Contrôles, Surveillances, Résistances*, Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa, pp. 93-124.
- PARENT-DUCHÂLET, A. J. B. (1981 [1857]), *De la Prostitution Dans la Ville de Paris*, 3e édition, Paris: Baillière.
- PARKER, Richard (1994), *As Construções da Solidariedade: Aids, Sexualidade e Política no Brasil*, Rio de Janeiro: Relume-Dumara, ABIA, IMS, UERJ.
- PARKER, Richard (s/d), "Aspectos antropológicos da epidemia do HIV/aids no Brasil", em <http://www.aids.gov.br/udtv/dbc07.htm> (retirado em 2004.08.14).
- PARSONS, Talcott (1956), "Family Structure and the Socialization of the Child", in T. Parsons e R. Bales (orgs.), *Family, Socialization and Interaction Proces*, Londres: Routledge & Kegan Paul, pp. 35-131.
- PERKINS, R. (1991), *Working Girls: Prostitutes, Their Life and Social Control*, Camberra: Australian Institute of Criminology.
- PETO, Danilè, Jean Remy, Luc Van Campenhoudt e Michel Hubert (1992), *SIDA. Lamour face à la peur*, Paris: L'Harmattan.
- RAPHAEL, J. e D. L. Shapiro (2004), "Violence in indoor and outdoor prostitution venues", *Violence Against Women*, Vol. 10 (2), pp. 126-139.
- RAYMOND, Janice (2003), "Não à Legalização da prostituição: 10 Razões para a prostituição não ser legalizada", Coalition Against Trafficking in Women.

- RIBEIRO, Fernando Bessa (1999), "Gênero, classe e globalização: entre a submissão e a emancipação", in *A situação das mulheres no limiar do século XXI*, Lisboa: Avante, pp. 41-43.
- RIBEIRO, Fernando Bessa (2003), "Os modernos cavaleiros do asfalto: risco e transgressão nas estradas portuguesas", in Jorge Freitas Branco e Manuel João Ramos (org.), *Estrada viva? Aspectos da motorização na sociedade portuguesa*, Lisboa: Assírio & Alvim, pp. 31-50.
- RIBEIRO, Manuela e Octávio Sacramento (2002), "Prostituição feminina no espaço transfronteiriço ibérico: um caso muito particular de circulação de pessoas", *Cadernos do Noroeste, Sociedade e Cultura 4, Série Sociologia*, 18 (1-2), pp. 205-227.
- RIBEIRO, Manuela e Octávio Sacramento (2005), "Violence against prostitutes. Findings of research in the spanish-portuguese frontier region", *European Journal of Women's Studies*, 12 (1), pp. 61-81.
- RIBEIRO, Manuela et al. (2005), *Prostituição Feminina em Regiões de Fronteira: Actores, Estruturas e Processos*, Lisboa: Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- RIEGELHAUPT, Joyce (1982), "O significado religioso do anticlericalismo popular", *Análise Social*, Vol. XVIII (72-73-74), pp. 1213-1229.
- RIOPEDRE, José (2004), *Mara y sus Amigas: Investigación sobre la Prostitución en Galicia*, Madrid: Editorial Manuscritos.
- ROBERTS, Nickie (1996), *A Prostituição Através dos Tempos na Sociedade Ocidental*, Lisboa: Ed. Presença.
- ROBSON, Robbie (s/d), "Decriminalising of Prostitution", em <http://www.iusw.org/policy/index.html>, (consultado em 2004.09.06).
- ROJEK, Chris (1995), *Decentring Leisure: Rethinking Leisure Theory*, Londres: Sage Publications.
- RUSKIN, John (1902[1865]), "Of Queen's Garden", in *Sesame and Lilies*, Londres: Homewood Publishing Company.
- SACRAMENTO, Octávio (2004), "Gigantes com pés de barro: sobre as ambiguidades que permeiam a (des)construção da masculinidade entre os clientes da prostituição transfronteiriça ibérica", *comunicação apresentada no V Congresso Português de Sociologia - Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção*, Braga, 12-15 Maio.
- SANCHIS, Pierre (1983), *Arraial: Festa de um povo. As romarias portuguesas*, Lisboa: Dom Quixote.
- SANTO, Moisés Espírito (1984), *A religião popular portuguesa*, Lisboa: A Regra do Jogo.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (1993), "O Estado, as relações salariais e o bem-estar na semi-periferia: o caso português", em Boaventura de Sousa Santos (org.), *Portugal: um retrato singular*, Porto: Afrontamento, pp. 15-56.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (1994), *Pela Mão de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade*, Porto: Afrontamento.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (org.) (1993), *Portugal: Um retrato singular*, Porto: Afrontamento.
- SANTOS, Boaventura de Sousa e Sílvia Ferreira (2001), "A reforma do Estado-Providência entre globalizações conflituantes", in Pedro Hespanha e Graça Carapinheiro, *Risco social e incerteza: Pode o Estado social recuar mais?*, Porto: Afrontamento, pp. 177-225.

- SCHWARZENBACH, Sibyl (1998), "On owning the body", em James Elias et al., *Prostitution: On Whores, Hustlers, and Johns*, Nova Iorque: Prometheus Books.
- SCOTT, James (1977), "Protest and Profanation. Agrarian Revolt and the Little Tradition", I e II, in *Theory and Society*, 4 (1), pp. 1-38 e 4 (2), pp. 211-246.
- SEABRA, Daniel (1999), *O Porto vence por nós*, Braga: Universidade do Minho.
- SERENANA Y PARTAGÁS, Prudencio (1882), *La Prostitución en la Ciudad de Barcelona Estudiada como Enfermedad Social y Considerada como Origen de Otras Enfermedades Dinámicas, Orgánicas y Morales de la Población Barcelonesa*. Barcelona: Imprenta de los Sucesores de Ramírez y Cia. Edición y estudio introductorio por Rafael Alcaide González. Colección Geocrítica. Textos Electrónicos nº 2.
- SHULKE, N. (2001), "O Fenómeno da Prostituição na Região da Galiza: Enquadramento Legal; Estratégias de Intervenção", comunicação oral feita ao 2º *Workshop - Eixo Formação - Diversidade na Unidade: Experiências Internacionais e o seu Contexto. Projecto de Rua em Rua*, Porto: CIDM, 18 de Outubro.
- SILVA, Manuel Carlos (1998a), *Resistir e Adaptar-se: Estratégias e Constrangimentos Camponeses no Noroeste de Portugal*, Porto: Afrontamento.
- SILVA, Manuel Carlos (1998b), "Prostituição feminina: uma primeira abordagem para uma pesquisa", *Cadernos do Noroeste*, vol. XI, 1, pp. 227-244.
- SILVA, Manuel Carlos (1999), "A luta pela igualdade social: pela articulação conceptual entre classe e género", in *A situação das mulheres no limiar do século XXI*, Lisboa: Avante, pp. 47-49.
- SILVA, Manuel Carlos (2001), "Sociedade e Estado perante as desigualdades sociais: o caso português" in Boaventura de Sousa Santos et al (orgs.), *Brasil-Portugal: entre o passado e o futuro*. Rio de Janeiro: EMC Edições.
- SILVA, Manuel Carlos (2002a), "Honra-vergonha: código cultural mediterrânico ou forma de controlo patrimonial e socio-político de mulheres?", *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, Vol. 42 (3-4), pp. 125-144.
- SILVA, Manuel Carlos (2002b), "Conflitos interfamiliares e 'mal de inveja'", *Análise Social*, vol. XXXVII (162), pp. 209-241.
- SILVA, Manuel Carlos e Marga van Toor (1982), *Verzet van kleine boeren in Noord Portugal* (traduzido para português sob o título *Sobreviver e resistir como camponeses*), Amestardão: Universiteit van Amsterdam (policopiado).
- SILVA, Manuel Carlos e José M. Monteiro (2000), "Estilos de vida numa concepção multidimensional de classe: o estudo dos estudantes do politécnico de Viana do Castelo", *Sociedade e Cultura*, 2, *Cadernos do Noroeste, Série Sociologia*, vol. 13 (2): 7-50.
- SILVA, Manuel Carlos et al (2002), "Direito, ciência e corpo feminino: a prostituição como objecto de fronteira", *Sociedade e Cultura*, 4, *Cadernos do Noroeste, Série Sociologia*, vol. 18 (1-2): 183-203.
- SILVA, Susana M. (2001), *As Fronteiras das Ambivalências: Controlo e Poder Institucionais Sobre a Prostituição Feminina*, Braga: Universidade do Minho.
- SOBRAL, José Manuel (1999), *Trajectos: passado e presente na vida de uma freguesia da Beira*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- SOULÉ, Jacques (1994), *L'Age d'Or de la Prostitution de 1870 à nos Jours*, Paris: Hachette.
- SOUTH AFRICAN COMMISSION LAW (2002), *Sexual Offences: Adult Prostitution*, Project 107 - Sexual Offences, Issue Paper 19.
- TAPLIN, Oliver (1990), *O Fogo Grego*, Lisboa: Gradiva/RTC.
- TÉQUI, Gaelle (2004), "Discrimination of sex workers in health care settings in France", *Sex Work*, nº 7, pp. 16-18.
- TRAMITZ, A. (2001), "Prostitution in the western world", in C. Bishop e X. Osthelder (orgs.), *Sexualia. From Prehistory to Cyberspace*, Colónia: Könnemann.
- TROTTIER, Germain et al. (2003), *Femmes, Violence ITS-VIH/sida: Synthèse des Resultats de Recherche*, Québec: CRI-VIFF, Université de Montreal et Université Laval.
- WALKOWITZ, J.R. (1991), "Sexualités dangereuses", em G. Ruby & M. Perrot (orgs.), *Histoires des Femmes en Occident, le XIX Siècle*, Paris: Plon, pp. 389-418.
- WALKOWITZ, Judith (1980), *Prostitution and Victorian Society. Women, Class and the State*, Cambridge, Nova Iorque: Cambridge University Press.
- WALLERSTEIN, Immanuel (2002), *Após o Liberalismo: Em Busca da Reconstrução do Mundo*, Petrópolis: Vozes.
- WEBER, Max (1978), *Economy and Society*, Berkeley e Los Angeles: University of California Press.
- WINICK, C., 1962, "Prostitutes 'clients' perceptions of the prostitutes and of themselves", *International Journal of Social Psychiatry*, 8 (4), pp. 289-299.
- WRIGHT, Eric Olin (1997), "Um Menu Conceptual para o Estudo das Conexões entre a Classe e a Diferença Sexual", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 49, pp. 5-21.
- ZARETSKY, Eli (1973), *Capitalism, the Family and Personal Life*, Nova Iorque.
- ZONABEND, Françoise (1989), *La Préquière au Nucléaire*, Paris: Odile Jacob.

Colecção Estudos de Género:

1. O Funcionamento dos Partidos e a Participação das Mulheres na Vida Política e Partidária em Portugal – Manuel Meirinho Martins e Conceição Pequito Teixeira, 2005
2. Estudo Preliminar de Caracterização da Intervenção em Agressores no Contexto da Violência em Portugal – Celina Manita, 2005.
3. Prostituição abrigada em clubes (Zonas fronteiriças do Minho e de Trás-os-Montes) – Práticas, Riscos e Saúde – Manuela Ribeiro, Manuel Carlos Silva, Fernando Bessa Ribeiro, Octávio Sacramento, 2005.

Manuela Ribeiro

Socióloga, professora associada no Departamento de Economia, Sociologia e Gestão da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro (UTAD) - Vila Real e investigadora do Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento. As questões em torno do desenvolvimento rural e os temas no domínio dos designados "Women's Studies" têm constituído os seus principais interesses de investigação. Coordenou de 2001 a 2005 o projecto "Prostituição Feminina em Regiões de Fronteira", apoiado pela FCT.

Manuel Carlos Silva

Sociólogo, professor associado com agregação no Departamento de Sociologia da Universidade do Minho (UM), investigador e director do Núcleo de Estudos em Sociologia da UM. Tem investigado em temas de sociologia política, sociologia do desenvolvimento, questões de género e sociologia rural. Foi distinguido por júri Internacional com o Prémio Sedas Nunes. Coordena um projecto sobre Racismo e Multiculturalismo (FCT) e foi co-responsável pela UM do projecto "Prostituição Feminina em Regiões de Fronteira".

Fernando Bessa

Antropólogo social, professor auxiliar no Departamento de Economia, Sociologia e Gestão da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e investigador do Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento. Para além dos estudos de género, interessa-se também sobre as dinâmicas do capitalismo e da mudança social em Moçambique, onde fez trabalho de campo para o doutoramento.

Octávio Sacramento

É antropólogo e desempenha funções docentes, como assistente convidado, no Departamento de Economia, Sociologia e Gestão da UTAD. Entre 2001 e 2005 participou numa investigação sobre "Prostituição Feminina em Regiões de Fronteira", patrocinada pela FCT. Actualmente, está a finalizar a dissertação de mestrado em Sociologia da Cultura e dos Estilos de Vida, com um estudo sobre os clientes da prostituição.