

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Endemias Samuel Pessoa



Profissionais do sexo: Controle social e cidadania
Avaliação em dois municípios no Estado de São Paulo

Aluna: Nair Soares de Brito

Orientadora: Elizabeth Moreira dos Santos

Co-orientadora: Cristina Câmara

Dissertação de Mestrado Profissional,
apresentada à Escola Nacional de Saúde
Pública Departamento de Endemias
Samuel Pessoa, para obtenção do título de
mestre na Área de Avaliação em Programas
Endêmicos.

Rio de Janeiro

2006

Dedico este trabalho à Deus,
que me possibilitou viver novamente
depois de 1993, para eu conhecer
gente nova, novos sons, novas cores,
amar o Peppe; ter a amizade da Bete
e ver meu filho Roberto se formar
na faculdade de Direito.

Agradecimentos

À minha orientadora, Elizabeth Moreira, que me ensinou à identificar limites e possibilidades na dissertação, nas avaliações e no processo de formação.

À minha co-orientadora, Cristina Câmara, que em tantos momentos partilhou conhecimento e amizade.

Aos meus pais já falecidos - Dorcia e João, que me ensinaram coisas simples como comerem na mesma panela duas ou mais pessoas e o gosto pela música de raiz.

À Maria Clara Gianna e ao Artur Kalichman, coordenadores do Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo, que acreditam na formação dos funcionários como estratégia para melhoria da qualidade do programa.

À equipe dos municípios que foram avaliados, pela acolhida, profissionalismo e pelas gentilezas durante a coleta dos dados.

Para as mulheres profissionais do sexo que dividiram suas histórias comigo e com o grupo.

Para os(as) profissionais de saúde, que gentilmente contribuíram nas entrevistas.

Para Vilma, Mara, Ronaldo, Alessandro e Silrene, meus colegas de trabalho pela compreensão e colaboração.

A Sara, amiga e gerente da área de planejamento do Programa Estadual pelo carinho e pela ajuda durante o processo de construção da dissertação.

Ao meu filho Roberto, que me acolheu em sua casa para que eu pudesse escrever a dissertação e também por ter sido o responsável pela minha volta ao trabalho e aos estudos.

À amiga Bete pela ajuda com o campo e com a bibliografia.

Ao Peppe, meu porto seguro.

Aos amigos(as) e professores(as) da especialização e mestrado pela partilha de conhecimento e amizade nesta caminhada.

“De todos os tempos.
De todos os povos.
De todas as latitudes.
Ela vem do fundo imemorial das idades
e carrega a carga pesada
dos mais torpes sinônimos,
apelidos e ápodos:
Mulher da zona,
Mulher da rua,
Mulher perdida,
Mulher à toa.
Mulher da vida,
Minha irmã”.

Mulher da Vida – Cora Coralina

RESUMO

Esta dissertação é uma avaliação de resultados, realizada em dois municípios do Estado de São Paulo, que executaram projetos para mulheres profissionais do sexo, sendo um, coordenado por uma ONG e o outro por uma OG. A avaliação respondeu à seguinte pergunta: A execução dos projetos avaliados contribuiu para o exercício da cidadania e a participação dessas mulheres, em instâncias de controle social?

Para responder a esta pergunta, foram utilizados: a) questionário, b) entrevistas semi-estruturadas, c) grupos subsidiados pela técnica denominada linha de vida, d) informações contidas nos relatórios dos projetos e nas visitas de supervisão.

Apesar do direito de cidadania e da participação em instâncias de controle social estarem garantidos na constituição democrática e cidadã de 1988, esta não é uma realidade entre as mulheres profissionais do sexo nos municípios avaliados, isto se deu por alguns motivos: estruturação dos conselhos locais, presença do estigma e do preconceito identificados nas práticas e nos discursos dos atores locais, envolvidos direta ou indiretamente com o projeto.

Uma das razões para o pouco avanço das discussões sobre direito e participação foi devido à ênfase dos dois projetos sobre prevenção as DST e aids descolada desta perspectiva, que depositaram a expectativa de mudança de atitude frente à epidemia de HIV e aids sobre o conhecimento dos corpos, em detrimento dos diferentes contextos vividos pelas mulheres profissionais do sexo dentro e fora da profissão e pelos quais moldam e são moldados os discursos e as práticas.

Outro resultado desta avaliação identificou, que o projeto executado pela OG revelou-se capaz de organizar o serviço para o atendimento das mulheres, porém, isso só foi possível devido à intervenção direta da coordenadora.

Já as mulheres que participaram do projeto executado pela ONG, tiveram dificuldades para agendarem consultas e exames. Os serviços de saúde referenciados para este atendimento, demonstraram pouco conhecimento sobre o projeto e sobre a realidade dessas mulheres. No entanto, foi possível identificar que as mulheres possuem um discurso mais articulado, com as questões de saúde, e participam mais na tentativa de melhorar os serviços em que são atendidas.

Palavras-chave: Avaliação, Controle Social, Cidadania, Profissionais do Sexo.

SUMÁRIO

Resumo.....	5
Lista de quadros e gráficos.....	7
Lista de siglas.....	8
Apresentação.....	9
Introdução: As putas da Luz.....	12
A ampliação de projetos em DST e aids para mulheres profissionais do sexo no Estado de São Paulo.....	14
Capítulo I	
As fotografias da epidemia de HIV e aids.....	16
Olhares: Alguns estudos sobre as mulheres profissionais do sexo no Brasil.....	18
Capítulo II	
Avaliar é preciso.....	20
Metodologia.....	22
Fundamentação teórica.....	22
Considerações éticas.....	23
Capítulo III	
Descrição dos campos avaliados.....	33
A coleta dos dados.....	38
Capítulo IV	
Discussão e análise dos dados.....	56
Conclusão.....	86
Recomendações.....	90
Referências.....	91
Anexos.....	96

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1. Modelo Lógico da Intervenção dos dois municípios avaliados	26
Quadro 2. Modelo Lógico da Avaliação.....	32
Quadro 3. Perfil das Entrevistadas, município A e município B, 2006.....	58
Gráfico 1. Distribuição das mulheres entrevistadas, segundo meses de profissão e Permanência no município, Estado de São Paulo, 2006.....	59
Quadro 4. Dados referentes à atividade profissional, município A e município B.....	60
Quadro 5. Olhares sobre a prostituição.....	68

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Anti-retroviral
CDC/GAP	Brazil - Centers for Disease Control and Prevention – Global Aids Program Brazil
DH	Direitos Humanos
DIR	Direção Regional de Saúde
DIU	Dispositivo intra uterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GIV	Grupo de Incentivo à Vida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSB	Homens que fazem Sexo com Homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Informação e Comunicação
IEC	Informação, Educação e Comunicação.
MLA	Modelo Lógico de Avaliação
MPS	Mulheres Profissionais do Sexo
MS	Ministério da Saúde
OG	Organização Governamental
ONG	Organização Não Governamental
PAM	Plano de Ações e Metas
RH	Recursos Humanos
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UD	Usuário de Droga
UDI	Usuário de Droga Injetável

Apresentação

O curso de especialização feito em 2004, e este mestrado profissionalizante iniciado em 2005 e concluído em 2006; são resultados do esforço do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST, HIV e Aids; o Centers for Disease Control and Prevention-Global Aids Program Brazil; e a Fundação Oswaldo Cruz, através da Escola Nacional de Saúde Pública. O objetivo desta iniciativa, ainda em desenvolvimento, é o de institucionalizar a avaliação como processo contínuo e possibilitar de forma mais efetiva a qualificação em monitoramento e avaliação de profissionais inseridos nas atividades de controle das DST e aids no país.

Ingressei neste processo, por meio de seleção, feita para os cinco sítios considerados de excelência, para institucionalização de tal prática, sendo São Paulo, um deles. Sou formada em Pedagogia e trabalho como assessora técnica na área de Planejamento, responsável pela articulação com a sociedade civil organizada, do Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo.

A escolha dos projetos estratégicos para mulheres profissionais do sexo para ser avaliado e apresentado enquanto conclusão do curso de mestrado aconteceu em uma reunião mensal do grupo de monitoramento, formado pelas gerências e áreas técnicas do Programa Estadual, que tem como objetivo, identificar aspectos para serem avaliados ou monitorados, dentro das ações já executadas ou em execução.

Neste período, eu trabalhava na gerência de prevenção, no núcleo de populações mais vulneráveis; responsável pela implantação dos projetos em vários municípios. Esta avaliação seguiu como a construção de um mosaico, isto é, idéias, fatos, pessoas e leituras se agregavam, para formar um desenho. A cada peça encaixada, foram sucessivos ir e vir de teorias e instrumentos, até o momento de decisão. Foi com a dificuldade de principiante em avaliação, que delimito o foco e os procedimentos. Por fim, o desenho apresentado foi: Profissionais do Sexo, Cidadania e Controle Social - avaliação em dois municípios de São Paulo.

Escolhi entre tantas teorias sobre avaliação, fazer uma que fosse possível descrever detalhes dos lugares, das pessoas, trocar experiências, conhecimentos; enfim,

que durante o processo fosse possível examinar a nossa prática diária de trabalho e a necessidade de aprimoramento desta. Construir novos conhecimentos e novas amizades. Assim, encontrei na teoria preconizada por Stake (2004) a possibilidade de fazer uma avaliação, com estas características.

A escolha pela técnica qualitativa conferiu a este processo uma sincronia entre escuta, troca, interação e integração com diferentes crenças, valores, culturas e busca de respostas, ingredientes, que interagiram durante a avaliação e possibilitaram a compreensão dos contextos descritos.

Nos dois municípios avaliados, foram feitos três grupos, ao todo foram dezesseis mulheres profissionais do sexo, que compartilharam suas histórias de vida, por meio de uma técnica denominada linha de vida. Sendo dois grupos no município A e um no município B. As demais ferramentas de coleta de dados usadas nesta avaliação, tais como: questionários e entrevistas feitas com profissionais de saúde, coordenadores dos projetos e participantes dos conselhos de saúde somaram no município A seis vezes e no município B mais sete vezes. Ao todo foram vinte e nove vezes, que foram ouvidas por esta avaliação. Nesta concepção, na qual foi possível pensarmos juntos sobre a trajetória e os resultados dos projetos, nos tornamos “aprendentes” (Freire, 2000).

Foi possível identificarmos limites e possibilidades, ajustando os interesses e necessidades; superando os desafios colocados tais como: a) avaliar cidadania e controle social, entre mulheres profissionais do sexo estigmatizadas, e em projetos com características e contextos dinâmicos; nos quais, muitas sequer sabem o significado destas palavras; b) embora os projetos tenham definido em um dos seus objetivos específicos, o fortalecimento das mulheres profissionais do sexo para o exercício da cidadania; o foco principal estava voltado para identificação e tratamento das DST e da aids.

Enfim, mesmo com alguns desafios, penso, que esta avaliação problematizou algumas questões importantes sobre a relação das profissionais do sexo, com os serviços de saúde. Apontou caminhos e sinalizou para a necessidade de dar continuidade a esta discussão. Esta avaliação reiterou o que muitos ativistas, profissionais de saúde e pesquisadores estão dizendo, isto é, que muito já se trilhou, nestes vinte e cinco anos de epidemia no trabalho de prevenção com profissionais do sexo. No entanto, há muito para se caminhar neste sentido no nosso país, nas esferas política, econômica, social e

humana; por meio da diminuição do estigma, fortalecimento das pessoas vivendo com HIV e aids, e o acesso aos tratamentos e insumos necessários.

Uma das formas de se alcançar êxito, é garantir a democratização das decisões nos níveis de planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde, articulada com a prática do controle social na saúde. Portanto, o exercício da cidadania de todos (as), coloca-se como tarefa imprescindível, para a consolidação dos princípios democráticos, na saúde pública.

Assim, apresento uma avaliação, a qual considero um fragmento de uma trajetória apreendida e registrada, e que este foi um trecho do caminhar dos dois projetos avaliados, que longo ou curto, se reconstrói a cada instante nesta trajetória. Embora seja óbvio para muitos, mas se outro (a) avaliador (a), outras pessoas, outros contextos, outras ferramentas estivessem ali, a escrita e a leitura seriam outras.

Na introdução trago um pouco da história dos primeiros passos, dados pelo Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo, com mulheres profissionais do sexo e ainda como outros foram sendo agregados.

A seguir apresento quatro capítulos, sendo que no primeiro apresento sucintamente as fotografias da epidemia de HIV e aids no Brasil, dando um pequeno destaque da epidemia entre as mulheres, e alguns estudos feitos sobre as mulheres profissionais do sexo no Brasil.

No segundo capítulo, a avaliação entra em cena, trazendo objetivos, metodologia e as teorias escolhidas, para fundamentá-la. No terceiro capítulo caracterizo o campo desta avaliação e a coleta dos dados. No quarto capítulo, apresento as discussões e a análise dos dados, e por fim, apresento algumas conclusões e recomendações.

Após vivenciar esta experiência de avaliadora, mestrande e trabalhadora da saúde, entendo o processo de institucionalização da avaliação das atividades de controle das DST e aids, dentro da saúde pública, como uma rede tecida e orientada por significados, políticas, diretrizes e compromissos de cidadãos e cidadãs deste país; sejam eles trabalhadores de saúde, gestores ou usuários dos serviços, e esta avaliação, aquela que traz mais um fio para esta tecedura; na perspectiva de seguir implantando os princípios do SUS e assim, podermos usufruir uma saúde pública de qualidade.

Introdução

1- As putas da Luz, donas de suas vaginas, em meio a pão com coca-cola, violência, controle social e acesso a serviços de saúde.

Ano de 1995, quarta-feira, estação da Luz em São Paulo, por volta das 14:00 horas; reunidas numa sala do antigo ambulatório de saúde mental, conhecido como Posto de Atendimento Médico Prates. Em dias em que o sol ardia, outros em que chuvas torrenciais caíam, alguns de frio intenso, tantos com garoas típicas da cidade de São Paulo; mesmo assim o grupo acontecia. Nele reuniam-se mulheres profissionais da saúde do Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo, Profissionais do sexo, que trabalhavam na região da Luz, antigo e conhecido ponto de prostituição do centro de São Paulo; profissionais da saúde do Centro de Saúde Escola Barra Funda, serviço de saúde localizado a dez minutos daquele lugar; e eu contratada pelo Programa Estadual de DST e Aids como assessora para as oficinas, isso devido a minha experiência de trabalho, adquirida no GIV, uma ONG para pessoas vivendo com HIV e Aids, que passei a frequentar em 1993, logo após o meu diagnóstico positivo para o HIV.

A ampla sala que nos abrigava, transformava-se num espaço com muitas utilidades: algumas mulheres estendidas pelo chão e exaustas pela jornada de trabalho noturno, encontravam ali um lugar seguro para dormir. Em outro canto da sala, acontecia uma disputa pelo pão com queijo, presunto e coca-cola; que seria oferecido ao término da reunião.

A fome do pão, muitas vezes maior que a do conhecimento, também encontrava lugar de acolhimento e debate naquele espaço. No centro da sala, algumas mulheres atentas a um álbum seriado, que mostrava vaginas e pênis desfigurados, por infecções transmitidas sexualmente.

Nestes vários cenários apresentados em apenas uma sala, ficávamos por duas rápidas horas, todas as semanas. Naqueles encontros semanais, era possível falar da surra que alguma tinha levado dos policiais durante a noite; de como usar camisinha com o cliente e não usar com o companheiro fixo; poder dormir tranqüila e segura naquele chão. Falar do crack, do álcool e de tantas drogas que circulam naquela área,

comer sanduíche com pão quentinho, mudar de profissão e, quando ficassem doentes ou mesmo quisessem fazer exames preventivos, poderiam ir ao Centro de Saúde Escola Barra Funda e lá seriam atendidas como cidadãs, isto é, mulheres portadoras de direitos políticos, civis e sociais, mesmo que algumas, ainda não soubessem o significado da palavra cidadania.

Alguns sóis e luas passaram na vida de todas nós. O Centro de Saúde Escola Barra Funda passou a ser o novo ponto de encontro, lá chegam notícias da morte violenta de algumas profissionais do sexo, praticadas ora por policiais, ora por clientes ou companheiros fixos. Notícias de um grupo que se reuniu durante a noite e discutiu formas de proteção, contra agressões sofridas nas ruas. Notícias de que médicos, enfermeiras e outros profissionais de diferentes serviços de saúde, querem saber mais sobre aquelas mulheres para melhor atendê-las nas suas necessidades. Notícias de projetos novos no serviço de saúde, para atender mulheres profissionais do sexo, de gravidez esperada ou inesperada, de mudança de emprego e do encontro de um novo amor.

Enfim, um caminho recheado de dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde envolvidos nesses espaços e serviços, e pelas profissionais do sexo; que na rotina encrudecida, permeada por violências sociais, econômicas, políticas e físicas; resistem. À medida que exercem sua cidadania, ocupam lugares estratégicos de controle social nos conselhos e comitês de saúde. Gritam no congresso pela legalização da profissão, ou mostram suas caras nas passeatas contra toda forma de violência à mulher.

Este processo foi acumulando muitos conhecimentos, que contribuíram para identificar alguns eixos estratégicos para a efetivação de intervenções com mulheres profissionais do sexo, tais como: a) o protagonismo destas, nos conselhos de saúde; negociação com os parceiros, tanto o comercial, como o fixo; luta contra a violência pelos direitos humanos, participação em associações, b) a qualificação dos profissionais da saúde, c) a disponibilização pelo serviço de: preservativos, medicamentos, consultas médicas com agendas compatíveis com o horário de trabalho, e o acesso das mulheres profissionais do sexo a este serviço.

Aqui estou numa nova etapa, e a minha contribuição é a de avaliar em dois municípios do Estado de São Paulo, os efeitos da ampliação da proposta descrita sobre as mulheres profissionais do sexo. Responderei nesse estudo à seguinte pergunta: os

projetos executados nos dois municípios contribuíram para a participação das mulheres profissionais do sexo, em instâncias de controle social e para o exercício da cidadania?

Fiz uma linha do tempo, na qual é possível acompanhar o processo iniciado em 2001, até esta avaliação e conseqüentemente os resultados encontrados.

2- A ampliação de Projetos de prevenção em DST e aids para mulheres profissionais do sexo no Estado de São Paulo:

a) Contexto em 2001 - Atibaia -

A experiência acumulada pelo Programa Estadual de DST e Aids em parceria com o Centro de Saúde Escola Barra Funda, na intervenção de prevenção as DST e aids com as mulheres profissionais do sexo serviu de inspiração em 2001 para a gerência de prevenção do Programa Estadual de DST e Aids implantá-la em outros municípios de São Paulo.

A oportunidade surgiu, quando o Programa Estadual, em parceria com o Programa Nacional de DST e Aids na perspectiva de ampliação das ações de prevenção com populações vulneráveis no Estado de São Paulo, entre elas, as mulheres profissionais do sexo; chamou as DIR, municípios e ONG, que trabalham com HIV e aids para uma oficina no município de Atibaia, no período de 25 a 28 de novembro de 2001 com os objetivos de: a) qualificar os serviços de saúde para promover o acesso das mulheres profissionais do sexo de forma equânime, b) fortalecer estas mulheres para o exercício de sua cidadania e, c) institucionalizar esta prática nos serviços de saúde, por meio dos projetos estratégicos.

b) Quais instituições estiveram presentes em Atibaia, elaboraram e implantaram os projetos para profissionais do sexo nos respectivos municípios?

Dezenove instituições, entre municípios, ONG e DIR estiveram presentes na oficina de Atibaia em 2001. Os objetivos da oficina foram: a) sensibilizar o público presente para a importância do trabalho de prevenção com populações vulneráveis; b) sensibilizar para a inclusão dos temas: cidadania e direitos humanos no trabalho de prevenção; c) sensibilizar para a importância das questões de gênero e diversidade sexual no trabalho de prevenção; d) sensibilizar para a redução de danos no trabalho de

prevenção com usuários de drogas; e) capacitar para a elaboração de estratégias de prevenção, para projetos com estas populações, e f) capacitar para o estabelecimento de parcerias e articulações políticas com os recursos locais.

Os participantes foram sensibilizados e capacitados em dois módulos distintos, com temas específicos para cada população vulnerável, isto é, profissionais do sexo, HSH, UDI e UD.

Cada instituição presente fez a escolha pela população que desejava trabalhar. Alguns fizeram escolha, por mais de uma população e saíram da oficina com projetos para serem implantados em seus municípios. Foi oferecido para cada projeto desenhado um recurso financeiro de até R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais), para ajudar na implantação. Os projetos tiveram início em 2002 e finalização em 2003.

c) Contexto em 2002 e 2003 – O acompanhamento deste processo:

Os profissionais da gerência de prevenção do Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo, responsáveis pela implementação dos projetos estratégicos acima, fizeram no período de 2002 a 2003, algumas supervisões nos municípios que estavam executando os projetos. Estas supervisões buscavam identificar, possíveis dificuldades no processo de implementação. Na perspectiva de melhoria e consolidação dos objetivos propostos pelos projetos o Programa estadual realizou em 2003, no município de Bragança Paulista, um seminário com os coordenadores de todos os projetos.

d) Contexto em 2004 - Além da continuidade das visitas a campo em todos os projetos, em 2004, com o objetivo de conhecer alguns aspectos dos projetos para mulheres profissionais do sexo, fez-se uma consulta por telefone a todas as instituições que executaram os projetos estratégicos com esta população, com o intuito de coletar dados sobre: implantação efetiva dos projetos, vacinação para hepatite B na população envolvida, número de mulheres profissionais do sexo acessadas e vinculadas nos projetos.

Nesta consulta, apurou-se que, dos 19 projetos elaborados em Atibaia, 14 foram para profissionais do sexo, sendo estes profissionais homens, mulheres e travestis; dos 14 projetos, 10 foram executados por OG e 4 por ONG. Foram acessados 1340 mulheres profissionais do sexo, sendo que, 740 estão vinculadas aos serviços e

projetos. Informações sobre as travestis e os homens profissionais do sexo não foram considerados para esta avaliação.

Dados de participação das mulheres profissionais do sexo, em instâncias de controle social, tais como, conselho gestor das unidades e dos conselhos de saúde, não foram perguntados nesta consulta telefônica. Nos relatórios de supervisão e progresso, esses dados aparecem discretamente. Estas questões serão abordadas e aprofundadas na avaliação. Termina aqui a linha do tempo proposta.

Apresentarei a seguir outros contextos envolvidos nesta avaliação passando pela epidemia de HIV e aids, alguns estudos feitos sobre as prostitutas, “olhares sobre a prostituição”, o desenho da avaliação, metodologia e os resultados encontrados nesta avaliação.

Capítulo I

1) As Fotografias da epidemia de HIV e aids no Brasil

Neste capítulo vou apresentar sucintamente a epidemia de HIV e aids no Brasil, denominando-a de “fotografias”, por revelarem não somente números, mas o retrato de cidadãos e cidadãs infectados pelo HIV ou que estão doentes de aids. O destaque será sobre a epidemia entre as mulheres. O capítulo também apresentará alguns estudos feitos sobre as mulheres profissionais do sexo no Brasil, destacando aqueles que se relacionam com as questões de DST e aids e o conteúdo desta avaliação.

Revelar a fotografia tirada da epidemia, é dizer que ela é sem brilho, embora a máquina que a registre seja de boa qualidade. 371 mil pessoas entre homens, mulheres, adolescentes e crianças, receberam o diagnóstico de aids no Brasil, no período de 1984 até 2005. Os dados foram registrados no boletim epidemiológico do Ministério da Saúde no ano de 2005.

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de 2003 anunciou, que cerca de 11 mil pessoas morrem de aids por ano “expondo a inequidade no acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento precoces das populações menos favorecidas socioeconomicamente”. O número é alto, no entanto, representa uma queda significativa dos números de mortes, pois antes, cerca de 15 mil pessoas morriam por ano e isso só foi possível com a disponibilidade do tratamento com anti-retrovirais e a garantia do governo brasileiro ao acesso universal a estes.

a) A fotografia do HIV e da aids entre as mulheres:

No Brasil, a epidemia de HIV e de aids é diferenciada entre homens e mulheres. Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de 2005, a partir de 1986 a razão de sexo era de 14,7% de homens notificados, para uma mulher. Em 1994, a taxa de incidência era 20,1% casos, por 100 mil homens e 6,0% por 100 mil, entre as mulheres. Hoje esta taxa é de 22,8% entre homens e 14,1% entre mulheres. Isto quer dizer, que a taxa entre os homens cresceu 13,4% e entre as mulheres este crescimento, foi de aproximadamente 74,0%.

Hoje, quantas mulheres possuem diagnóstico positivo para o HIV? Foram registradas 120 mil, no período de 1984 a 2005. Quem são? Como vivem? 83,4% estão na faixa etária, entre 20 a 49 anos de idade. O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de 2003 afirma que: “Os novos casos incidem com maior frequência sobre mulheres com pouca ou nenhuma escolaridade, em situação de pobreza e com pouco acesso à informação”. Destas, 51,35% são brancas e 33,44%, negras. O boletim epidemiológico indica, ainda, que há uma tendência nítida de estabilização entre os brancos, e de crescimento entre os negros. O crescimento inclui também, as mulheres negras.

b) A fotografia da epidemia de HIV e aids entre as mulheres profissionais do sexo

É possível identificar o perfil das mulheres profissionais do sexo no Brasil, por meio da caracterização sócio-demográfica levantada durante a realização da avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigida às profissionais do sexo, realizada pelo PN em três regiões brasileiras.

A idade da maioria das 2961 mulheres participantes da pesquisa nacional esta entre 20 e 39 anos 67,6% possui ensino fundamental incompleto, 46,3% trabalham nesta profissão há mais ou menos quatro anos, 34,7% vivem com uma renda de um a dois salários mínimos e 87% trabalham na rua, em bares e boates. Participaram desta avaliação 370 mulheres profissionais do sexo do Estado de São Paulo.

A fotografia registrada pela vigilância epidemiológica do Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo no ano de 2005 mostra que no período de 1986 a 2005, foram notificados 268 casos de aids entre as mulheres profissionais do sexo no Estado de São Paulo.

c) O que o Brasil tem feito para minimizar o impacto da aids entre a população em geral?

Na construção de respostas à epidemia de HIV e aids, o Brasil definiu algumas estratégias, entre elas, garantir o acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais utilizados no tratamento do HIV, estimular ações voltadas para a garantia dos direitos humanos de pessoas com HIV e aids, e redução de estigma entre estas populações, além de ações de prevenção ao HIV.

Buscou também, identificar entre a população em geral, aquelas que estão mais vulneráveis à epidemia entre elas, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas, a fim de fomentar estratégias de prevenção para a redução da transmissão do HIV.

Examinado, então, à luz deste cenário, construído e reconstruído ao longo de vinte e cinco anos com significativos investimentos técnicos e financeiros; é preciso destacar que os resultados obtidos foram possíveis, porque governo e sociedade civil reconheceram, que a construção de respostas a uma epidemia deste porte só é possível se houver: responsabilidades partilhadas, recursos financeiros, políticas públicas, parcerias, exercício da cidadania e controle social.

2- Olhares: Alguns estudos feitos sobre as mulheres profissionais do sexo no Brasil.

Trouxe para esta avaliação, ainda que rapidamente, alguns estudos já realizados com mulheres profissionais do sexo, que possibilitaram dialogar com as discussões e análises feitas no contexto desta avaliação. Uma das contribuições recentes, foi a avaliação realizada em 2000 pelo Programa Nacional de DST e Aids em parceria com a UnB e já citada acima; que avaliou a efetividade das ações de prevenção dirigidas às mulheres profissionais do sexo em três regiões brasileiras, e publicado em 2003 pelo MS. Um dos resultados apresentados pelo estudo diz, que as mulheres que participaram das intervenções de prevenção melhoraram seu comportamento tanto em relação ao uso do preservativo, quanto em relação à procura dos serviços de saúde (MS, 2003:51).

Julguei apropriado destacar do estudo feito esta conclusão para problematizar durante a discussão e a análise dos dados desta avaliação a institucionalização das ações em DST e aids para profissionais do sexo nos serviços de saúde.

Vale destacar no referido estudo e que também faz interface com esta avaliação a sugestão: “incorporar a discussão do estigma enquanto categoria central na construção de uma proposta pedagógica, voltada para as profissionais do sexo é imprescindível para romper o isolamento e a busca da invisibilidade social, com vistas à estruturação da identidade de grupo e sua associatividade” (MS, 2003:71).

Um outro estudo feito por Peterson e Szterenfeld (1992) no Rio de Janeiro com 17 profissionais do sexo, sendo 15 mulheres e 2 travestis, refere o acesso dessa população aos serviços de saúde e concluiu que, apenas 16% das profissionais de Vila Mimosa, local em que o estudo se deu, utilizam os serviços do SUS, alegando a estigmatização e a discriminação sofrida em algum momento nesses serviços.

Neste estudo, o estigma aparece como uma barreira para utilizar os serviços de saúde e conseqüentemente para o exercício da cidadania e participação em instâncias de controle social. A estigmatização referida no estudo acima foi confirmada nas conclusões desta avaliação e será discutido com maiores detalhes na análise e discussão dos dados.

Estudo feito por Lurie et al (1995) em São Paulo com 600 mulheres profissionais do sexo identificou, que algumas mulheres usam preservativos com seus clientes e não utilizam com o parceiro não comercial. A discussão entre o uso de preservativo, cidadania e controle social rendeu um bom debate nesta avaliação. Passou pelas questões de afeto, maior lucro, equipamento de proteção individual no exercício da profissão e fortalecimento individual e coletivo.

Outros estudos poderiam ser trazidos, para ajudar a fundamentar ainda mais as discussões trazidas por esta avaliação, mas identifiquei estes, como os mais próximos das discussões que suscitaram esta avaliação, que foram: acesso aos serviços de saúde, estigma e negociação do uso de preservativo. Para a discussão de controle social entre mulheres profissionais do sexo, não encontrei nenhuma teoria para subsidiar este debate na avaliação.

Capítulo II

Avaliar é preciso

a) Contexto em 2005/2006 - Avaliando alguns resultados dos projetos estratégicos para mulheres profissionais do sexo

Este capítulo apresenta, o desenho da avaliação, metodologia utilizada, o processo teórico metodológico e as considerações éticas. Demonstra por meio dos modelos lógicos da intervenção e da avaliação (quadros 1 e 2), respectivamente o desenho dos dois projetos escolhidos e o desenho da avaliação com os componentes; as dimensões estratégicas e indicadores.

Na perspectiva de institucionalizar a avaliação como processo contínuo nas atividades de controle das DST e aids foi realizada esta avaliação. Para isto, foram escolhidos dois municípios do estado de São Paulo, que executaram projetos estratégicos para mulheres profissionais do sexo.

Esta avaliação vai adotar o termo “mulheres profissionais do sexo”, o mesmo utilizado nos projetos estratégicos em 2001.

Sabe-se, no entanto, que esse não é o único termo utilizado para se referir às mulheres que praticam comércio sexual. Algumas organizações da sociedade civil, ONG, associações e a rede brasileira de profissionais do sexo, entendem que o termo profissional do sexo foi criado na perspectiva da promoção do debate junto à sociedade à cerca da atividade que exercem e a legalização da profissão. No entanto, muitas mulheres e movimentos organizados utilizam o termo “prostituta”.

O SINAN utiliza o termo “profissionais do sexo” para qualificar informações sobre DST HIV e aids entre esta população.

Objetivo da avaliação:

Geral:

Avaliar os resultados dos projetos estratégicos para mulheres profissionais do sexo, em dois municípios, sendo um executado por um ONG e outro por uma OG. Considerando os componentes relacionados a exercício da cidadania e do controle social; identificando se a execução dos projetos, contribuiu para a prática dos mesmos

entre estas mulheres.

Específicos:

Descrever a estrutura e o processo de intervenção implementada pelos projetos estratégicos de dois municípios do Estado de São Paulo, quanto aos componentes relacionados a exercício da cidadania e do controle social. Verificar se as estratégias utilizadas contribuíram para o exercício da cidadania e participação das mulheres profissionais do sexo em instâncias de controle social. Sugerir modelo de monitoramento e avaliação para intervenções com estas características.

Pergunta Avaliativa:

A execução dos dois projetos escolhidos, sendo um executado por uma ONG e o outro por uma OG contribuiu para o exercício da cidadania e a participação em instâncias de controle social entre as mulheres profissionais do sexo que deles participaram?

Pressuposto:

Serviço de saúde que viabilize interlocução com grupos de mulheres profissionais do sexo, respeitando as demandas específicas do grupo, incluindo insumos, atividades e horários de atendimento mais adequados, pode contribuir para estimular o exercício da cidadania e participação em instâncias de controle social destes grupos.

As fases do estudo:

O estudo teve três fases:

- 1) Análise documental: que constou da descrição dos projetos, identificando estratégias e selecionando os dois projetos para a avaliação;
- 2) A coleta de dados;
- 3) Discussão e análise dos dados.

b) Metodologia

Identifiquei durante todo o processo vivido nesta avaliação, desde sua concepção até a redação final, que os fragmentos dos diferentes saberes acumulados sobre avaliação são parte de um todo, e que aqui foi preciso escolher um para contar, descrever, analisar e julgar dois projetos para mulheres profissionais do sexo. Acho que a experiência pode ser descrita assim: A profissão que não é professa, vários caminhos e uma avaliação. Fragmento aprendido pra depois desaprender, e novo caminho empreender.

Fundamentação teórica

Este estudo avaliativo foi orientado pelo modelo teórico - Theory-driven evaluation - MS (2005), por ser este capaz de apresentar de forma simplificada os componentes e as dimensões do programa avaliado e ainda proporcionar uma explicação, uma compreensão dos mecanismos implicados na construção dos resultados do programa, possibilitando a ligação do processo aos resultados.

Uma das maiores vantagens do modelo vem da possibilidade de viabilizar um processo interativo de discussão e análise e legitimação das relações esperadas entre os ciclos de retroalimentação, isto é, os insumos, as atividades, os produtos, os resultados e os impactos (quadro 1). O modelo desenhado para esta avaliação destacou as dimensões estratégicas: controle social e cidadania e os componentes da avaliação: contextos e acesso, e seus respectivos indicadores. (quadro 2).

Devido ao caráter dinâmico, que foi observado durante o desenho desta avaliação entre os diferentes contextos, atores, processos e efeitos dos projetos na população alvo fiz uma escolha pela avaliação responsiva, preconizada por Stake (2004), pois esta promove uma maior interação e aproximação entre todos os envolvidos durante o processo, desde a concepção até a entrega dos resultados. Além de oferecer uma avaliação responsiva ao contexto avaliado.

Também optei por uma avaliação de resultado, pois “a avaliação de resultado contempla ou aborda explicações, sobre as razões pelas quais as atividades do programa alcançaram ou não os seus resultados” MS (2003:51) e também devido ao prazo de execução dos projetos, isto é, de um ano; pois a avaliação de resultados possibilita mensurar modificações observadas na população alvo, no caso as mulheres profissionais

do sexo e estabelecer a relação de causa e efeito em projetos de curto prazo.

Para responder à pergunta feita para esta avaliação e para interagir com as metodologias escolhidas, optei pela técnica qualitativa, pela possibilidade que esta oferece de compreensão dos processos imbricados, dentro dos diferentes contextos; explicitando os limites e o efeito dos projetos sobre a população alvo. A técnica qualitativa nesta avaliação foi subsidiada pela triangulação das seguintes técnicas: grupos denominados linha de vida, questionário, entrevistas semi-estruturadas e entrevistas abertas.

Técnicas utilizadas para coleta de dados:

As técnicas utilizadas para a coleta dos dados, cobriram o campo temático voltado para a avaliação da participação em instâncias de controle social, e o exercício da cidadania. Sendo elas:

- a) Questionário estruturado, aplicado individualmente com 16 mulheres profissionais do sexo (anexo IV);
- b) Roteiro semi-estruturado utilizado na técnica de linha de vida, em três grupos de trabalho que coletou dados com dezesseis mulheres profissionais do sexo (anexo V);
- c) Entrevista com roteiro semi-estruturado, respondido por profissionais de saúde, coordenadores dos projetos e dos programas municipais envolvidos, além de membros dos conselhos de saúde, totalizando vinte e nove vozes. (anexos VI e VII).

Análise:

Para organizar e analisar os dados e os conteúdos trazidos pelas entrevistas e pelos grupos, a fim de responder aos objetivos da avaliação e a pergunta avaliativa, utilizei a estrutura do modelo lógico de avaliação. Esta escolha possibilitou identificar com maior clareza o foco da avaliação, bem como, manusear os demais dados coletados pelos outros instrumentos e fazer a articulação entre todos.

Considerações Éticas:

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho nacional de saúde, referente a diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo proposto por esta avaliação, bem como, o manuseio das técnicas para coleta e análise de

dados, foram submetidos aos comitês de ética em pesquisa da ENSP, e aprovado em 05.10.2005, parecer nº 97/05, e do Centro de referência e treinamento em DST e Aids - Coordenadoria dos institutos de pesquisa da Secretaria estadual da saúde do estado de São Paulo em 01.09.2005, parecer nº 1088/2005.

Antes da coleta dos dados e da realização dos grupos, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido para as profissionais do sexo (anexo I), para prévia autorização da aplicação do questionário, e participação na técnica de grupo denominada “linha de vida”. O mesmo procedimento foi feito com os profissionais de saúde, coordenadores dos projetos e membros dos conselhos de saúde (anexos II e III).

As pessoas envolvidas neste processo receberam orientações necessárias quanto ao objetivo da avaliação e da coleta de informações. Para guardar a devida confidencialidade e o sigilo ético, foram trocados nomes e fatos, que pudessem identificar as profissionais do sexo, os profissionais de saúde, participantes dos conselhos e os nomes dos dois municípios avaliados, foram substituídos por A e B.

A escolha de dois projetos para serem avaliados:

No momento inicial de elaboração do desenho desta avaliação, optou-se pela escolha de dois projetos, entre os quatorze que decidiram trabalhar com profissionais do sexo, de acordo com os seguintes critérios:

- a) ter escrito projeto para mulheres profissionais do sexo
- b) ter descrito no projeto ações com pares e capacitação de lideranças
- c) ter incorporado o projeto na política de incentivo PAM
- d) um ter sido executado por ONG e outro por uma OG
- e) ter descrito ações com os temas direitos e cidadania
- f) estar em municípios diferentes

Estes critérios possibilitaram observar a execução dos projetos por instituições com características diferentes para uma melhor percepção dos efeitos dos projetos na população acessada, uma vez, que cada uma trás diferentes olhares, nuances e experiências.

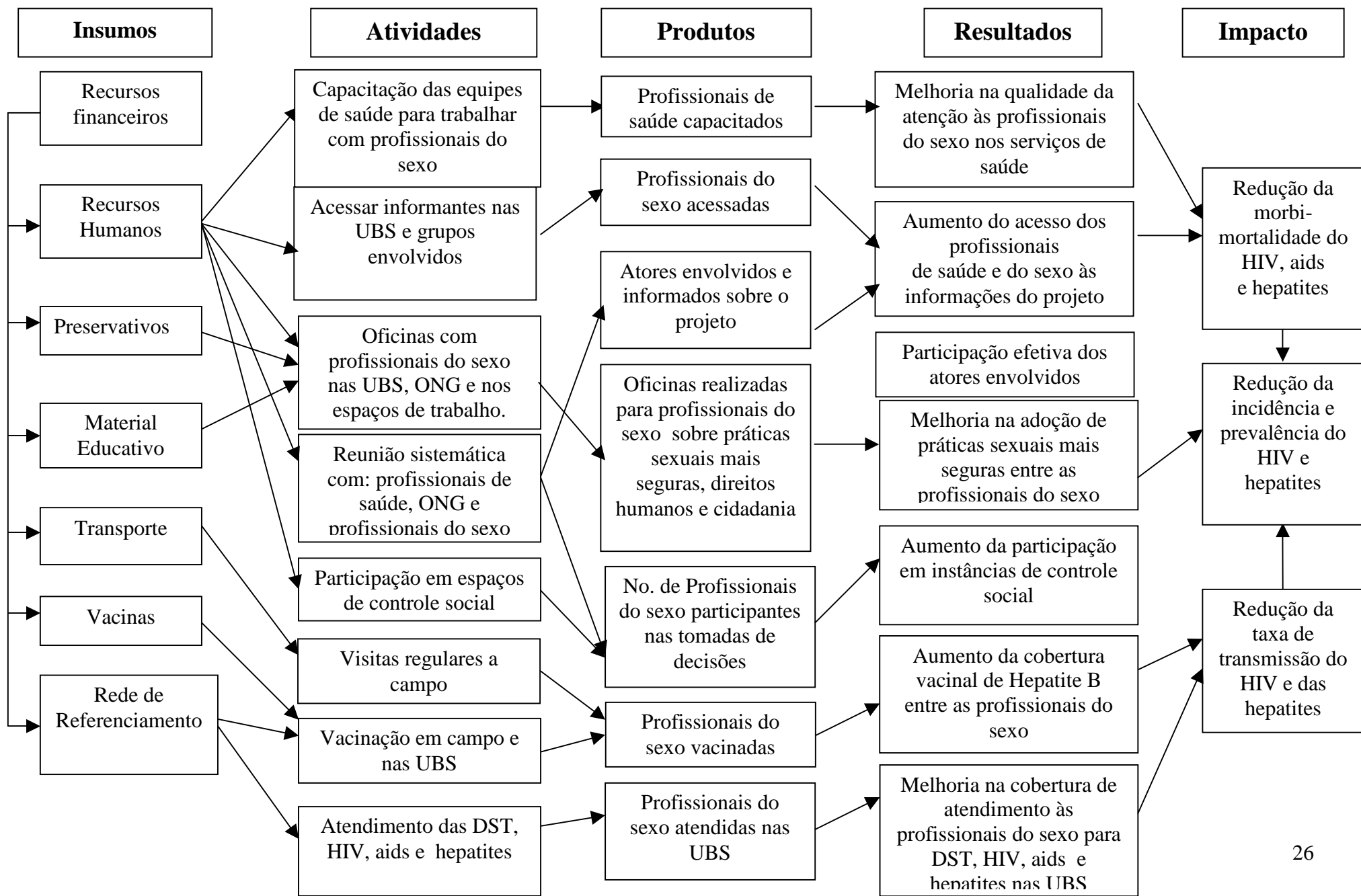
A pretensão, não foi fazer um estudo comparativo, mas identificar entre as duas instituições, aspectos que explicassem e relacionassem as dimensões escolhidas para a avaliação (controle social e cidadania) e os componentes (contextos e acesso) para

responder à pergunta avaliativa, que foi: a execução dos projetos contribuiu para o exercício da cidadania, e participação das mulheres profissionais do sexo, em instâncias de controle social.

O desenho dos projetos escolhidos - Modelo Lógico da Intervenção

Depois de escolhidos os projetos, o passo seguinte foi descrever e apresentar o desenho do projeto, através do modelo lógico da intervenção (quadro 1), que possibilitou a visualização dos insumos, atividades, produtos, resultado e impacto pretendido pelos projetos estratégicos nos dois municípios durante sua execução (2002 a 2003). As informações foram coletadas nas propostas dos projetos entregues em 2001 em Atibaia; nos relatórios de progresso dos projetos referentes ao período de 2002 e 2004 e nos relatórios de supervisão feitos pelo Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo.

Quadro 1. Modelo Lógico da intervenção dos dois municípios avaliados (fonte: desenho dos projetos)



Modelo Lógico da Avaliação dos municípios escolhidos:

No modelo teórico ou modelo lógico da avaliação proposto neste estudo e apresentado mais adiante (quadro 2) identifiquei dois componentes (controle social e cidadania) e as dimensões (contextos e acesso) como necessárias para avaliar os projetos e conseqüentemente responder a pergunta avaliativa.

a) Componentes: controle social e cidadania.

Controle social:

Ao discutir-se controle social e participação no SUS, a discussão trazida por Jacobi (2002, apud Macedo, 2005, p.13), fundamenta as necessidades desta avaliação, quando diz: “A consolidação de propostas participativas representa a potencialização e a ampliação de práticas comunitárias, através do estabelecimento e ativação de um conjunto de mecanismos institucionais que reconheçam direitos efetivamente exercitáveis e estimulem estratégias de envolvimento e co-responsabilização”.

Neste sentido, este estudo buscou examinar os efeitos gerados pelos dois projetos executados sobre as mulheres profissionais do sexo, enquanto estímulo ou a ampliação da participação destas nas instâncias de controle social, uma vez que, estes referiram estratégias de fortalecimento para o exercício da cidadania, enquanto estratégias de prevenção as DST e aids.

Entretanto, cabe ressaltar que o reconhecimento dos direitos e a participação não se restringem somente aos conselhos de saúde ou a demanda por insumos e serviços, mas envolve uma série de práticas participativas nos espaços formais e informais para fazer o controle das ações em saúde, por parte de todos os envolvidos no processo de consolidação do SUS, isto é, no âmbito do planejamento, implantação, gestão, avaliação, participação em ONG, sindicatos, movimentos locais e nacionais e outros.

Cidadania:

Para cidadania, utilizei o conceito descrito por Bobbio, que diz: “cidadania é aquela que expressa um conjunto de direitos” (1992:15); estes direitos segundo o autor são três: direitos sociais, políticos e civis. Nesta avaliação, serão priorizados os direitos sociais e mais especificamente o acesso das mulheres aos insumos e serviços oferecidos nas unidades de saúde, além da adequação dos mesmos para o atendimento a esta população. Os serviços são: consultas, exames e diagnósticos. O acesso a insumos tais como: preservativos, gel lubrificante, kit de redução de danos, que contém seringa e diluente, utilizado para fazer intervenção de prevenção com usuários de drogas injetáveis; medicamentos para as DST e para a aids têm sido adotados no Brasil, como insumos estratégicos tanto de prevenção, quanto no tratamento destas e portanto, o acesso à eles configura-se como essencial para o êxito das ações de enfrentamento da epidemia e direito de cidadania.

O debate sobre cidadania nesta avaliação é perpassado pela discussão sobre estigma e o reconhecimento desta, enquanto direito é uma das discussões centrais nesta avaliação para a compreensão da inserção das mulheres profissionais nos conselhos de saúde, assim como para o exercício da cidadania, pois “a prostituição é vista como a ‘diferença indesejável’ e a prostituta ganha uma marca, uma identidade que dificulta sua aceitação pelos demais” Goffman (1993:32). Sendo assim, estigma, embora não tenha sido considerado um componente para ser avaliado, será pano de fundo para as discussões de cidadania e de controle social nos diferentes contextos, que serão abordados nesta avaliação.

b) Dimensões estratégicas: Contextos e acesso

Contextos e acesso foram às dimensões estratégicas identificadas nesta avaliação, como sendo estruturantes para relacionar a intervenção feita pelos projetos com a participação das mulheres profissionais do sexo em instâncias de controle social e o exercício da cidadania, uma vez que os projetos apresentaram características dinâmicas e complexas.

Apresento cada dimensão escolhida separadamente.

Dimensão estratégica: Contextos

Araújo define contexto como: “o conjunto de variáveis que possibilitam a existência de uma enunciação, um texto, um discurso, mas não apenas isto. Os contextos são dinâmicos, e ao mesmo tempo em que moldam um texto, por ele são moldados” (2002:46).

Para esta avaliação foram escolhidos quatro contextos e apresentados no modelo lógico (quadro 2) como “dimensão estratégica”, juntamente com o acesso. Os contextos escolhidos e descritos adiante organizaram os diferentes discursos e possibilitaram observar os diferentes âmbitos e naturezas das intervenções avaliadas, que apresentaram características dinâmicas e repleta de nuances, pois, segundo Araújo “cada contexto é perpassado por outros tantos contextos, que igualmente integram suas condições de produção, embora privilegiando outras dimensões” (2002:57). Vejamos então os quatro contextos:

a) Contexto situacional - Examinou a participação das mulheres profissionais do sexo nos conselhos de saúde, na elaboração, implantação, gestão e avaliação de políticas públicas, em ONG, sindicatos, movimentos nacionais e outros.

b) Contexto existencial - Este se refere às mulheres profissionais do sexo quanto à negociação com os clientes, situação familiar, preconceito, estigma, discriminação, idade, condições sócio-econômicas, relação com as instituições governamentais e a percepção de cidadania.

c) Contexto intertextual - Definido assim por Araújo (2002:58) “construído pelas relações dialógicas entre textos; condições propiciadas pelos demais contextos, o existencial e o situacional”. Neste contexto foi identificada a relação entre o contexto organizacional e o existencial, na promoção da cidadania e na participação das mulheres em instâncias de controle social.

d) Contexto organizacional - Este contexto avaliou estratégias e recursos, incluindo recursos humanos, utilizados para a execução do projeto.

Dimensão estratégica: Acesso:

Definida por Penchansky et al como o “grau de ajuste entre clientes e o sistema” (1981:132).

A definição trazida pelos autores ajudou a observar os “ajustes” possíveis entre o serviço de saúde e o acesso das mulheres profissionais do sexo. Sabemos também, que acesso é um conceito complexo dentro da saúde, que o uso efetivo dos serviços de saúde, resulta de uma multiplicidade de fatores contidos na relação dos diferentes contextos, sejam eles individuais ou coletivos, resultantes da interação entre sujeito e concepção de políticas públicas de saúde.

A dimensão estratégica acesso foi escolhida, porque explicita diretamente o desempenho dos sistemas de saúde associados à oferta e foi ampliado nesta avaliação, para incluir outros atributos que são tomados não como base na oferta, mas na relação entre a oferta e as mulheres profissionais do sexo.

Os autores acima utilizam quatro dimensões para aprofundar a discussão sobre este acesso, que são: disponibilidade, oportunidades, aceitabilidade e adequação. Destaquei para este estudo a oportunidade e a disponibilidade, enquanto dimensões que delimitassem ainda mais o foco e ao mesmo tempo fossem organizadoras deste, para delinear e explicar a natureza deste acesso e como ele ocorreu durante a execução dos projetos.

Disponibilidade (availability): relaciona-se com o volume e o tipo de recursos e serviços oferecidos pelas unidades básicas de saúde que foram referência para os projetos dos municípios A e B, e como estas ofertas se adequaram às necessidades das mulheres profissionais do sexo, acessadas nos dois projetos.

Oportunidade: (accessibility) refere-se à existência dos serviços na unidade básica de saúde no momento, em que as mulheres requereram. É importante destacar, que não se refere à mera utilização de serviços, mas aos obstáculos e facilidades encontrados durante o período avaliado.

Indicadores:

Para sistematizar cada dimensão estratégica e cada componente, foram definidos alguns indicadores, a partir das informações contidas nos relatórios das supervisões feitas, relatórios de progresso dos projetos e dos modelos lógico da intervenção e da avaliação. No entanto, devido a ausência de linha de base para estes indicadores, os mesmos ficaram no âmbito desta avaliação como marcadores, contribuindo somente nas discussões e análise e para futuros trabalhos neste tema.

Quadro 2. Modelo Lógico de Avaliação

Componentes	Dimensões estratégicas						
Cidadania	Acesso			Contextos			
	Indicadores	Disponibilidade (availability)	Oportunidade (accessibility)	Situacional	existencial	intertextual	Organizacional
Controle social			Demanda por melhorias: No atendimento; na oferta de insumos; horários diferenciados e recursos humanos capacitados para atender mulheres profissionais do sexo.	Existência de obstáculos para agendar consultas	Reconhecer a importância da participação em instâncias de decisão	Fortalecimento das MPS nas negociações com os clientes	Identificar as necessidades de expressarem as suas demandas em diferentes espaços
		Solicitação de reuniões pelas MPS com o grupo gestor do serviço para participação nas tomadas de decisões e encaminhamentos das necessidades surgidas.	Percepção da existência de obstáculos para participar de reuniões (grupo gestor, conselhos, redes de apoio e outras).	Participar em instâncias de decisões	Estimulo para a formação/ participação em grupos de representação	Apropriar dos espaços de discussão e decisão.	Estimular para participação nos conselhos e comissões de saúde

Capítulo III

Descrição dos campos avaliados

A construção deste capítulo traz a descrição de alguns cenários e contextos dos dois campos avaliados (município A e B). Descrevi também neste capítulo, o modelo lógico da intervenção dos dois projetos avaliados e como a coleta de dados se configurou.

Nesta etapa, ainda não será uma análise dos dados que coletei, mas como disse Da Matta a fase seguinte ao teórico-intelectual, isto é, o período prático, no qual “o conhecimento é permeabilizado por cheiros, cores, dores e amores(...) perdas, ansiedades e medos(...) que os livros, sobretudo os famigerados manuais (...) teimam por ignorar” (1978:28).

Busquei traduzir estas percepções, segundo a designação responsiva utilizada por Stake (2004), e que diz respeito ao lugar que confere ao avaliador, isto é, observar e interagir com os cenários e sujeitos, que protagonizaram os capítulos que foram construídos anteriores à avaliação e no momento da avaliação, considerando ser esta também parte integrante de um processo em movimento, e ser capaz de descrever a experiência vivida durante a avaliação e seus conseqüentes resultados.

Para preservar a identidade dos Municípios vou chamar de município A o projeto que foi coordenado por uma OG e de B o município que teve seu projeto executado por uma ONG.

O Modelo Lógico da Intervenção: Compreendendo as Intervenções no Município A e no Município B:

Nesta etapa, vou detalhar o modelo lógico da intervenção construído para esta avaliação (quadro 1), que sintetizou e agrupou as informações trazidas abaixo sobre os dois municípios. Poderia ter ficado só com a representação do modelo lógico, mas entendo, que uma avaliação qualitativa e com projetos com características multifacetadas, como é o caso destes dois municípios, havia uma necessidade de explicitar mais o processo.

Aqui começo a responder a pergunta avaliativa que é: A execução dos projetos

estratégicos nos dois municípios escolhidos, sendo um executado por uma OG e o outro por uma ONG contribuíram para o exercício da cidadania e a participação das mulheres em instâncias de controle social?

a) Descrição do Município A

No interior de São Paulo, o comércio sexual ou as zonas de prostituição como são conhecidas, se localizam de forma geral nas regiões centrais da cidade, isto é, perto de rodoviárias, ferroviárias e portos; caso a cidade seja portuária. No entanto, com as mudanças no perfil econômico e cultural destas cidades, as zonas de prostituição se adequaram a elas.

No caso do município A, a economia está basicamente voltada para o plantio da cana-de-açúcar e a instalação de uma usina para o seu processamento, gerou mão-de-obra de trabalhadores temporários que vêm de outros Estados (nordeste e centro-oeste), para ficar uma temporada trabalhando na usina ou no corte da cana.

Estes trabalhadores são majoritariamente do sexo masculino, vivem em alojamentos sem a presença de familiares e são chamados trabalhadores de trecho. Estes trabalhadores e os caminhoneiros, que para fugir dos pedágios entram no município, são presença constante nos locais de prostituição, conforme relato das mulheres durante os grupos realizados para esta avaliação e pela equipe que coordenou o projeto.

Os locais de comércio sexual no município A:

Para atender esta clientela, formaram-se em torno da cidade, chácaras que oferecem serviços de bar, boate e mulheres para o comércio sexual. Hoje funcionam 10 chácaras, envolvendo cerca de 130 mulheres. Abrem por volta das dezoito horas, até o último cliente (cinco ou seis horas da manhã). Na cidade, próximo a uma das praças, ainda ocorre a prostituição de rua durante a noite, isto é, as mulheres ficam na praça ou nos bares, conseguem seus clientes e fazem o programa em hotéis próximos.

Município A - Os objetivos específicos do projeto desenhados em 2001 e mantidos até 2006:

- 1- Capacitar uma equipe multidisciplinar, para acolhimento e trabalho preventivo em DST e aids;
- 2- Acessar diretamente 130 mulheres profissionais do sexo para sensibilização e capacitação para a prevenção em DST e aids;
- 3- Distribuir material educativo voltado para a população alvo;
- 4- Desenvolver junto às profissionais do sexo, ações que levem à adoção de práticas sexuais mais seguras e ao exercício da cidadania;
- 5- Garantir atendimento médico e tratamento para DST e aids às profissionais do sexo no município.

O investimento financeiro no projeto:

O repasse solicitado ao Ministério da Saúde foi de R\$ 25.000,00 e a contrapartida da instituição de R\$ 10.000,00 (fonte: projeto). O orçamento total do Projeto previu a contratação de recursos humanos para a formação da equipe, compra de equipamentos e materiais para estruturação do serviço de saúde de referência e suporte para as oficinas.

O investimento técnico no projeto:

O tipo do Projeto escolhido foi de Informação/Educação/Comunicação e Intervenção Comportamental, segundo as definições do Programa Nacional de DST e Aids.

Segundo os relatórios de progresso do projeto, uma das atividades planejadas foi capacitar no início a equipe que foi selecionada para atuar junto ao projeto e ao longo dos doze meses, capacitar às mulheres profissionais do sexo. Vou descrever sucintamente o processo de capacitação destes dois segmentos.

Formação da equipe e capacitação:

A equipe que executou o projeto foi constituída em maio de 2002, com base no interesse individual e atuação profissional específica na área de prevenção as DST e aids. A equipe foi formada com os seguintes profissionais: uma assistente social, uma farmacêutica

e um médico infectologista. A coordenação do projeto considerava mínimo para contemplar os aspectos da assistência e prevenção às DST e aids. A capacitação desta equipe foi imediatamente à sua constituição, na forma de reuniões e por etapas. Inicialmente os temas abordados foram: identificação das DST, HIV, aids e medicamentos utilizados nos tratamentos; aspectos de distribuição e logística de preservativos e demais materiais e insumos de uso em prevenção, e temas ligados aos aspectos sociais da prostituição.

Em outra etapa, foram trabalhados temas relacionados à “psicologia” da mulher e aspectos psicológicos, relacionados à prostituição e a “atividades de risco para aquisição de doenças” (relatórios dos projetos). Foram encontradas, segundo a coordenação do projeto, dificuldades internas na adesão dos profissionais que foram inseridos no grupo posteriormente, na medida em que as atividades do projeto, necessitaram do seu envolvimento direto e de capacitação.

Capacitação para as mulheres profissionais do sexo

A capacitação foi feita em quatro módulos. Os temas abordados foram: auto-estima, prevenção e tratamento das DST e aids, métodos contraceptivos, prevenção do câncer de mama e útero. O Projeto, segundo as entrevistas, teve que se adequar à realidade das profissionais, utilizando uma linguagem mais acessível, tornando o conteúdo das oficinas mais próximo do vocabulário das mesmas, e os horários e dias tiveram que ser organizados de acordo com a necessidade e disponibilidade delas.

“Tivemos que construir com elas, os dias e os horários, não adiantava irmos lá, num horário em que elas não estavam; tivemos que aprender na prática, qual era o melhor dia, o melhor horário e de que forma seriam abordados os temas. Tudo isto foi possível, porque conversávamos com as meninas, e juntos chegamos a um acordo; porque senão era chegar lá para realizar as oficinas, sem encontrar ninguém. Isso nos deixava, muito frustrados” (coordenação do projeto município A).

Segundo as pessoas que participavam do projeto, era necessário um envolvimento muito grande por parte dos profissionais de saúde, para realizar as tarefas. As dificuldades estavam presentes em todos os lados: “primeiro havia a desconfiança em se trabalhar com esta população, havia muito preconceito por parte da sociedade e dos próprios profissionais

envolvidos, resistência por parte dos familiares e amigos. A desconfiança por parte das meninas, enfim, uma série de adversidades comuns, quando se procura trabalhar com populações marginalizadas e discriminadas” (profissional contratado pelo projeto para fazer intervenções junto às mulheres).

“É preciso gostar do que faz, ter amor ao próximo, ter muito empenho para fazer o que fazemos aqui. Temos que ter simplicidade, conversar de igual para igual com as meninas; mostrar que estamos aqui para ajudá-las e não discriminá-las. Temos que ter interesse nos problemas delas, ouvir o que elas nos contam; pois isso é importante para elas e para nós”. (recepcionista da unidade básica de saúde, no projeto desde o início).

Uma das dificuldades apresentadas pelos participantes do projeto, era a falta de tempo para realizar as oficinas e visitas, pois além das atividades nas casas e chácaras, eles possuem outras tarefas na Secretaria de Saúde; e os outros funcionários diziam que eles saíam para passear, ou para “matar serviço”. Muitas vezes questionando a necessidade de se ter tal projeto, pela Secretaria de Saúde.

“Em 2003 conseguimos o que pretendíamos no início do Projeto, as profissionais do sexo procuram as Unidades Básicas de Saúde, têm acesso a consultas, exames, vacinação, atendimento médico, medicamentos. Exercem seu direito de cidadã” (coordenação do projeto).

Produção de material educativo:

O projeto previu a elaboração, reprodução e distribuição de materiais educativos voltados para esta população. Foram elaborados: cartilhas, folhetos, porta - preservativo, cartazes, jornal e livreto. Os temas abordados tiveram enfoque na prevenção das hepatites, DST, HIV e da redução de danos para o uso de drogas. No entanto, em um dos livretos é abordado o cuidados com a pele, dicas de beleza e de saúde, e o jornal publicado trás informações sobre pesquisas realizadas em outros Estados sobre saúde com esta população, além de abrir um espaço para receber sugestões. Foram feitas cinco edições do jornal.

A elaboração de todo o material produzido foi feita pela equipe que coordenou o projeto com a ajuda de algumas mulheres profissionais do sexo acessadas pelo projeto. A distribuição destes materiais foi feita entre as profissionais do sexo e durante eventos, que a

equipe participou. Atualmente o jornal não existe mais, e os demais materiais continuam sendo utilizados pelo grupo, embora a reprodução foi bastante reduzida e é entregue apenas para as mulheres que chegam pela primeira vez no município.

A coleta dos dados no Município A

O exótico e o familiar

Dias antes de ir para o município A, li o texto do Da Matta (1978) - O ofício de Etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”.

O autor dialoga sobre o olhar que lançamos em determinadas situações, lugares ou pessoas, e o tanto que podem nos parecer exóticos ou familiares, dependendo do interesse e do ângulo em que as observamos.

Então, me perguntava qual deveria ser a devida aproximação e distanciamento dos fatos, e como de verdade as coisas seriam no local da avaliação, ou melhor, como elas estariam naquele momento? Olhar para os sujeitos, cenários e contextos desta avaliação identificando as familiaridades e os estranhamentos exigiram um profundo exercício de escuta e desprendimento.

Em casa, já tarde da noite conferi tudo novamente e tratei de dormir, pois acordaria cedo. No entanto, os pensamentos insistiam em re-visitar o dia seguinte, na tentativa de checar, se tudo estava em ordem para a missão. O dia amanheceu.

Cheguei por volta das onze horas, com uma hora de atraso. Fui com uma pessoa que convidei para ajudar no grupo, pois esta além de grande amiga é também uma profissional de muita competência, no trabalho com grupos.

Luiza, pessoa que coordena o projeto nos aguardava na Secretaria de Saúde, local que também funciona o Programa Municipal de DST e Aids. Logo em seguida, saímos com o carro do município para a realização das entrevistas.

Só lembrando, os entrevistados: ginecologistas, recepcionistas assistentes sociais das UBS, coordenadores do projeto e membros dos conselhos de saúde, tanto do município A, quanto do município B, foram identificados durante consulta feita aos documentos dos projetos nos municípios selecionados e a construção dos instrumentos para estes foram definidos a partir da pergunta avaliativa.

Primeira entrevista:

Chegamos na UBS, o local havia sido escolhido para ser referência para o projeto devido à proximidade com as chácaras de prostituição. Lá algumas mulheres aguardavam o atendimento. O entrevistado seguia chamando as pessoas da sala de espera sem perceber a nossa presença, até que um aceno feito por Luiza atraiu a atenção do médico, que veio cumprimentá-la.

Fomos apresentados e ele perguntou quanto tempo eu necessitaria para a entrevista. Disse trinta minutos, e ele imediatamente disse não dispor desse tempo, mas que poderia ceder cinco ou dez minutos no máximo. Não hesitei em concordar com a proposta, embora soubesse que em dez minutos não seria possível. Pensei que poderíamos fazer um primeiro contato e depois remarcaria a entrevista. Esperei mais algumas consultas serem feitas e entrei no consultório. Expliquei os objetivos da avaliação e ele concordou em fazermos a entrevista naquele momento. Entreguei o TCLE e pedi para gravar a entrevista.

Depois de algum tempo de conversa, cerca de dez minutos, olhei para o gravador e vi que ele não estava funcionando, pedi desculpas, peguei outro gravador e recomecei a entrevista.

Tentei recuperar questões e respostas com o novo gravador, mas não sei se é possível recuperar respostas espontâneas, acho que o novo gravador trouxe novas respostas, ainda que muito parecidas. Terminamos a entrevista depois de vinte minutos, agradei e saí da sala.

Segunda entrevista, não aconteceu.

No mesmo serviço, marcamos com a recepcionista da UBS, que participou do projeto desde o início, e que ainda faz parte do quadro de funcionários daquela unidade de saúde. Naquele momento ela disse que não poderia atender, pois estava sozinha. Combinamos voltar as 13:30 h, pois assim o vigia poderia substituí-la, liberando-a para a entrevista.

O dia passava rapidamente, já era quase uma da tarde. Fomos checar em um bar na cidade, (lugar que provavelmente aconteceria algumas entrevistas com mulheres

profissionais do sexo), os horários que já haviam sido combinados. Encontramos uma mulher lavando um pequeno bar, Luiza se aproximou e perguntou sobre as outras mulheres; a mulher disse que elas haviam alugado outro bar. Fomos para o tal bar e acertamos voltar 17:30 h para fazer as entrevistas com o grupo.

Por fim, ficou acertado, que eu faria um grupo na chácara e outro na cidade. Depois de tudo combinado fomos almoçar.

Terceira entrevista

A assistente social que entrevistei, além de ter trabalhado na unidade básica que foi referência para o projeto, ficou na coordenação do projeto durante seis meses. Após este período passou a tarefa para Luiza. Em um determinado momento da entrevista, em meio à tantas memórias daquele trabalho a emoção tomou conta, o choro da entrevistada veio, a fala engolida, esperou. Fiquei em silêncio. Retomamos a entrevista e a concluímos. Ela me acompanhou até a calçada da rua. Coisas do interior. A entrevista durou 30 minutos, conforme havíamos combinado.

Quarta entrevista, a ida para as chácaras.

O carro que nos levaria para a próxima entrevista, se afastava da cidade. Uma chuva torrencial caía. Miguel, o jovem que nos acompanhava, conhecia bem aquelas chácaras. Segundo ele, fazia intervenções com as mulheres naquela área semanalmente, mas que haviam sido interrompidas pela demora do seu contrato de trabalho. Voltei ao município A para entrevistá-lo. Deu-nos um panorama das mulheres e de seus clientes durante a viagem. Chegamos! O local dista da cidade alguns quilômetros, sendo cercado por várias chácaras, que são usadas como boates. Quase não se podia ver, devido à chuva. Miguel desceu no meio do temporal em uma das chácaras para ver se podíamos entrar. Descemos do carro no meio daquela chuva e entramos correndo para dentro da casa; passando antes por uma tábua transformada em passarela para evitar que pisássemos na lama, que havia se formado. Ficamos ensopadas pela chuva e com os pés cheios de barro.

Entramos em um salão com cadeiras brancas de ferro, desarmadas e encostadas em um canto, provavelmente aguardando a noite com a vinda dos clientes, da música, das

bebidas e daquelas mulheres. A construção da casa era feita de blocos, piso de cimento verde, com um balcão ao fundo, e um espelho do tamanho de uma pessoa afixado na parede. A metragem daquele primeiro salão era em torno de 5m x 5m.

Fomos gentilmente recebidas pela Ana, que ofereceu um dos cantos daquele salão para sentarmos. Outras duas mulheres se aproximaram. Havíamos sido avisadas anteriormente, que apenas uma delas havia participado do projeto. A timidez de todas nós era visível.

Comecei me apresentando e falando dos objetivos daquela visita. Perguntei se podia falar de coisas pessoais ali, pois havia homens transitando pela casa. Percebi que não eram clientes. Fiquei sabendo depois, que um era o dono da casa, o outro marido de uma delas e os outros responsáveis por uma reforma qualquer que estava sendo feita, e também o tatuador que fazia em outro cômodo, com uma máquina para lá de barulhenta uma tatuagem, em uma das mulheres. Disseram que podíamos fazer as entrevistas e o grupo ali mesmo.

Perguntei para Ana se podia gravar, ela disse que não, pois não gostaria de ser identificada, mesmo eu tendo dito que garantiria o sigilo daquelas entrevistas e do grupo, a resposta continuou a mesma. Acatei o pedido. Li o TCLE em voz alta para todas, e perguntei se tinham dúvidas. A resposta estava estampada no rosto delas, isto é, elas não entenderam o que estávamos fazendo ali.

Tentei explicar e acredito que ajudou um pouco mais, no entanto, confesso que devido à minha apreensão com o avançado da hora e com várias interrupções durante a conversa, tais como: uma delas sair do salão, para resolver qualquer coisa lá dentro, um dos homens demandar tarefas para uma delas. Disse que aos poucos as coisas ficariam mais claras.

Iniciamos com a técnica linha da vida. A proposta desta técnica é possibilitar ao grupo trazer fatos da sua experiência de vida, no caso as vividas durante a execução do projeto e relacioná-las com o trabalho, vida pessoal, estigma, família, acesso à saúde, organização e participação comunitária. Enfim, identificar nesta trajetória: os obstáculos, estímulos e as possibilidades para a construção e exercício da cidadania e a participação em instâncias de controle social.

Outra condição que a técnica oferece, é a possibilidade de o grupo contar, por meio das narrativas, uma história real ou fictícia com trechos trazidos pelas participantes, ampliando assim, a percepção do discurso e da prática construída sobre estes temas, tanto pelas mulheres, quanto pela avaliação, afim de identificar a contribuição dos projetos nos componentes avaliados .

Expliquei a proposta e pedi para que elas contassem a história de uma delas ou de alguma mulher profissional do sexo, que elas conhecessem. A idéia era contar desde a infância até aquele momento. Uma delas resolveu espontaneamente contar a sua própria trajetória, parecia que as outras duas não estavam confortáveis em ouvi-la, ou pelo menos suas expressões não demonstravam interesse em estar ali. Acendiam vários cigarros, saiam da sala, deitavam em um banco feito de alvenaria. Mesmo assim, ela continuava com entusiasmo narrando a sua história, e nós escrevendo o que ela dizia sobre um papel Kraft estendido no chão.

Durante esta atividade, um dos homens curvou-se sobre o papel e ficou tentando ler o que estava escrito, perguntei para uma delas se tudo bem ele ficar ali, ela disse que era o seu marido. O homem perguntou o que estávamos fazendo, respondi que era uma avaliação sobre o projeto, ele fez alguns comentários e saiu. Terminamos a atividade com o grupo, depois fizemos as entrevistas com todas as mulheres presentes e nos despedimos. Ao final, uma delas apareceu com uma tatuagem no ventre. Exibiu-a orgulhosa para todas nós e depois desapareceu, no meio dos outros cômodos daquela casa/boate. O sol brilhava lá fora e o cheiro de terra molhada exalava um aroma familiar, no meio de um exótico conjunto de cenários com seus personagens e histórias.

Quinta entrevista:

Retornamos à Secretaria de Saúde. O dia findava, os relógios marcavam cinco e pouco da tarde. A entrevista foi com Luiza, pessoa responsável pelo programa, e também coordenadora do projeto estratégico; além de uma gentil anfitriã durante todo o dia.

Fiz a entrevista respeitando o ritual planejado (duração, TCLE e gravação). Algumas interrupções aconteceram (telefone, presença do secretário de saúde, e pessoas se despedindo, pois o dia de trabalho já tinha chegado ao fim).

Sexta entrevista, no bar.

Por volta das seis horas da tarde. Voltamos ao bar, o qual já havíamos estado pela manhã para acertarmos a atividade. O local ficava na beira de uma avenida, próximo do centro cerca de uns dez minutos. Era um quiosque, acrescido de uma construção de alvenaria onde ficavam dois banheiros.

Fomos recebidas por três mulheres, sendo que duas delas haviam participado do projeto e duas eram irmãs. A terceira irmã, que também fez parte do projeto não veio, pois se “tornou crente e não quis mais saber dessas histórias”.

Convidaram-nos para sentar ali mesmo, em uma das mesas naquele pequeno espaço. Repetimos o ritual das atividades anteriores e novamente, elas não conseguiram entender o que fazíamos ali. Li o TCLE e iniciamos a técnica da linha da vida. O papel kraft estendido sobre a mesa de ferro, e nós sentadas em torno da mesma.

Perguntamos de quem seria aquela história, uma delas pensou e disse: a da Kelly. Começamos então a escrever a história, no entanto, passado algum tempo (talvez dez minutos) decidiram não seguir com a história da Kelly, mas sim com a de uma delas mesmo. Então, imediatamente a folha foi virada e recomeçamos a nova história - “que bom seria se a vida pudesse ser simples assim, isto é, virar a página e começar uma nova história, só que deixando as coisas boas e tirando as ruins”. (comentário feito por uma das mulheres)

Uma das irmãs começou a contar sua história, complementada pelas memórias da outra irmã; no entanto, aos poucos a história se revelava impossível de ser contada separada, pois os capítulos foram e são construídos juntos. As histórias daquelas duas mulheres revelavam a força daquele vínculo construído na rudeza do cotidiano, permeado por estupros, cicatrizes internas e externas, abandonos, realizações, conquistas, e que também foram vividas por outras irmãs daquela mesma família.

O tempo foi passando e a noite chegou. Clientes sentados ao lado ouviam atentamente as nossas conversas. Perguntamos se não havia problema, em conversarmos ali e uma delas respondeu “sou livre”. Seguimos, e elas seguiam empolgadas nos relatos.

Algumas interrupções aconteciam, do tipo: clientes pedindo cachaça, o filho de três

anos de uma delas corria para a rua e ela preocupada com a avenida, corria para pegá-lo à todo o momento.

A atividade seguia e quando uma delas se emocionava com o relato, a outra irmã mesmo comovida, tratava de seguir contando a história. No cenário agora tinha muita gente, várias mesas já estavam ocupadas por muitos homens, e a atividade precisava acabar; pois não havia privacidade alguma, e as tarefas do bar exigiam a presença delas. Despedimo-nos, pedi um bolinho de bacalhau, que não me deixaram pagar, demos carona para uma delas, que era responsável por outro bar. Já era por volta de nove horas da noite. Fomos embora do município A.

Algumas observações:

O primeiro contato sobre a avaliação e o agendamento para a ida a campo foi feito com a Luiza pessoalmente, durante um evento em São Paulo. Posteriormente, por meio de ofício, fiz uma solicitação ao município - aos cuidados do secretário de saúde e do presidente do conselho municipal de saúde - pedindo autorização para a realização da avaliação.

As portas necessárias para a realização e coleta de dados da avaliação foram abertas sem nenhuma restrição, isto é, para a realização das entrevistas com os profissionais de saúde, com as mulheres profissionais do sexo e nos conselhos de saúde; visitas aos locais de prostituição, acesso a documentos, relatórios e livro de registro das atividades.

Retorno ao município

Retornei ao município A, dez dias depois para entrevistar o membro do conselho de saúde, o Miguel, pessoa que percebi durante a primeira visita, ser um informante-chave para a avaliação; pois este faz as intervenções semanalmente com as mulheres. Fiz também junto com o Miguel, uma visita às chácaras novamente, na qual pude observar a sua intervenção junto às mulheres.

Entrevista com o membro do Conselho:

A entrevista aconteceu na casa do Sr. João, pessoa gentil que se dispôs a responder à todas as perguntas feitas. Apresentou um discurso articulado e disse que o conselho passava

por reestruturação, pois somente depois de um seminário que eles participaram em São Paulo, organizado pelo Programa Estadual de DST e Aids, ele havia identificado que as vagas não estavam preenchidas corretamente; e “que tudo está sendo colocado no lugar agora”. Disse que conheceu melhor a dimensão da aids no referido seminário, e que também trataria de tomar as devidas providências. Terminamos a entrevista em meia hora.

Entrevista com o Miguel:

Foi na Secretaria de Saúde, durou cerca de quinze minutos e somente oficializei o que já havíamos conversado na visita anterior e naquele dia.

b) Descrição do Município B

Fui sozinha e fiquei dois dias, 23 e 24 de janeiro de 2006. Peguei o avião em Congonhas às 6:20 da manhã e depois, mais uma hora de perua Kombi. A paisagem durante o percurso até o município é típica do interior de São Paulo, com seus quilômetros e quilômetros de plantações de cana-de-açúcar e laranja, e na beira da estrada algumas barracas de lona preta, amparadas por pedaços de galhos de árvores, vendem caldo de cana e suco de laranja.

Chegando ao município, fui diretamente para o Programa Municipal de DST e Aids, lá um dos integrantes da ONG me aguardava. Recebeu-me com cordialidade de gente do interior - aceita água, café?. Eu aceitei água fresca. Depois de breves comentários sobre a viagem e o forte calor, fui logo perguntando como seria o nosso dia. Disse-me que teríamos que sair logo para irmos para a unidade básica de saúde, pois ele havia agendado a entrevista com o ginecologista, para as dez horas.

Um pouco sobre a ONG

A ONG é uma organização constituída por voluntários e existe há cerca de quatorze anos. Está localizada nos arredores da cidade. Segundo seus participantes, o começo de tudo foi debaixo de uma jabuticabeira. O principal objetivo da ONG é a luta contra o preconceito, a discriminação e a desinformação frente à epidemia de HIV e aids.

As ações realizadas pela ONG são: grupo de ajuda mútua, encontros de formação e

lazer, palestras, oficinas de geração de renda e de adesão aos medicamentos anti-retrovirais, publicação de boletim informativo, projetos com profissionais do sexo e com usuários de drogas.

O comércio sexual no município B

O município tem um bairro no centro antigo, conhecido local de prostituição, com casas sem nenhuma placa informando sobre sua atividade, casas comuns. Segundo informações, é atualmente um local no qual ficam apenas algumas mulheres, que já estão na profissão há muitos anos e que são as donas das casas. Alugam quartos para mulheres e travestis, cobrando cerca de R\$ 20,00 (vinte reais) por dia, para fazer o programa, além da bebida que também é vendida no local.

Outro local de prostituição no município, assim como no município A, são as chácaras ao redor da cidade. No entanto, o perfil das mulheres das chácaras é diferente das profissionais do centro. Segundo informação do Jonas e dados dos relatórios, em torno de duzentas mulheres praticam comércio sexual no município.

O Projeto

O projeto foi desenhado para trabalhar com mulheres, homens e travestis profissionais do sexo dentro do município B. No entanto, para esta avaliação somente as mulheres participaram dos grupos e responderam ao questionário.

Município B - Os objetivos específicos do projeto desenhados em 2001 e mantidos até 2006:

- 1- Promover a proteção e acesso aos direitos;
- 2- Acessar diretamente mulheres e travestis profissionais do sexo para sensibilização e capacitação para a prevenção em DST e aids;
- 3- Distribuir material educativo voltado para a população alvo;
- 4- Fortalecer as profissionais do sexo para o exercício da cidadania;
- 5- Garantir atendimento médico e tratamento para DST e aids às profissionais do sexo no município.

O investimento financeiro no projeto:

O repasse financeiro solicitado ao Ministério da Saúde foi de R\$ 25.000,00 e a contrapartida da instituição foi de R\$ 8.000,00 (fonte: projeto). O orçamento total do Projeto previu a contratação de recursos humanos para a formação da equipe, compra de equipamentos e materiais para estruturação da ONG e suporte para as oficinas e produção de material educativo.

O investimento técnico no projeto:

O tipo do Projeto escolhido foi de Informação, Educação e Comunicação e Intervenção Comportamental, segundo as definições do Programa Nacional de DST e Aids.

Os temas descritos nos objetivos foram abordados em oficinas, seminários e pequenos grupos nas casas e nas chácaras semanalmente. Participaram das intervenções tanto as mulheres, quanto as travestis.

Produção de Material educativo:

Os materiais educativos produzidos pela ONG foram cartilhas e folhetos abordando conteúdos relacionados as DST, HIV, aids e hepatites, auto-estima, cidadania, direitos ligados ao exercício da profissão e a legalidade da prostituição.

A referência do projeto com os serviços de saúde

A unidade básica de saúde conhecida como Manacá, devido ao bairro de mesmo nome, é a referência para o projeto com as profissionais do sexo, pois é próxima aos locais onde estas trabalham, isto é, as chácaras e as casas situadas num antigo bairro do centro da cidade. A ONG fez parceria para a execução deste projeto com o serviço de saúde Manacá.

A coleta dos dados do município B

As casas que não são de família

Fomos recebidos na unidade básica de saúde pela enfermeira Janaina, pessoa que havia sido o contato da ONG para indicar os nomes das pessoas para as entrevistas. A unidade estava cheia de pessoas, esperando em um banco encostado na parede. A recepção

ficava em um minúsculo espaço, com quatro pessoas atrás de um balcão de madeira. Janaina envolvida com a rotina daquela manhã indicou duas pessoas da recepção para a entrevista. Pedi um espaço reservado e ela apontou para um consultório vazio.

Primeira entrevista:

Eu previa entrevistar apenas uma pessoa da recepção, no entanto, as duas pessoas foram sentando nas cadeiras vazias e decidi fazer as entrevistas juntas. No momento em que eu falava dos objetivos da avaliação entrou mais uma pessoa, um homem de branco e sentou-se e pensei: será este o ginecologista que vou entrevistar?

Pedi desculpas e perguntei: quem é o senhor? Ele respondeu:

- A Janaina disse que você é do Estado e que está fazendo uma pesquisa e pediu para eu vir. Perguntei se ele era o ginecologista, e ele disse que era auxiliar de enfermagem.

Agradei a boa vontade dele naquele momento e disse que iria conversar com a Janaina, e se caso fosse necessário eu o procuraria. Ele saiu.

Retomei a conversa com as duas pessoas, entreguei o TCLE, perguntei se havia alguma dúvida e se poderia gravar aquela conversa. Não houve resposta alguma. Decidi dar início à entrevista após a assinatura do TCLE. Um era um jovem que trabalhava cerca de seis meses naquela unidade de saúde, a outra uma senhora que disse trabalhar na saúde há quatorze anos, mas que ali estava somente há uma semana.

À medida que fazia as perguntas, sentia que os dois não haviam tido contato com o projeto e nem com as discussões pertinentes a ele. Mesmo assim, segui até o final da entrevista.

Fiquei com uma sensação de decepção após a saída da sala, achei que aquelas duas entrevistas não iriam servir, pois as duas pessoas que trabalhavam na recepção daquele serviço, não puderam falar sobre a execução do projeto. No entanto, percebi que eu estava diante da realidade, assim, penso que são os processos de avaliação, isto é, estar diante dos fatos como eles estão naquele momento e não como eu imaginei que fossem, quando estava em frente ao computador elaborando o questionário ou lendo alguma teoria sobre avaliação. Percebi, que aquelas duas pessoas também estavam trazendo informações importantes, uma delas era que não sabiam nada sobre o projeto.

Segunda entrevista, adiada.

Depois disso, pediram para eu esperar um pouco, pois o ginecologista iria me atender. Fiquei na sala de medicamentos durante algum tempo, até que me chamaram. Entrei no consultório, me apresentei, sentei e falei que iria necessitar de pelo menos trinta minutos. Ele disse que não poderia atender, pois iria fazer uma cirurgia em seguida, mas perguntou se eu não poderia deixar o questionário para que ele respondesse. Disse que não, e se poderíamos marcar outro horário. Marcamos no outro dia às oito horas da manhã, em outra unidade básica de saúde.

Terceira entrevista, adiada também.

Voltamos para o Programa Municipal de DST e Aids, lá entrevistaria a coordenadora do programa. O motivo para entrevistá-la, é que no início do projeto, ela era a pessoa de referência. No entanto, ela pediu-me para estar em uma reunião junto com ela, pois havia uma proposta de parceria com uma ONG e ela gostaria que eu estivesse junto, para dar algumas idéias. Participei da reunião, dei alguns palpites e quando acabou era por volta de meio dia e meia. Marcamos a entrevista para a avaliação, após o almoço.

Sáímos para almoçar, eu, o Jonas e o Marcos, atual presidente da ONG. Ficamos os três juntos durante toda a tarde.

Quarta entrevista:

A pessoa entrevistada foi a coordenadora do Programa Municipal de DST e Aids. O motivo desta entrevista foi por ela ter sido a pessoa que foi para Atibaia fazer o projeto, além de ser também uma das pessoas de referência e colaboradora da ONG. Fiz todo o ritual (TCLE e gravação). A entrevista foi numa das salas do prédio da Secretaria de Saúde. Ao final da entrevista, fizemos uma pequena conversa informal, que resultou em informações sobre a situação atual vivida pelas mulheres profissionais do sexo no município, questões que não haviam sido contempladas no roteiro, por exemplo, a falta de recursos humanos da ONG para visitar os locais de prostituição e fazer as intervenções educativas e disponibilizar os preservativos. Agradei e ela saiu da sala.

Quinta entrevista:

Logo após a saída da coordenadora, fiquei na mesma sala esperando o próximo entrevistado. Agora seria o membro do conselho municipal de saúde. Entrou na sala um rapaz de óculos, jovem ainda, nos cumprimentamos e ele disse que me conhecia de alguns eventos. Seguimos com alguns comentários sobre isso e logo introduzi o motivo da minha entrevista. Entreguei o TCLE, ele leu, assinou e comecei a fazer as questões do roteiro. Respondeu às questões com entusiasmo. Fora, as questões do roteiro, disse que acompanha o conselho há muitos anos e que hoje ocupa lugar de gestor no conselho. Fez várias vezes o comentário, de que o conselho passa por reestruturações. Percebi naquela entrevista, que era preciso explorar os aspectos de constituição e reestruturação do conselho; pois reiteradas vezes à importância do clareamento do papel e da composição, eram questões importantes para o entrevistado e também para a avaliação. Vamos aprofundar este debate na análise dos dados.

Próximas entrevistas:

Sáimos com o carro do município para irmos até uma chácara que a ONG faz intervenção. O lugar fica a mais ou menos seis quilômetros da cidade. O sol castigava nossas cabeças e ficar dentro daquele carro estava torturante. A minha pressão arterial devia estar a zero, se é que isso é possível. Minha cabeça rodava, o suor escorria pelo corpo, imaginei que não iria suportar. Fiquei quieta durante o percurso, pois sabia que assim que chegássemos em um lugar mais fresco e que eu pudesse tomar um pouco de água, os sintomas melhorariam.

A proposta era fazer o grupo e as entrevistas. No entanto, quando chegamos à chácara estava praticamente vazia. Uma ou duas mulheres tomavam banho na piscina. Jonas perguntou para uma senhora que parecia ser conhecida dele, pelo Rui que é o proprietário, e também pelas demais mulheres. Foi informado que ele não estava, e que as mulheres vão para suas casas no domingo à noite, e só regressam na terça-feira; isto é, no dia seguinte. Jonas pediu-lhe que avisasse o proprietário que voltaríamos no dia seguinte, e que precisaríamos também reunir as mulheres para conversar. Fomos embora.

Entramos no carro que mais parecia uma sauna de tão quente. Fomos para outro canto da cidade, coisa de cinco quilômetros para o norte. O local é conhecido por suas casas de prostituição, vi alguns postos de gasolina, comércio agropecuário e algumas lojas de souvenir. Eu imaginava outro cenário, cheio de bares, lanchonetes, casas noturnas e por aí vai. Era só mais uma rua daquela cidade. Passando pelas ruas, Jonas foi cumprimentando algumas travestis que passavam. A ONG também trabalha com esta população. Falou para um delas, que traria preservativos no dia seguinte.

Durante o percurso ele foi identificando as casas que eram de prostituição e decidi parar na casa da dona Creuza, uma das casas que a ONG faz intervenção e reúne quinzenalmente para as atividades (bate papo, oficinas temáticas e entrega de preservativos). O carro parou diante de uma casa simples e Jonas chamou no portão “ô de casa! - e lá do fundo uma voz feminina ecoou – já vai!”.

Enquanto isso, cerca de seis cachorros vieram até o portão latindo, seguido pela mulher, uma senhora de mais ou menos sessenta anos; que exibiu um sorriso largo mostrando uma boca sem nenhum dente - disse - oi, são vocês? Entra! Abriu o portão e todos os cachorros pularam em cima de nós, fazendo festa.

Entramos para uma sala, que tinha umas quatro cadeiras trançadas de plástico, muito comum no interior de São Paulo e que são usadas nos alpendres. Sentamos e os cachorros insistiam em subir no colo de cada um de nós, lambendo e cheirando os braços, pernas e o que mais conseguissem. Não havia quem os fizesse desistir daquilo, nem os gritos da dona Creuza. Até que eles mesmos cansaram daquela recepção.

Jonas perguntou pelas mulheres e Creuza respondeu que não estava mais trabalhando com mulheres, que preferia trabalhar com as travestis. Exceto uma ou outra que estava há mais tempo, como era o caso da Renata, que estava dormindo em um dos quartos. A conversa durou quase duas horas. A mulher falava sobre a situação atual e insistia que “putaria” não estava mais dando lucro, e que com muito sacrifício dava para tirar 40 ou 50 reais por dia.

Durante a conversa chegaram duas senhoras de mais ou menos cinquenta anos, perguntando se ia ter oficina. Jonas perguntou quantas mulheres ela tinha na casa dela, a mulher respondeu, que duas. Então ele disse que não iria ter oficina e explicou o motivo da

minha visita. A mulher falou que quando tivesse, ele a chamasse. Despediu-se e foi embora. Continuamos um pouco mais a conversa, falamos de preço e de condições de trabalho e saímos.

No caminho observei que algumas casas daquele bairro tinham escrito no muro, ou mesmo placas afixadas perto da porta “Casa de Família”. Na minha casa da infância, tinha uma placa igual escrito “Heliogás” e, somente o caminhão de gás Helio, parava para comprarmos um botijão. Perguntei o que significavam aquelas placas e fiquei surpresa com a resposta que me deram, isto é: estas placas dizem que aquela casa não é de prostituição, mas sim “residência familiar”. Com esta resposta, passei à observar que as casas sem a tal placa, tinham mulheres ou travestis sentados em cadeiras nas portas ou alpendres. Disseram-me, que é assim que os programas são contratados, isto é, os interessados passam, entram caso haja algum interesse em alguma delas, pagam em média 10 reais para fazer o programa em um dos quartos ou pagam 20 reais para a dona da casa para levá-las para outros lugares (hotel, carro etc.). Além do programa que é negociado com as próprias mulheres. Isto acontece durante o dia ou à noite.

Já eram quase seis horas da tarde e o meu primeiro dia de campo chegou ao fim, fui para o hotel - estava exausta! Quando tirei a roupa para tomar banho, vi que estava com a barriga cheia de picadas de pulga, acho que foram os cachorros. Por volta das nove horas foram me buscar para comermos pizza.

Segundo dia...

Quinta entrevista

Oito horas, e o carro do município estava à minha espera na porta do hotel. Com o motorista estavam o Marcos e a Dora, que trabalha na direção regional de saúde e também faz parte do conselho fiscal da ONG -e que também foi comer pizza na noite anterior.

Fomos para uma unidade básica de saúde, que não é a referência do projeto e que se localiza à quatro quilômetros da cidade. Fui entrevistar o ginecologista. Durante a entrevista ele disse que atende mulheres profissionais do sexo da pastoral da mulher marginalizada no serviço de saúde Manacá. Lá, foi negociada para a Pastoral, uma vaga por dia, para as mulheres deste projeto. Só lembrando, este serviço de saúde é aquele que estive

no dia anterior, que é considerado referência para o projeto avaliado. A sensação naquele momento foi a de que os dois projetos não se conversam. Uma outra observação foi que este médico parece conhecer o trabalho da pastoral, e não o do projeto, que estava sendo avaliado.

Falou com entusiasmo, sobre a colaboração das mulheres profissionais do sexo no tratamento e no nível de conhecimento sobre DST, HIV e aids. Segundo ele, elas mesmas solicitam determinados exames. Na saída da entrevista, sugeri uma conversa ali mesmo, na área externa do serviço; embaixo de uma árvore com o Jonas e com a Dora, sobre o envolvimento dos profissionais de saúde dos serviços de referência com o projeto, pois havia notado em três entrevistas, que não conheciam a existência do mesmo. Perguntei também, sobre a articulação com o projeto da pastoral. A conversa foi interessante, à medida que eles também foram constatando a mesma situação, e já começaram a pensar propostas, para mudar isto.

Dora sugeriu que eu fosse entrevistar a ginecologista da unidade básica central, pois segundo ela, esta era uma grande aliada no trabalho do projeto, inclusive era a pessoa que atendia as mulheres, que o projeto encaminhava. Perguntei como eram feitos os encaminhamentos e fui informada de que é a Dora, quem liga para Helena (falarei sobre ela, logo mais) e marca exames e consultas para as mulheres profissionais do sexo, do projeto.

Percebi naquela manhã, que havia uma situação que não foi identificada nos relatórios e outros documentos consultados, isto é, várias interfaces que poderiam responder algumas questões sobre o projeto avaliado. Novamente entramos no carro sauna e fomos para a unidade básica central; que fica no subsolo da Secretaria Municipal de Saúde.

Neste serviço foi possível identificar o vínculo de Dora, com os profissionais de saúde dali. Cumprimentava a todos, como velhos conhecidos. Segundo ela, eu deveria entrevistar a ginecologista a Dra. Vera e a Helena, pois ambas eram as profissionais que atendiam as mulheres encaminhadas pelo projeto, tanto para as consultas, quanto para fazer alguns exames.

Sexta entrevista

A entrevista foi com Helena, uma auxiliar de enfermagem muito simpática, que fala com entusiasmo, sobre o trabalho que fez como redutora de danos no projeto com usuário de drogas injetáveis; que também foi fruto da oficina em Atibaia. Esta entrevista não estava prevista, mas devido à insistência de Dora e diante de algumas conclusões que eu fazia naquele momento, isto é, a presença de uma rede de informações e pessoas que eu desconhecia por meio da leitura dos relatórios, mas que ali naquele momento se revelaram estratégicas para conhecer melhor a situação atual do projeto resolvi fazê-la. Helena, é uma auxiliar de enfermagem que coincidentemente, atende algumas mulheres do projeto avaliado. É a pessoa que ajuda a marcar consultas e exames para as profissionais do sexo do projeto a pedido de Dora.

Mostrou-me o prontuário das pessoas com as quais trabalhou no projeto de redução de danos (não foi institucionalizado). Estavam devidamente separados e destacados na cor rosa. Ela falava-me sobre os exames que eram solicitados e como os acompanhava, isto é, se os (as) participantes do projeto retornavam ou não. Enfim, pareceu-me que havia um cuidado especial com os (as) participantes daquele projeto, dentro daquela unidade; que inclusive também envolvia algumas mulheres profissionais do sexo do projeto avaliado.

A impressão que tive diante daquela cena foi, que havia uma diferença entre este e o projeto que a ONG executou, para profissionais do sexo, pois mesmo atendendo algumas mulheres do projeto da ONG, este não foi apropriado pelo serviço, isto é, o da ONG não foi negociado junto aos profissionais de saúde de maneira a fazer parte da rotina do serviço; mas era solicitado informalmente junto à estes profissionais que já haviam sido sensibilizados, o encaixe em consultas e exames para as mulheres profissionais do sexo.

Sétima entrevista.

Na mesma unidade de saúde, isto é, na central, fui entrevistar a ginecologista. Uma mulher, que segundo Dora, era muito requisitada pelas mulheres, não só pela competência, mas também pelo horário de atendimento, que começa às dez horas da manhã e os demais ginecologistas as sete ou oito horas. A entrevista foi breve, pois a sala de espera estava repleta de gente à sua espera, e não havia sido agendada a entrevista. Mesmo assim, aceitei

entrevista-lá, pois várias vezes o seu nome foi citado como pessoa estratégica, para que eu entrevistasse. Falou-me durante a entrevista que atende por mês, mais ou menos sete mulheres encaminhadas pelo projeto, e que as mulheres falam que são “garotas de programa e que querem fazer alguns exames”. Disse também, que elas já vem com bastante conhecimento sobre os exames e algumas DST. Retornam às consultas e fazem o tratamento direitinho. Segundo a ginecologista, ela as trata com muito carinho, elas se cuidam mais que as demais mulheres. Agradei e sai do consultório.

Saindo dali me levaram para conhecer o SAE e durante o caminho me perguntaram sobre as entrevistas. Comentei sobre a importância dos projetos para UDI, HSH e de MPS se conversarem mais, e o executado pela ONG (MPS) estar dentro da agenda do serviço, favorecendo uma maior sistematização das informações sobre as mulheres profissionais do sexo; inclusão na agenda de atendimento do serviço e apropriação do mesmo, pelos profissionais de saúde daquelas unidades, onde são atendidas. Eles concordaram, disseram que estas questões haviam sido percebidas pela ONG e agora com a nova coordenação municipal eles sentariam com todos os atores envolvidos, para que os projetos, tanto os executados pela OG (UDI e HSH), quanto o da ONG (MPS) tivessem maior entrosamento; tanto entre si, quanto nos serviços de referência.

Depois da visita e da conversa, fomos almoçar e logo após fomos para a chácara realizarmos o grupo e as entrevistas, com as mulheres profissionais do sexo.

Grupo na chácara

Como disse, no começo dessa descrição, a chácara fica distante da cidade alguns quilômetros, junto de outras cinco chácaras, com a mesma atividade. Chegamos a tal chácara. Neste dia, havia cerca de quinze mulheres. Todas de aparência jovem e muito bonitas. O Jonas me apresentou o dono da chácara e falou sobre a avaliação. Um parêntese aqui, o Jonas durante o caminho para a chácara comentava que ele considerava muito importante, o fato de eu fazer uma avaliação do projeto, e de que tanto a ONG, quanto às casas de prostituição e a chácara, deveriam saber disso; pois valorizaria o trabalho da ONG e isto significava que eles não estavam sozinhos e sim, que poderiam contar com o respaldo do Programa Estadual. Fecha o parêntese.

Bem, fomos apresentados e o dono foi logo chamando as mulheres, que aos poucos foram sentando em volta de uma mesa, ali mesmo no salão perto da piscina. Comentei se não havia um lugar mais reservado e disseram que não. O jeito então, seria fazer ali mesmo. Éramos por volta de dez mulheres ao redor de uma grande mesa e cadeiras de madeira. Entreguei o TCLE para cada uma e perguntei se poderíamos ler juntas e disseram que sim. Depois da leitura, algumas não aceitaram nem assinar e nem participar da oficina e saíram.

Iniciamos a oficina com seis mulheres, com duração de duas horas. Quando terminei de coletar os dados fizeram muitas perguntas sobre direito à laqueadura, uso de preservativos e tantas questões sobre violência. Respondi algumas perguntas e disse que aquela não era uma oficina específica para isso, e sim uma avaliação. Chamei os integrantes da ONG, que aguardavam afastados e disse que elas estavam querendo discutir sobre alguns temas e eles disseram que iriam voltar na próxima semana. Agradei e sai correndo, pois meu horário já havia se esgotado e perderia o avião, caso não saísse naquele momento.

Capítulo IV

Discussão e Análise dos dados:

O capítulo apresentará a discussão e a análise dos dados coletados nos dois municípios e que foram norteadas pelo modelo lógico de avaliação (quadro 2); construído para esta avaliação, considerando as dimensões estratégicas: contextos e acesso; e os componentes: cidadania e controle social. Tanto as dimensões, quanto os componentes, foram analisados a partir de seus respectivos indicadores. Outro aspecto para ser lembrado aqui, é que a técnica qualitativa foi subsidiada pela triangulação das seguintes técnicas: questionários, grupos, entrevistas e observação direta. Embora pareça repetitivo, mas creio ser pertinente também retomar neste capítulo a pergunta avaliativa, que é:

A execução dos projetos estratégicos nos dois municípios avaliados, sendo um executado por uma ONG e o outro por uma OG contribuíram para o exercício da cidadania e a participação das mulheres profissionais do sexo em instâncias de controle social?

Os passos desta fase do estudo foram:

- 1- Conhecer o perfil das dezesseis mulheres profissionais do sexo, participantes desta avaliação.
- 2- Discutir a dimensão contextos (existencial, situacional, intertextual e organizacional), articulado com os componentes: cidadania e controle social.
- 3- Discutir a dimensão acesso (oportunidade e disponibilidade) articulada com os componentes: cidadania e controle social.
- 4- Discutir e analisar a participação das mulheres em instâncias de controle social.

1-Perfil das mulheres que participaram da avaliação nos Municípios A e B:

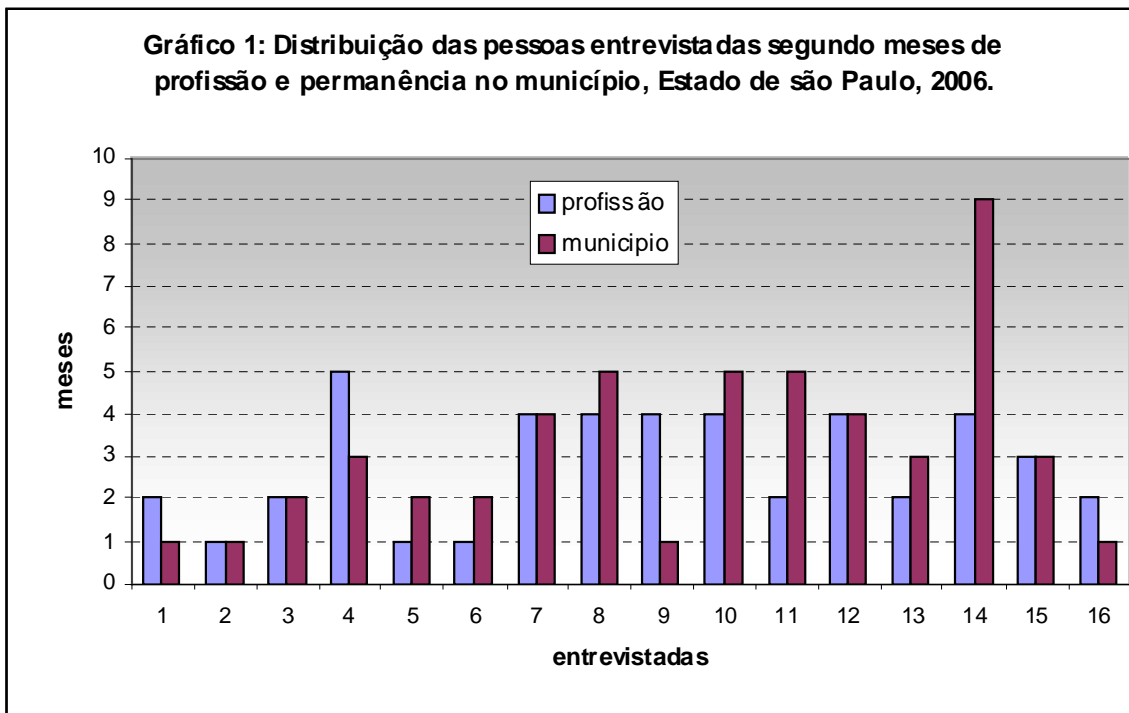
O quadro a seguir mostra o perfil das dezesseis mulheres entrevistadas. A média de idade é de 25 anos no Município A e de 23 no município B. Sete delas se auto-referem, de cor parda, oito branca e uma preta, 90% são solteiras. Enquanto nenhuma das trabalhadoras do município A, tem escolaridade maior do que o fundamental incompleto, no município B, quatro têm ensino médio incompleto, e duas chegaram à ingressar no ensino superior. As que informaram possuir filhos totalizam 68% e estes ficam com a família dela, ou com a do pai da criança.

O local de moradia, informado nos questionários dos dois municípios, é o de casa alugada ou própria; no entanto, foi observado durante a realização dos grupos, assim como na visita às casas, que a maioria delas moram no próprio local de trabalho, isto é, nas boates. Quanto aos lugares de origem, as informações coletadas nos grupos, assim como nos questionários do município A, confirmam a vinda de mulheres de outros Estados para trabalhar como profissionais do sexo; já os dados do município B, mostram que as entrevistadas são do próprio município.

Quadro 3 Perfil das Entrevistadas, Município A e Município B, 2006

Município onde trabalha	Idade	Cor/raça	Naturalidade	Estado Civil	Escolaridade	Nº de filhos(*)	Moradia
A	22	Parda	São Paulo	Solteira	Fund.comp.	1 a 3	Própria
	30	Parda	Minas Gerais	Solteira	Fund.incomp.	1 a 3	Boate
	20	Branca	São Paulo	Divorciada	Fund.Incomp.	NT	Própria
	22	Parda	Alagoas	Solteira	Fund.incomp.	NT	Alugada
	27	Parda	Pernambuco	Solteira	Fund.incomp.	1 a 3	Alugada
	30	Parda	Alagoas	Solteira	Nunca estudou, sabe ler	1 a 3	Própria
B	30	Branca	São Paulo	Solteira	Sup.Incomp.	1 a 3	Própria
	35	Branca	São Paulo	Solteira	Médio Incomp.	NT	Própria
	19	Parda	São Paulo	Solteira	Médio Incomp.	1 a 3	Alugada
	20	Branca	São Paulo	Solteira	Fund.incomp.	1 a 3	Própria
	24	Branca	Rio de Janeiro	Viúva	Médio incomp.	1 a 3	Alugada
	24	Branca	São Paulo	Solteira	Fund.incomp.	1 a 3	Alugada
	20	Preta	São Paulo	Casada	Sup.Incomp.	NT	Própria
	19	Parda	São Paulo	Solteira	Médio Incomp.	1 a 3	Própria
	21	Branca	São Paulo	Solteira	Sup.Incomp.	1 a 3	Boate
	19	Branca	São Paulo	Solteira	Fund.incomp.	NT	Boate

* NT significa não tem filhos. Fonte: questionários aplicados.



Fonte: questionários aplicados entre as profissionais do sexo.

O gráfico acima mostra a relação entre o tempo total (em meses) de profissão, das entrevistadas e o tempo de permanência naquele município, para o exercício da profissão. Uma das questões trazidas pelos coordenadores dos projetos dos dois municípios é, que existe dificuldade em formar e sensibilizar multiplicadoras para a participação em instâncias de controle social, devido à rotatividade apresentada, isto é, elas ficam poucos meses em cada lugar que trabalham. De fato, as mulheres disseram que ficam alguns meses e depois seguem para outros municípios e a razão disso é para que os clientes tenham sempre mulheres diferentes nas casas ou nas chácaras. Porém, a informação referida por elas nos questionários contradiz esta afirmação, ou seja, apenas uma delas no município A (a de número 4 no gráfico 1), e uma no município B (a de número 9 no gráfico 1) tem mais meses na profissão, do que de exercício da mesma nesses municípios.

O gráfico 1, mostra que o tempo de profissão e a permanência no município são mais ou menos semelhantes, e sete delas têm, inclusive, mais tempo de residência do que de profissão naquele município.

Quadro 4. Dados referentes à Atividade Profissional, Município A e Município B
2006

Município onde trabalha	nº de programas por semana	Renda mensal (*)	Uso de preservativo com cliente
A	5 a 8	R\$ 1.000,00	Sempre
	12 ou +	R\$ 1.500,00	Sempre
	5 a 8	R\$ 1.500,00	Sempre
	5 a 8	R\$ 150,00	Sempre
	9 a 12	-	Sempre
	5 a 8	R\$ 400,00	Sempre
B	5 a 8	R\$ 2.000,00	Sempre
	5 a 8	R\$ 2.000,00	Sempre
	1 a 4	R\$ 400,00	Sempre
	1 a 4	R\$ 800,00	Sempre
	12 ou +	R\$ 800,00	Sempre
	1 a 4	R\$ 1.000,00	Sempre
	1 a 4	-	Sempre
	1 a 4	R\$ 800,00	Sempre
	1 a 4	R\$ 800,00	Sempre
	1 a 4	-	Sempre

(*) – não informaram. Fonte: questionários aplicados

O quadro 2 mostra, que as mulheres fazem em média 8 programas por semana, ganham em média R\$1.000,00 (mil reais) por mês. O número de programas por semana foi informado por meio de questão fechada, contendo cinco alternativas com alguns intervalos (menos que 1, 1 a 4, 5 a 8, 9 a 12 e mais que 12). A renda mensal foi informada por meio de questão aberta contida no questionário “Qual a sua renda mensal total aproximada?”, e a

média, foi calculada somando-se todos os valores e dividindo – o por 13. 100% afirmam usar preservativo com todos os clientes sempre, dado que corrobora com os resultados da avaliação nacional. Esta informação foi obtida na questão: “Em geral, com que frequência você costuma usar camisinha com os clientes?” E os intervalos foram: sempre, algumas vezes, nunca utilizo e freqüentemente.

2- Os contextos articulados com os componentes: cidadania e controle social.

Aqui a proposta é discutir a dimensão estratégica, contextos do MLA (quadro 2) isto é, contexto existencial, contexto situacional, contexto intertextual e contexto organizacional; articulando-as com os componentes, cidadania e controle social. Dar início à esta discussão pelos contextos, não é uma escolha aleatória, mas uma concepção de que estes é que apresentam as discussões, os fatos, os cenários em que o projeto foi concebido, executado e o registrado por esta avaliação. Possibilitaram identificar os textos contidos no gesto, na fala, no desenho, na escrita, no choro contido, na ação planejada, nas opiniões formadas, nas estruturas físicas e financeiras construídas, nas relações sociais, políticas e afetivas, enfim, eles indicaram os contornos apresentados pelos projetos.

Ousaria dizer, que em algum momento deste nosso processo de aprofundamento sobre prevenção as DST e aids; poderíamos ao invés de pensar categorias que referem pessoas ou grupos mais vulneráveis, isto é, mulheres profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas em situação de pobreza etc; com o propósito de fazer intervenções para minimizar os efeitos provocados por esta epidemia, poderíamos criar categorias de “contextos mais vulneráveis”, assim o foco ao invés de ficar só em pessoas, poderia ser também de contextos. Mas este assunto é para examinarmos cotidianamente ou em outra avaliação, até encontrarmos respostas possíveis.

Para esta avaliação quatro contextos foram destacados entre tantos outros contextos, por traduzirem ao menos temporariamente, isto é, para o contexto desta avaliação, significados que lhes foram atribuídos. A interface destes contextos com cidadania e controle social é pertinente e acredito que foi uma escolha feliz, pois ajudou a dar visibilidade a uma complexa teia de significados contida nos discursos e nas práticas dos sujeitos envolvidos nesta avaliação. No entanto, caso forem escolhidos para avaliar outros

projetos, ganharão significados diferentes e é essa riqueza de possibilidades que lhes conferem legitimidade.

Os contextos foram dotados de significados que possibilitaram enunciar um texto, isto é, ganharam uma morada provisória para avaliar a execução do projeto para mulheres profissionais do sexo, no município A e no município B, e quem sabe servirá de base para projetos com características semelhantes. Começarei a discussão pelo contexto organizacional.

Contexto organizacional

Este contexto, como descrito na metodologia, procurou avaliar as estratégias e recursos, para a execução dos dois projetos, incluindo recursos humanos. Os indicadores construídos foram: estratégias para trabalhar as questões de cidadania e estimular a participação nos conselhos e comissões de saúde. Foi possível identificar por meio das entrevistas e grupos, que desde o início do projeto, isto é, Atibaia em 2001, há uma preocupação tanto por parte da OG, quanto da ONG, com: a gestão do projeto, quanto ao envolvimento dos serviços na execução do mesmo; na elaboração de política de saúde em DST e aids local, autonomia dos responsáveis pela execução do projeto e as prioridades políticas ou de encaminhamentos para as mulheres profissionais do sexo.

“Fui instruída para fazer esse serviço, bem melhor, fui orientada; passou à existir um critério que gerou em torno do projeto e ele não tinha esta amplitude que tem agora”.(recepcionista da unidade de saúde - município A).

Nos dois municípios avaliados, as atividades realizadas para trabalhar os temas propostos foram: oficinas, palestras, reuniões e visitas mensais nas casas e nas chácaras para levar preservativo. Os dois municípios planejaram a capacitação para as mulheres durante o ano de execução do projeto; demonstrando preocupação quanto à forma e quanto ao conteúdo, reforçado pela necessidade de formar lideranças e multiplicadoras, como estava previsto no projeto.

No entanto, a avaliação identificou, que temas como cidadania, direitos e formação

de liderança não foram explorados e aprofundados ao longo da execução do projeto, ou quando foram, tiveram enfoques mais voltados para a prevenção das DST e aids. Quando o município B referiu que realizou oficinas sobre direitos humanos e cidadania; na prática isto significou a realização de uma oficina em forma de palestra falando sobre a violência na profissão e meios de se protegerem do HIV, das DST e da aids, diante da violência sofrida.

Era sabido antes de iniciar esta avaliação, através da leitura dos relatórios de progresso e dos relatórios de supervisão, que temas como cidadania e controle social não foram registrados nos relatórios. Mesmo assim, esta avaliação insistiu em trazê-los para o debate, pois estes componentes muitas vezes ficam invisíveis aos processos e são determinantes para projetos com estas características e que ficam muitas vezes ou diluídos entre outros temas, ou mesmo sem ser valorizado durante a execução dos projetos.

No entanto, a constatação feita no decorrer desta avaliação foi a de que, a diminuição do estigma e o exercício da cidadania, - temas considerados centrais para o fortalecimento de populações estigmatizadas - foram explorados superficialmente nos dois municípios.

Talvez a explicação para esta situação no município A, seja pelo fato de que os objetivos específicos do projeto foram desenhados para a institucionalização das ações de prevenção as DST/aids nos serviços de saúde. A partir destes objetivos nasceu o Programa Municipal de DST e Aids. No entanto, o projeto previu ações para temas ligados a cidadania e DH .

No município B, os objetivos específicos indicavam que a atuação principal do projeto estaria voltada para o fortalecimento das mulheres, o exercício da cidadania e prevenção as DST e aids. Estes objetivos, por sua vez estavam coerentes com a linha de atuação da ONG, que se destaca na região pelo controle social em saúde.

A abordagem dos demais temas tais como: prevenção as DST e aids, prevenção de câncer de colo de útero e de mama, auto-estima, violência, direitos etc., foram explorados por meio de gincanas, dinâmicas, pintura, oficinas e dança. No entanto, a ênfase dada sobre os corpos destas mulheres em detrimento da mudança do discurso e de atitude frente às

questões que as vulnerabilizam, isto é, estigma, violação dos seus direitos e a epidemia de HIV e da aids apareceu nos relatos das entrevistas, na técnica linha de vida e nos relatórios de progresso. Cabe ressaltar, que esta constatação corrobora com a avaliação feita pelo Ministério da Saúde entre esta população.

Esta maneira de abordar a prevenção as DST e aids centrada exclusivamente no conhecimento do corpo, enquanto estratégia de prevenção reduz o debate, pois a cultura na qual estão inseridos os indivíduos e conseqüentemente seus valores e crenças são bagagens que cada um trás para a construção dos seus conhecimentos e conseqüente autonomia para a tomada das suas decisões em relação ao próprio corpo.

No entanto, esta tarefa não é de responsabilidade apenas dos indivíduos que protagonizaram os contextos da avaliação, é uma discussão mais ampla, que envolve os programas de DST, HIV e aids, gestores, formuladores de políticas e a sociedade como um todo para a formulação de diretrizes que contemplem esta discussão. Cabe sugerir no contexto desta avaliação, que há a necessidade de re-visitar esta prática e dar continuidade ao processo de formação dos profissionais, tanto no projeto da ONG, quanto da OG, para que possam problematizar esta concepção de intervenção com as mulheres profissionais do sexo na perspectiva de avançar não só em relação à mudança de estratégia, mas na mudança da concepção de prevenção as DST e aids.

A implantação do projeto no município A foi facilitada devido à instituição executora do projeto ser um órgão governamental da saúde, portanto, estar mais perto dos serviços e com maior inserção, além de conhecer os mecanismos de funcionamento. Outro fator relevante foi que a pessoa que foi para a oficina em Atibaia articulou o desenho e execução do projeto durante a oficina com pessoas do município e da DIR por telefone e e-mail, facilitando assim a negociação local do projeto para a sua implantação.

Foi observado no município A, que os profissionais de saúde, que entraram depois do processo já estava caminhando e que não receberam nenhuma informação sobre o projeto, ou sobre as mulheres, tiveram dificuldade de entender o contexto do projeto e suas atribuições e colaboração para a incorporação da equidade nos serviços.

A implantação do projeto no município B percorreu outro caminho, isto é, desenhou o projeto na oficina em Atibaia e negociou a sua implantação quando chegou no município. Esta situação gerou muitos ruídos de comunicação, pois os profissionais de saúde não sabiam sobre o projeto e não estavam sensibilizados para a proposta. Esta situação criou dificuldades na execução do projeto e no acesso das mulheres profissionais do sexo ao serviço de saúde, que foi indicado para ser a referência para o projeto.

Tanto o município A, quanto o município B revelaram dificuldades na execução dos projetos dentro das unidades de saúde e para a institucionalização de fato das ações propostas nos projetos, mesmo os projetos tendo sido incorporados no PAM.

O município A teve maior facilidade de marcação de consultas e de exames devido ao fato, de já estar dentro do sistema de saúde e a coordenadora do projeto ser a coordenadora do Programa Municipal de DST e Aids.

No município B - projeto coordenado pela ONG foram necessárias inúmeras articulações técnicas e políticas para a inserção do projeto na unidade de saúde e ainda assim, o projeto até o momento desta avaliação é conhecido somente por alguns profissionais, que trabalham na unidade escolhida como referência para o projeto e com um dificultador, isto é, não atuam diretamente no atendimento as mulheres e não demonstraram interação com o projeto. Os demais profissionais desconhecem o projeto.

Os exames e as consultas para as mulheres do município B foram agendados a partir da boa vontade de uma enfermeira e de uma ginecologista da unidade de saúde.

Observou-se, que nos dois municípios os resultados positivos obtidos no atendimento as mulheres dependiam muito mais do empenho pessoal de alguns profissionais do que da institucionalização dos projetos nos serviços.

Neste contexto, foi possível identificar a necessidade de reestrutura dos dois projetos quanto às suas estratégias de intervenção nas unidades de saúde e na sustentabilidade política e técnica das mesmas. A contribuição dos projetos para este contexto foi pontual, isto é, chegaram aos municípios, e entre as mulheres profissionais do sexo e abriram as portas, sensibilizando profissionais de saúde e do sexo para a relevância do tema durante um ano de execução. Agora será preciso aparar as arestas, aprofundar

temas e principalmente construir novos textos e contextos e dar continuidade à esta proposta de maneira à ampliar, aprofundar e qualificar o debate proporcionando, uma melhor interação entre serviço, ONG, conselhos de saúde e as mulheres profissionais do sexo.

O contexto situacional - indicador de cidadania: reconhecer a importância de participação em instâncias de decisão - indicador de controle social: participar em instâncias de decisões. Este contexto aponta para as discussões da participação em instâncias de controle social, tais como participação em reuniões do conselho de saúde local e o exercício da cidadania das mulheres profissionais do sexo. Este contexto, segundo Araújo “referencia o lugar social do qual e no qual, os interlocutores desenvolvem suas relações comunicativas (...) determina seu direito à fala e à legitimidade de sua fala, ou seja, o grau inicial de poder (...)”.(2000:58).

Para entender melhor as relações contidas neste contexto, é preciso analisar uma discussão central desta avaliação, o estigma.

Cidadania e estigma

O conceito de cidadania nunca saiu de cena. Desde a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), amplamente debatida ao longo de sua história, recoloca e atualiza os debates sobre cidadania diante de cada contexto. No entanto, “(...) o problema grave de nosso tempo, com relação aos direitos do homem, não é mais o de fundamentá-los, e sim de protegê-los (...)” (Bobbio, 1992:25).

No caso desta avaliação, o que se observou é que o direito à saúde, um dos direitos humanos, necessita de proteção. O trabalho com as mulheres profissionais do sexo nos projetos avaliados revelou a presença do estigma dificultando o acesso destas mulheres a saúde, que é um direito.

Abaixo, numa tentativa de identificar a presença do estigma, enquanto fator de exclusão trago alguns olhares sobre a prostituição e a prostituta e como estes são traduzidos em determinadas culturas, enquanto fatores de exclusão ou valorização.

Olhares sobre a prostituição e a prostituta.

Olhares com lentes da cultura, dos contextos e dos valores morais e éticos – A prostituta e a prostituição. Neste contexto, “(...) com frequência, prostituição e prostitutas são consideradas sinônimos, de tal forma que todo o sistema da prostituição, passa a ser visto e definido a partir das prostitutas; esquecendo que a prostituição envolve uma relação entre alguém que vende os serviços sexuais e alguém que os compra (...)” (Fabregas, 2000: 95).

Assim, para esta avaliação, trouxe no contexto situacional, isto é, aquele que problematiza o lugar da fala das mulheres profissionais do sexo, dois olhares que foram e que são lançados sobre as mulheres profissionais do sexo.

Preparei o quadro abaixo para ilustrar a discussão possibilitando visualizar de um lado como as prostitutas eram vistas na Grécia antiga pela sociedade e de outro lado as profissionais do sexo dos dois projetos avaliados.

Quadro 5. Olhares sobre a prostituição.

Prostituição na Grécia antiga	Prostituição no Município A e Município B
Busca pelas prostitutas para satisfazer prazeres.	Busca pelas prostitutas para satisfazer prazeres.
Várias categorias de prostituição encontradas na Grécia “as prostitutas do templo, as cortesãs de classe alta, dançarinas-prostitutas-dançarinas, escravas de bordel (...)” (Roberts, 1998 apud Carvalho, 2000). As de maior relevância social eram as hetairae. Conhecidas pela inteligência, pelo desprendimento, pela esperteza e pela capacidade de administração de seu capital.	Prostituição de: rua, bordéis, boates, bares e chácaras. O preço cobrado pelo trabalho realizado varia de acordo com o local. Padrões diferenciados de preço, idade, condições de trabalho e beleza.
Algumas prostitutas eram consideradas a encarnação de Afrodite e participavam dos rituais em homenagem à deusa, e mereciam o respeito e a atenção da população e dos governantes.	A prostituta é estigmatizada e há preconceito em relação à profissão.
A educação não era permitida às esposas atenienses, pois, o conhecimento intelectual era a marca de uma prostituta.	A grande maioria não possui primeiro grau completo.
Elas trabalhavam livremente em bordéis do Estado, no Templo ou administravam seus próprios negócios, sem sofrerem qualquer represália. Nestes espaços, as prostitutas trabalhavam por um salário.	A prostituição no Brasil não é considerada crime, se for de livre e espontânea vontade e para maiores de 18 anos. Existem vários movimentos organizados para legalização da profissão e acesso aos direitos trabalhistas.
As vantagens da profissão eram tão atraentes, que algumas mães incentivavam suas filhas à investirem no negócio.	A prostituição é vista como algo provisório, baixa lucratividade e permeada por constrangimentos. As mulheres que participaram da avaliação, disseram que contam para a família que trabalham como recepcionista, secretária ou em lanchonetes.
Fonte: Carvalho, 2000.	Fonte: questionários, grupos e entrevistas feitos nesta avaliação. E legislação vigente

É possível identificar no quadro acima, que nos dois olhares a prostituição é acolhida ou rechaçada, valorizada ou estigmatizada, segundo os valores morais, culturais ou

sociais nas diferentes sociedades. As dinâmicas presentes nestes contextos moldam os textos ou por eles são moldados, imprimem na transitoriedade dos contextos, das pessoas e das culturas, uma marca, carregada ou não nas cores e na forma, que ora enaltece e outra remete o indivíduo a um lugar social, cultural, que o impede de exercer e acessar seus direitos.

“Falta profissional com vontade de realmente fazer algo com as mulheres, o pessoal quer ir para as casas e chácaras, só para ver como elas vivem e para ver uma profissional de perto; como se lá fosse um zoológico. Não dá para ter uma mentalidade assim”. (profissional de saúde do município B).

“(…) você falar em contracepção para profissional do sexo é ridículo” (ginecologista).

“(…) não tem nada fora o preservativo, para quem é profissional do sexo (ginecologista)”.

“acompanhei as atividades do projeto, desmarcava as consultas do dia e ia com a equipe do projeto nas casas, a receptividade era boa, mas este trabalho não possui validade nenhuma num lugar daqueles. Era muita sujeira, elas não têm cuidado com a higiene. Elas não compreendiam o que eu falava, havia muito desinteresse, e o aproveitamento era baixo. Só queriam saber como não engravidar e de como usar o D.I.U. Para mim não houve o retorno esperado” (ginecologista).

Podemos observar nesta fala, que mesmo os profissionais que estão dispostos a contribuir, ainda estão presos nas amarras do estigma. A pergunta aqui é: como estamos ouvindo as necessidades colocadas e como estamos diante desta escuta permeada pelo estigma construindo caminhos, que promovam o acesso e a inclusão aos direitos das mulheres profissionais do sexo, e que diminua o estigma?. O que se pensa sobre as mulheres profissionais do sexo, intermedia o diálogo e a escuta entre todos os envolvidos neste processo, isto é, mulheres profissionais do sexo, profissionais de saúde e membros da ONG.

“tinha gente que queria ir para campo por curiosidade, até gente da administração queria ir.” (profissional de saúde)

Nesta fala observamos, que a curiosidade dos profissionais de saúde quanto à ida ao local de trabalho das profissionais do sexo esta relacionada ao fato de ser algo novo, permeado provavelmente pelo estigma e a crença de encontrarem um local exótico, no qual vivem e trabalham mulheres nuas ou quase nuas, diferente daquelas, que eles se relacionam no cotidiano. Quando foi perguntado para um dos entrevistado o que ele imaginava encontrar nas chácaras ele respondeu, que queria saber se elas viviam como qualquer “mulher normal”, isto é, comiam, riam e trabalhavam naquele espaço. “acreditamos que alguém com um estigma, não seja completamente humano” (Goffman ,1975:15).

“(...) eu acho que elas se portam normalmente aqui na sala de espera, apesar delas estarem vestidas, algumas vezes diferente” (recepcionista entrevistada).

Ser diferente no vestir, na escolha profissional, na cor, na maneira de falar, na patologia, na orientação sexual...Parece que quando estas diferenças são identificadas, e dependendo do sujeito que é portador ou portadora da diferença, estas passam a ser atributos favoráveis, estigma ou motivo de exclusão, tudo dependerá da cultura e do contexto em que este estiver inserida.

No caso das profissionais do sexo, a fala sobre o modo como se vestem para ir ao serviço de saúde, apareceu como sendo um fator que inquieta a recepcionista. Quando perguntei como algumas profissionais do sexo chegavam vestidas? Ela respondeu: com “saias curtas e blusas muito decotadas” Perguntei se outras mulheres que usavam o serviço não usavam saias curtas e blusas decotadas e ela respondeu: mas a gente sabe que elas não são profissionais do sexo. A questão aqui é a revelação da identidade e o estigma presente.

“(...) nós tinha nojo e medo da mulherada” (mulher profissional do sexo, falando sobre outras profissionais do sexo)

“mesmo nós fazendo isso, nós tinha medo das meninas, porque nós não acostumou até

hoje (mulher profissional do sexo, falando sobre outras profissionais do sexo e sobre o exercício da profissão.)”.

Nos trechos acima, observamos que a estigmatização cria uma hierarquia entre os estigmatizados, na qual o estigmatizado reproduz o estigma. As relações de poder aparecem nestas falas denunciando a produção e reprodução do estigma em todos os níveis desta rede social e obviamente gerando injustiça, desigualdade, isolamento e conseqüentemente, a morte social.

Nesta perspectiva, esta avaliação observou que o estigma presente nos textos e contextos construídos nesta cultura, sobre mulheres profissionais do sexo, especificamente nos projetos do município A e do município B, é uma barreira que limita o lugar da fala das mulheres profissionais do sexo e as coloca numa relação desigual de poder, inclusive privando-as de seus direitos.

Assim será necessário, que cada sujeito envolvido neste processo examine seus valores, seus estigmas e conceitos para que a escuta e o diálogo, estejam alinhados na perspectiva de diminuição do estigma e construção de uma nova escrita.

O exercício da cidadania de todos neste sentido avança em direção à mudanças estruturais nos serviços, constroem novas perspectivas de discurso, prática e valores.

Sabemos que a construção de novos caminhos dependerá exclusivamente do alinhamento de uma política pública de saúde orientada em direção a uma saúde inclusiva, e ao protagonismo dos cidadãos e cidadãs, sujeitos de direito para a construção e efetivação desta política.

Contexto existencial é aquele construído pela relação das mulheres profissionais do sexo, com o local de trabalho; com as demais mulheres, com a família, com o serviço de saúde e com as respectivas políticas. Assim como, pela realidade do exercício da profissão.

“(…) em última análise, é o contexto existencial que acionará a rede intertextual e comandará a articulação dos demais contextos. A palavra chave aqui é prática social”

(Araujo, 2002:58).

Os indicadores propostos para este contexto foram: fortalecimento das mulheres profissionais do sexo, nas negociações com o cliente e estimular a formação e participação, em grupos de representação.

Na técnica, linha de vida, cuja proposta é delinear o trajeto que vai desde o nascimento, passando por questões familiares, escolares, afetivas de trabalho, da sexualidade e de cidadania; foi uma das técnicas que mais possibilitou explorar o contexto existencial.

O grupo inicia, propondo que uma história de vida de uma profissional do sexo seja contada. Podia ser a história de uma das participantes do grupo ou de outra profissional do sexo que elas conhecessem. Nos três grupos realizados elas escolheram contar a história de uma das presentes no grupo. Nos fatos narrados por esta trajetória, articulado com o indicador, foi possível identificar que as trajetórias foram marcadas por episódios de exclusão social, abandono familiar, violência familiar e social, pobreza, a construção de gênero, marcada pelas desigualdades de oportunidades, relações de submissão e medo, e o estigma diante da profissão.

“(...) o pai dele falou assim: esse filho não é do meu filho não, quando nascer vamos fazer DNA (...) eu falei: eu não tô pedindo para ser dele (...)”.

Esta é a fala de uma profissional do sexo, que narra o comentário feito pelo pai do rapaz do qual ela engravidou, quando soube da situação. A maioria das participantes dos grupos A não vive com os filhos, e demonstraram preocupação e grande tristeza quando o assunto aparecia.

“e minha mãe ao invés de acreditar em mim acreditou nele, então ela me pegou, amarrou uma perna minha e saiu me puxando pela rua, para me levar no hospital para fazer vistoria (...) fiquei de castigo quase um mês dentro de casa, na cama amarrada de corrente, que adiantou? (...) tenho cicatriz olha”

Esta é parte da história de Vânia, uma profissional do sexo, presente no grupo, mostrando uma cicatriz no tornozelo feita pelas correntes colocadas pela mãe; devido a uma denúncia feita por um rapaz, que disse ter tido relações sexuais com Vânia, que segundo ela, ainda era virgem. Esta cicatriz marcou o tornozelo e a história desta mulher. A partir deste episódio ela fugiu de casa, inúmeras vezes.

As mulheres participantes dos grupos revelaram, que ao longo das suas trajetórias de vida, viveram situações difíceis e mostraram-se capazes de tomar a vida nas mãos e assumir os desafios colocados. Mostraram-se capazes de dizer não para a mãe, diante de uma situação de violência, para o companheiro que colocou em dúvida a paternidade, para o cliente que quer pagar mais, para o sexo sem camisinha. Estas situações narradas durante os grupos, demonstram que estas mulheres estão fortalecidas para uma série de situações e vulneráveis para outras, igual à todas as mulheres desta contemporaneidade.

O fortalecimento das mulheres para a negociação do preservativo com os clientes foi abordado no questionário, com a pergunta sobre a frequência do uso, isto é, sempre, às vezes ou nunca. Nos grupos a pergunta era mais ampla, buscando identificar como as mulheres negociavam o uso do preservativo com o cliente. Os resultados dos questionários e dos grupos trouxeram, que 100% das mulheres disseram usar preservativo com os seus clientes. No entanto, o depoimento abaixo indica que esta negociação, também possui interfaces com o afeto, vínculo e outras questões subjetivas.

(...) quando acontece e acontece, pois preservativo elas usam com os clientes, mas com o namorado não, às vezes não é o namorado mesmo; mas um cliente mais fixo, que muitas vezes elas não cobram e acabam engravidando, mas quando elas engravidam elas vão embora (entrevista com um dos coordenadores dos projetos)

Nos projetos o objetivo, que estava voltado para o fortalecimento das mulheres e o exercício da cidadania ficou dissociado das histórias de vida desconsiderando, por exemplo, a afetividade contida tanto nas relações profissionais quanto nas relações pessoais.

A partir do material sistematizado pelas coordenações dos projetos observou-se que

nas oficinas realizadas pelos projetos os temas: auto-estima, DST, aids e direitos, estiveram focados no corpo como objeto de conhecimento e de possibilidade de mudança de atitude frente à epidemia de HIV e aids, deixando em segundo plano as histórias de vida das mulheres.

Por meio das informações trazidas pela técnica linha de vida observou-se, que as mulheres, em diferentes trajetórias de suas vidas deram conta de mudar o discurso e a prática na tentativa de superar desafios e os mesmos não foram articulados como oportunidades nas intervenções dos projetos para diminuir a vulnerabilidade diante da epidemia de HIV e da aids.

Quanto ao exercício da cidadania, é preciso pensar que esta é também uma construção, tanto do conceito, quanto da prática. Trago aqui uma questão: será que as mulheres e a equipe do projeto identificaram juntas, a importância de exercerem a cidadania na saúde local e ocuparem as instâncias de controle social, enquanto estratégia de fortalecimento de todos?

A pergunta acima se articula com o indicador pesquisado no contexto existencial que foi: “estímulo para a formação ou participação em grupos de representação”. No caso do município A, esta articulação não foi feita. O projeto se restringiu a oficinas de auto-estima, prevenção as DST e aids, e de câncer de mama e colo de útero. Quando foi perguntado para o município A por que não haviam sido explorados mais estes temas, com as mulheres a resposta foi:

“elas estão pedindo pra gente a questão da saúde, da prevenção e todo o acesso a isso, nada mais” (coordenação do projeto).

È compreensível, que as questões imediatas, tais como: acesso a insumos, consultas, acesso ao gel lubrificante, tratamento para as DST e para aids demandassem maiores esforços no início dos projetos, e que no decorrer dos projetos, estratégias de intervenção desta natureza, sejam utilizadas para aproximar o conteúdo das DST e aids, com o contexto de vida, dos discursos e das praticas ligadas à cidadania, ao fortalecimento

e ao controle social na saúde.

No caso do município A, coordenado pela OG as discussões sobre saúde enquanto um direito se apresentaram em processo de construção, ainda que o discurso e a prática da equipe que trabalhou no projeto sejam diferenciados dos demais serão necessários muitos esforços para a incorporação na rotina da saúde. Por sua vez o acesso das mulheres aos serviços oferecidos na saúde local foi facilitado e as mulheres puderam usufruir destes, situação que não ocorreu no município B.

No município B, devido às características dos coordenadores do projeto e da missão da ONG, isto é, voltados para a prática do controle social e fortalecimento das pessoas vivendo com HIV e aids, as mulheres profissionais do sexo foram estimuladas para a participação em grupos de representação, tais como, movimentos organizados, rede nacional de profissionais do sexo, fórum de profissionais do sexo e outros.

Também foi observado no município B, que as mulheres possuem um discurso sobre direitos e cidadania mais articulado, expresso durante o grupo por meio do relato das dificuldades enfrentadas na saúde local com o agendamento das consultas e com o acesso aos exames de laboratório.

A relação das mulheres profissionais do sexo, com o local de trabalho, nos dois municípios avaliados, foi semelhante. No caso das chácaras existentes nos dois municípios, a relação de trabalho é construída pela lógica da rotatividade de mulheres, sendo que elas ficam em torno de dois a três meses em cada local. O pagamento é sobre o programa feito e o consumo de bebidas. Elas moram nas casas e “tiram folga”, de acordo com a regra da casa; geralmente nas segundas-feiras. Uma pessoa é a responsável pelo negócio e as mulheres se remetem a ela, quando têm alguma questão.

“(…) não é uma área de luxo, que vem uns caras legais, nada disso, ninguém tava feliz ali” (assistente social- município B).

Quanto à relação com as demais mulheres que trabalham nas chácaras, foi possível observar que há competição entre elas pelos clientes, mas vista como sendo parte da profissão e, segundo relatos durante o grupo elas afirmam que são uma família e se ajudam

mutuamente. Na visita que fiz durante o dia a uma das chácaras, em um dos municípios, vi que umas faziam escova e unhas para as outras. Já nas casas de prostituição, localizadas no centro dos dois municípios, a relação de trabalho foi outra; isto é, as mulheres ficam com parte do dinheiro do programa, e outra parte, fica com a dona da casa, que cobra uma diária pelo aluguel do quarto. Não foi observada uma interação, entre as profissionais do sexo, que residem na mesma casa.

“é sempre individual (...) até pela característica do grupo, ou seja vem uma do Paraná, outra de Minas, ficam 5 ou 6 meses juntas e depois vão embora” (fala da coordenação do município A).

A relação com o serviço de saúde, tanto do município A, quanto do B, apresentou algumas questões importantes para serem problematizadas. No caso do município A, a coordenação do projeto e os colaboradores, são profissionais da saúde, que tiveram empenho pessoal na execução do projeto; pois este significou para o município uma reestrutura no serviço de DST e aids. O resultado deste empenho pessoal, dos profissionais envolvidos com o projeto, gerou a organização dos serviços de forma a atender às diferentes necessidades, das mulheres participantes do projeto.

No município B, a ONG apresentou muitas dificuldades em acessar a rede de saúde local para consultas, exames e atendimento especializada para as mulheres profissionais do sexo. Contaram com poucas pessoas do serviço, que por questões de envolvimento pessoal buscaram atender às solicitações feitas pela ONG. O que ficou caracterizado na relação serviço de saúde e ONG, foi o empenho pessoal de profissionais de saúde e não a institucionalização da prática, junto aos serviços de saúde.

O último contexto desta avaliação é o **intertextual** que somado ao situacional e existencial, articula o próprio texto das mulheres, expresso naquele momento da coleta dos dados. “Os indicadores de cidadania e do controle social foram: identificar a necessidade de expressar a sua demanda em diferentes espaços” e “apropriação dos espaços de discussão e decisão”. O contexto intertextual é aquele, no qual as mulheres fizeram as suas denúncias de maus tratos, de preconceito, de abandono familiar, expressaram as necessidades de

acessar o gel lubrificante, as consultas psiquiátricas ou necessidade de proteção aos filhos. Neste contexto, foi possível identificar que as conquistas referentes à estruturação do projeto no município A, podem ser atribuídas às mulheres direta e indiretamente; pois ainda que elas não saibam, foi devido à chegada do projeto e a conseqüente organização do serviço para desenvolver o projeto, que o município se estruturou para atender as DST e aids na população em geral.

“100% por conta delas, o projeto evoluiu para o programa de DST e Aids, porque nunca teve uma política nesta cidade, nada nesta parte” (fala da coordenadora do projeto do município A)

No município B as “coisas ficaram muito diferentes quando o projeto chegou, agora as mulheres exigem e o serviço precisa se estruturar, e tem feito ainda que pouco mais tem” (fala do representante da ONG).

Esta situação revela que as mulheres construíram e constroem a cada instante a sua participação. Embora o sentimento de pertencimento ao grupo não esteja presente, a necessidade individual, mobilizou ações para o coletivo. Portanto, acredito que como disse Bobbio (2002), é possível construir propostas coletivas a partir do indivíduo, mesmo que naquele determinado espaço e tempo, ainda não se tenha identificado a dimensão disto, pelos atores presentes. Talvez a construção de capítulos futuros da história, dará conta de identificar o passo que determinadas ações isoladas provocaram para mudança do rumo das histórias.

A fala abaixo, inicialmente pode parecer uma dinâmica interna ao espaço da boate, mas que na prática é uma ação individual, que ganha proporções no sentido da mudança e que poderá ganhar proporções coletivas, além de trazer a inovação para o processo.

“(...) nessa época o programa era uns oitenta reais pra cima, sem falar a comissão que nós ganhava nas doses que nós tomava (...) só que eu não bebia ainda , então pedi pra colocar no bar água de coco, suco e readbull” (profissional do sexo)

Na boate em que trabalhava a mulher acima, foram acrescentados à carta de bebidas, água de coco, sucos e redbull, para acompanhar as bebidas alcoólicas ou mesmo para tomar sozinha; pois o intuito da boate é lucrar com bebidas de preferência mais caras, e a inclusão destas, foram logo acatadas. A sugestão da profissional para a boate foi depois de ter participado de oficina no município B, sobre o uso de álcool e a redução de danos. Este relato representa no plano individual e coletivo o fortalecimento na negociação e identificação de possibilidades na relação de trabalho e na melhoria da qualidade de vida.

“elas pediam muito psicólogo e psiquiatra, porque bebem álcool com remédio para emagrecer e acabam tendo muitos efeitos depois” (coordenação do município A)

As falas das mulheres trazidas aqui sugerem no primeiro momento demandas isoladas nos serviços de saúde e nos locais de trabalho, no entanto, o pedido, tanto no cardápio da boate, quanto para conseguir um psiquiatra no serviço, comunicam as suas necessidades e as suas demandas em locais diferentes, e a escuta e acolhimento para estas falas articulados estimulam a participação da comunidade, ainda que em passos individuais e sutis.

A conclusão da discussão e a análise dos contextos indicam que estes são multifacetados em relação à construção da cidadania e de um projeto com populações com estas características. Sugere a exploração e interação com a história de vida das mulheres, para a construção de um discurso e de uma prática relacionada as DST e aids. A identificação dos contextos, nos quais estão inseridas as populações acessadas pelos projetos contribuem para a organização dos serviços, e execução das atividades das ONG.

Nesta avaliação, os quatro contextos estudados, revelaram que existe uma lacuna entre as necessidades das mulheres e a organização dos serviços para este atendimento.

A prática da cidadania exercida pelas mulheres foi identificada no nível individual, porém pouco articulada para o fortalecimento do coletivo, e parece não haver nenhum problema quanto a isso, talvez devesse ser mais valorizada para que pudesse ser ampliada e apropriada pelas mulheres, inclusive para poder ecoar; possibilitando um melhor acesso aos

insumos e serviços nas unidades de saúde em que são atendidas e identificadas como resultado da intervenção feita pelos projetos somado a experiência de vida das mulheres.

Os contextos analisados possibilitam afirmar que a participação das mulheres em instância de controle social, não ocorreu devido aos fatores analisados, tais como, estruturação dos conselhos, estigma, não identificação dos projetos, da importância destes espaços. Enfim vamos seguir discutindo e analisando os dados. Agora entraremos na dimensão estratégica - acesso.

3-Discussão das dimensões do acesso: oportunidade e disponibilidade, articulada com os componentes: cidadania e controle social.

Acesso à saúde, cidadania e o controle social:

Uma das questões centrais para a saúde pública no Brasil é o acesso a ela. Sendo o acesso um conceito que varia entre autores e, que se modifica de acordo com os diferentes contextos em que são abordados; utilizei o conceito de Penchansky e Thomas (1981), para discutir e analisar o acesso das mulheres profissionais do sexo, aos serviços de saúde nos municípios A e B. Estes autores tomam como base para definir o acesso, a relação entre a oferta e os indivíduos que utilizam os serviços de saúde, e centram este conceito no “grau de ajuste entre clientes e o sistema” (Penchansky e Thomas 1981:128), representado por meio das seguintes dimensões:

- disponibilidade (*availability*), relaciona-se com o volume e o tipo de recursos e serviços oferecidos, e com as necessidades dos clientes;
- oportunidade (*accessibility*), refere-se à existência dos serviços, no lugar e no momento em que é requerido pelos clientes;
- adequação (*accomodation*), é a maneira como os recursos são organizados para seu fornecimento e a habilidade dos clientes, para se adaptar;
- poder aquisitivo (*affordability*), relaciona-se ao aspecto do custo, os preços dos serviços e à capacidade de pagamento dos clientes;

- aceitabilidade (*acceptability*), refere-se às atitudes tanto de provedores, quanto dos clientes à respeito de suas características e práticas.

A palavra cliente, utilizada pelos autores não se alinha com a discussão preconizada pelo SUS, que concebe a saúde enquanto um dever do estado e um direito do cidadão, portanto, os usuários do SUS são cidadãos de direito e não clientes, que necessitam negociar a relação. No entanto, a escolha pelos autores, foi feita devido à importância do debate e da concepção de ajuste e da relação entre a oferta e os indivíduos. Este grau de ajuste nos municípios foi concebido como o ajuste entre os recursos de saúde ofertados, isto é, financeiro, físicos, laboratorial, insumos e técnico e as necessidades das mulheres profissionais do sexo. O ajuste também foi concebido como identificação de obstáculos, por parte dos serviços e a capacidade das mulheres em fazer frente a estes obstáculos para a utilização dos serviços.

É importante frisar, que o uso dos serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica, apenas por eles. O uso dos serviços de saúde resulta de fatores individuais, contextuais e aqueles relativos à qualidade do serviço. Outro destaque para este conceito é que nas leituras que fiz sobre acesso, observei que este conceito é utilizado para identificar os resultados dos cuidados da saúde. No entanto, este uso apresenta limitações para a avaliação, uma vez que requer medidas de difícil compreensão, operacionalização e análise

Das quatro dimensões trazidas por Penchansky e Thomas (1981), destaquei as dimensões, disponibilidade e oportunidade para esta avaliação.

Disponibilidade (availability) relaciona-se com o volume e tipo de recursos e serviços oferecidos pelos serviços de saúde, que foram referência para os dois projetos avaliados e **oportunidade** (accessibility), refere-se à existência dos serviços no momento em que as mulheres dele necessitaram. O conceito de acesso, geralmente é entendido como sinônimo de disponibilidade de serviços e recursos de saúde, no entanto, é preciso considerar também, a importância de que estes estejam disponíveis no momento e lugar que o usuário necessita, e que a forma de ingresso no sistema seja clara (Aday e Andersen, 1992). Estes autores são categóricos, ao defender que a prova do acesso consiste na utilização de um serviço e não, simplesmente, na existência do mesmo.

A discussão destas duas dimensões nos municípios A e B, foram distintas. A

disponibilidade, isto é, o volume e o tipo de recursos e serviços, oferecidos para as mulheres que participaram do projeto no município A, foi feita de acordo com a intervenção direta da coordenadora do projeto. Antes de fazer a intervenção nas chácaras, ela ligava para o serviço de saúde de referência para o projeto e perguntava os dias e horários disponíveis para consultas e assim, informava as mulheres durante a visita nas chácaras e fazia o encaminhamento por escrito, para as que tivessem interesse. Assim, as mulheres chegavam com o encaminhamento no serviço de saúde de referência e eram atendidas ou atendidas sem problemas.

Outro fator importante para destacar foi, que a equipe do projeto pleiteou e conseguiu junto ao laboratório, a ampliação do horário da coleta de exames de sangue, urina e outros; pois as mulheres trabalham durante a noite toda e fazem uso de álcool e consomem alimentos até o dia amanhecer, além da necessidade de dormir.

No entanto, tais práticas não foram institucionalizadas, isto é, não foram encontrados mecanismos nos serviços de saúde até o momento da avaliação, que garantissem às mulheres, autonomia para marcação de consulta, independente do encaminhamento feito durante as visitas a campo e que o acesso só foi garantido mediante o empenho individual da profissional de saúde.

No município B, o volume e tipo de serviços oferecidos, também foram mediados pelo compromisso individual de alguns profissionais de saúde. No entanto, devido ao desconhecimento da unidade de referência sobre as ações do projeto, a situação se complicou, pois as mulheres só conseguiam marcar consulta, caso uma das profissionais de saúde, que possuísse algum vínculo com o projeto; fizesse contato com outra profissional de saúde, que trabalhasse no serviço. Esta “via crucis” significou muitos obstáculos para acessar exames diagnósticos, consultas, enfim, na oportunidade, uma das dimensões avaliadas não ocorreu; identificando a necessidade do projeto no município B, melhorar a articulação com o serviço de saúde, no sentido de ajustar os recursos de saúde ofertados e as necessidades, das mulheres profissionais do sexo.

Enfim, o grau de ajuste preconizado por Penchansky e Thomas (1981), entre a necessidade das mulheres, tais como: horários de consultas e coletas de exames diferenciados, os insumos necessários; atendimento com especialistas e os recursos

ofertados pelos serviços que foram referência para os projetos, demandará esforços tanto dos projetos avaliados, dos serviços que foram referência para este, quanto o envolvimento dos profissionais de saúde com a proposta; o exercício da cidadania de todos e a prática do controle social no sentido de possibilitar o acesso das mulheres a estes serviços.

4. Discutir e analisar a participação das mulheres em instâncias de controle social.

Finalizando este capítulo, farei uma breve discussão sobre a participação das mulheres profissionais do sexo, em instâncias de controle social e o exercício da cidadania, enquanto componentes desta avaliação, articulados com as dimensões estratégicas dos contextos e acesso. O resultado dos questionários foi zero, para a pergunta “você já foi à alguma reunião dos conselhos de saúde?” E para a linha da vida, não apareceu nos grupos em nenhum momento dos relatos alguma participação, inclusive quando foi perguntado nos grupos se elas sabiam, o que era o conselho de saúde, elas responderam que não. Assim podemos concluir que, no período da execução dos projetos, as mulheres não participaram em instâncias de controle social.

A proposta aqui é examinarmos as barreiras que apareceram no município A e no município B e que foram elementos que dificultaram a participação das mulheres profissionais do sexo em instâncias de controle social.

Para examinar um pouco melhor esta conclusão, é preciso trazer a situação em que os conselhos de saúde estavam nos contextos da avaliação. Quando foi perguntado para os conselheiros, se já haviam convidado as mulheres profissionais do sexo, tanto das chácaras, quanto das casas para uma conversa no conselho, as respostas foram:

“o pessoal (do conselho) tem um pouco de preconceito com essas pessoas, eu acho que a gente é que tem que ir conversar para trazer essas pessoas” (conselheiro do município A),

“a gente ainda não está estruturado, mas vamos fazer isso este ano” (conselheiro do município B).

Estas respostas indicam, que até o momento da avaliação os membros dos conselhos

que foram entrevistados não faziam idéia dos projetos que estavam sendo executados, ou se sabiam não perceberam a necessidade da aproximação entre ambos (conselho e mulheres).

No entanto, percebi durante a entrevista que essas respostas os provocaram, pareceu-me que as escutaram com a responsabilidade de quem sabe que é preciso fazer algo, para modificar esta resposta, tanto que a segunda parte da resposta do conselheiro do município B, indica que este horizonte está sendo contemplado. Acredito, que se for feita uma nova entrevista tanto com as mulheres, quanto com os conselheiros, a resposta será outra.

Este debate vai exigir uma reflexão em torno da estruturação dos conselhos, assim como a participação de todos os demais segmentos, isto é, trabalhador da saúde, gestor, prestador de serviço e usuários. Para isso, vamos conhecer um pouco sobre a criação e a estrutura dos conselhos de saúde.

Com a formação da Assembléia Nacional Constituinte em 1987 e a promulgação de uma nova norma constitucional em 1988, alçaram-se valores democráticos; onde se incluem a todos os brasileiros, meios para a participação popular e a efetivação do controle social. A criação dos conselhos de saúde foi fruto da constituição democrática de 1988. A estruturação e o funcionamento estão definidos na resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, embora a lei 8080/90 e 8142/90, já assegurasse a todos a participação em instância de controle social, em diferentes esferas (saúde, educação e meio ambiente). Aqui vamos examinar apenas o controle social na saúde.

Resolve o Conselho Nacional de Saúde por meio da resolução 333 na primeira diretriz: “Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde - SUS em cada esfera de governo; integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixada na Lei nº 8.142 de 1990”.

O processo de descentralização dos recursos técnicos e financeiros da saúde, como um todo, tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde, que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas; sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Os Conselhos locais de Saúde são espaços de participação

da sociedade civil, na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e instrumentaliza indivíduos e organizações, do movimento social de combate ao HIV e aids, e dos serviços de saúde, para participar dessa instância de controle social, é uma meta do Programa Estadual de DST e Aids do Estado de São Paulo; motivo pelo qual, gerou o foco desta avaliação.

Realizar e apoiar eventos e projetos, que possibilitem a troca de experiências e o acesso a informações, e que ajudem na construção e no aprimoramento das políticas públicas de saúde; devem ser estimulados pelas coordenações de DST e aids em parceria com a sociedade civil. Por meio deles, é possível fortalecer o controle social do SUS, contribuindo para a construção da sustentabilidade das políticas públicas de DST e aids, como por exemplo, o acesso universal aos medicamentos e a aplicação transparente dos recursos financeiros. Este caminhar requer algumas observações, como as referidas abaixo.

“o Estado democrático de direito, assegura e estimula o avanço dos valores democráticos para uma ativa participação popular; mas são aspectos políticos e culturais da sociedade brasileira que irão orientar o comportamento e a ação do cidadão, no acompanhamento da regularidade dos atos praticados pelos administradores públicos” (Mileski, 2005:7)

Estas observações podem nos levar ao desânimo, quando nos remetemos à participação das mulheres profissionais do sexo nos conselhos de saúde; pois como já foi trazido aqui, para esta cultura, o estigma é um obstáculo que precisa ser vencido e, a implantação e a apropriação pelos cidadãos e cidadãs dos conselhos de saúde nos dois municípios avaliados, ainda não são uma realidade. Quanto à implantação e atuação dos conselhos nestes municípios, os relatos obtidos nas entrevistas são:

“o conselho foi criado em 1992, mas só em 2005 é que ele foi reestruturado e só em 2006 estamos trabalhando pra valer”(conselheiro do município B).

“o conselho já tem tempo, mas atuando mesmo o ano passado (2004) é que a gente começou” (conselheiro do município A).

No que se refere a mulheres profissionais do sexo, a situação é ainda mais grave, pois associando as questões de estigma decorrentes da profissão, desarticulação dos conselhos e pouco estímulo dos projetos para esta participação, que de certo modo procede, pois como articulá-las, com os conselhos, sem que estes estejam devidamente estruturados.

Acredito, que se os projetos tivessem na sua proposta inicial a valorização dos conselhos locais de saúde, enquanto estratégia de manutenção ou criação de política pública para este segmento; talvez os conselhos pudessem hoje, já ter uma estrutura que acolhesse as necessidades das mulheres, e talvez elas pudessem protagonizar neste cenário. Por outro lado, a ausência das mulheres profissionais do sexo nos conselhos de saúde, no contexto desta avaliação, sugere que o estigma constituiu-se em importante obstáculo. Melhorar esta participação vai demandar esforços de todos os envolvidos. Enquanto a nossa prática, tanto de gestores, quanto de trabalhadores da saúde e usuários, estiver norteada pela idéia de coletividade, com certeza, estaremos mais fortalecidos e assim, poderemos construir novos caminhos, repensar as nossas práticas e conseqüentemente, não ficaremos reféns de má fé de políticos e políticas, que legislam em benefício próprio; em detrimento de uma coletividade.

Conclusão:

Afinal, a pergunta avaliativa foi respondida?

“O senhor... mire veja: o mais importante e bonito do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando”.

João Guimarães Rosa. Grande Sertão: Veredas

A contribuição dos projetos executados no município A e no município B para a participação das mulheres profissionais do sexo, em instâncias de controle social, não foi efetiva, isto é, não ocorreu. Quanto à contribuição destes, para o exercício da cidadania das mulheres, e direito de cidadania entendida nesta avaliação, enquanto aquela que oferta serviços e insumos nos serviços de saúde, de tal forma, que as mulheres pudessem acessar sem obstáculos; considero a contribuição dos projetos, como sendo parcial.

Como já abordado no capítulo anterior, o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde, mas não se explica apenas por ele. Neste sentido, os serviços de saúde, que foram referência para os projetos nos dois municípios, diante dos contextos avaliados, demonstraram esforços no sentido de incluir outros atributos, como, por exemplo, disponibilizar horário diferenciado para coleta de exames para as mulheres profissionais do sexo. No entanto, estes atributos foram tomados com base na oferta, e não na relação entre esta oferta e as mulheres; mesmo que tenha havido um desejo para tal prática.

Foi possível identificar por meio dos instrumentos utilizados, que no município A, os responsáveis pela execução do projeto tiveram um “cuidar das meninas” (assim que elas

são chamadas pelo projeto) “zeloso”; o que identificava as necessidades destas e procuravam encontrar soluções, para tais necessidades e problemas. No olhar e no fragmento registrado, por meio das falas de algumas pessoas entrevistadas, os motivos são: “elas estão totalmente alienadas, naquele círculo de miséria em que elas vivem e não conseguem enxergar um horizonte para transformar isso” (coordenadora do projeto município A). No entanto, foi possível observar que no município A, cujo projeto foi executado por uma OG, este conseguiu articular bem o atendimento das mulheres nos serviços, ainda que, apresentando uma visão assistencialista do processo, mas não conseguiram articular o trabalho de campo no sentido de promover a autonomia frente às necessidades de saúde apresentadas.

No município B, a situação foi inversa, isto é, as mulheres participantes do projeto, possuem um discurso e uma prática que indicam maior autonomia e demandou uma maior atuação dos serviços de saúde local; embora, tenha sido observado que elas possuam maiores obstáculos para agendarem consultas e exames, devido à não articulação mais efetiva, junto aos serviços de saúde de referência. Esta situação demonstrou, que a ONG articulou bem o trabalho de campo, junto às mulheres profissionais do sexo, mas não conseguiu articular o acesso do projeto, nos serviços de saúde.

A percepção de cada segmento, envolvido nos projetos sobre cidadania e controle social, dentro dos diferentes contextos da execução dos projetos, teve muitos significados, sendo importante problematizar a apropriação deste discurso, e desta prática por aqueles que pensaram e executaram a proposta. O desafio para problematizarmos sobre esta percepção que cada um teve sobre os dois componentes da avaliação demandaria coletar dados mais precisos junto aos mesmos; o que não foi o caso, exceto pela existência de uma pergunta comum a todos: o que você entende, por controle social e cidadania?.

Se partirmos da idéia de que existem muitos obstáculos até que as mulheres profissionais do sexo identifiquem suas necessidades e tenham espaço para manifestá-las, reconheçam seu direito de cidadania e exerçam o controle social; é preciso ter alguns cuidados e ter a dimensão do processo em que isto está envolvido; isto é, o quanto cada passo nesta direção, envolve escolha de papéis (cuidadores e sujeitos), estigma, preconceito, fortalecimento dos conselhos para articulação com os seus segmentos; a

percepção e prática sobre estes conceitos dos executores dos projetos, dos profissionais de saúde envolvidos, enfim, requer identificar a rede que está constituída neste cenário e a atuação de cada sujeito.

Sendo assim, a decisão para exercer estes direitos, diz respeito à escolha das mulheres, e elas podem ser estimuladas e sensibilizadas, quanto a estes direitos. Como já foi dito anteriormente, a consolidação de políticas e participação em espaços formais de controle social, são processos, no entanto, estas não foram identificadas e valorizadas durante a execução dos projetos, para que pudessem ser aprofundados ao longo da execução dos mesmos.

Em cada um dos passos dados, seria preciso agregar conhecimentos e práticas sobre cidadania e controle social, trazendo da experiência das mulheres, ricas por sinal em exemplos de superação de dificuldades e fortalecimento individual; para a realidade da profissão e da vulnerabilidade ao HIV e a aids.

Gostaria de chamar a atenção para a organização dos conselhos municipais de saúde, no período da avaliação, nos dois municípios. A questão trazida pelos conselheiros é a mesma identificada em outros locais do país, isto é, passa por questões como: verbas abaixo do disposto pela lei orgânica municipal e representações disparens no conselho, com prejuízo da representação popular, e no qual profissionais e corporações de servidores, ocupam vagas de usuários.

A implantação dos conselhos de saúde, são práticas recentes; embora a lei que os criou 8080 de 1990 complete dezesseis anos, mas na prática, ainda não está totalmente concluído, seu processo de implantação. Os já implantados, vivem a angústia de legitimação, participação e tantas coisas mais; que são pertinentes aos processos democráticos. Quero dizer com tudo isto, que nos dois municípios avaliados, este processo não foi diferente. Entrevistei um dos conselheiros do segmento de usuários, e ele disse que o conselho já foi implantado há vários anos, mais que...

“nós começamos mesmo o ano passado, fazendo um trabalho pé no chão”(conselheiro município B)

Disse inclusive, que depois que participou do Seminário de Controle Social, promovido pelo Programa Estadual de DST e Aids em 2005, voltou para o município e em conversa com todos os demais seguimentos, identificaram que a composição do conselho estava equivocada, isto é, havia profissional de saúde ocupando lugar de usuário. Segundo o entrevistado, “isso foi logo modificado e agora todos estão bem contentes” (conselheiro município A).

Existem muitas barreiras, uma delas, a do próprio conselho, que ainda re-visita seu papel e segue capacitando-se ano após ano, mediante as conferências, capacitações em direitos humanos etc., e a outra barreira é a das mulheres que constantemente, se vêem diante de desafios pessoais de sobrevivência; tais como o estigma que a profissão traz, e o despreparo dos serviços de saúde, ainda que com boa vontade para atuar.

Cidadania, protagonismo e controle social, são temas centrais para a estruturação do SUS e demandam práticas diárias, e praticar significa errar e acertar.

No entanto, esta é uma tarefa desafiadora e processual. Ela exige a atuação intensa e organizada da comunidade local, mas principalmente de toda a sociedade, para produzir as mudanças que queremos, no âmbito da saúde pública.

Os dois municípios deram um passo importante em direção ao fortalecimento das mulheres, com as quais se propuseram a trabalhar e para a estrutura da saúde local, quando aceitaram fazer o projeto para esta população em Atibaia no ano de 2001. Enfrentaram desafios, inclusive muitos, colocados até o momento da avaliação, mas fundamentalmente foi possível identificar nesta avaliação, que foram muitos os esforços, no sentido de aprofundar os debates, de qualificar as ações, junto com as mulheres profissionais do sexo, aproximando-as para um debate mais participativo e democrático.

Todo este caminhar, vem desde o Programa Estadual de DST e Aids, quando organizou a proposta dos projetos estratégicos em 2001. Ali aconteceu o primeiro passo no sentido de fortalecimento, não só das mulheres profissionais do sexo, mas das demais populações consideradas mais vulneráveis ao HIV e aids, dos serviços de saúde, das ONG, e das DIR. As ações desenvolvidas nos dois municípios, não almejaram diretamente a participação das mulheres, em instâncias de controle social e nem para o exercício da cidadania; mas sim o aumento do conhecimento sobre DST, HIV e aids e formas de

prevenção; além da institucionalização dos projetos nas unidades de saúde.

Mesmo assim, foi possível avaliar por meio dos instrumentos utilizados, que o componente cidadania estava contido indiretamente nas ações, materiais produzidos e estratégias dos dois projetos. Os diagnósticos desta avaliação, por mais abrangentes que tenham sido, retratam apenas parte da realidade, ou ainda a realidade que esta avaliadora apreendeu e registrou.

Enfim, as questões e as respostas encontradas e problematizadas nesta avaliação, indicam que houve esforços e compromisso, tanto da ONG do município B, quanto da OG do município A; para a redução dos danos causados pela epidemia de HIV e aids e, seus conseqüentes agravos

A avaliação responsiva, contribuiu substancialmente para aproximar e integrar os atores envolvidos no processo dos projetos; possibilitando que em cada etapa realizada (entrevistas, grupos), fosse possível problematizar as questões, que se apresentavam na busca de encontrar soluções. Os contextos escolhidos, contribuiram para ampliar o olhar sobre a execução dos projetos, ao mesmo tempo, em que possibilitam focar sobre alguns aspectos centrais para a avaliação e o modelo lógico da intervenção e da avaliação ajudaram a organizar e explicitar as informações contidas nos projetos e localizar o foco da avaliação identificando a relação entre causa e efeito.

Recomendações:

Em projetos com características como as que foram observadas nesta avaliação, isto é, com uma dinâmica que envolve valores, identidades, diversidade, estigma e mudança de atitude frente a epidemia de HIV e aids, apresentar uma abordagem metodológica responsiva aos contextos avaliados, flexível nos seus procedimentos, múltipla nas funções do avaliador, politicamente sensível, que possibilite apresentar as vozes e cenários que emergiram durante o processo, e por fim, que seus resultados sejam apresentados de maneira, que todos os envolvidos possam ter acesso e que conseqüentemente possam criar e recriar a sua realidade.

Construir com o grupo envolvido durante a avaliação espaços para reflexão sobre questões que foram observadas. No caso desta avaliação foi observado, que é preciso construir um discurso e uma prática capazes de reduzir o estigma que se apresentou como determinante para o processo de exclusão das mulheres profissionais do sexo nos espaços formais de controle social, assim como, foi um fator dificultador para o acesso das mulheres aos insumos e serviços dentro da rotina dos serviços de saúde.

Continuidade dos debates e aprofundamentos sobre temas ligados ao estigma, direitos, cidadania e participação em espaços formais e informais de controle social dentro da rotina dos serviços de saúde, entre as mulheres profissionais do sexo, nos conselhos de saúde e nas ONG.

Valorização dos conselhos locais de saúde, enquanto estratégia de manutenção ou criação de política pública para este segmento.

Problematizar e valorizar os discursos e as práticas das profissionais do sexo sobre prevenção as DST e aids, cidadania e demandas isoladas.

Ampliar a lente dos instrumentos utilizados nas avaliações para explorar os contextos envolvidos nos projetos e as interações com as quais os sujeitos que delas participaram, a fim de captar as diferentes nuances advindas deste movimento em que se inserem programas e projetos.

Referências:

Aday L, Andersen R. White KL, organizadores. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. In: Investigaciones sobre Servicios de Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 1992. p 604-13.

Araújo IS. Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1994.

Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1992.

Boletim epidemiológico Estado de São Paulo C.R.T. DST Aids, Ano XXIV Ano VI, nº 1, outubro de 2005.

Brasil. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccvil_03/constituicao/indicetematico44.doc>. Acessado em

15\10\ 2005.

Carvalho BS. As Virtudes do Pecado: narrativas de mulheres à “fazer a vida” [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

Conferencia Nacional de Saúde: Conferencia Sérgio Arouca,12,2003,Brasília. Manual.Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde,2003. 80p.

Da Matta R. O ofício de etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. In: Nunes EO, organizador. A aventura sociológica. Rio de Janeiro: Editora Zahar; 1978. p. 24 -35.

Fabregas AI.Traçando a batalha: breve perfil da prostituição em espaços privados de Porto Alegre. In: Fabregas M, Benedetti M, organizadores. Na batalha: sexualidade, identidade e poder no universo da prostituição. Porto Alegre: Dacasa: Palmarica; 2000. p. 15-30.

Freire P. Pedagogia da autonomia. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 2000.

Gawrysswski V. Reorganização dos serviços de saúde: algumas considerações à cerca da relação entre a descentralização, autonomia local e participação do cidadão. Cadernos de Saúde Pública 1993; 39:210-15.

Geertz C. Estar aqui: de quem é a vida, afinal?. Obras e vidas: O antropólogo como autor. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2005. p. 169-93.

___Estar lá: antropologia e o cenário da escrita. Obras e vidas: o antropólogo como autor. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2005 p. 11-39.

___Uma descrição densa: Por uma teoria interpretativa da cultura. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978. p. 13-41.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor; 1975.

Lurie P et al. Socioeconomic-status and risk of hiv-1, syphilis and hepatitis-B-infection among sex workes in São Paulo state – Rev Aids 1995; 9 (1suppl.): 531-37.

Macedo LC. Participação e controle social na área de saúde: uma revisão bibliográfica. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.

Mileski S.H. Controle social: um aliado do controle oficial. Palestra sobre transparência e controle social, 2005.

(MS) Ministério da Saúde. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

___ Boletim epidemiológico Aids e DST, Ano I, nº 1, 01ª - 26ª semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2005.

___ Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

___ Políticas e diretrizes de prevenção das DST e aids entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Penchansky D, Thomas J. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981; 20:127-40.

Peterson C, Szterenfeld C. Organizing a projet with community-based heath agents recruited from prostitutes. *Rev Public Health* 1992; 206:217-23.

Resolução n. 217. Aprova a declaração universal dos direitos humanos na Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. <http://www.mj.gov.br> (acessado em 05/dez/2005).

Resolução n. 333. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. *Diário Oficial da União* 2003; 2 maio.

Stake R. Responsive Evaluation. In: *Standards-Based & Responsive evaluation* Thousand-Oaks: Sage Publications; 2004. p. 86-107. Tradução Santos EM; 2006. Digitalizada.

Bibliografia consultada:

Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública* 1996; 12: 233-42.

Bastos FI, Szwarcwald CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública* 2000; 16 (1suppl.): 65-76.

Barreira MCRN. Avaliação participativa e programas sociais. São Paulo: Veras Editora; 2002.

Bermudez JAZ, Luiza VL, Hartz ZMA, Mosegui GBG, Oliveira MA, Cosendey MA, et al. Avaliação do acesso aos medicamentos essenciais: modelo lógico e estudo piloto no Estado do Rio de Janeiro. 1999. Digitalizado.

Carvalho AI. Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. *Rev Ciência*

e Saúde Coletiva 1998; 23-5, vol. III, nº. 1.

Cohn A. Saúde e cidadania: a árdua construção de uma ordem democrática no país. Diário Oficial do Estado de Pernambuco 1996 (10 suppl).

___Descentralização, cidadania e saúde. São Paulo em perspectiva. Fundação SEADE 1992; 4 (v 6):70-6.

___Elias P, Jacobi P. "Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo". Revista de Saúde em Debate 1993; 38.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48.

Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.

Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. QRB 1986; 108:12-99.

Ehlers EM, Calil LP. Monitoramento e avaliação: uma oportunidade de aprendizagem. In: Voltolini R, organizador. Terceiro Setor: planejamento e gestão. São Paulo: Editora Senac; 2004. p. 103-20.

Ferreira IS, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. Cadernos de Saúde Pública 2001; 17:18-33.

Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

___Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: Análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 89-131.

___Silva LMVS, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Editora EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Lei n. 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União 1990; 31 dez.

Minayo MDS, organizadora. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Pasini E. O uso do preservativo de prostitutas em ruas centrais de Porto Alegre. In: Fabregas M, Benedetti M, organizadoras. Na batalha: sexualidade, identidade e poder no universo da prostituição. Porto Alegre: Dacasa: Palmarica; 2000 p.31-46.

____Sexo para quase todos: a prostituição feminina na Vila Mimosa. Cadernos Pagu 2005; 25: 185-216.

Pedrosa JIS. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí. Cadernos de Saúde Pública 1997; 13:741-48.

Ramos CL. Conselhos de saúde e controle social. In: Eibenschutz C, organizador. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996. p. 329-44.

Ribeiro JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no sistema único de Saúde (SUS). Cadernos Saúde Pública 1997; 13: 36-54.

Santos NJS, Tayra A, Buchalla CM, Silva SR, Laureti R. A aids no Estado de São Paulo. Rev. Bras. Epidemiologia 2002; 5:286-310.

Souza AI. A satisfação da população com os serviços locais de saúde - Município de Itacarambi, MG. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1996.

Travassos C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para o debate. Cadernos de Saúde Pública 1997; 2:325-30.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública 2004; 20 (2 suppl):113:26.

Wanderley LE. Formas de controle social: alcance e limites. In: Organização Panamericana de Saúde. Saúde e Revisão Constitucional: Controle social e Formas de Organização do SUS. Série Direito e saúde n.2 1993.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 1994.

ANEXOS

Anexo I

Termo de consentimento livre e esclarecido

(mulheres profissionais do sexo)

Você está sendo convidada à participar da pesquisa “Profissionais do sexo, acesso à saúde e participação em instâncias de controle social: Avaliação de resultado dos projetos estratégicos para profissionais do sexo, no estado de São Paulo”.

Objetivo da Avaliação:

Avaliar os resultados dos projetos estratégicos, em dois municípios, sendo um executado por ONG e outro por OG. Considerando os componentes dos projetos relacionados à exercício da cidadania e do controle social, identificando como as estratégias utilizadas, contribuíram para a prática do controle social e o exercício da cidadania das mulheres profissionais do sexo.

Procedimentos Utilizados:

A mulher que quiser participar do estudo vai:

1- Responder à uma entrevista com perguntas, sobre vida profissional, vida pessoal e vida social. As perguntas serão feitas pela avaliadora Nair Soares de Brito, que vai anotá-las no questionário e gravar. **IMPORTANTE: SERÁ GARANTIDO O SIGILO ABSOLUTO, POR PARTE DA PESQUISADORA (PE/DST/Aids-SP , FIOCRUZ).** O tempo de duração da entrevista será de trinta minutos.

2-Participar de uma dinâmica de grupo denominada “Linha de vida”. A técnica será, trabalhar com dois grupos simultâneos. A cada grupo, será solicitado, que construam a linha de vida de uma profissional do sexo (Pode ser a vida real de alguma participante ou pode ser a de alguma que elas conheçam), desde o nascimento, até a vida adulta. Serão

orientadas para destacarem em uma linha em formato cruz, aspectos positivos na parte superior e aspectos negativos na parte inferior; destacando aspectos de trabalho, participação social, política e vida pessoal. A técnica utilizará um roteiro semi-estruturado. O tempo de duração será de duas horas.

Confidencialidade:

Durante a entrevista e no grupo, serão omitidos os nomes ou características que possam identificar a participante. Para isto, será utilizado para cada entrevista, um número de código. A aplicação da entrevista será feita para cada mulher, somente na presença da avaliadora, em lugar reservado com duração prevista de 30 minutos. A dinâmica “linha da vida” será feita em grupo, com a presença de mais ou menos 14 mulheres profissionais do sexo, que participaram direta e indiretamente dos projetos estratégicos em 2002 e também com a presença de dois profissionais (avaliadora e especialista em grupos), que aplicarão a técnica.

.

Desconforto e Benefícios:

1- O benefício direto para quem participa, é que ao dividir as experiências no grupo, as participantes identificam características positivas e negativas ao longo de suas trajetórias, possibilitando uma maior reflexão sobre os temas surgidos.

2- Outro benefício é que os órgãos da saúde e as universidades, poderão saber o que está dando certo e o que está dando errado, na intervenção de prevenção às doenças transmitidas sexualmente, e o quanto estas intervenções contribuem para o fortalecimento das participantes, no exercício da cidadania e do controle social. Com isto, todos os serviços poderão melhorar.

3- Não há riscos individuais, nem coletivos.

Dúvidas:

Qualquer dúvida pode ser tirada na hora, com o(a) entrevistador(a), ou com a

seguinte pessoa:

Nair Brito, responsável pela avaliação. PE-DST e Aids de São Paulo

Rua Santa Cruz, 81 Vila Mariana ,São Paulo telefone (11) 50879867, ou Comitê de ética em Pesquisa CRT- DST e Aids com o coordenador Dr. Eduardo Ronner Lagonegro, telefone (11) 5087 9837

Consentimento

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas à respeito do estudo. Sei, também, que a minha participação é voluntária, que posso desistir mesmo depois de ter começado; sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal. Sei, ainda, que participando ou não participando, posso contar com o encaminhamento para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Por tudo isso, concordo em participar.

Eu li esse termo e recebi as instruções que após assiná-lo, deverei dobrar, colocar em envelope, lacrar e receber uma segunda via deste termo.

Local _____ Data ____/____/____

Nome do Participante:

Assinatura da Participante:

Nome do Entrevistador:

Assinatura do(a) entrevistador(a)

Assinatura de uma testemunha, caso a participante não saiba ler e/ou escrever.

Anexo II

Termo de consentimento livre e esclarecido
(profissionais da saúde)

Você está sendo convidada (o) a participar da avaliação “Profissionais do sexo, acesso à saúde e participação em instâncias de controle social: Avaliação de resultado de projetos estratégicos para profissionais do sexo, no estado de São Paulo”.

Objetivo da Avaliação:

Avaliar os resultados dos projetos estratégicos, em dois municípios, sendo um executado por ONG e outro por OG. Considerando os componentes dos projetos relacionados ao exercício da cidadania e do controle social, e identificando como as estratégias utilizadas contribuíram para a prática do controle social; e o exercício da cidadania das mulheres profissionais do sexo.

Procedimentos Utilizados:

O (A) profissional de saúde que quiser participar do estudo vai:

1- Participar de uma entrevista com perguntas sobre: perfil epidemiológico, programas voltados para mulheres profissionais do sexo, a rotina de atendimento, condições da assistência prestada e referenciamento, parceria com outras instituições. As perguntas serão feitas por um(a) entrevistador(a), que vai anotá-las, além do gravador; que será utilizado posteriormente, para auxiliar a qualidade da análise da entrevista. **IMPORTANTE: SERÁ GARANTIDO O SIGILO ABSOLUTO, POR PARTE DA AVALIADORA (PE-DST e Aids-SP, FIOCRUZ).** O tempo de duração da entrevista será de uma hora.

Confidencialidade:

Durante as entrevistas, serão omitidos os nomes ou características que possam identificar a(o) participante. Para isto, será utilizado para cada entrevista, um número de código.

1-A aplicação da entrevista será feita para cada profissional, somente na presença da avaliadora Nair Soares de Brito, em lugar reservado com duração prevista de uma hora.

Desconforto e Benefícios:

1-O benefício, é que os órgãos da saúde e as universidades poderão saber, o que está dando certo e o que está dando errado, na intervenção de prevenção às doenças transmitidas sexualmente, e o quanto estas intervenções contribuem, para o fortalecimento das participantes, o exercício da cidadania e o controle social. Com isto, todos os serviços poderão melhorar.

2- Não há riscos individuais ou coletivos.

Dúvidas:

Qualquer dúvida pode ser tirada na hora com Nair Brito, responsável pela avaliação.
PE/DST/AIDS de São Paulo
Rua Santa Cruz, 81 Vila Mariana, São Paulo telefone (11) 50879867 ou pelo Coordenador do comitê de ética em pesquisa CRT-DST e Aids – Dr. Eduardo Ronner Lagonegro, fone (11) 50879837

Consentimento:

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas à respeito do estudo. Sei também, que a minha participação é voluntária, e que eu posso desistir, mesmo depois de ter

começado; sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal. Por tudo isso, concordo em participar.

Eu li esse termo e recebi as instruções que após assiná-lo, deverei dobrar, colocar em envelope, lacrar e receber uma segunda via deste termo.

Local _____

Data ____/____/____

Nome do(a) participante:

Assinatura da(o) participante:

Nome do(a) entrevistador(a):

Assinatura do(a) entrevistador(a)

Assinatura de uma testemunha, caso a(o) participante não saiba ler e/ou escrever.

Anexo III

Termo de consentimento livre e esclarecido
(responsável pela execução do projeto)

Você está sendo convidada(o) à participar da avaliação “Profissionais do sexo, acesso à saúde e participação em instâncias de controle social: Avaliação de resultado de projetos estratégicos para profissionais do sexo no estado de São Paulo”.

Objetivo da Avaliação:

Avaliar os resultados dos projetos estratégicos, em dois municípios, sendo um executado por ONG e outro por OG. Considerando os componentes dos projetos relacionados ao exercício da cidadania e do controle social; identificando como as estratégias utilizadas, contribuíram para a prática do controle social e o exercício da cidadania das mulheres profissionais do sexo.

Procedimentos Utilizados:

O(A) responsável pelo projeto que quiser participar do estudo vai:

1- Participar de uma entrevista com perguntas sobre: cenários e contextos nos quais se deram os projetos, adequação do local onde se realizaram as intervenções, perfil das mulheres acessadas pelo projeto; estratégias utilizadas, métodos e recursos de aprendizado, uso de recursos educativos. As perguntas serão feitas pela avaliadora Nair Soares de Brito, que vai anotá-las. A entrevista será gravada, possibilitando uma melhor qualidade da análise da entrevista. **IMPORTANTE: SERÁ GARANTIDO O SIGILO ABSOLUTO, POR PARTE DA PESQUISADORA** (PE-DST e Aids-SP, FIOCRUZ). O tempo de duração da entrevista será de uma hora.

Confidencialidade:

Durante as entrevistas, serão omitidos os nomes ou características que possam identificar a(o) participante. Para isto será utilizado para cada entrevista, um número de código.

1-A aplicação da entrevista será feita para cada responsável pela execução dos projetos, somente na presença da avaliadora Nair Soares de Brito, em lugar reservado e durará uma hora.

Desconforto e Benefícios:

1-O benefício é que os órgãos da saúde e as universidades poderão saber, o que está dando certo e o que está dando errado, na intervenção de prevenção às doenças transmitidas sexualmente; e o quanto estas intervenções contribuem para o fortalecimento das participantes, o exercício da cidadania e o controle social. Com isto, todos os serviços poderão melhorar.

2- Não há riscos individuais ou coletivos.

Dúvidas:

Qualquer dúvida pode ser tirada na hora, com a avaliadora Nair Soares de Brito, responsável pela avaliação. PE-DST e Aids de São Paulo/ Fiocruz Rua Santa Cruz, 81 Vila Mariana, São Paulo telefone (11) 50879867, ou com o Coordenador do comitê de ética em pesquisa CRT-DST e Aids – Dr. Eduardo Ronner Lagonegro, fone (11) 50879837

Consentimento:

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas à respeito do estudo. Sei, também,

que a minha participação é voluntária, e que eu posso desistir, mesmo depois de ter começado; sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal. Por tudo isso, concordo em participar.

Eu li esse termo e recebi as instruções que após assiná-lo, deverei dobrar, colocar em envelope, lacrar e receber uma segunda via deste termo.

Local _____

Data ____/____/____

Nome do(a) responsável pelo projeto:

Assinatura da(o) responsável pelo projeto:

Nome do(a) entrevistador(a):

Assinatura do/a entrevistador(a)

Assinatura de uma testemunha, caso a(o) responsável pelo projeto não saiba ler e/ou escrever.

Anexo IV

Questionário para mulheres profissionais do sexo

Data ___/___/___

Nome do(a) entrevistador(a)

Município:

I – Dados sócio-econômicos:

Qual a sua idade (em anos)?

Qual a sua cor/raça?

- branca
- preta
- parda
- amarela
- indígena

Onde você nasceu?

Estado_____

Cidade_____

Onde você mora atualmente?

Estado_____

Cidade _____

Há quanto tempo você mora neste município?

6- Em quais municípios você trabalha como Profissional do sexo?

7- Qual o seu estado civil?

1. () solteira
2. () casada ou vive com alguém
3. () separada / divorciada
4. () viúva
5. () outras

8- Qual a sua escolaridade? (até que ano estudou?)

1. () Nunca estudou, não sabe ler
2. () Nunca estudou, mas sabe ler
3. () Ens. Fundamental incompleto
5. () Ens. Fundamental completo
6. () Ens. Médio incompleto
7. () Ens. Médio completo
8. () Superior incompleto
9. () Superior Completo

9- Com quem você mora?

1. () Família nuclear de origem (pai, mãe e irmãos)

- 2. () Outro parente
- 3. () Colegas/Amigas
- 4. () Sozinha
- 5. () Companheiro/marido
- 6. () Outros –Especificar_____

10- Tipo de Moradia:

- 1. () Casa própria
- 2. () Casa Cedida
- 3. () Pensão
- 4. () Albergue
- 5. () Casa Alugada
- 6. () Hotel/Motel
- 7. () Vaga
- 8. () Outros – Especificar_____

11- Qual a sua renda mensal total (aproximada)?:

R\$ _____

12- Você tem alguém que contribui para a sua renda mensal?

- () Sim
- () Não

13- Você tem filhos (as)?

- () Sim
- () Não (Passe para a questão 14)

14- Quantos filhos(as) vivos?

- 1. () Nenhum
- 2. () 1 a 3
- 3. () mais de três

15- Seus filhos moram com você? _____

- Sim
- Não (passe para a questão 17)

16- Com quem ficam os seus filhos enquanto você trabalha?:

- Sozinhos
- Com o pai deles
- com a sua mãe
- Com sua empregada
- com outro parente
- com amiga
- creche
- com você mesma
- Outros – Especificar _____

17- Você teve alguma gravidez interrompida nos últimos 4 anos?

1. Sim Quantas? _____
2. Não

18- Você utiliza algum método para evitar a gravidez?

1. Não
2. Sim. Qual: Pílula
 - Coito interrompido
 - Preservativo
 - DIU
 - Diafragma
 - Tabela

II – Dados sobre Atividade Profissional:

19- Há quanto tempo você trabalha neste tipo de atividade profissional?

20- Onde você trabalha? (Ler as alternativas e marcar todas as respostas referidas)

Na rua

Em bar ou boate

No bordel

Hotel

Bar

Posto de Combustível

Outros - Especificar _____

21-Quantos programas você faz por semana?

1. menos que 1

2. 1 a 4

3. 5 a 8

4. 9 a 12

5. +12

22-Quanto você costuma cobrar por programa:

Valor mínimo (em reais): _____

Valor Máximo (em reais): _____

23-Você fica com todo o dinheiro do programa?

Sim

Não

24.Em geral, com que frequência você costuma usar camisinha com os clientes:

1. sempre

2. algumas vezes

3. () nunca utilizo

4. () freqüente

25- No momento, você tem outro trabalho? _____

() Sim – Especificar _____

() Não

III – Dados sobre Controle Social:

26- Você participa de alguma dessas organizações ?

(Ler as alternativas e marcar todas as que forem referidas)

() Associação de bairro

() Associação de profissionais do sexo

() Organização não governamental/aids

() Grupo religioso

() Partido político

() Sindicatos

() Outra – Especificar _____

() De nenhuma

27- Você já foi à alguma reunião dos conselhos de saúde(municipal, estadual ou nacional)?

() Sim, Qual? _____

() Não

() Não sabe do que se trata

28- Se sim, em qual condição?

() conselheira

() convidada

() observadora

iniciativa própria

29- Se não, por quê?

1. Não sou conselheira
2. Não sabia que podia
3. Não fui convidada
4. Não acha importante

30- Você participa ou participou na elaboração de políticas públicas para profissionais do sexo?

1. antes do projeto estratégico. Como? _____
2. durante o projeto estratégico. Como? _____
3. depois do projeto estratégico. Como? _____
4. nunca participou

31- Se participou. Como? _____

32- Você já foi discriminada no serviço de saúde?

1. Antes do projeto estratégico
2. durante o projeto estratégico
3. depois do projeto estratégico
4. nunca foi discriminada

33. Se você fosse indicar alguém para esta entrevista, quem você indicaria?

Anexo V

Roteiro semi-estruturado, para as Profissionais do sexo, utilizado na técnica linha de vida.

Roteiro Semi-estruturado:

Apresentações individuais das participantes (idade, de onde veio, há quanto tempo reside no lugar, qual o tipo de comércio sexual, e quanto tempo está na profissão)

A técnica será trabalhar com dois grupos simultâneos de profissionais do sexo, cerca de 5 mulheres em cada grupo. À cada grupo caberá construir a “linha de vida” de uma profissional do sexo, (pode ser a vida real de alguma participante ou pode ser a de alguma que elas conheçam); desde o nascimento até a vida adulta. Serão orientadas à destacar em uma linha, construída em formato de cruz, sobre papel kraft dispostas no chão, os aspectos positivos na parte superior e os aspectos negativos na parte inferior destacando:

Memórias da Infância (positivas e negativas):

Mãe, pai, bairro, amigos, brincadeiras, escola, situação familiar, violência familiar e social e ambientes de sociabilidade.

Sexualidade e gênero (positivas e negativas) Como se dá a construção das relações afetivas e da vida amorosa.

Satisfação sexual nos âmbitos da vida profissional e da vida privada.

Expectativas de realização amorosa.

Organização familiar com companheiro(a) (definição de papéis na relação).

Desempenho de papéis na negociação dos programas.

Trabalho (positivas e negativas).

Características principais da jornada de trabalho das participantes.

O grau de satisfação ou insatisfação com o trabalho exercido.

Demanda de práticas sexuais: frequência e preço.

Atendimento das demandas: frequência e em que condições atendem demandas de

maior risco.

Número de clientes que consegue, normalmente, por dia de trabalho. Incluir na discussão rotatividade de clientes e cliente fixos.

Como busca o cliente:

Característica do bom cliente , e do mau.

Outras fontes de renda, e renda mensal total que obtém.

Violência no contexto do trabalho.

Uso de preservativos.

Controle social (positivas e negativas - antes e depois do projeto estratégico):

-Participação em algum tipo de associação de moradores, igrejas, movimento de classe, ONG , associação profissional ou conselhos de saúde.

-Status legal: reconhecimento da atividade profissional como legal, ou contravenção penal.

Ação policial.

-Direito de acesso à serviços e equipamentos públicos (SUS, postos de identificação, cadastro de contribuinte, assistência jurídica gratuita, IOGradouros públicos: parques, praças, bares e restaurantes.)

-Participação na elaboração de políticas públicas, para profissionais do sexo.

Anexo VI

Roteiro de entrevista com os profissionais responsáveis pela execução dos projetos (OG e ONG)

Avaliação de Contextos:

Este item avalia os diferentes contextos (organizacional, situacional, intertextual e existencial) em que o projeto se relaciona com o público alvo:

Perfil epidemiológico das DST, HIV e aids, no município;

A relação dos serviços de referência no município;

A avaliação que faz sobre o recursos humanos disponíveis (da ONG e do SUS no município);

Adequação dos locais para a realização das intervenções;

Tipo de intervenção realizada para profissionais do comércio sexual e/ou clientes;

Classe social das profissionais e da clientela: nível de renda e sazonalidade;

Especificidade das profissionais (idade, tipo de comércio sexual);

Especificidade da clientela (idade, profissão, ocupação)

ONG/ UBS atuantes junto as MPS;

Projetos financiados para MPS pelo PAM local;

Sobre os números disponíveis que permitam estimar a proporção de mulheres nos serviços de atendimento e, dentre estas , o de MPS;

Sobre a forma de avaliação das ações voltadas para a prevenção junto as MPS.

Avaliação de estratégias;

Este item deve avaliar o conjunto ou combinação de ações de educação, incluindo dois níveis de alcance do projeto: o técnico e o político. Na primeira parte deve-se fazer aflorar a percepção que o(a) entrevistado(a) tem, em relação às ações realizadas (entendimento dos conteúdos e significação da participação)

Em nível técnico: combinação de ações efetivadas (ex: cartazes + corpo-a-corpo+palestras+ oficinas +distribuição de material etc.)

Nível de habilidade e credibilidade dos agentes da intervenção (incluir facilitadores, palestrantes etc.);

Grau de envolvimento da Instituição executora do projeto (ONG/OG) (mediação com as mulheres profissionais do sexo e/ ou clientela);

Grau de envolvimento direto das mulheres profissionais do sexo, nas ações (formação de multiplicadores, intervenção por meio de pares, elaboração de políticas para esta população, maior participação no serviço de saúde etc.);

Nível político: ações concretas de (direitos civis, rede de apoio). Promoção de espaços de organização ou fortalecimento comunitário, participação em instâncias de controle social e formulação de políticas públicas para mulheres profissionais do sexo.

Avaliação de métodos e recursos de aprendizado:

À partir deste ponto, deve-se buscar a manifestação crítica do(a) entrevistada com respeito às ações e conteúdos.

Linhas gerais sobre métodos e técnicas de abordagem dirigidas às profissionais do sexo:

- formas diretas (corpo a corpo)
- formas indiretas (através de cartazes, mídia)

Linhas gerais sobre os métodos de desenvolvimento das ações de educação em saúde:

- envolvimento de discussão (debates) em grupos
- exibição de material (cartazes, filipetas, folders);
- oportunidade de discussão com as profissionais do sexo, em torno dos debates e exibição de materiais (retorno)

Linhas gerais sobre os métodos de desenvolvimento na produção de material (descrição igual aos anteriores).

Nível de participação das mulheres profissionais do sexo nas dinâmicas:

- Verificar se há dinâmicas vivenciais (teatro, sócio-drama)
- Verificar se há dinâmicas lúdicas
- Verificar se há demonstrações para a formação de habilidades
- Verificar se há espaços para trabalhar as relações interpessoais
- Verificar os espaços para o trabalho das habilidades individuais
- Verificar se há trabalhos dirigidos para as representações subjetivas?
- Verificar se há espaço para trabalhar questões de cidadania e controle social.

Uso de recursos educativos:

- audiovisuais (vídeos)
- materiais de ensino de habilidades através de demonstração
- material impresso (filipetas, folders etc.)

Anexo VII

Roteiro para entrevista com profissional de saúde (1 médico, 1 assistente social e 1 recepcionista):

Pessoas ligadas à unidade básica que atenderam as mulheres profissionais do sexo, durante a execução dos projetos estratégicos.

Recomendações:

Leia atentamente este roteiro antes de dar início à entrevista;

Exponha os objetivos e vínculos institucionais (PE de DST e Aids – FIOCRUZ) da avaliação e os objetivos e dinâmica da entrevista;

Deixe claro o caráter sigiloso da entrevista;

Verifique o gravador, pilha e identifique a fita;

Após ligar o gravador conte até cinco, e inicie a entrevista identificando o entrevistado, conforme o combinado (anônimo ou não)

Fale pouco, ouça muito, dirija a entrevista conforme o roteiro; adapte as perguntas ao vocabulário do entrevistado; não faça mais de uma pergunta ao mesmo tempo.

Perguntas sobre:

A situação da assistência no município de atendimento, medicamentos e interfaces;

Programas e atividades voltados para MPS;

Sobre o relacionamento com as ONG/ Programa Municipal de DST/HIV/Aids

Sobre os números disponíveis que permitam estimar a proporção de mulheres, nos serviços de atendimento e, dentre estas, o de MPS;

Sobre os estabelecimentos que acolhem MPS com HIV e aids – serviços e casa de apoio;

A rotina de atendimento do serviço ou da ONG, especialmente as MPS

Condições da assistência prestada e referenciamento.

Questões específicas para Médico ginecologista:

- 1-No atendimento a MPS é feita alguma pergunta específica, que não é feita para as demais mulheres?
- 2-Existe algum tipo de constrangimento no atendimento?
- 3-Existe orientação /conduta diferenciada entre MPS e mulheres em geral?
- 4-Você acha que deve existir um trabalho específico dentro da UBS para MPS?
- 5-São solicitados exames específicos para MPS?
- 6-Você passou por capacitação específica com temas ligados a DH, cidadania, estigma...?
- 7- O que você entende por controle social e cidadania?

Questões para Assistente Social:

- 1-Quais encaminhamentos são solicitados pelas MPS?
- 2-Quais encaminhamentos normalmente você faz para as MPS?
- 3-Você acredita que deva existir um trabalho específico dentro da UBS para MPS?
- 4-Você tem algum relato de estigma ou discriminação no serviço de saúde?
- 5-Você passou por capacitação específica com temas ligados a DH, cidadania, estigma...?
- 6-Você notou alguma mudança no serviço depois da chegada do projeto?
- 7- O que você entende por controle social e cidadania?

Questões para a Recepcionista:

- 1- Existe um cadastro diferenciado para MPS?
- 2- Elas questionam este cadastro?
- 3- Você acha que deve existir um trabalho específico dentro da UBS para MPS?
- 4- Você passou por capacitação específica com temas ligados a DH, cidadania, estigma...?
- 5- São feitas reciclagens ou supervisões com você?
- 6- Descreva o momento da chegada das MPS até a saída das unidades de saúde
- 7- Você tem algum relato de estigma ou discriminação no serviço de saúde?
- 8- Cite duas coisas boas e duas ruins desse processo.
- 9- Você notou alguma mudança no serviço depois da chegada do projeto?
- 10- O que você entende por controle social e cidadania?

Questões para o Conselho de Saúde:

- 1- Como você vê a participação das MPS no conselho?
- 2- O Conselho já foi procurado por uma MPS?
- 3- O conselho tem alguma MPS?
- 4- O conselho já organizou uma reunião ordinária ou uma conversa com as MPS?
- 5- Que questões você imagina que possam ser trazidas pelas MPS?
- 6- Quanto tempo tem o conselho municipal de saúde?