

ISA DA SILVA SORRENTINO

Entre os estigmas e o autocuidado: experiências e percepções de uso de PrEP, PEP e autoteste de HIV entre trabalhadoras sexuais cisgênero na cidade de São Paulo

São Paulo

2024

ISA DA SILVA SORRENTINO

Entre os estigmas e o autocuidado: experiências e percepções de uso de PrEP, PEP e autoteste de HIV entre trabalhadoras sexuais cisgênero na cidade de São Paulo

Versão Original

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Thereza Couto

Coorientadora: Profa. Dra. Laura Rebecca Murray

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11. A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Sorrentino, Isa da Silva

Entre os estigmas e o autocuidado : experiências e percepções de uso de PrEP, PEP e autoteste de HIV entre trabalhadoras sexuais cisgênero na cidade de São Paulo / Isa da Silva Sorrentino; Márcia Thereza Couto Falcão, orientador; Laura Rebecca Murray, coorientador. -- São Paulo, 2024.

Tese (Doutorado) -- Programa de Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2024.

1. Trabalho sexual 2. Saúde da mulher 3. Discriminação social
4. HIV 5. Profilaxia pré-exposição 6. Profilaxia pós-exposição
7. Autoteste 8. Enquadramento interseccional I. Falcão, Márcia
Thereza Couto, orient. II. Murray, Laura Rebecca, coorient.
III. Título

USP/FM/DBD-130/24

Responsável: Daniela Amaral Barbosa, CRB-8 7533

AGRADECIMENTOS

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito que um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

(Trecho da poesia Tecendo uma manhã, de João Cabral de Melo Neto)

Eu já li essa poesia inúmeras vezes e ela sempre me comove, pois me faz pensar em diversas interpretações. Uma delas é a de que as transformações sociais são tecidas a partir de ideais alimentados coletivamente; uma metáfora que traduz minha concepção sobre qual é o meu propósito como pesquisadora: combater os discursos dominantes, num movimento incessante de apanhar “o grito que um galo antes” e o lançar a outro, até que não seja mais possível ignorar-nos.

Mas com uma motivação mais singela, também decidi incluir o poema aqui porque este trabalho não seria viável sem o suporte da "teia tênue" criada por muitas pessoas ao longo desses anos.

Em especial, gostaria de expressar minha gratidão à querida Profa. Dra. Marcia Thereza Couto por ter me orientado nessa empreitada com enorme competência, assim como por ter me acolhido e me ajudado a superar uma infinidade de adversidades da vida em meio ao rescaldo da pandemia, como se não bastassem os desafios práticos que professoras/es e estudantes de pós-graduação enfrentam para realizar suas pesquisas.

À Profa. Dra. Laura Murray, co-orientadora deste trabalho, pelas trocas e sugestões sempre instigantes de leituras e reflexões teórico-metodológicas, junto com a confiança de que o processo daria certo – com um frio na barriga, talvez?

Às trabalhadoras sexuais que dedicaram seu tempo para participar desse estudo e confiaram em compartilhar detalhes de suas vidas. Espero fazer jus a essa troca, somando minha voz e meu corpo às suas lutas.

Aos membros da banca de qualificação, Profa. Dra. Dulce Aurélia Ferraz, Prof. Dr. José Miguel Nieto Olivar e Profa. Dra. Rosana Machin, pelas críticas honestas e construtivas que me permitiram repensar os rumos do trabalho.

À Juliana, Gorete e Lilian, secretárias do Departamento de Medicina Preventiva e do Programa de Pós-Graduação, por tornarem o caminho tão mais fácil com sua competência, disposição para ajudar e simpatia.

Ao pessoal do grupo de estudos Saúde, Interseccionalidade e Marcadores Sociais da Diferença (SIMAS) e amigos que fiz durante o mestrado e doutorado, pela colaboração mútua, trocas intelectuais e vivências as mais variadas. Particularmente agradeço à Ana Lúcia Marinho Marques, Anna Carolina Arena Siqueira, Carolina Batitucci, Celso Ricardo Bueno, Cristiane Spadacio, Eduardo Araújo de Oliveira, Eliana Miura Zucchi, Jennifer do Vale e Silva, Larice Menezes, Lina Lessa, Michelle Guimarães do Carmo e Ramiro Fernández Unsain, que me acompanharam mais de perto e me socorreram várias vezes, mesmo que talvez nem não saibam o quanto.

À equipe da pesquisa TRAMA e do Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde da População LGBT (NUDHES), por me acolherem e compreenderem meus afastamentos para poder terminar o texto. Especialmente Profa. Dra. Maria Amélia Veras, Daniel Barros, Letizia (Tita) Patriarca, Michel Furquim e Paula Galdino.

À Lia Freitas, por sua leitura cuidadosa de várias versões do texto, e sua capacidade de me fazer acreditar que eu teria uma tese, apesar de todas as síndromes que me acometiam diariamente nos últimos meses de escrita.

À surpreendente e querida rede de apoio que tive durante a estadia em Toronto, de pessoas com quem não convivi tanto pessoalmente, mas foram muito solidárias e vibraram quando souberam que eu tinha conseguido concluir o doutorado: Prof. Dr. David Murray, que foi meu supervisor na universidade de York, Profa. Dra. Lesley Wood, Nila, Vulkan, Albesa, Patrick, Trevor, Audrey, Arnon, Laura e Kynan.

Ao Márcio, agradeço por me permitir ser tão intensa e inteiramente eu em muitas versões durante nossos anos juntos, e pelo apoio concreto para que eu realizasse o projeto pessoal de fazer pós-graduação.

À minha mãe, aos meus irmãos Caio e Pedro, às minhas sobrinhas Stella e Clara, à minha avó Dedé e ao meu avô Totonho (*in memoriam*), por todas as dores e delícias de ser família. Não há linhas que bastem para dizer tudo o que sinto sobre nossa história. À Linka e à June, minhas gatas, pois elas também foram e são uma rede de afeto fundamental em minha vida.

Muitos outros nomes faltam ser citados aqui, mas estão muito bem guardados na minha memória.

RESUMO

Sorrentino IS. Entre os estigmas e o autocuidado: experiências e percepções de uso de PrEP, PEP e autoteste de HIV entre trabalhadoras sexuais cisgênero na cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2024.

A epidemia de HIV/aids eclodiu no final do século XX como um dos grandes desafios de saúde pública global, e representa uma das principais causas de morte por doenças infecciosas no mundo. Mas as trabalhadoras sexuais (TS) cisgênero e outras populações socialmente marginalizadas são desigualmente atingidas pela epidemia, e as profilaxias pré-exposição e pós-exposição sexual e o autoteste de HIV tornaram-se centrais nas estratégias para reduzir essas disparidades, sob o paradigma da prevenção combinada. Por outro lado, esse paradigma pressupõe políticas interligadas e baseadas em evidências para atender a múltiplas dimensões e diferentes populações. Essa pesquisa investiga como a intersecção dos estigmas da prostituição, do HIV/aids e outros marcadores sociais da diferença produzem experiências e percepções sobre os novos métodos biomédicos de prevenção entre TS cisgênero. Metodologicamente, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com 32 mulheres do município de São Paulo, como parte do componente qualitativo do Estudo Combina!. Aplicou-se o método da análise temática para a análise do material empírico, orientada pela perspectiva da interseccionalidade. Os resultados apontam que os estigmas internalizados, antecipados, percebidos e vivenciados pelas entrevistadas se estruturam basicamente em torno das categorias de gênero e trabalho sexual, entrelaçados ao estigma do HIV. Quanto ao papel desses estigmas nas experiências e percepções sobre os métodos de prevenção, emergiram as desigualdades de poder na negociação do uso do preservativo; as restrições do direito à saúde e ao autocuidado; e a falta de divulgação dos novos métodos. O trabalho contribui para o debate sobre as demandas das TS no tocante às políticas de prevenção ao HIV. Espera-se também que ele fomente reflexões sobre a contribuição dos referenciais teóricos das ciências sociais e humanas para reafirmar a centralidade dos direitos humanos como princípio norteador no campo da saúde coletiva.

Palavras-chave: Trabalho sexual. Saúde da mulher. Discriminação social. HIV. Profilaxia pré-exposição. Profilaxia pós-exposição. Autoteste. Enquadramento interseccional.

ABSTRACT

Sorrentino, IS. *Between stigma and self-care: experiences and perceptions of PrEP, PEP, and HIV self-testing among cisgender female sex workers in the city of São Paulo* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2024.

The HIV/AIDS epidemic emerged in the late 20th century as one of the great challenges of global public health and represents one of the leading causes of death from infectious diseases worldwide. However, cisgender female sex workers (FSWs) and other socially marginalized populations are disproportionately affected by the epidemic, and pre-exposure and post-exposure prophylaxis and HIV self-testing have become central to strategies aimed to reduce these disparities, under the paradigm of combination prevention. On the other hand, this paradigm presupposes interconnected and evidence-based policies to address multiple dimensions and different populations. This research investigates how the intersection of the stigmas of prostitution, HIV/aids, and other social markers of difference produce experiences and perceptions about the biomedical prevention methods among cisgender FSWs. Methodologically, semi-structured interviews were conducted with 32 women from the municipality of São Paulo, as part of the qualitative component of the Combina! Study. The thematic analysis method was applied to the analysis of the empirical material, guided by the perspective of intersectionality. The results indicate that the internalized, anticipated, perceived, and experienced stigmas by the interviewees are structured mainly around the categories of gender and sex work, intertwined with the stigma of HIV. Regarding the role of these stigmas in experiences and perceptions about prevention methods, inequalities of power in negotiating condom use emerged; restrictions on the right to health and self-care; and lack of dissemination of the new methods. The work contributes to the debate on the demands of FSWs regarding HIV prevention policies. It is also expected to stimulate reflections on the contribution of theoretical frameworks from the social and human sciences to reaffirm the centrality of human rights as a guiding principle in the field of collective health.

Keywords: Sex work. Women's health. Social discrimination. HIV. Pre-exposure prophylaxis. Post-exposure prophylaxis. Self-testing. Intersectional framework.

APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

O doutorado pré-pandêmico

As ideias iniciais para a elaboração desta pesquisa começaram a ser gestadas no segundo semestre de 2019, ainda nos últimos meses da escrita da minha dissertação de mestrado sobre a relação entre a vulnerabilidade ao HIV e as territorialidades da prostituição no bairro da Luz, em São Paulo.

O projeto de doutorado, a partir do qual ingressei neste programa de Saúde Coletiva em dezembro daquele ano, visava dar continuidade aos meus estudos sobre prevenção ao HIV e prostituição com a análise e discussão dos resultados de um dos componentes qualitativos do Estudo Combina! (Grangeiro et al., 2015a). Esse componente – intitulado “Pesquisa formativa para analisar a aceitabilidade e a factibilidade da oferta de autoteste HIV para mulheres profissionais do sexo” – ocorreu entre outubro de 2018 e fevereiro de 2019, quando entrevistei 12 trabalhadoras sexuais da cidade de São Paulo para compreender suas percepções a respeito da oferta do autoteste pelo SUS e dos impactos que isso poderia produzir sobre as suas práticas de prevenção ao HIV.

Porém, a proposta previa também incorporar como fonte primária entrevistas com clientes dessas trabalhadoras sexuais, a serem realizadas ao longo dos quatro anos da pós-graduação, para integrar ao estudo a perspectiva dos homens que contratam os serviços de prostituição.

Com esse desenho, meu maior interesse era problematizar como as concepções desses homens sobre seus papéis sociais e sobre as relações trabalhadora sexual-cliente possivelmente influenciariam a utilização do autoteste HIV nos contextos de prostituição.

Esse olhar me parecia e ainda parece necessário porque normalmente os discursos sobre prevenção ao HIV na prostituição trazem implícita a ideia de que as trabalhadoras sexuais, enquanto “profissionais” do sexo, são as únicas responsáveis por seguir as “práticas de sexo seguro”. No entanto, os obstáculos para a adesão a tais práticas não podem ser compreendidos sem levar em conta as interações com os comportamentos dos clientes, pois eles são parte dessa relação em que ambos trazem seus desejos, seus objetivos, suas concepções sobre riscos, suas perspectivas culturais sobre a prostituição e sobre as relações de gênero, entre outros elementos.

Em uma metáfora muito inteligente, Vitória¹ – uma das entrevistadas da pesquisa formativa – revela de forma cirúrgica como os comportamentos dos clientes expressam, por exemplo, determinadas concepções sobre masculinidade:

¹ Todos os nomes utilizados ao longo do texto são nomes fictícios, visando preservar a identidade das entrevistadas.

...Cliente que propõe – ah, cê faz sem camisinha? – alguns falam ‘sem capa’. Algum super herói para usar capa? [...] Não dá vontade de falar: ‘– mas você tem o Batman aí?’ Não sei por que usaria uma capa, mas beleza. Fazemos só com preservativo, coloco bem grande assim, para a pessoa saber a palavra certa de usar. (Vitória; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 3 anos; Casa Autônoma)

Apesar de reconhecer o desafio que teria pela frente devido às dificuldades para acessar clientes de prostituição, essa seria uma importante contribuição para o campo, que conta com poucos estudos nessa temática. Mas outro desafio maior e inesperado, a pandemia de SARS-COVID-19, viria impor a necessidade de uma readequação da pesquisa à nova conjuntura.

Pandemia-sanduíche

Antes de chegar à explicação sobre essas readequações, vale registrar minha experiência de doutorado-sanduíche no Departamento de Antropologia da Universidade de York, em Toronto, sob supervisão do Prof. Dr. David Murray. Apesar de a pandemia ter praticamente inviabilizado o estágio, narrar essa história é uma maneira de tentar compreender as mudanças nos caminhos que percorri ao longo desses anos, que sem dúvida estão vinculados às transformações do processo dessa pesquisa e da minha relação com ela.

Recém-aprovada no Programa, no final de fevereiro de 2020 eu estava com tudo preparado para realizar formalmente o intercâmbio junto com o meu companheiro à época, que havia sido aprovado no edital do Programa Doutorado-Sanduíche no Exterior, da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Abrir mão da viagem significaria, para além de uma grande frustração, um significativo esforço para desfazer todos os preparativos: o apartamento em que morávamos em São Paulo já estava desmontado e alugado, e várias despesas para nossa chegada em Toronto estavam pagas, já que faltavam apenas duas semanas para a viagem.

Mas as notícias sobre a pandemia foram chegando cada vez mais perto, e tornavam-se a cada dia mais preocupantes. Em princípio discutia-se apenas se era necessário adotar o uso de máscara de proteção e medidas de distanciamento físico para evitar a transmissão do vírus: fui ao aeroporto uma semana antes da viagem para retirar um documento e quase ninguém se preocupava com esses cuidados, mas por precaução comecei a vestir a máscara em todos os locais fechados e evitar sair de casa logo no início de março, poucos dias depois de ser anunciado o primeiro caso da doença no Brasil.

Começaram a ser divulgados o fechamento de aeroportos na Europa e os pedidos dos governos para que seus cidadãos retornassem o mais rápido possível aos países de origem,

tomando as devidas precauções. Tentamos então antecipar o voo em alguns dias, mas uma documentação que precisávamos não estaria pronta a tempo para a única data que havia disponível. Dia a dia a situação tornava-se mais crítica, até que no dia 16 de março, véspera do nosso embarque, o primeiro-ministro do Canadá, Justin Trudeau, também decretou o fechamento das fronteiras do país para cidadãos não-canadenses a partir de 18 de março. O clichê é necessário: a notícia caiu como uma verdadeira bomba sobre o nosso colo. Apesar de embarcarmos no dia 17, nosso voo aterrissaria em Toronto exatamente na madrugada do fatídico dia 18.

Como última saída para tentar salvar a viagem, acordamos no dia 17 e fomos ao Consulado do Canadá para pedir informações mais precisas e saber se poderíamos tentar alguma outra solução, mas o escritório já estava fechado por tempo indeterminado devido à pandemia. Então seguimos ao aeroporto para pedir informações à companhia aérea, e finalmente descobrimos que estaríamos no último voo autorizado a embarcar estrangeiros, portanto tínhamos permissão para entrar no país.

Apesar das decisões tomadas em um contexto de muitas incertezas, inclusive sobre o posicionamento da CAPES em relação aos alunos que estariam no exterior, decidimos seguir com os planos por nossa conta e risco, embora não soubéssemos bem a proporção desse risco. Naquele momento, imaginávamos que o pior cenário seria apenas ficarmos “presos” no Canadá por algumas semanas até a reabertura das fronteiras – na verdade, essa reabertura só foi acontecer quase um ano depois.

Nossa primeira experiência em Toronto foi cumprir uma quarentena de 14 dias totalmente isolados na casa que havíamos alugado para nossa temporada, com mantimentos entregues na porta por uma conhecida que se dispôs a fazer as compras para nós. Nossa interação se resumia a cumprimentos com gestos e sorrisos através da pequena janela em que ela batia para nos avisar quando deixava as sacolas na escada do lado de fora.

A cidade de Toronto aderiu a um rígido *lockdown* que começou a ser flexibilizado apenas em julho de 2020, e durante todo o ano que passamos lá a Universidade não teve atividades presenciais, o que sem dúvidas prejudicou bastante os planos de estudos – participei apenas de algumas reuniões virtuais do Centre for Feminist Research, ligado à própria York University, cujo papel é promover estudos feministas transnacionais, interdisciplinares e interseccionais.

Mas, ao mesmo tempo, quando eclodiu a onda de protestos contra o racismo após a polícia de Minneapolis (Minnesota, EUA) assassinar o afro-americano George Floyd, em 25 de maio de 2020, participei de algumas das manifestações locais do movimento internacional que

ficou conhecido como *Black Lives Matter* (Vidas Negras Importam, em tradução livre), onde foram rememorados diversos casos semelhantes ocorridos em Ontário. Para mim, particularmente, foi acima de tudo uma oportunidade de catarse diante da minha tristeza e revolta com as falas e ações políticas do então presidente brasileiro Jair Bolsonaro (2019 – 2023) em relação à pandemia e a todas as pautas envolvendo direitos humanos.

Além disso, contribuí com o *People's Pantry Toronto*, um coletivo com o objetivo de distribuir refeições prontas e alimentos para famílias em maior vulnerabilidade social que passaram por dificuldades para ter acesso a esse direito básico.

A potência de estar nas ruas e o senso de coletividade me trouxeram quase um sentimento de pertencimento, que me sustentou durante os períodos de isolamento e me permitiu conhecer algumas pessoas admiravelmente solidárias: para citar só um exemplo, Nila Gupta propôs conversarmos uma vez por semana por videochamadas para treinar o inglês mas, mais do que isso, ela estava atenta à minha condição de chegar ao país naquele momento e me ensinou a trafegar pelas instituições canadenses para lidar com várias adversidades.

Mas estar fora do Brasil nesse contexto trouxe outro sentimento paradoxal: me resenti por não participar concretamente das ações organizadas pelos coletivos daqui para garantir um mínimo de segurança para as trabalhadoras sexuais diante de um governo que adotou como política o descaso e o negacionismo. O que pude fazer, por meio das redes de contatos virtuais que estabeleci em Toronto, foi denunciar a situação vivida pelas prostitutas no Brasil durante a pandemia e divulgar as campanhas de arrecadação de recursos que aceitavam doações em dinheiro.

Ainda hoje não sei dizer se ter insistido em ir para lá foi a decisão mais acertada; se o adiamento do plano me permitiria ter mais proveitos acadêmicos ou se, ao contrário, eu não teria uma segunda chance para viver a experiência de morar em outro país e – mesmo com todas as limitações – adquirir os aprendizados que se refletiram no amadurecimento da minha pesquisa, que incluem desde a melhora da minha habilidade na língua inglesa até as transformações sutis que o contato com outras culturas proporciona.

Foi somente em uma conversa recente com uma colega que, brincando, falei para ela que eu tinha feito uma “pandemia-sanduíche”: a pandemia estava aí de qualquer maneira; eu a vivi lá e aqui, quando voltei. Quando encontrei essa expressão, pelo menos a experiência fez mais sentido para mim.

Doutorado pós-pandêmico

Voltando ao que dizia antes dessa digressão, a pesquisa mal tinha se iniciado quando a pandemia eclodiu, e esse cenário impôs drásticas mudanças nos contextos de trabalho sexual, conforme se vem discutindo tanto na esfera acadêmica quanto no âmbito dos movimentos sociais (Santos et al., 2020; Blanchette et al., 2020; Fedorkó; Stevenson; Macioti, 2021; Mantell et al., 2021).

Em relatos concedidos para reportagens jornalísticas e pesquisas acadêmicas, as trabalhadoras sexuais contam como ocorreram diversas adaptações nas dinâmicas dessa atividade: houve maior dificuldade para o funcionamento de estabelecimentos como boates, privês, prédios e casas de massagem durante o *lockdown*; onúmero de clientes reduziu significativamente; algumas mulheres interromperam temporariamente o trabalho para voltar à casa de seus parentes, outras passaram a utilizar plataformas de *internet* para vender seus serviços sem sair de casa, entre outras situações cujas repercussões, inclusive, se refletiram para além desse período. Diante dessa nova realidade, junto à minha orientadora decidi não realizar a pesquisa com clientes durante as restrições sanitárias adotadas em função da COVID-19, pois a incerteza do tempo de vigência das normas restritivas de circulação e a dificuldade do acesso aos potenciais entrevistados nessa conjuntura alteraram substancialmente a viabilidade de empreender um trabalho de campo que seria, mesmo em condições normais, bastante complexo. Somado a esse fator, consideramos metodologicamente incoerente comparar depoimentos coletados no período pré e pós-pandêmico, pois tratavam-se de conjunturas muito diferentes, como já mencionei.

Optamos por analisar as entrevistas sobre autoteste de HIV em conjunto com outros componentes qualitativos do Estudo Combina!, que tratavam sobre percepções e/ou experiências das trabalhadoras sexuais com relação ao uso de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) ou Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP Sexual).

Levando em conta que ainda existem lacunas no conhecimento sobre os desafios e potencialidades que esses novos métodos trazem para a prevenção ao HIV/aids nas relações de prostituição, sobretudo no tocante à compreensão de como os fatores estruturais e socioculturais condicionam o uso de tais recursos biomédicos pelos indivíduos (Bekker et al., 2015; Beyrer et al., 2015; Shannon et al., 2018), avaliamos que os depoimentos produzidos trazem importantes oportunidades para reflexões teóricas e empíricas. A partir deles é possível abordar algumas dessas lacunas, e constituir um quadro que colabore também para investigações com o intuito de discutir a conjuntura posterior à emergência da pandemia de SARS-COVID-19.

A escolha não implica, portanto, deixar de considerar que as percepções e experiências na prevenção ao HIV/aids são fundamentalmente relacionais, nem tampouco ignorar como elas foram afetadas em muitos aspectos após o surgimento da pandemia. Muitas questões novas não estão contempladas diretamente em nosso escopo de pesquisa, mas ao trazer análises sobre o cenário existente até aquele momento pretendemos contribuir para futuros estudos que se debrucem sobre esses temas, oferecendo uma base comparativa, por exemplo.

Partindo dessa premissa, a reconfiguração do projeto de tese representou justamente uma estratégia para não abrir mão de ampliar o debate sobre a prostituição, mesmo que sob outra ótica em relação ao projeto original, visando contribuir para a construção de espaços de visibilidade e protagonismo para um grupo historicamente marginalizado.

O presente texto está subdividido em oito seções, contando com essa seção de Apresentação. A Introdução (seção 2) contextualiza o problema e pesquisa e tem mais três subseções: 2.1) a primeira explica as circunstâncias em que a prevenção combinada emergiu como estratégia para o controle da epidemia de HIV, e identifica como o termo passou a ser utilizado com diferentes conotações distantes da proposta original; 2.2) a segunda discute brevemente o papel das intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, argumentando que a articulação entre ambas é intrínseca e fundamental para as estratégias de prevenção combinada ao HIV; 2.3) finalmente, a terceira subseção debate os principais achados de pesquisas que abordaram os fatores estruturais na prevenção combinada ao HIV nos contextos de trabalho sexual.

Em seguida, são apresentados os Objetivos (seção 3) da tese, os Referenciais Teóricos (seção 4) e a descrição da Metodologia do estudo (seção 4), que inclui o desenho geral do Estudo Combina! (4.1, 4.2 e 4.3) e as características mais detalhadas dos componentes qualitativos com as trabalhadoras sexuais (4.4), a estrutura dos instrumentos de coleta de dados (4.5), os procedimentos de análise de dados (4.6), e os aspectos éticos relacionados à pesquisa (4.7).

Na seção 5 apresentam-se os Resultados, que incluem a caracterização das participantes do estudo quanto ao perfil sociodemográfico e aos contextos e dinâmicas de trabalho (5.1) e a apresentação dos dados segundo as seguintes categorias temáticas identificadas no processo de análise do material empírico: Prostituição, estigmas e marcadores sociais da diferença (5.2); Percepções sobre o HIV/aids e negociação do uso do preservativo (5.3); Conhecimento, acesso, experiências de uso e percepções sobre os novos métodos biomédicos de prevenção (5.4); Experiências de uso e percepções sobre a PEP Sexual e a PrEP (5.5) e Aceitabilidade do autoteste de HIV (5.6).

A seção 6 apresenta a discussão desses resultados, articulados em torno de dois temas centrais: Estigma interseccional e empoderamento comunitário no trabalho sexual (6.1); Estigmas interseccionais nas experiências e percepções sobre os novos métodos biomédicos de prevenção (6.2). Nesse último, discutem-se a Negociação do uso do preservativo e motivação para a procura da PEP e PrEP; as Restrições do direito à saúde e direitos humanos nas experiências de uso dos novos métodos biomédicos; e a Relação entre conhecimento sobre o HIV e os processos de estigmatização.

Finalmente, a seção 7 traz as Considerações Finais, onde se faz uma reflexão sobre o processo dessa pesquisa quanto à realização dos objetivos do estudo, às limitações metodológicas e desafios que se apresentaram durante o percurso, e às contribuições que ela traz para o campo e para futuras investigações.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 A emergência da prevenção combinada como estratégia para o controle da epidemia de HIV	9
1.2 O lugar das intervenções estruturais na prevenção combinada ao HIV	12
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Aproximações entre estigma e interseccionalidade e o conceito de estigma interseccional	17
4. METODOLOGIA	20
4.1 Desenho geral do Estudo Combina!	20
4.2 Estudo Combina! - Fase 1	21
4.3 Estudo Combina! - Fase 2	23
4.4 Componentes qualitativos do Estudo Combina! com as trabalhadoras sexuais.....	27
4.5 Instrumentos de coleta.....	29
4.6 Procedimentos de análise	30
4.7 Aspectos Éticos	30
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
5.1 Características das participantes do estudo	32
5.1.1 Características sociodemográficas	32
5.1.2 Contextos e dinâmicas de trabalho.....	34
5.2 Prostituição, estigmas e marcadores sociais da diferença	36
5.3 Percepções sobre o HIV/aids e negociação da prevenção.....	45
5.3.1 Percepções sobre o HIV/aids	46

5.3.2	Negociação do uso do preservativo	50
5.4	Conhecimento, acesso, experiências de uso e percepções sobre os novos métodos biomédicos de prevenção	56
5.4.1	Conhecimento e acesso ao autoteste de HIV e às profilaxias pré e pós-exposição sexual.....	57
5.4.2	Experiências de uso e percepções sobre a PEP Sexual e a PrEP	67
5.4.3	Aceitabilidade do autoteste de HIV	80
6.	SÍNTESE DOS RESULTADOS E COMPARAÇÃO COM OUTROS ESTUDOS.	89
6.1	Estigma interseccional e empoderamento comunitário no trabalho sexual	90
6.2	Estigmas interseccionais nas experiências e percepções sobre os novos métodos biomédicos de prevenção	92
6.3	Negociação do uso do preservativo e motivação para a procura da PEP e PrEP	94
6.4	Restrições do direito à saúde e direitos humanos nas experiências de uso dos novos métodos biomédicos	96
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
8.	REFERÊNCIAS	101

1. INTRODUÇÃO

No final do século XX a epidemia de HIV/aids eclodiu como um dos grandes desafios no campo da saúde, e ainda hoje representa uma das principais causas de morte por doenças infecciosas no mundo, embora algumas políticas para mudar esse cenário tenham obtido um resultado considerável nos últimos 17 anos. Em 2004, quando se registrou o pico de mortes anuais relacionadas à aids, foram 3,1 milhões de casos; desde então o número caiu para 2,0 milhões em 2005, 1,4 milhão em 2010, 690 mil em 2020 e, finalmente, 650 mil em 2021.

Já o número de novas infecções anuais por HIV, cujo maior nível foi registrado em 1996 (3 milhões), foi reduzido quase à metade nas duas décadas seguintes. Mas o ritmo de desaceleração na quantidade de novos casos diminuiu gradativamente a partir de 2016 e, por isso, o número de pessoas que contraem o HIV anualmente continua a ser preocupante (1,5 milhão de casos em 2021); entre 2020 e 2021 a taxa de novas infecções decresceu apenas 3,6%, sendo a variação menos significativa desses últimos cinco anos.

Esses dados foram apresentados no relatório mais recente lançado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), durante a 24ª Conferência Internacional de aids (Joint United Nations Programme on HIV/aids - UNAIDS, 2022), e indicam a reemergência de dificuldades para que a epidemia seja superada, assim como reacendem a necessidade de discutir as direções escolhidas para atingir esse objetivo.

Dentro desse contexto geral, marcadores de diferenciação social como raça/cor, classe, idade, status migratório e orientação sexual, por exemplo impactam na prevalência e no risco de agravos de alguns grupos – notadamente travestis e mulheres transexuais, jovens homens que fazem sexo com homens, usuárias/os de drogas injetáveis e trabalhadoras sexuais. Assim, elucidar as relações sociais ligadas à dinâmica da epidemia em diferentes contextos é um caminho necessário para garantir a equidade no direito à saúde dessas populações.

A UNAIDS estima que 50% das trabalhadoras sexuais no mundo não têm acesso a nenhum programa de prevenção, e que essa população seja 30 vezes mais suscetível a contrair HIV do que as mulheres cisgênero não relacionadas a essa atividade (Joint United Nations Programme on HIV/aids - UNAIDS, 2022). Além disso, um estudo de 2015, baseado em um modelo matemático que considerou trabalhadoras sexuais de 50 países de baixa e média renda, incluindo o Brasil, aponta que nesse grupo o risco de infecção é 13,5 vezes maior do que na população feminina em idade reprodutiva (Baral et al., 2012).

Esses números devem ser relativizados, pois tratam-se de generalizações sobre realidades bastante diferentes a depender dos cenários epidêmicos, sociais, políticos e econômicos locais, além de serem limitados por diversos fatores, como a acuidade dos dados

registrados nos sistemas de vigilância epidemiológica, nos quais se baseiam os relatórios da UNAIDS. Mas mesmo assim eles mostram a dimensão do problema em nível macro, permitindo-nos constatar a negligência do direito à saúde sexual para as trabalhadoras sexuais, não obstante o fato de que o principal tema de pesquisas sobre essa população seja exatamente o risco para contrair HIV/aids (Baral et al., 2012; Murray; Oliveira; Dutta, 2018; Shannon et al., 2018).

Levantamentos específicos epidemiológicos sobre HIV e outras IST entre trabalhadoras sexuais no Brasil indicam, por sua vez, que houve uma redução muito expressiva das taxas de prevalência nesse grupo entre 1996 e 2000/2001 (de 17,8% para 6,4%) (Corrêa et al., 2011), seguida por uma nova redução para 5% em 2009, quando foi realizada uma pesquisa baseada na metodologia *Respondent-Driven Sample* com 2.523 trabalhadoras sexuais de 10 cidades brasileiras. Mas em 2016, quando a mesma metodologia foi aplicada para uma nova onda do estudo, com uma amostra de 4.245 trabalhadoras sexuais em 12 cidades, não foi observada alteração estatisticamente relevante na taxa, que ainda caracteriza uma epidemia concentrada e corresponde atualmente a cerca de dez vezes a prevalência registrada para mulheres entre 15 e 49 anos no país (Szwarcwald; Almeida; Damacena, 2018).

Depois de quatro décadas de ativismo social e experiências com políticas públicas para enfrentar o HIV/aids, é imprescindível reconhecer que esses panoramas estão conectados a múltiplos fatores políticos, culturais e econômicos intrínsecos às experiências sociais dos indivíduos, e que só é possível modificá-los por meio de ações fundamentadas na compreensão de como esses aspectos se inter-relacionam em cada conjuntura, sobretudo para atender às comunidades mais atingidas pela epidemia.

Tome-se como exemplo o próprio protagonismo do movimento social das trabalhadoras sexuais no Brasil na luta contra o HIV/aids: seu marco de fundação é o histórico I Encontro Nacional de Prostitutas (I ENP), ocorrido na cidade do Rio de Janeiro em 1987 sob a liderança de Gabriela Leite², mas a articulação política que tornou esse Encontro possível remete a 1979, quando organizou-se no centro da cidade de São Paulo a primeira manifestação de prostitutas

²Gabriela Leite (1951-2013) foi uma prostituta e socióloga paulistana que, preocupada com questões sociais desde a adolescência, tornou-se mais tarde o principal nome do movimento social de prostitutas no Brasil. Colocou-se nas ruas contra a ditadura civil-militar no Brasil (1964-1985) desde 1979, quando liderou a passeata mencionada. Durante a maior parte de sua carreira, porém, ela viveu e trabalhou na cidade do Rio de Janeiro, de onde começou a organizar o movimento de prostitutas articulando-se a outras trabalhadoras sexuais. Em 1987 organizou, ao lado delas, o I Encontro Nacional de Prostitutas e fundou a Rede Brasileira de Prostitutas (RBP), existente até hoje. Concebeu, ainda, a Organização Não-Governamental Davida, o Jornal Beijo da Rua e a grife DASPU, geridos, a partir de sua morte, por pesquisadores e militantes que já eram ligados aos projetos.

no país, desencadeada pela violência policial que levou ao assassinato de duas travestis e uma mulher gestante na Avenida São João, nas proximidades de um prédio de prostituição onde Gabriela trabalhava à época.

No I ENP 70 mulheres de 11 estados do país se reuniram, fundaram a Rede Brasileira de Prostitutas (Helene, 2017, p. 4) e assumiram a liderança para a construção de respostas à epidemia junto a essa população (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015, p. 172), contribuindo para se contrapor ao conceito de “grupos de risco” e para o desenvolvimento da metodologia de educação por pares, com o objetivo de “formar uma cadeia de transmissão de informações sobre prevenção do HIV” (Corrêa et al., 2011, p. 18) a partir de agentes multiplicadores.

Ao longo dos anos, desde 1987, fundaram-se várias associações locais, como o Núcleo de Estudos da Prostituição (NEP), em Porto Alegre, o Grupo de Mulheres Prostitutas do Estado do Pará (Gempac), a Associação das Prostitutas da Bahia (Aprosba), a Associação de Profissionais do Sexo do Maranhão (Aprosma), a Associação de Prostitutas de Minas Gerais (Aprosmig), entre outras, que encabeçaram experiências diversas para prevenção do HIV e outras IST baseadas na metodologia da educação por pares: o Projeto Previna (1988 a 1990), seguido pelos projetos Previna II (1994), Esquina da Noite (2002) e Sem vergonha, garota (2006) (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA, 2013, p. 42–44; Corrêa et al., 2011; Leite; Murray; Lenz, 2015).³

Nos anos 2000 a bandeira do movimento, já mais fortalecido, se ampliou para levantar questionamentos quanto à regulamentação da prostituição como atividade profissional, seguindo um debate que se sucedeu à assinatura, por 80 países, do Protocolo Opcional da Convenção da ONU sobre Crimes Transnacionais para Erradicar, Prevenir e Punir o Tráfico de Pessoas (Casa Civil da Presidência da República, 2004).

Em 2002, com apoio do então deputado federal Fernando Gabeira, houve a inclusão da atividade de *profissional do sexo* (válida tanto para mulheres quanto para homens) na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (Brasil, 2002). Em 2005 destacou-se também a conquista do movimento ao conseguir barrar um projeto para prevenção e controle da aids que seria financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), pois a agência colocava a condição de que o governo brasileiro impedisse o repasse de recursos para instituições que defendessem a legalização da

³ Nem todas as Associações aqui citadas estavam formalizadas quando essas campanhas de prevenção foram implementadas, mas muitas de suas lideranças atuaram diretamente nos projetos em seus estados e municípios.

profissão de trabalhador/a sexual e não se opusessem explicitamente a essa atividade (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA, 2013, p. 17).

Mas os importantes êxitos que a CBO-2002 e o enfrentamento à USAID em 2005 representaram para as trabalhadoras sexuais não foram suficientes para intimidar as forças conservadoras do Congresso Nacional, cuja Mesa Diretora arquivou os projetos de lei propostos por ex-deputados federais para regulamentar a prostituição no Brasil – PL 98/2003, também de autoria de Fernando Gabeira, que propõe a descriminalização da atividade com a supressão dos arts. 228, 229 e 231 do Código Penal; o projeto de regulamentação 4244/2004, de Eduardo Valverde, e finalmente o PL 4211/2012, de Jean Willys.

Em contrapartida, o projeto do ex-deputado da bancada evangélica João Campos (PL 377/2011), que criminaliza o pagamento por serviço sexual – a exemplo do que ocorre em países como a França, a Suécia, a Noruega, entre outros – está aguardando designação de relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, que é o primeiro passo para sua tramitação.

Também por pressão da bancada evangélica, em 2013 o então Ministro da Saúde Alexandre Padilha censurou uma campanha em comemoração ao Dia Internacional das Prostitutas, (2 de junho), e exonerou o então Diretor do Departamento de DST/Aids/HV, Dirceu Greco, responsável pela aprovação do material. A campanha visava, originalmente, estimular a prevenção às IST associada à luta contra o estigma da prostituição, mas o Ministro não autorizou a divulgação dos cartazes que traziam frases como “Eu sou feliz sendo prostituta”; “Não aceitar as pessoas da forma que elas são é uma violência” e “Amo o que faço”, declarando que apenas mensagens “diretamente relacionadas à prevenção de IST” seriam assinadas pela pasta. Diante disso, várias integrantes da Rede Brasileira de Prostitutas enviaram notificações extrajudiciais ao Ministério, pedindo a suspensão de toda a campanha e desautorizando o uso de suas imagens, que constavam nos cartazes (Leite; Murray; Lenz, 2015; Murray; Brigeiro; Monteiro, 2021).

Levando em conta os retrocessos observados nessa breve trajetória das políticas relatadas acima e as evidências produzidas nos últimos anos sobre o impacto direto que o estigma, a violência por parte de clientes e de agentes do Estado, as relações de gênero, os contextos de trabalho e a falta de garantia de direitos humanos representam no curso da epidemia de HIV entre trabalhadoras sexuais (Krüsi et al., 2014; Shannon et al., 2014, 2015; Boily; Shannon, 2017; Lyons et al., 2020; Logie et al., 2020, 2021;), o cenário brasileiro é preocupante.

Assim, ainda é preciso reforçar a importância da dimensão estrutural na prevenção combinada ao HIV, tal como foi definida na Conferência Internacional de aids do México, em 2008:

“Combination prevention programmes are rights-based, evidence-informed, and community-owned programmes that use a mix of biomedical, behavioural, and structural interventions, prioritized to meet the HIV prevention needs of particular individuals and communities, so as to have the greatest sustained impact on reducing new infections.” (apud Hankins; De Zaluondo, 2010)

Entretanto, grande parte das pesquisas que explora o tema do HIV na prostituição ainda se baseia fortemente na análise de fatores de risco individuais (Vanwesenbeeck, 2014; Murray; Oliveira; Dutta, 2018; Saunders, 2022), por uma perspectiva biomédica; chegam a apontar o estigma e o desrespeito aos direitos humanos como aspectos associados à maior ou menor exposição individual à infecção, mas quase sempre se abstêm do engajamento no debate sobre as relações sociais que mediam essa associação, o que ocasiona políticas pouco comprometidas em mudar esses contextos.

Da mesma forma, as políticas globais para o controle da epidemia têm se dissociado progressivamente dessa perspectiva, que foi predominante nos anos 1980 e 1990 graças aos resultados das pressões e ações de movimentos da sociedade civil.

Durante um período, com o substancial avanço dos conhecimentos científicos para o tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids desde 1996 – a partir do desenvolvimento das primeiras terapias antirretrovirais – a análise de custo-benefício passou a determinar cada vez mais a dinâmica das políticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros órgãos em relação ao tema, priorizando o direcionamento de recursos para a prevenção primária em detrimento da oferta universal de tratamento para as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), mas a pressão dos movimentos pelo direito ao tratamento das PVHIV foi vitoriosa, como analisa Parker (2011).

“na época da 14ª Conferência Internacional sobre aids, realizada em Barcelona em 2002, a batalha ética e ideológica estava essencialmente ganha. Embora ainda existissem grandes dúvidas sobre como implementar o tratamento de modo a garantir o acesso a todas as pessoas que necessitassem dele em todo o mundo, estava essencialmente encerrado o debate sobre se o acesso universal era uma obrigação moral.” (Parker, 2011, p. 16)

Porém, na última década o movimento inverso tem acontecido como resultado do desenvolvimento das chamadas “novas tecnologias biomédicas de prevenção”: a prevenção combinada – inicialmente entendida como um conjunto de políticas interligadas e baseadas em evidências para atender às múltiplas dimensões que caracterizam a epidemia de HIV em

diferentes populações (Piot et al., 2008) – reduziu-se, na prática, à discussão sobre a oferta dessas novas tecnologias para que os indivíduos possam escolher, dentre elas, as opções que supostamente melhor atendam à sua necessidade (Aggleton; Parker, 2015).

Enquanto isso observou-se o enfraquecimento político dos grupos de *advocacy* em torno das pautas de direitos humanos, devido à redução de recursos para o financiamento das Organizações Não-Governamentais (ONG) no campo do HIV/aids – influenciado pela descentralização e redução de financiamento de fundações internacionais – aos problemas burocráticos-administrativos que afetaram a continuidade do funcionamento dessas instituições (Parker, 2011), e às pressões de grupos conservadores, que apoiam por exemplo a criminalização da prostituição em nível nacional e internacional (Murray; Brigeiro; Monteiro, 2021).

Não se trata de menosprezar as potencialidades dessas tecnologias, uma vez que a diversificação das opções para evitar novas infecções, até há pouco limitadas aos preservativos interno e externo e à testagem, traz como grande contribuição oferecer aos indivíduos maiores possibilidades de adaptar as estratégias de prevenção às suas multifacetadas realidades e escolhas pessoais e, assim, colaborar de fato para se atingir o fim da epidemia (Grangeiro et al., 2015b).

Mas, ao mesmo tempo, é imprescindível reconhecer e resgatar os aprendizados sobre a relevância da participação social no histórico das respostas à epidemia para garantir que as políticas de disponibilização desses insumos representem respostas efetivas às conjunturas locais, inclusive levando em conta a mesma perspectiva de custo-efetividade que foi utilizada como argumento anteriormente para restringir o acesso ao tratamento para as PVHIV (Bekker et al., 2015). Para tanto, as estratégias precisam estar alinhadas às práticas e saberes das comunidades afetadas pelo HIV, e centradas nos direitos humanos que constituem a base da autonomia individual e coletiva (Aggleton; Parker, 2015; Grangeiro; Kuchenbecker; Veras, 2015; Zucchi et al., 2018).

Visando contribuir para aprofundar o atual estado de conhecimento sobre o tema, essa pesquisa discute particularmente como os estigmas interseccionais atravessam as percepções e experiências de uso de novos métodos biomédicos de prevenção (particularmente a PEP Sexual, a PrEP e o autoteste HIV) entre mulheres cisgênero que exercem trabalho sexual, com base em um estudo pragmático de implementação dessas tecnologias em serviços de saúde brasileiros entre 2015 a 2019 – denominado Estudo Combina!.

1.1 A emergência da prevenção combinada como estratégia para o controle da epidemia de HIV

Adotado pela primeira vez em 2003 pelo Global HIV Prevention Working Group (Hankins; De Zaluondo, 2010), a noção de prevenção combinada pode ser considerada como uma construção derivada das experiências que permitiram compreender a importância de ações e políticas multidimensionais na abordagem da prevenção ao HIV, destacando-se os modelos desenvolvidos no Brasil, Tailândia e Uganda.

O êxito dos diferentes programas implementados nesses países, reconhecidos mundialmente, esteve fortemente atrelado à participação ativa de setores da sociedade civil no direcionamento das respostas ao HIV junto às suas comunidades e aos governos, que levou à constituição de políticas públicas mais ajustadas às realidades locais e pautadas na garantia de direitos humanos como fundamento para reduzir a vulnerabilidade ao HIV entre populações socialmente marginalizadas e, por isso, mais atingidas pela epidemia.

A Conferência Internacional de AIDS de 2008, sediada no México, foi um marco para a definição da prevenção combinada como a associação entre intervenções estruturais, comportamentais e biomédicas para reduzir o número de novas infecções por HIV, a partir da premissa de que o controle da epidemia prescinde de programas baseados em evidências científicas, no reconhecimento dos direitos humanos e na participação comunitária.

Well designed combination prevention programmes are carefully tailored to national and local needs and conditions; focus resources on the strategic mix of programmatic and policy actions required to address documented risks and needs; and are thoughtfully planned and managed to operate synergistically, strategically, and consistently over time and on multiple levels to address both immediate risks and underlying drivers of vulnerability and risk. They mobilize community, private sector, government, and global resources in a collective undertaking. They require and benefit from enhanced partnership and coordination. And they incorporate sufficient flexibility to permit ongoing assessment and continual improvement of strategies over time. (Hankins; De Zaluondo, 2010, p. 72)

Dois meses após a Conferência, a revista *Lancet!* lançou uma edição voltada a discutir propostas para abordar os aspectos estruturais (Gupta et al., 2008), biomédicos (Padian et al., 2008) e comportamentais (Coates; Richter; Caceres, 2008) da prevenção ao HIV. Em outra série publicada no mês seguinte, Peter Piot e colaboradores (Piot et al., 2008), ratificaram a proposição já expressa na definição da Conferência sobre a importância de abordagens localmente contextualizadas, baseadas em evidências e comprometidas com os direitos humanos como pressupostos da prevenção combinada.

Ao longo dos anos, porém, o termo passou a ser amplamente utilizado nas pesquisas, formulação e implementação de políticas relacionadas ao HIV para se referir, de forma mais genérica, à mera associação de estratégias biomédicas de prevenção como forma de garantir maior efetividade no controle do HIV. E à medida que a expressão ganhou amplitude ela também passou a ser aplicada para designar concepções não necessariamente alinhadas ao conceito inicialmente proposto, sobretudo no que se refere à centralidade dos direitos humanos (Murray; Brigeiro; Monteiro, 2021).

Essa problematização ganha destaque sobretudo a partir de 2014, quando a UNAIDS lançou a estratégia 90/90/90 para acabar com a epidemia de aids em 2030, e passou a recomendar o Tratamento como Prevenção (TcP) como principal ferramenta para implementá-la. O objetivo da agência era que, até o ano de 2020, houvesse zero preconceito, 90% das pessoas com HIV fossem testadas – portanto conhecessem seu status sorológico – 90% dessas aderissem ao tratamento com antirretrovirais, independentemente da carga viral, e 90% das pessoas em tratamento mantivessem carga viral indetectável. Segundo os modelos matemáticos, essa situação levaria a uma redução da transmissão do vírus capaz de garantir o alcance da meta para 2030 (Joint United Nations Programme on HIV/aids, 2016).

Vale registrar que o governo brasileiro já havia adotado o TcP em dezembro de 2013, ao aprovar o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção por HIV em adultos, em que o Ministério da Saúde recomenda o início precoce da Terapia Antirretroviral (TARV) em adultos com HIV, independentemente do estágio clínico da infecção ou da contagem do CD4, respeitando o consentimento do usuário (Monteiro et al., 2019b).

Um dos grandes alvos das críticas à estratégia do TcP é que todas as outras ações voltadas ao engajamento dos movimentos sociais nas respostas à epidemia têm sido gradualmente dificultadas desde os anos 2000, por meio de estratégias como a cooptação de ativistas pelos organismos internacionais, incorporando-os como técnicos, e o fortalecimento da indústria farmacêutica, com seus interesses mercadológicos, na definição das políticas públicas junto à OMS e outras instituições de financiamento aos programas de prevenção (Aggleton; Parker, 2015; Maksud; Fernandes; Filgueiras, 2015; Monteiro et al., 2019a; Murray; Brigeiro; Monteiro, 2021). No lugar da prevenção combinada, cuja formulação deveria ser local e multidimensional, se estabelece uma política global, de forma verticalizada, concentrada em dispositivos biomédicos – sobretudo a testagem e terapias antirretrovirais. Mas os contextos sociais e políticos muitas vezes desafiam a lógica de que os serviços de saúde sejam os locais privilegiados onde os indivíduos têm acesso a informações e recursos a fim de se proteger do HIV, sob o aconselhamento de um profissional da área.

No contexto brasileiro, estudos mostram que questões como a capacitação dos profissionais de saúde e suas percepções individuais sobre a eficácia das profilaxias, questões estruturais e organizacionais são alguns dos fatores que impactam a implementação eficaz da PEP, da PrEP e do autoteste HIV nos serviços de saúde (Ferraz et al., 2019; Maksud; Fernandes; Filgueiras, 2015; Zucchi et al., 2018).

A prevenção combinada, para ser efetiva e concordante com a proposta original, da Conferência do México, precisaria abarcar essas realidades e fortalecer as comunidades como agentes de transformações nas normas e práticas sociais, de forma que as estratégias de prevenção sejam aceitas pela população, disponíveis para todos, e promovidas de forma ampla e sensível (Kippax, 2012, p. 6).

Outro questionamento relevante refere-se à hierarquização e fragmentação entre fatores estruturais, comportamentais e biomédicos nos modelos de prevenção combinada, geralmente representados por um diagrama no qual aparecem três círculos concêntricos: o primeiro designa as “populações-chave e prioritárias”; o segundo é composto por diversas estratégias disponíveis para prevenir e tratar o HIV; e o último, de dentro para fora, indica os “marcos legais e outros fatores estruturais” que circunscrevem os demais elementos da figura (Ferraz, 2016).

É pertinente indagar, por exemplo, porque os “marcos legais e outros fatores estruturais” são mencionados como uma categoria cujos componentes não precisam ser especificados. Um dos pilares da estratégia 0/90/90/90, junto com a redução do número de infecções, era atingir até 2020 “zero discriminação” contra as PVHIV. Também se sabe que a pobreza, a homofobia, transfobia e travestifobia, o racismo e o machismo estão intimamente relacionados às normas e práticas sociais que, como referimos acima, precisam ser enfrentados. Porém, nenhum desses aspectos é explicitamente elencado no diagrama – a própria estratégia 0/90/90/90 é muitas vezes citada sem alusão ao objetivo de acabar com a discriminação das PVHIV.

Um último tópico que merece discussão refere-se aos dilemas na produção de conhecimentos que informam as políticas de prevenção combinada ao HIV: algumas das dificuldades indicadas na literatura são, por exemplo, as tensões entre os conhecimentos produzidos na academia e fora dela (Murray; Oliveira; Dutta, 2018; Daryani et al., 2021; Saunders, 2022); a carência de ensaios clínicos para avaliar a eficácia das terapias antirretrovirais (ART) em alguns grupos populacionais específicos, como as transexuais e trabalhadoras sexuais (Bekker et al., 2015); e a falta de comprometimento dos pesquisadores em desenhar protocolos que envolvam as comunidades na própria definição dos temas de investigação, dos métodos de coleta de dados, dos aspectos éticos a serem observados na

realização dos estudos, assim como na condução das atividades (Jeffreys, 2009; Van Der Meulen, 2011).

Voltando ao pressuposto de que a prevenção combinada tem como meta delinear programas capazes de responder às necessidades dos grupos aos quais se direcionam, de forma a tornar as soluções não só eficazes, mas também efetivas (Kippax, 2012; Kippax; Stephenson, 2012), todos esses aspectos são fundamentais para validar os dados que servirão como base para as ações posteriores.

1.2 O lugar das intervenções estruturais na prevenção combinada ao HIV

Na seção anterior apontou-se como a busca de soluções para a epidemia de HIV/aids está imbricada a diversos fatores estruturais desde sua eclosão, na década de 1980, mas essa perspectiva ainda tem sido pouco estudada ao longo desses 40 anos.

A presente seção tem por objetivo discutir, mesmo que de forma breve, como os fatores estruturais são considerados nas principais abordagens conceituais para prevenção ao HIV e como têm sido articulados aos fatores comportamentais e biomédicos, desde o início da epidemia até os dias atuais.

Diversos enfoques, historicamente situados mas não necessariamente excludentes, têm sido propostos para tentar lidar com a questão como problema de saúde pública: desde a identificação de “grupos de risco”, adotado amplamente por alguns anos na década de 1980, até as estratégias do “tratamento como prevenção” (TcP), dos anos 2010, passando por modelos como o Voluntary Counselling and Testing (VCT), educação por pares, redução de danos para usuários de drogas injetáveis, Provider-Initiated HIV Testing and Counseling (PICT), entre outros (Hankins; De Zaluondo, 2010; Monteiro et al., 2019).

Tornou-se consenso classificar essas medidas dentro de três eixos, os quais têm sido amplamente utilizados na literatura sob as denominações de fatores biomédicos, comportamentais e estruturais de prevenção ao HIV. O enfoque biomédico inclui a pesquisa para o desenvolvimento e comprovação de eficácia de tecnologias, mas também se refere ao escaneamento e tratamento de outras ISTs, incentivo às circuncisões masculinas, testagem das mulheres em pré-natal para iniciar, se for o caso, a profilaxia contra a transmissão vertical, entre outras ações. As medidas e estratégias ligadas ao eixo comportamental, por sua vez, visam conscientizar os indivíduos e grupos sobre suas formas de exposição à infecção e instrumentalizá-los para incorporarem práticas mais seguras em seu cotidiano: incluem o aconselhamento individual em clínicas de testagem, os programas de educação por pares, e a distribuição de insumos para redução de danos, por exemplo. Finalmente, as intervenções

estruturais são endereçadas a transformar “aspectos físicos, sociais, culturais, organizacionais, comunitários, econômicos, legais ou políticos que impedem ou facilitam os esforços para evitar a infecção pelo HIV” (Gupta et al., 2008, p. 765) – incluem marcos legais, como a descriminalização da prostituição e do uso de drogas, mas também outras medidas para combater a discriminação contra minorias, a violência sexual, as inequidades no acesso a serviços de saúde, a pobreza, e assim por diante.

Esses três eixos norteiam as políticas e pesquisas sobre o HIV/aids e, como já discutido, a ideia de prevenção combinada surgiu da perspectiva de articulação entre eles (Hankins; De Zalduondo, 2010; Piot et al., 2008): para a PrEP ou a PEP se tornarem uma alternativa de amplo alcance, por exemplo, é necessário considerar tanto fatores estruturais – acesso aos medicamentos, barreiras culturais para seu uso, etc. – quanto fatores comportamentais – os sujeitos vão se apropriar das tecnologias de diferentes formas ao exercerem sua sexualidade, pela mediação de seus repertórios individuais e coletivos.

Pelo mesmo raciocínio, as orientações sobre comportamentos seguros se apoiam em grande parte na disponibilidade de insumos biomédicos, mas sua aplicação prática ocorre na interação dos sujeitos com a/sociedade. Para modificar os comportamentos é preciso compreender e intervir sobre uma série de fatores estruturais que se interpõem nessas relações (Gupta et al., 2008).

Como sintetiza Kippax,

HIV transmission is profoundly social, as are the responses of individuals, communities and governments to it. HIV is spread mainly by sexual and drug injection practices – both social practices, and preventing HIV involves engaging with these practices, that is, engaging in the social and political worlds in which all prevention is situated – biomedical, behavioural and structural prevention (Kippax, 2012, p. 1).

Todas as vertentes de estratégias de prevenção ao HIV utilizadas até hoje se depararam com desafios e questionamentos relativos às interações necessárias para que a população acesse e adote, em larga escala, as opções disponíveis; o que passa, em última análise, por todos os aspectos da realidade social: desigualdades econômicas que dificultam o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, relações de gênero e outras desigualdades de poder no exercício da sexualidade, crenças e valores que se chocam com as recomendações técnicas, entre outros elementos (Gupta et al., 2008; Kippax; Stephenson, 2012; Kippax et al., 2013; Vermund; Hayes, 2013; Bekker et al., 2015).

Por isso, as experiências com maior sucesso para reduzir a transmissão do vírus foram aquelas que promoveram transformações no posicionamento social dos sujeitos em relação à

epidemia, por meio de intervenções baseadas nos conhecimentos dos próprios grupos atingidos a partir do reconhecimento dos contextos em que estavam inseridos. De acordo com Parker (Parker, 2011), nas primeiras três décadas distinguem-se três momentos nas respostas comunitárias à epidemia: até meados da década de 1990, o foco era o “combate ao grave estigma social, a negação de parte dos governos e autoridades de saúde pública”; entre meados da década de 1990 e meados dos anos 2000 um “crescente movimento ativista surge em torno das questões de acesso ao tratamento e equidade na saúde” e de 2010 em diante “alguns setores da sociedade civil se engajaram na implementação do acesso ao tratamento e a expansão de sua escala, enquanto outros setores focaram numa gama de lutas mais locais, relacionadas especificamente com grupos populacionais e questões de políticas.”

Mas os próprios movimentos são moldados e afetados pelos fatores estruturais e não estão isentos dos conflitos sociais, que vão aparecer na configuração de grupos com pautas alheias às questões sociais abrindo espaço para a retirada dos direitos humanos como ponto balizador das políticas de prevenção (Aggleton; Parker, 2015). Adicionalmente, da parte das instituições, as transformações estruturais muitas vezes são vistas como questões de longo prazo e alcance, que estariam fora do escopo das políticas específicas de prevenção ao HIV (Gupta et al., 2008).

Mais uma vez a noção de imbricamento das interações entre as dimensões individuais, comportamentais e estruturais, que inicialmente foram um princípio do conceito de prevenção combinada, foi ofuscada e passou a prevalecer a ideia de que a maior diversidade de métodos biomédicos disponíveis seria a principal chave para se atingir a meta de acabar com a epidemia até 2030.

Mas como reflete, finalmente, Kippax:

Engaging with the social and political is not simply a matter of including “structural determinants” or “social drivers” if these are understood as separate from the “individual”. It is not enough to position relationships between these domains, as is often done in health promotion textbooks, as series of concentric circles with structural/environmental/political factors in the outer rings, some notion of community, groups or institutions towards the middle and individuals at the centre (Kippax, 2012, p. 6).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo principal da pesquisa é investigar como os estigmas relacionados à prostituição e ao HIV produzem experiências de uso de novos métodos biomédicos de prevenção por mulheres cisgênero que exercem trabalho sexual no município de São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar as relações multidimensionais entre os estigmas internalizados, antecipados, vivenciados e percebidos pelas trabalhadoras sexuais.
- Discutir as barreiras dos estigmas relacionados à prostituição na prevenção ao HIV.
- Compreender as percepções e experiências de uso das novas estratégias biomédicas de prevenção, considerando-se o conhecimento e acesso aos métodos; motivações para a procura, adesão, manejo e revelação de uso das profilaxias pré-exposição e pós-exposição sexual; e as percepções sobre o autoteste de fluido oral para HIV.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Embora os percursos das pesquisas sobre estigma e interseccionalidade tenham se encontrado na academia apenas em 2004, quando Michele Tracy Berger cunhou o conceito de “estigma interseccional” para designar como as opressões de gênero, raça e classe se interligavam com o estigma do HIV/Aids nas trajetórias de mulheres diagnosticadas com o vírus, esses campos de estudo e de ação política se originam em torno de duas discussões em comum: como os processos sociais levam à diferenciação e hierarquização entre indivíduos e grupos, e quais são os efeitos produzidos por essas diferenciações, sobretudo para aqueles que ocupam posições inferiores dentro da hierarquia estabelecida.

Tanto no caso da interseccionalidade quanto do estigma, desenvolveram-se diferentes perspectivas sobre como as injustiças sociais decorrentes da discriminação podem ser melhor analisadas e enfrentadas: para alguns autores, o ponto central consiste em compreender como a produção de processos de exclusão social e discriminação contra alguns grupos resultam das desigualdades de poder que estruturam a sociedade, e ao mesmo tempo servem para perpetuar a ascendência dos grupos dominantes. Para outros, as relações de poder operam de forma dinâmica e constroem-se a partir das categorias de diferenciação e identidade resultantes das interações e experiências dos sujeitos em contextos históricos, sociais, culturais e políticos específicos (Henning, 2015).

As ideias fundadoras da interseccionalidade são atribuídas a diferentes marcos históricos, como a publicação da Declaração dos Direitos da Mulher em 1791, na França, por Olympia de Gouges, o discurso Sojourner Truth na Convenção dos Direitos das Mulheres, em Akron, Ohio, no ano de 1851, o manifesto do coletivo de mulheres negras *Combahee River Collective* lançado em 1978 nos Estados Unidos, ou a criação da “Organização de Mulheres de Ascendência Africana e Asiática”, ocorrida também em 1978 na Inglaterra (Henning, 2015). Mas o termo foi usado pela primeira vez por Kimberlé Crenshaw (1989) como uma metáfora para expressar como o entrecruzamento de categorias produz discriminações que atingem especificamente os sujeitos que pertencem a grupos multiplamente marginalizados.

Cada vez mais, a noção de interseccionalidade tem sido utilizada em inúmeras áreas do conhecimento para compreender as desigualdades sociais, a partir de diversos entendimentos que ensejam discussões e questões em aberto. Neste trabalho não se pretende dar conta de responder a essas questões, mas entende-se a interseccionalidade como uma lente de análise para explorar o fenômeno do estigma e as suas implicações para os indivíduos e grupos sociais.

3.1 Aproximações entre estigma e interseccionalidade e o conceito de estigma interseccional

O conceito de estigma, por sua vez, foi proposto pelo antropólogo e sociólogo Goffman no final do século XXI (Goffman, 1980), a partir do seu interesse em compreender os processos sociais que geram descrédito social a alguns indivíduos ou grupos, de acordo com suas diferenças em relação aos demais sujeitos. Isso acontece, segundo o autor, porque a identidade social do indivíduo está em desacordo com a identidade esperada dentro de um dado contexto, e essa incongruência pode estar relacionada às “abominações do corpo”, como deformidades físicas; “às culpas de caráter individual”, associadas a comportamentos, e/ou aos “estigmas tribais de raça, nação e religião”. Um ponto interessante a se destacar é que Goffman já traz a ideia de que os estigmas se estabelecem em função das relações, sendo elas que definem se uma característica será depreciativa ou não em um dado contexto. Nesse sentido, a concepção do autor já traz elementos da interseccionalidade, se esta for entendida como uma “ferramenta analítica para apreender a articulação de múltiplas diferenças e desigualdades [...] em sentido amplo” (Piscitelli, 2008, p.266), não somente relacionadas a gênero, raça e sexualidade. No trecho abaixo ele exemplifica como os marcadores de escolaridade e cargo ocupado, individualmente, posicionam os sujeitos de forma diferente perante a sociedade do que quando são vistos em conjunto.

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso. Por exemplo, alguns cargos nos Estados Unidos obrigam seus ocupantes que não tenham a educação universitária esperada a esconder isso; outros cargos, entretanto, podem levar os que os ocupam e que possuem uma educação superior a manter isso em segredo para não serem considerados fracassados ou estranhos. (Goffman, 2004,p. 6)

Por outra perspectiva, a aproximação entre os dois campos se estabelece a partir da discussão sobre as relações estruturais de poder na formação dos estigmas. Link e Phelan (2001) propõem que o processo de estigmatização não pode ser entendido sem o componente da discriminação, que direciona o foco para os grupos que detêm o poder de definir quais diferenças importam e quais são as características socialmente valorizadas ou depreciadas. Segundo os autores, o estigma resulta de quatro elementos: a) a definição e rotulação de diferenças; b) a associação dessas diferenças a atributos negativos; c) a distinção entre os normais (“nós”) e os diferentes (“eles”), que passam a ser segregados e mesmo desumanizados; e d) a perda de status social e a discriminação. O aspecto mais importante nessa definição é o

entendimento de que as desigualdades de poder permitem ao grupo dominante criar diversos mecanismos para a discriminação dos grupos estigmatizados, cujos impactos podem se estender desde a segregação socioespacial até o impedimento de acesso a direitos e a experiências concretas de violência interpessoal ou institucional.

A contribuição desses autores foi mudar o foco da perspectiva social cognitiva nos estudos sobre estigma, que limitou-se na maioria dos casos a investigar as consequências interpessoais e individuais do estigma para os sujeitos, para se atentar às relações sociais e históricas que estão por trás dos processos de estigmatização e como elas reproduzem desigualdades estruturais. (Link & Phelan, 2001, Parker; Aggleton, 2003).

Parker e Aggleton (2003) também trazem a discussão sobre as relações entre desigualdades de poder, desigualdades sociais, estigma e discriminação, propondo uma “economia política” da estigmatização para pensar estratégias de intervenção que produzam transformações sociais através da mobilização de comunidades desfavorecidas, ao invés de modelos de mudança que melhorem as capacidades de sobrevivência dos estigmatizados ou aumentem a tolerância e a empatia daqueles que estigmatizam.

...it is important to better understand how stigma is used by individuals, communities and the state to produce and reproduce social inequality. It is also important to recognize how understanding of stigma and discrimination in these terms encourages a focus on the political economy of stigmatization and its links to social exclusion. (PARKER, Richard. HIV and AIDS-related stigma and discrimination, p. 17)

Nas conceituações sobre o estigma interseccional, que têm sido cada vez mais utilizadas como abordagem nos estudos sobre saúde e sobre o HIV/aids em particular, o debate sobre a prevalência da dimensão estrutural sobre as experiências individuais ainda tem sido um ponto crítico.

Bowleg (2022) entende que o estigma interseccional tem sido utilizado de forma problemática nos estudos sobre HIV por três motivos: primeiro, por enfatizar o entrecruzamento de características dos indivíduos como causa fundamental das inequidades da epidemia, e não o legado histórico das opressões baseadas nas intersecções entre raça, gênero e classe; segundo por focar nas identidades estigmatizadas e colocar os estigmatizadores numa posição de passividade; finalmente, por enfatizar o olhar para as "identidades multiplamente estigmatizadas" em vez focar nas estruturas que estigmatizam, reforçando a ideia de que as inequidades são inerentes e imutáveis.

Em contrapartida, Earnshaw e Chaudoir (2009) defendem que a identificação de como os indivíduos experienciam o estigma do HIV é importante para intervenções contra a epidemia,

uma vez que o nível individual é um aspecto central na prevenção. Em texto mais recente Earnshaw et al (2022) fazem uma síntese dos quadros conceituais que têm sido utilizados nos estudos sobre estigma interseccional e HIV, e identificam quatro possíveis abordagens com diferentes recomendações: a) multidimensionais, que interrogam como os processos de estigmatização inter cruzados aprofundam as desigualdades na epidemia; b) multinível, que consideram como os contextos sócio-estruturais produzem estigmas nos níveis estrutural, interpessoal e individual; c) multidirecional, que exploram como se constroem e desconstroem estigmas, levando em consideração que os estigmas em um nível (estrutural, por exemplo) definem os estigmas em outros níveis (individual ou interpessoal); d) orientados à ação, que visam promover mudanças nas estruturas de poder para transformar a sociedade.

Por essa definição, o presente estudo adota a abordagem multidimensional, a partir das experiências de estigma percebido (percepção dos indivíduos sobre como a sociedade os vê, a partir dos estereótipos negativos e preconceitos associados às suas identidades), vivenciado (experiências reais de discriminação e rejeição social enfrentadas pelos indivíduos), antecipado (medo de sofrer estigma e discriminação associados a suas identidades) e internalizado (internalização das crenças sociais negativas e estereótipos, levando a sentimentos de vergonha e auto-culpabilização) (Stangl et al., 2019).

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho geral do Estudo Combina!

Conforme já mencionado brevemente na Apresentação, essa pesquisa agrega dados de um ensaio clínico pragmático com três fases, intitulado “A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros – Estudo Combina!” (Grangeiro et al., 2015a), que é realizado desde 2015 pela FMUSP, com financiamento do MS e do CNPq.

O estudo demonstrativo tem subsidiado o processo de disponibilização da profilaxia pós-exposição sexual (PEP Sexual), da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) e do autoteste de HIV em serviços de saúde brasileiros, como suporte às diretrizes do MS para implementar a prevenção combinada no SUS.

A investigação abrange seis serviços de saúde distribuídos em cinco municípios – Curitiba (PR), Fortaleza (CE), Porto Alegre (RS), Ribeirão Preto (SP) e São Paulo (SP) – que foram escolhidos com a finalidade de se construir um quadro representativo das particularidades culturais e socioeconômicas que, sabidamente, atravessam os comportamentos da sociedade brasileira e resultam em diferenciações nas características epidemiológicas do HIV/Aids nas diferentes regiões do país (Ferraz, 2019).

Na média dos quatro anos anteriores ao início da pesquisa (2011 a 2014), por exemplo, São Paulo e Fortaleza foram as cidades com as menores taxas anuais de incidência de Aids no país – 23,1 e 26,8 casos/100 mil habitantes, respectivamente – enquanto Porto Alegre chegava a uma taxa de 91,1 casos/100 mil habitantes, sendo a cidade com o mais elevado índice entre as capitais. Já Ribeirão Preto, em comparação às outras cidades do estudo, destacava-se pela elevada taxa de casos em que a transmissão do HIV ocorreu por uso de drogas injetáveis, correspondendo a cerca de 10% dos casos entre 2011 e 2014 (Ferraz, 2019).

Além do critério da representatividade, os serviços selecionados tinham como característica, à época do início da pesquisa: a) já oferecerem, rotineiramente, a PEP para pessoas que relatavam exposição sexual ao HIV em relações consentidas nas 72 horas anteriores ao atendimento no serviço; e b) serem serviços de referência para testagem e/ou tratamento de HIV/Aids.

Detalham-se a seguir os procedimentos metodológicos das fases 1 e 2, cujos dados são utilizados nessa tese.

4.2 Estudo Combina! - Fase 1

A fase 1, executada entre 2015 e 2018, baseou-se em método misto e constituiu-se de três componentes, tendo como objetivos principais: a) avaliar a efetividade da PEP Sexual oferecida em unidades de saúde pública brasileiras; b) investigar as mudanças nas práticas sexuais e de prevenção resultantes da utilização da PEP Sexual; c) investigar a eficácia dos métodos de prevenção combinada (PEP Sexual, PrEP, autoteste HIV etc.) oferecidos nos serviços de saúde brasileiros e, por fim; d) compreender como se dá a escolha, acesso e utilização dos diferentes métodos de prevenção entre indivíduos expostos à infecção pelo HIV (Grangeiro et al., 2015a).

A inclusão de participantes para os componentes quantitativos dessa primeira fase iniciou-se no primeiro semestre de 2016 e estendeu-se até o segundo semestre de 2018, período em que foram convidados todos os homens e mulheres cisgênero, transexuais e travestis, com 16 anos ou mais, que:

a) procuraram PEP em um dos serviços da pesquisa devido a exposição ao HIV em uma ou mais relações sexuais consentidas (PEP Sexual) ocorridas nas 72 horas anteriores ao atendimento,

b) iniciaram a PEP Sexual em outro serviço não participante do estudo, mas foram encaminhados para o seguimento no serviço participante logo após o atendimento inicial; ou

c) procuraram os serviços para realizar testagem após uma exposição em relação sexual consentida ocorrida no período de 73 horas e 30 dias anteriores à data do atendimento.

Dentro desse grupo, as pessoas cujo resultado foi negativo no teste sorológico anti-HIV no momento em que procuraram o serviço e concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram incluídas em uma coorte com seguimento de dois anos.

A possibilidade de inclusão de menores de 18 anos de idade era assegurada no protocolo, desde que o serviço de saúde tivesse aceito o atendimento do menor, com assentimento realizado pelos pais ou responsável legal, além do consentimento do próprio usuário do serviço.

A participação consistia em coleta de dados do prontuário clínico do participante e realização, no momento da inclusão e a cada seis meses, de testagens e aconselhamento para HIV, sífilis e Hepatite C, bem como de um questionário comportamental epidemiológico sobre práticas sexuais.

No componente qualitativo a finalidade foi compreender a forma como ocorre o acesso e o uso da PEP Sexual e a adoção de outros métodos preventivos, a partir da inter-relação de três aspectos: a) organização dos serviços; b) percepção e prática dos profissionais de saúde

ante os métodos preventivos não tradicionais e a população que procura o atendimento nos serviços; e c) os mecanismos de escolha e busca dos indivíduos pela PEP Sexual e outros métodos preventivos.

Para atingir esse objetivo, foram realizadas:

1) Observações diretas nos serviços participantes do estudo, por um período de aproximadamente 15 dias em cada serviço, para analisar o processo de trabalho e o fluxo de atendimento da PEP Sexual;

2) Entrevistas em profundidade com usuários de PEP para compreender os motivos da busca pela PEP Sexual, as práticas preventivas adotadas e as interações com o serviço para realizar a PEP;

3) Entrevistas em profundidade com cerca de 10 profissionais de saúde em cada sítio, com o objetivo de compreender os processos de implementação da oferta de profilaxia pós-exposição no serviço, de formação das equipes para o atendimento de PEP e as percepções em relação à demanda e ao seguimento dos usuários de PEP;

4) Gravações de atendimentos clínicos (acolhimento e aconselhamento) no momento da procura pela PEP Sexual e nas consultas de seguimento clínico, abrangendo cerca de 8 usuários em cada sítio.

As entrevistas com usuários da PEP Sexual abrangem um total de 59 depoimentos nos cinco sítios de estudo no período de março a dezembro de 2015. Esses participantes precisavam atender aos seguintes critérios para inclusão na pesquisa:

a) Ter 16 anos ou mais de idade;

b) Ter mantido relações sexuais nos últimos 30 dias com indicação de PEP Sexual, conforme definido nas recomendações do MS, sendo que à época da coleta dos dados estava vigente o protocolo de 2010;

c) Ter sorologia negativa para o HIV, confirmada por meio de teste rápido no momento de procura do serviço, ou ter resultado do anti-HIV (Elisa) e Western Blott negativo ou indeterminado nos casos em que a exposição tenha ocorrido entre 73 horas e 30 dias antes da consulta;

d) Não ter procurado a PEP Sexual para reprodução assistida, exposição ocupacional ou após violência sexual;

e) Caso tivesse iniciado a PEP Sexual em serviços de pronto-atendimento ou urgência, ter sido encaminhada para seguimento no serviço participante do estudo logo após o atendimento inicial, com informações sobre status sorológico no momento do atendimento,

caracterização da exposição sexual, hora da exposição, hora de início da PEP Sexual e esquema profilático prescrito;

f) Aceitar participar do estudo, confirmando-o por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Tabela 3 - Pessoas entrevistadas no componente qualitativo com usuários de PEP na Fase 1 do Estudo Combina!, por sexo

Sítio	Entrevistados (n)		
	Homens	Mulheres	Total
São Paulo	16	6	22
Ribeirão	9	4	13
Curitiba	6	4	10
Porto Alegre	6	1	7
Fortaleza	5	2	7
Total	42	17	59

Fonte: (FERRAZ, 2019)

As entrevistas, com duração média de 20 a 40 minutos, foram feitas preferencialmente com pessoas que estavam em consultas de seguimento clínico após a busca da PEP Sexual, pois na etapa exploratória do campo constatou-se, entre aqueles que estavam na primeira consulta, maior possibilidade de recusa, dificuldades emocionais para abordar o contexto de exposição de busca da PEP, e falta de elementos para falar sobre alguns dos aspectos abordados no roteiro da entrevista, tais como a experiência de uso da medicação – que ainda seria iniciado – e a avaliação sobre o atendimento na unidade de saúde, com a qual geralmente tinham tido poucas interações (Ferraz, 2019).

4.3 Estudo Combina! - Fase 2

Na fase 2, também baseada em método misto, as inclusões ocorreram entre novembro de 2016 e 31 de outubro de 2018 e mantiveram-se os objetivos da fase 1. Mas, além disso, passou-se a ter como objetivo principal analisar a efetividade da PrEP de uso contínuo e a eventual desinibição da prática sexual em usuários da profilaxia no âmbito dos serviços públicos de saúde brasileiros, representados pelos cinco municípios selecionados anteriormente, conforme já mencionado.

Além dos centros de pesquisa da fase 1 continuarem em operação, o sítio de São Paulo passou a contar, a partir de novembro de 2016, com um novo centro instalado no SAE Campos Elíseos, onde estava sendo criado naquele mesmo período um serviço de referência para

atendimento a trabalhadoras sexuais cisgênero. A ampliação teve o principal intuito de reverter a baixa participação desse grupo na amostra mas, assim como nos demais centros, eram incluídos todos os indivíduos que atendessem aos critérios detalhados a seguir para participação no protocolo.

Para o componente epidemiológico continuaram sendo recrutados indivíduos que atendiam aos critérios de elegibilidade da fase 1 para avaliação da PEP Sexual, mas acrescentou-se o recrutamento de participantes elegíveis para o uso da PrEP, cuja inclusão poderia se dar por convite ou por demanda espontânea.

Para os convites, os mesmos indivíduos da fase 1 foram contatados, independentemente de características demográficas, da prática sexual ou da situação de seguimento nas consultas semestrais, para iniciar o uso da profilaxia pré-exposição, cuja oferta foi implementada nos serviços de saúde por ocasião do estudo.

Os contatos foram feitos por duas vias: a) via e-mail e/ou WhatsApp, com uma mensagem oferecendo a PrEP e indicando o link de um blog (<https://projetocombina.wordpress.com/>) com informações sobre a profilaxia – o que era a PrEP, as vantagens do método preventivo, as estratégias e o esquema de uso e os possíveis eventos adversos; ou b) presencialmente durante os retornos semestrais, em que essas informações eram passadas pessoalmente ao participante. A escolha de aderir à PrEP, no entanto, poderia ocorrer a qualquer momento do estudo, bastando que o interessado solicitasse uma consulta inicial pelo blog, por e-mail, WhatsApp ou presencialmente.

Todos os participantes incluídos na fase 1 permaneceram na amostra da coorte, independentemente de optarem pelo uso da PrEP ou não. Na demanda espontânea, qualquer voluntário que buscasse o serviço para uso da PrEP poderia fazer parte da coorte desde que atendesse aos critérios de elegibilidade. Para essas pessoas, o convite para entrar na pesquisa era feito na ocasião do primeiro atendimento.

Para ser elegível a usar a PrEP e entrar no estudo, qualquer candidato com 16 anos ou mais – tendo ou não participado da fase 1 – deveria passar por uma consulta no próprio serviço para realizar a testagem de HIV, cujo resultado deveria ser negativo, e ser avaliada a ocorrência de alguma eventual exposição nas 72 horas anteriores a essa consulta. Caso constatada a necessidade, o candidato deveria fazer uso da PEP Sexual, concluir o esquema profilático, e realizar nova testagem para HIV a fim de excluir a infecção no período entre a primeira e a segunda consultas.

Além disso, com o intuito de focar exclusivamente pessoas com potencial exposição cotidiana ao HIV decorrente das condições de vulnerabilidade ao vírus também foi adotado

como critério de inclusão ter relatado sexo vaginal ou anal desprotegido nos últimos seis meses. Finalmente, não foram incluídas no protocolo de PrEP da segunda fase pessoas em relacionamentos estáveis com pessoas soropositivas em uso de Terapia Antirretroviral (TARV), independentemente da carga viral, nem pessoas em relacionamento sorodiscordante interessadas em usar PrEP para fins reprodutivos.

A observação clínica dos indivíduos foi realizada trimestralmente, envolvendo exames laboratoriais e consultas clínicas. Além disso, um questionário sociocomportamental foi aplicado no momento da inclusão e a cada seis meses.

Já para o componente qualitativo dessa fase foram realizadas, entre agosto de 2018 e abril de 2019, entrevistas em profundidade com usuários da PrEP dos dois centros de pesquisa do sítio de São Paulo – Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atenção Especializada (CTA/SAE) Campos Elíseos e Centro de Referência e Tratamento de DST/Aids de São Paulo/SP.

Foram convidados a participar todos os HSH, travestis, mulheres transexuais e trabalhadoras sexuais que participaram da fase 2 nesses centros, desde que tivessem utilizado a PrEP por pelo menos um mês e concordassem em conceder a entrevista, por meio da assinatura do TCLE.

A primeira estratégia de recrutamento adotada foi fazer um convite pessoal e individual aos participantes em horário próximo às consultas de acompanhamento, durante o período de espera pelo atendimento ou após a consulta. Para tanto, alunos de iniciação científica vinculados ao Estudo Combina! identificaram essas consultas por meio das informações disponíveis na agenda de atendimentos. Porém, devido à baixa taxa de participação atingida com essa estratégia – especialmente com as trabalhadoras sexuais – optou-se posteriormente pelo envio de mensagens via aplicativo WhatsApp para as pessoas elegíveis que não tinham comparecido ao serviço na data marcada para retirada de medicamento, consulta ou entrevista de seguimento do Combina!.

Efetivaram-se, no total, 18 entrevistas em profundidade com HSH, 19 com travestis e mulheres transexuais e 19 com trabalhadoras sexuais, sendo uma delas de gênero não-binário e as demais mulheres cisgênero. As entrevistas, com duração média de 30 minutos, foram aplicadas em uma sala reservada no serviço onde já estavam em seguimento clínico pelo Estudo Combina!.

Ainda no âmbito da fase 2, em novembro de 2018 foi aprovada uma emenda ao projeto original com o objetivo de desenvolver uma pesquisa formativa para aprofundar a compreensão sobre a aceitabilidade, factibilidade e estratégias de oferta de autoteste do HIV, visando trazer

melhores benefícios para mulheres cisgênero trabalhadoras sexuais que atuam na região central da cidade de São Paulo, considerando os contextos das práticas de sexo comercial, aspectos relacionados à vulnerabilidade ao HIV e as potenciais repercussões da introdução do autoteste do ponto de vista do autocuidado e segurança da mulher.

A pesquisa formativa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com mulheres cisgênero que exerciam trabalho sexual na época da pesquisa e com três agentes de prevenção do SAE Campos Elíseos que atuavam com a população de trabalhadoras sexuais, no programa de educação por pares “Tudo de bom!”.

Considerando que um dos aspectos da investigação era identificar possíveis barreiras de acesso aos serviços, optou-se por não entrevistar pessoas já incluídas na coorte do Estudo Combina! pois, por conta da pesquisa, elas tinham uma rotina de visitas e testagens no SAE Campos Elíseos. A decisão de buscar participantes diretamente em campo garantiu maior diversidade quanto aos contextos de trabalho, além de alcançar trabalhadoras sexuais que não tinham vínculos prévios com serviços de saúde.

É importante salientar, ainda, que esse estudo não foi feito nos outros centros de pesquisa do Estudo Combina!. O SAE Campos Elíseos foi escolhido por possuir um serviço de atendimento específico para as trabalhadoras sexuais e estar localizado em um território estratégico que concentra grande quantidade e variedade de estabelecimentos e pontos de prostituição do baixo meretrício.

Seguindo essas definições, os recrutamentos e entrevistas foram feitos pela própria autora entre outubro de 2018 e fevereiro de 2019, por meio de contatos iniciados dentro do SAE ou diretamente nos locais de prostituição – nesse segundo caso, durante trabalhos de campo acompanhados pelas agentes de prevenção do “Tudo de bom” em sua rotina de visitas.

Nos dois casos, a abordagem iniciou-se com uma breve explicação, por parte da recrutadora, sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e o convite informal para participar. Se a potencial participante demonstrasse interesse no estudo, poderia optar entre ser entrevistada na hora ou deixar seu número de telefone para a recrutadora entrar em contato a fim de agendar data, horário e local mais adequados para um novo encontro presencial. Nesses casos, uma mensagem de WhatsApp apenas com a identificação da recrutadora era enviada de imediato para o número informado pela candidata, para confirmar o contato, e depois era enviada uma nova mensagem com o convite para marcar a entrevista.

Todas as participantes recrutadas no serviço optaram por ser entrevistadas no momento da abordagem, em uma sala reservada dentro do SAE Campos Elíseos, e as recrutadas nos estabelecimentos e pontos preferiram agendar outras datas. Dessas, cinco foram entrevistadas

em seus quartos no estabelecimento de trabalho ou em quartos de hotéis onde atendem seus clientes, devido à comodidade de não precisarem se deslocar; duas em áreas reservadas de cafeterias/lanchonetes; e uma das voluntárias optou por receber a entrevistadora em sua própria casa.

Vale registrar que a entrevistadora solicitou à entrevistada a escolha de um local onde se sentisse à vontade e com privacidade, e informou previamente as interessadas sobre os temas que seriam abordados na pesquisa.

As entrevistas tiveram duração entre 40 e 90 min e foram gravadas com autorização das entrevistadas, por meio de TCLE.

Imediatamente após a finalização da entrevista, a entrevistadora oferecia um kit de cinco autotestes para a participante, que poderia usá-los ou distribuí-los para qualquer pessoa. Não eram oferecidas instruções adicionais ao uso do kit, além das contidas na bula e em um vídeo disponível na página do Estudo Combina!, cujo link era informado às participantes.

Mediante seu consentimento, um mês depois elas foram contatadas novamente pela entrevistadora, via aplicativo WhatsApp, para relatarem a experiência de uso dos kits com um breve áudio ou texto. Nesse contato questionava-se se usaram um ou mais kits, se ofereceram o autoteste para outra pessoa (amigas, parceiros afetivo-sexuais, colegas de trabalho), como se deu o processo de decisão e a experiência de usar ou oferecer o kit, e se tiveram eventuais dificuldades na utilização ou interpretação dos resultados.

Todas aceitaram a oferta, mas cinco das 12 entrevistadas não responderam aos contatos feitos posteriormente.

Nas seções seguintes serão detalhadas as características dos dados utilizados nessa tese, bem como dos instrumentos de coleta e dos procedimentos de análise dos dados, delimitando-se o escopo do nosso corpus de análise em relação a esse estudo maior.

4.4 Componentes qualitativos do Estudo Combina! com as trabalhadoras sexuais

Conforme apresentado nas seções anteriores, a inclusão de mulheres cisgênero trabalhadoras sexuais nos componentes qualitativos do Estudo Combina! ocorreu ao longo das fases 1 e 2.

Os dados analisados nessa tese abrangem um recorte desse material empírico, considerando-se os objetivos traçados e a abrangência geográfica delimitada para a pesquisa. Assim, o material selecionado contempla especificamente as entrevistas nos dois centros de pesquisa do sítio de São Paulo – a saber, o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids e o SAE Campos Elíseos.

Ao todo utilizamos 32 entrevistas com trabalhadoras sexuais cisgênero, sendo três delas da fase 1, com mulheres que procuraram PEP Sexual, e 29 da fase 2, divididas entre aquelas que iniciaram o uso da PrEP (17), e aquelas que participaram da pesquisa formativa para analisar a aceitabilidade e factibilidade da oferta de autoteste HIV para mulheres profissionais do sexo (12), sem fazer uso de nenhuma profilaxia.

Quadro 1 – Características dos componentes qualitativos com trabalhadoras sexuais do Estudo Combina!

Componente	Período de recrutamento e entrevistas	Público-alvo	Métodos de recrutamento	Local(is) de recrutamento	Qtde de trabalhadoras sexuais cisgênero no sítio de SP (n)
Componente qualitativo da Fase 1 (PEP)	Março a Dezembro/2015	Participantes da coorte da Fase 1	Convite pessoal durante consulta de seguimento clínico na coorte	CRT-DTS/Aids	3
Componente qualitativo da Fase 2 (PrEP)	Agosto/2018 a Junho/2019	Participantes da coorte da Fase 2	Convite pessoal durante consulta de seguimento clínico na coorte ou por WhatsApp	SAE Campos Elíseos e CRT-DTS/Aids	17
Pesquisa Formativa da Fase 2 (Emenda Autoteste)	Outubro/ 2018 a Fevereiro/ 2019	Trabalhadoras sexuais atuantes na área de abrangência do SAE Campos Elíseos	Convite pessoal durante atendimento no SAE Campos Elíseos ou em visitas a campo com as agentes de prevenção do serviço	SAE Campos Elíseos e pontos ou estabelecimentos de prostituição	12

Fonte: Elaboração própria

Em todas as etapas qualitativas envolvendo entrevistas semiestruturadas no Estudo Combina!, o número de participantes foi balizado pelo critério de saturação dos dados (Saunders et al., 2018), encerrando-se o campo quando os pesquisadores tinham um consenso de que a exploração das semelhanças e diferenças nos discursos dos grupos pesquisados foram significativos para atingir a compreensão dos temas abordados em cada caso. Essa decisão

ocorria quando as novas entrevistas passavam a repetir os discursos das entrevistas anteriores, e já haviam exemplos bastantes para a análise de cada tema.

Na primeira fase, entretanto, a quantidade de entrevistas com trabalhadoras sexuais foi limitada pela baixa procura da PEP por esse público nos serviços incluídos no estudo, atingindo 4 participantes. Essa situação provoca reflexões, a serem exploradas nas análises, acerca das informações que as trabalhadoras sexuais dispõem sobre a PEP e outras barreiras de acesso enfrentadas para buscar a profilaxia, sobretudo levando-se em conta que os relatos de falhas no uso do preservativo masculino são muito frequentes nos depoimentos dessas mulheres.

Os dados serão analisados em conjunto com o intuito de comporem um quadro sobre as percepções das trabalhadoras sexuais em relação à introdução gradativa desses novos métodos de prevenção no Brasil, que ocorreu simultaneamente à pesquisa.

4.5 Instrumentos de coleta

Para cada um dos componentes do Estudo Combina! foi elaborado um roteiro de entrevista específico para as trabalhadoras sexuais contemplando, como veremos a seguir, alguns aspectos em comum e outros relacionados aos objetivos específicos de cada componente.

O roteiro da fase 1 (Anexo A), referente à PEP, abordou os seguintes aspectos: (1) características sócio-demográficas (2) experiências afetivas e sexuais prévias da entrevistada; (3) experiências com o uso de métodos preventivos e contraceptivos; (4) conhecimento sobre a PEP e, em particular, sobre a PEP Sexual; (5) encontros que resultaram na busca da PEP Sexual; (6) processo de decisão da busca pela PEP Sexual; (7) experiências na relação com os serviços de saúde buscados; (8) experiência de uso da profilaxia; (9) adesão ao tratamento profilático; e (10) eventuais mudanças provocadas pelo uso da PEP Sexual.

Os temas abordados nas entrevistas com usuárias da PrEP (Anexo B) referiram-se a: (1) características sócio-demográficas e contextos de prostituição; (2) motivação e processo de decisão para utilizar a PrEP; (3) percepções sobre mudanças nas práticas sexuais com o uso da PrEP; (4) rotina de uso do medicamento; (5) acessibilidade e experiências de atendimento nos serviços de saúde; (6) representações sobre o HIV e prevenção antes e depois da experiência de uso da PrEP.

Finalmente, nas entrevistas relativas ao autoteste o roteiro (Anexo C) abordou: (1) características sociodemográficas e contextos de prostituição; (2) prevenção ao HIV; (3) saúde sexual e reprodutiva; (4) vulnerabilidade ao HIV; (5) percepções sobre os serviços de saúde; (6) percepções sobre o programa de educação por pares do SAE Campos Elíseos para

trabalhadoras sexuais; (7) percepção e conhecimento sobre o autoteste HIV; (8) percepções sobre as possíveis consequências do uso do autoteste HIV; e (9) possíveis efeitos do autoteste HIV no acesso a serviços de saúde; (10) experiência de uso do autoteste.

4.6 Procedimentos de análise

Todas as entrevistas já foram transcritas manualmente, *ipsis litteris*, e pré-codificadas com auxílio do software de análise qualitativa Maxqda 2022. Para a construção da matriz de códigos de cada componente (PEP, PrEP e autoteste) foi feita, primeiramente, uma leitura detalhada das transcrições com o objetivo de se atingir a impregnação; em seguida foram pré-definidos alguns grandes temas com base nas questões que se pretendia investigar e, então, passou-se a uma nova leitura do material transcrito, contemplando tanto os temas pré-definidos quanto outros temas e sub-temas que emergiram com frequência nas narrativas.

4.7 Aspectos Éticos

Este estudo segue a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2012), e a autorização de uso dos dados pelo coordenador do estudo, pesquisador Alexandre Grangeiro, foi aprovada pela Comissão de Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FMUSP (Anexo H).

A investigação principal foi submetida ao Comitê de Ética da FMUSP, com protocolo número 251/14, aprovado em 6 de agosto de 2014 (Anexo I), e em seguida apresentada à CONEP, que referendou o parecer do CEP-FMUSP.

Em 22 de junho de 2017 foi aprovada a continuidade do estudo, sob protocolo 34145314.5.0000.0065.

O respectivo TCLE para cada uma das etapas do estudo foi apresentado a todas as participantes dos três componentes, verbalmente e por escrito, antes do início das entrevistas. Para garantir o sigilo de suas identidades os nomes apresentados ao longo dessa tese são fictícios e seus locais de trabalho não serão identificados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estigmas relacionados às normas sociais de gênero perpassam de forma explícita e implícita as concepções de muitas trabalhadoras sexuais a respeito de suas próprias práticas e comportamentos sexuais e, em interação com a estigmatização do HIV, conformam suas experiências e percepções sobre riscos e prevenção à infecção nos contextos de suas relações afetivo-sexuais.

Mas essa complexa trama envolve outros marcadores sociais (como geração, raça/cor, religião, classe social e orientação sexual) que fazem parte das decisões e negociações envolvidas na adoção de qualquer um dos métodos preventivos – ou nenhum deles – em diferentes situações. Ao examinar os contextos sociais e estruturais nos quais se desenrolam esses processos, as experiências de escolhas aparentemente individuais se revelam como determinações mediadas por múltiplas camadas de relações tecidas em cada cenário, que envolvem a busca de autopreservação contra os diversos riscos aos quais essas mulheres se consideram expostas na profissão, na vida privada e na sociedade, para além do HIV em si.

Como será discutido a partir dos resultados dessa pesquisa, os critérios considerados para o uso dos preservativos externo e interno, da PrEP, da PEP ou do autoteste vão desde as barreiras à utilização dos serviços de saúde até as relações estabelecidas com os clientes e outros parceiros, passando pela busca de maior proteção contra a violência de gênero e pela necessidade financeira, para citar alguns exemplos.

Essas e outras questões estão ligadas, por sua vez, aos estigmas internalizados e antecipados, vivenciados e percebidos nas relações com as instituições e nas dinâmicas interpessoais com parentes, parceiros afetivos-sexuais, colegas de trabalho e profissionais de saúde. O percurso da análise a seguir visa compreender como as relações de poder associadas aos processos de estigmatização interferem na prevenção ao HIV entre as trabalhadoras sexuais, em particular nas suas perspectivas e experiências de uso dos novos métodos biomédicos de prevenção.

A primeira subseção, a seguir, apresenta a caracterização sociodemográfica das entrevistadas e a apresentação dos contextos de trabalho abrangidos na pesquisa, e as quatro seções subsequentes tratam de cada uma das categorias identificadas durante o processo de análise temática do material empírico, que será aqui discutido à luz da perspectiva do estigma interseccional.

Assim, a segunda subseção discute como os marcadores sociais da diferença atravessam os estigmas sobre a prostituição, levando em conta as percepções negativas das entrevistadas sobre si mesmas (estigmas internalizados), bem como os relatos sobre estigmas antecipados,

percebidos e vivenciados em suas relações privadas, sociais e institucionais. O objetivo é apreender os lugares sociais dessas mulheres e os impactos da estigmatização nas suas relações cotidianas e consigo mesmas, os quais nos permitirão examinar a prevenção do HIV dentro de diferentes contextos socioculturais nas subseções seguintes.

A terceira subseção aborda papel dos estigmas na prevenção, através da discussão sobre as percepções das entrevistadas sobre o HIV/aids e sobre as negociações para o uso do preservativo nas relações com clientes. A intenção é evidenciar como os distintos contextos podem criar desafios e tensões nesse processo, e quais são as estratégias adotadas diante desses obstáculos.

A quarta e última subseção discorre sobre o conhecimento, acesso, experiências de uso e percepções sobre os novos métodos biomédicos de prevenção, subdividindo-se em três itens: a) conhecimento e acesso ao autoteste de HIV e às profilaxias pré e pós-exposição sexual; b) experiências de uso e percepções sobre a PEP Sexual e a PrEP e c) aceitabilidade do autoteste de HIV nos contextos de trabalho.

5.1 Características das participantes do estudo

5.1.1 Características sociodemográficas

Esta pesquisa foi envolvida 32 trabalhadoras sexuais maiores de 18 anos que exerciam a atividade no município de São Paulo, abrangendo uma relativa diversidade de contextos de trabalho, embora haja predominância do que é chamado, no senso comum, de “baixo meretrício” – se referindo a locais onde os valores dos programas são baixos. O perfil sociodemográfico também caracterizou-se por considerável pluralidade quanto à idade, religião, raça/cor, status de relacionamento e escolaridade das participantes, conforme detalha o quadro anexo (Quadro 1). Assim como faremos no decorrer de todo o texto, utilizamos nomes fictícios para identificar cada respondente, visando preservar o sigilo de sua identidade.

Quanto à faixa etária, houve predomínio de adultas jovens: sete mulheres têm até 25 anos, 14 têm entre 26 e 34 anos e 11 têm 35 anos ou mais de idade. E com relação à raça/cor autodeclarada houve paridade entre o número de entrevistadas de cor branca (14), e pretas ou pardas (15). Uma participante definiu-se como “preta e indígena” e outras duas preferiram não responder à pergunta.

No que se refere ao grau de escolaridade, 10 entrevistadas cursavam Ensino Superior, Ensino Técnico ou Tecnólogo; 3 tinham Ensino Superior completo; 10 concluíram o Ensino Médio; 3 tinham Ensino Médio incompleto e 3 tinham Ensino Fundamental Incompleto. Clara, Valentina e Bianca não forneceram informações sobre seu nível de estudos.

Com relação à religião, apenas três declararam não possuir nenhuma fé ou prática religiosa; as demais atribuem um papel importante a essa dimensão em suas vidas, embora muitas transitem por diferentes credos, geralmente de base cristã, e não se considerem praticantes. Cinco afirmaram apenas acreditar em Deus; duas definem-se como agnósticas; oito são católicas; três são espíritas; duas são evangélicas; uma é cristã ortodoxa; uma é candomblecista e duas são umbandistas. Por fim, as outras cinco seguem mais de uma religião (2 são católicas e espíritas; 1 católica e evangélica; 1 umbandista e candomblecista e 1 segue “várias religiões”).

Nos aspectos da sexualidade e vida afetiva, a grande maioria das entrevistadas (28) declarou-se heterossexual e somente quatro consideraram-se bissexuais. Cinco estavam casadas ou morando com parceiro, 10 tinham relações monogâmicas com namorado, 12 estavam sem nenhum relacionamento e quatro estavam em relações esporádicas com “ficantes”. Nenhuma delas estava se relacionando com mulheres, e Ana não declarou se estava em algum relacionamento.

Oito participantes não tinham filhos, e nove não abordaram esse tema nas entrevistas. Mas entre as 15 que conhecidamente são mães, a maioria não conta com apoio dos pais das crianças para compartilhar o trabalho de cuidado e o sustento das/os filhas/os, e acaba por recorrer à ajuda de parentes – geralmente suas próprias mães – para poderem trabalhar.

No tocante à trajetória das participantes no exercício do trabalho sexual, 7 estavam na profissão há menos de um ano; 10 tinham entre dois e cinco anos de atividade; 5 atuavam entre seis e 10 anos, e 5 já trabalhavam na área há mais de 15 anos, sendo que as demais (5) não responderam a essa questão. Levando em conta a idade das entrevistadas, conclui-se que boa parte delas (14) iniciou a carreira entre os seus 18 e 25 anos, e 10 ingressaram entre os 26 e os 30 anos de idade. Apenas três (Alice, Débora e Júlia) tinham mais de 30 anos quando entraram no mercado: as duas primeiras aos 33, e Júlia aos 37.

Ao analisar a relação entre grau de escolaridade e tempo de profissão, chama a atenção que a maior parte das entrevistadas com até 5 anos na prostituição têm alguma formação além do Ensino Médio, enquanto as trabalhadoras mais antigas no ramo têm menos anos de estudo, ainda que não haja grandes disparidades na idade entre os dois grupos. Em tempos mais recentes o trabalho sexual parece atrair mulheres com qualificação técnica para exercer outras ocupações, como reflexo da precarização geral dos salários e das condições de trabalho no mercado formal.

A seguir detalham-se algumas características relacionadas aos modelos e contextos de trabalho narrados pelas participantes, a fim de situar o alcance da pesquisa dentro do universo da prostituição numa metrópole como São Paulo.

5.1.2 Contextos e dinâmicas de trabalho

Como já foi evidenciado em inúmeros estudos sobre a prostituição, as rotinas e modelos de trabalho nesse ramo de atividade são muito variados quanto aos tipos de estabelecimentos, horários de atividade, valores dos programas, e às relações com os clientes e com os mediadores dessas relações – agentes, cafetões e cafetinas, gerentes dos estabelecimentos, etc. (Rago, 1990; Blanchette; Silva, 2009).

Nessa seção apresentam-se as características gerais das dinâmicas de trabalho descritas pelas entrevistadas, e ao longo das seções seguintes serão discutidas suas percepções mais aprofundadas sobre esses contextos, na medida em que se relacionem a cada tema.

Tendo em conta a afirmação do primeiro parágrafo, vale notar que esse panorama não permite generalizar as práticas da prostituição apenas com base nos tipos de estabelecimento – por exemplo, privês de outras regiões da cidade podem cobrar valores diferentes dos informados aqui, assim como alguns locais chamados de prédios de prostituição são divididos com apartamentos residenciais (ref). Enfim, o intuito é trazer alguns parâmetros sobre o alcance e limitações dessa pesquisa no que se refere à diversidade de contextos abrangidos.

Convém mencionar ainda que a maior parte das informações sobre os valores dos programas refere-se ao período entre Agosto de 2018 e Fevereiro de 2019, quando foram coletados os dados empíricos qualitativos da Fase 2 do Estudo Combina!. Apenas Clara, Stella e Valentina foram entrevistadas na Fase 1, e portanto suas bases são do ano de 2015.

Na época em que concederam as entrevistas, 2 mulheres atuavam somente em privês, 7 atendiam em prédios exclusivamente destinados à prostituição, 4 trabalhavam sozinhas como autônomas, recebendo seus clientes em motéis ou flats, 3 trabalhavam em pontos de rua, 2 trabalhavam em casas de cafetinas, 2 trabalhavam juntas em uma casa autogerida por elas junto a mais três colegas, 1 trabalhava em uma clínica de massagem de luxo, e 10 trabalhavam em boates. Dentre essas 10, três frequentavam também outros tipos de estabelecimentos: Débora dedicava a maior parte do tempo a um privê, mas frequentava uma boate no período noturno uma vez por semana, e Beatriz e Manuela se dividiam entre pontos de rua e boates. Algumas entrevistadas, eventualmente, também captavam clientes por meio de anúncios na internet e os atendiam em motéis ou locais privados. Finalmente, Valentina não declarou seu local de trabalho.

Os privês e prédios de prostituição são locais que operam durante o dia até o início da noite, e em geral têm um funcionamento parecido, com a diferença de que os privês e casas são estabelecimentos pequenos enquanto os prédios têm diversos andares com gestões geralmente independentes, onde chegam a trabalhar centenas de mulheres.

Nesses últimos, apenas algumas regras são fixas para todos os andares, como o valor básico do programa e da diária paga pelas trabalhadoras ao estabelecimento: segundo os valores declarados nas entrevistas, 15 a 30 minutos de atendimento custavam entre R\$ 30 a R\$ 50. Nos privês os cachês eram um pouco mais altos, chegando a R\$ 80 por meia hora, mas a casa fica com um percentual de cada programa, em vez de uma diária fixa, e também cobra à parte dos clientes pelo aluguel do quarto. Mas vale notar que a flexibilidade das negociações é uma característica inerente à profissão: além do valor formal do programa em si, é comum que alguns clientes fixos deem “caixinhas”, contratem as trabalhadoras como acompanhantes durante viagens, ou até contribuam regularmente com suas despesas.

Muitas mulheres escolheram esses locais por oferecerem segurança e garantirem sua autonomia, tanto na definição dos horários de trabalho quanto na negociação das condições dos programas diretamente com os clientes, embora reclamem da falta de higiene.

Nas duas casas de prostituição abrangidas na pesquisa, a quantidade de trabalhadoras é menor e há um gerenciamento mais próximo por parte dos donos, como por exemplo agendamentos prévios por telefone, acompanhamento do número de atendimentos realizados no dia e maior cobrança quanto aos horários. Em alguns casos, as entrevistadas também moram nesses estabelecimentos de forma temporária ou definitiva, como é o caso de Clara e Mariana.

Na terceira casa, autogerida por um grupo de 5 trabalhadoras, uma delas assume a função de administrar os atendimentos, criar e gerenciar os anúncios na *internet*, buscar preservativos nos postos de saúde, além de continuar com alguns atendimentos. Mas as decisões são tomadas em conjunto, assim como a manutenção geral da limpeza do espaço é dividida entre o grupo. Foram entrevistadas a “gerente” e uma das trabalhadoras do local, e ambas relataram um vínculo de grande solidariedade no ambiente.

Nas boates, em geral, os cachês são bem mais altos do que nos prédios e privês – variavam de R\$ 150 a R\$ 300 reais por hora no caso das nossas entrevistadas – mas as principais reclamações com relação a esses contextos são a rotina exaustiva de trabalhar durante a madrugada, a competitividade entre colegas e os casos de violência relacionados ao consumo excessivo de álcool e outras drogas por parte dos clientes.

Entre as trabalhadoras que atuavam em pontos de rua, destacaram-se dois cenários: Adriana e Isabela, que trabalhavam em um bairro um pouco distante do centro, cobravam

cachês de R\$ 50 a R\$ 300 reais por programas com duração de 15 minutos a 1 hora, sendo os mais caros realizados em hotéis/motéis de médio padrão, e os mais baratos em um estacionamento próximo ao ponto. Já Fernanda, Beatriz e Manuela trabalhavam em ruas da região central de São Paulo, onde os cachês eram de R\$ 30 por 30 minutos, e os atendimentos também eram feitos em hotéis, porém nesse caso tratam-se de locais com higiene precária.

Finalmente, as profissionais autônomas optam por esse modelo em função da flexibilidade de negociação diretamente com os clientes, aliada aos altos cachês cobrados em função da exclusividade que oferecem. Nesses contextos pode haver maior exposição a riscos, pois o atendimento é realizado em ambientes privados sem o envolvimento de terceiros, mas elas procuram criar mecanismos de apoio com colegas.

5.2 Prostituição, estigmas e marcadores sociais da diferença

As maiores controvérsias a respeito da prostituição na contemporaneidade giram em torno da discussão sobre a autonomia das mulheres que a exercem, opondo as perspectivas de grupos abolicionistas ou proibicionistas, que defendem políticas para coibir ou mesmo criminalizar o trabalho sexual, àqueles que buscam o reconhecimento legal e social da atividade como estratégia de luta pela garantia de direitos humanos e trabalhistas, a fim de enfrentar as condições de marginalização social dessa população.

A argumentação desenvolvida a seguir é de que o trabalho sexual não apresenta, em si mesmo, um caráter opressor – levando-se em conta que o termo se aplica ao exercício da atividade com consentimento e autonomia. Ao contrário, ele é uma das alternativas que permite a muitas mulheres buscar melhores condições de vida e independência financeira dentro da dinâmica do capitalismo e do contexto de um mercado de trabalho marcado por discriminações de gênero, raça e classe social, entre outros aspectos. Mas a estigmatização em torno da prostituição, fundamentada sobretudo nas normas sociais de gênero e de sexualidade, produz formas específicas de exclusão e opressão, ao se interseccionar com esses outros marcadores sociais.

Os depoimentos das entrevistadas, entre as quais a maioria pertence a extratos sociais baixos, demonstram que a escolha pelo trabalho sexual atendeu a diferentes demandas de acordo com suas trajetórias de vida: algumas, como Paula, Camila e Mariana, iniciaram a carreira para se manter financeiramente após o fim de seus relacionamentos; outras, como Stella, buscavam um meio para financiar projetos pessoais aos quais não tiveram acesso; outras ainda precisavam de uma renda para sustentar suas famílias, como é o caso de Vitória.

O aspecto comum e relevante desses depoimentos é que todas elas encontraram no trabalho sexual uma fonte de recursos para enfrentar situações de vida que não foram impostas pela prostituição, mas, pelo contrário, são decorrentes das desigualdades estruturais que geraram essas situações a priori, cuja superação depende do combate aos diversos fatores de injustiça social. Vemos nesses exemplos as dificuldades de acesso aos estudos, as desigualdades salariais entre homens e mulheres, o trabalho de cuidado que recai sobre as mulheres e a violência de gênero.

Paula: *Porque essa pessoa, eu fiquei nove anos. E aí quando ele me conheceu, eu não trabalhava com isso. Trabalhava em loja de shopping. Então, quando eu fui trabalhar com a prostituição, eu já tava com ele há três anos e já conhecia a família, né? Ele a minha família, eu a família dele. E aí quando eu entrei na prostituição, foi o momento que a gente tinha terminado, a gente tinha brigado. E eu fiquei sem emprego, pra pagar aluguel, né? Pra pagar as minhas contas e aí eu fui pra clínica de massagem, lá em Moema. E eu fui, falei assim: 'Ah, eu vou ficar um mês, né?' Era uma boa renda. Ganhava bastante lá. 'Eu vou ficar um mês e depois eu saio.' E aí eu tava solteira, assim, né? E aí... Só que, depois, eu acabei voltando e eu não tinha coragem de contar. Durante um tempo, eu não tinha coragem de contar. Não sabia, também, se eu ia continuar com ele ou não. Então, ele acabou ficando sem saber, vai, uns seis meses. (Paula; Autoteste; 38 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 10 anos de profissão; Boate)*

Camila: *Quando separei aí fiquei um ano sem trabalhar... meu dinheiro acabou, falei: 'vou atrás do Diego, porque ele sabe de todas as boates' [...] Não tenho mais dinheiro, preciso trabalhar -. E não tinha mesmo!, Era coisa assim: tinha os meus últimos 50 reais... Minha mãe foi pra praia, que ela tem uma casa na praia, e falou – quando voltar quero ver você trabalhando, se vira. Aquilo foi muito pesado para mim, sabia? E eu tendo que... que o pai [da minha filha] não ia me ajudar mais... ele não estava nem aí...ele pagava a prestação do apartamento...e mais nada... (Camila; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 8 anos de profissão; Prédio)*

Mariana: *Mas assim que eu comecei a trabalhar aqui, eu era casada.*

Entrevistadora: *Tá.*

Mariana: *Eu era casada. Era muito difícil pra mim poder sair de casa. O que me levou, também, a vim pra cá não foi só a dificuldade no serviço, mas também foi meu relacionamento. Eu vivia um relacionamento abusivo. Ele me batia, ele me maltratava, aí foi uma das coisas que me levou. E quando eu liguei aqui, ela me falou que eu podia morar aqui. (Mariana; Autoteste; 26 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 3 anos de profissão; Casa de prostituição)*

Stella: *Que, assim, faz pouco tempo que eu trabalho, assim, de garota, né? Mas quando eu entrei, que foi novembro do ano passado, eu entrei com foco, assim, já que eu vou entrar, as circunstâncias tá meio que obrigando, vou fazer uma faculdade, pelo menos. Porque hoje em dia prostituição não deixa ninguém rico. (Stella; PEP; 27 anos; Raça/cor n/i; Cursando Ensino Técnico; 1 ano de profissão; Clínica de massagem)*

Vitória: *Então, eu morava com a minha mãe, sempre morei com a minha mãe. No começo, desde os 11 anos, que a gente foi morar sozinhas, antes morava com a minha família inteira.*

A gente foi morar as duas. Aí ela parou de trabalhar eu tinha 18 anos, ela ficou doente, aí eu tive que procurar um meio de trabalhar.

Entrevistadora: *Tá.*

Vitória: *Aí comecei a trabalhar em boate. Mesmo assim estudando, conciliando com a faculdade, trabalhava. E como estudava à noite então já não dava para ir para boate de noite, só de final de semana.*

Então tive que ir para Privé. Privé funciona de dia. E aí, depois desse tempo todo, aí depois consegui estágio, e depois eu tive que...O estágio não dava tanto dinheiro, não dava para viver. Aí eu tive que voltar para casa de massagem. Uma amiga minha me apresentou esse tipo de atendimento, que eu não conhecia. Até então só conhecia, só sexo em boate, esse tipo de ambiente. (Vitória; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 3 anos de profissão; Casa Autogerida)

Reconhecer o trabalho sexual como uma escolha autônoma não significa desconsiderar os conflitos que permeiam tal decisão na vida das mulheres, nem tampouco os impactos desfavoráveis dessa ocupação.

As entrevistadas são praticamente unânimes em reconhecê-la como uma profissão difícil, que exige habilidade para lidar com diversas situações de desrespeito e violência. Mas, por outro lado, ressaltam que os contextos de trabalho podem favorecer ou prejudicar essas relações, de acordo com a autonomia e respaldo que as trabalhadoras encontram.

Entrevistadora: *A gente ouviu alguns relatos de situações que a coisa fica meio tensa ali.*

Patrícia: *Acho que varia muito do local que a pessoa trabalha.*

Entrevistadora: *Então, isso que eu ia te perguntar. Você já vivenciou situações assim? Que que você vê disso?*

Patrícia: *Não. Eu nunca... Eu tive uma situação ruim numa clínica de massagem. Fica no Jardins. Um cliente que frequenta a casa há mais de 20 anos, que vai lá todo santo dia. E ela vai e ele toma remédio controlado e ele bebe, bebe muito. Bebe uísque. Ele vai bem alterado. Então ele se acha o dono da casa e que ele pode fazer o que ele quiser. E isso que ele pode fazer o que ele quiser, a casa não toma uma atitude, uma postura contra ele. [...] e eu mesma já tive um problema com ele. [...]E ele já bateu boca com outras garotas, ele já ofendeu as garotas. "Ah, você é uma puta. Uma vagabunda." Sabe? De xingar. [...] E acontece, o clima pode pesar em casas que você não tenha... Casa muito grande, igual fui numa casa chama [XXX]. Ela fica na zona sul, Santo Amaro. Não tem uma revista policial. A maioria dos clientes são envolvidos com tráfico de drogas. Eu me senti completamente desprotegida naquela casa, completamente insegura. [...]Agora numa casa que você tem comprometimento com a garota é diferente. Eu não vejo isso, entendeu? De algumas clínicas que têm compromisso com as garotas, não tem, entendeu? [...] Que ela não tem medo de perder o cliente. (Patrícia; Autoteste; 37 anos; Parda; Ensino Superior Completo; Tempo de profissão n/i; Boate)*

Entrevistadora: *Você acha que aqui é pior ou igual do que os lugares mais de alta assim?, em termos desse tipo de abuso, de pedidos...*

Camila: Sim, porque na boate... A gente costuma dizer que pobre que gosta de transar. Cara... já sai com vários jogadores de futebol...

Entrevistadora: ele quer se exibir...

Camila: Ele transando assim... normal... porque o sexo para ele não é novidade. Porque ele tem dinheiro para pagar a toda hora. Agora, o pobre... esse porque aqui é um lugar de pobre... não é sempre que tem 30 reais para vir aqui, entendeu?

Entrevistadora: Ahã.

Camila: Entendeu? Então, quando ele vem ele quer tem fazer de tudo. Tem cara que chega e fala assim: 'R\$30 é completo?' Falo: 'que mais você quer? [...]

Entrevistadora: Mas em termos de violência você acha que é pior também do que com os ricos?

Camila: .Do que na boate?

Entrevistadora: O prédio, com os pobres, é pior do que nas boates com os ricos?

Camila: Não. Eu nunca presenciei nenhum cara agredindo nesse condomínio, nenhuma menina aqui. Nas grandes boates que já trabalhei já. Por que? Geralmente é muita mistura de álcool com drogas. **(Camila; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 8 anos de profissão; Prédio)**

Em resposta a isso, as trabalhadoras sexuais que atuam nos movimentos sociais pela descriminalização em diversos países do mundo defendem, com base nas suas experiências, que as políticas que visam acabar com essa atividade – seja de maneira direta, pela proibição do trabalho em si, ou de forma indireta, criminalizando os clientes e estabelecimentos – apenas precarizam as condições de trabalho, dificultam o acesso a direitos e as deixam mais expostas a diversos riscos.

No aspecto subjetivo, também é verdade que, enquanto algumas entrevistadas têm facilidade para separar a vida profissional da vida pessoal, outras lidam com sofrimento psíquico para exercer seu trabalho, sobretudo por conta do autoestigma.

Cláudia: Até porque é o que eu afirmo desde o início, eu tenho uma vida fora, eu sempre afirmei isso pra mim mesma e pras minhas colegas de trabalho, né? Porque a minha vida não se condiciona ali. Eu não vou ficar lá o resto da minha vida. Eu quero envelhecer fora dali. É um período. Então, pô, eu tô ali trabalhando. **(Cláudia; Autoteste; 29 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 6 anos de profissão; Privê)**

Clarice: Num posso... num vai ser pra sempre, sabe? Eu tô sete anos nisso. Sabe? Mais uns ano, eu vou me aposentar e eu quero aproveitar bem, com saúde... pra depois fazer minhas ôtas coisas, né? **(Clarice; PrEP; 25 anos; Preta; Ensino Médio Incompleto; Tempo de profissão n/i; Prédio)**

Stella: Que, assim, faz pouco tempo que eu trabalho, assim, de garota, né? Mas quando eu entrei, que foi novembro do ano passado, eu entrei com foco, assim, já que eu vou entrar, as circunstâncias tá meio que obrigando, vou fazer uma faculdade, pelo menos. Porque hoje em dia prostituição não deixa ninguém rico. **(Stella; PEP; 27 anos; Raça/cor n/i; Cursando Ensino Técnico; 1 ano de profissão; Clínica de massagem)**

Letícia: Ninguém olha para a gente como ser humano. A família vê a gente como uma máquina de dinheiro. Quem sabe. Ou critica. E as pessoas que vê a gente trabalhando acha que a gente tem uma vida que a gente não tem responsabilidade, que a gente tem... tipo buscam um futuro. É tenso. Desculpa.

Entrevista: [...] E pra você como que é isso, assim... Você lidando com isso?

Letícia: Tem dias que eu realmente eu não tenho vontade de sair da minha casa. Mas eu não tenho quem me ajude. Meu pai não tem condições, a minha mãe a gente não se dá muito quando está perto. Então eu tenho que correr atrás das minhas coisas: eu pago meu aluguel, eu que tenho que focar nas minhas coisas sabe? Então é... ai, é difícil. Mas tem dia que você não tem vontade de levantar. (**Letícia; PrEP; 28 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 10 anos de profissão; Boate**)

Alice: Porque aquela coisa, para mim a partir do momento que você faz algo que você não pode contar para as pessoas, é uma coisa que você não deveria fazer.

Entrevistadora: Tá.

Alice: Então eu tenho esse pensamento. Então, o fato de ser uma coisa que eu preciso esconder, de todo mundo, então isso me faz mal. (**Alice; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 10 meses de profissão; Casa Autogerida**)

O marcador de religião exerce um forte papel nesse sentido e, como veremos adiante, também no estigma de outros sujeitos contra as trabalhadoras sexuais. A noção de estar cometendo um pecado causa sentimento de culpa em algumas entrevistadas, e acaba por afastá-las de suas comunidades religiosas:

Entrevistadora: E você, de seu modo, conversa bastante com Deus?

Stella: Muito.

Entrevistadora: Muito?

Stella: Muito. Todo dia à noite...

Tem alguma coisa... Todo dia à noite...

Stella: Agradeço. Peco perdão pelo que eu faço. Agradeço porque eu tô fazendo faculdade. Agradeço... Ah, peço pra me proteger. Que eu trabalho num ambiente, né? Pesado. Que nada de mal me aconteça, porque tem minha filha que depende de mim. E faço minha oração e durmo. Todo dia, né? [Risada] (**Stella; PEP; 27 anos; Raça/cor n/i; Cursando Ensino Técnico; 1 ano de profissão; Clínica de massagem**)

Entrevistadora: E você tem religião?

Cláudia: Tenho.

Entrevistadora: Hum, hum. Qual?

Cláudia: Tenho. Católica. Assim, quando dá pra... Também pelo fato da minha profissão em si, às vezes, eu procuro não ir muito, porque dá aquela culpa, né? Que eu sei que o que eu tô fazendo não é certo. Apesar de eu considerar isso como se fosse um trabalho, né? Porque, pra mim, eu entro lá, vou trabalhar e vou embora, como se fosse trabalho. Nada mais do que isso. Mas quando, assim, eu tô mais leve, eu me sinto melhor, então eu vou. Vou à igreja. (**Cláudia; Autoteste; 29 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 6 anos de profissão; Privê**)

Patrícia: *Eu sou católica de batismo. Não pratico. Não pratico religião alguma. No Espírito Santo eu frequentava muito a Igreja Batista. Aqui eu não me identifiquei com a Batista e eu gostei da Bola de Neve, mas fica na Lapa. Então, é um pouco fora de mão pra mim que não tenho carro. E também, assim, é feio, né? De dizer por causa da moral e costume. (Patrícia; Autoteste; 37 anos; Parda; Ensino Superior Completo; Tempo de profissão n/i; Boate)*

Outro marcador importante para a autoestigmatização, também derivado das noções impostas por muitas religiões, é a percepção sobre os papéis de gênero: culturalmente, o lugar social da prostituta é exatamente o oposto da mulher casada, e os dois são interpretados como pólos inconciliáveis na visão de algumas delas. Por isso, várias entrevistadas têm a percepção de que é errado estar em um relacionamento enquanto estiverem exercendo a prostituição.

Beatriz: *E hoje em dia você está namorando já faz um mês e eu queria saber [corte] o seu trabalho como profissional do sexo com seu parceiro? Como... como foi contar para ele, como...? Ele não liga. Mas eu não quero mais ficar com ele só que eu não sei como falar para ele. Ele é muito legal. Ele é meu amigo, tal, meu companheiro. Mas é horrível, assim, trabalhar. Eu não consigo conversar com ele quando eu estou trabalhando porque eu acho que eu estou errada. Que eu tô fazendo errado. (Beatriz; PrEP; 29 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 1 ano de profissão; Boate e rua)*

Stella: *Então, eu penso até, assim, de voltar com ele depois que terminar meu curso, né? Ou quando eu arrumar emprego. Porque enquanto eu tiver nesse meio, assim, não dá. Eu vou me sentir muito, ah, como que é a palavra? Ah, magoar. Eu não quero que ele fique sabendo desse meu lado, que tá acontecendo agora na minha vida. Então eu prefiro, se a gente um dia pretender voltar, vai ser depois que eu terminar a faculdade. Essa é a minha intenção. (Stella; PEP; 27 anos; Raça/cor n/i; Cursando Ensino Técnico; 1 ano de profissão; Clínica de massagem)*

Ao lado do autoestigma, os estigmas antecipados, percebidos e vivenciados no âmbito da vida privada também são fatores que afetam ainda mais significativamente a trajetória das trabalhadoras sexuais.

Muitas vivem sob a condição de esconder sua atividade de seus parentes, amigos e parceiros, por temerem os julgamentos que, além das repercussões emocionais, mencionadas por exemplo por Cecília e Alice, podem, em sua percepção, levar à perda de uma rede de apoio familiar necessária para elas, como é o caso de Lívia, que precisa deixar o filho com sua mãe enquanto trabalha:

Cecília: *...ninguém precisa saber da minha vida, do meu trabalho, e ninguém sabe. Acho que é uma coisa bem pessoal. Coisa de vergonha e de preconceito e... e tudo bem. Tá certo. As pessoas, deixa elas com a moral delas. (Cecília; PrEP; 24 anos; Branca; Cursando Ensino Superior; Tempo de profissão n/i; Autônoma)*

Alice: Então, eu penso assim, sabe, então assim, para mim não seria uma coisa que eu gostaria de esconder, porém eu sei que se eu chegar no meu namorado hoje e falar para ele o que eu faço sei que ele vai me abandonar, ele não vai aceitar.

Entrevistadora: Ahá. Isso pesa, né?

Alice: Sim. Pode ser até que ele fale – eu quero que você pare e eu continuo com você – ou pode ser – eu não vou admitir isso -.

Entrevistadora: Tá.

Alice: Então assim, é um risco que eu não quero correr, que ele descubra. (Alice; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 10 meses de profissão; Casa Autogerida)

Entrevistadora: A minha família é bem tradicional, sabe? Bem tradicional mesmo. Bem religiosa também. Mas como eles não sabem que eu trabalho, lá é outra postura que eu tenho. Então, a minha convivência com eles é super tranquila e é boa, tranquila. [...]

Entrevistadora: Tá. E o bebê fica onde?

Livia: Ele fica com a minha mãe.

Entrevistadora: Com a sua mãe lá na...

Livia: Isso, porque ela pensa que eu trabalho em uma loja de sapatos. Então ele fica com ela. (Livia; Autoteste; 20 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 2 anos de profissão; Prédio)

O medo de sofrer diversas formas de violência, inclusive o feminicídio, é outro grande desafio para lidar com a revelação da profissão em suas redes pessoais, sendo comum a circulação de relatos sobre esse tema, como denuncia a fala de Camila:

Camila: ...eu já perdi meninas, colegas de trabalho, três que o namorado descobriu e matou, passou na televisão. Amigas assim, conversava muito com elas, sabe? Chegava roxa...

Entrevistadora: isso nas outras boates...ou aqui...?

Camila: Aqui nenhuma faleceu, que eu conheça, mas das outras. [...] Essas meninas muito bonitas, quando passa na televisão que apareceu morta, é isso. É sempre isso, sempre isso.

Entrevistadora: sempre tem alguma história para camuflar...

Camila: A última amiga que faleceu apareceu [na TV] falaram que ela era vendedora de roupa... (Camila; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 8 anos de profissão; Prédio)

Manuela: É. Porque na verdade as pessoas, os namorados, eles não vão te respeitar se souber que você faz programa. Aqui no Brasil não.

Ent - Você vê essa diferença por exemplo você morou na Itália...

Sim. Lá nenhum namorado teu que saiba que você faz o programa vai falar na tua cara: "ah, sai daqui sua puta". Aqui no Brasil sim. Eu já namorei homens que sabiam e falaram "ai, você é uma puta!" tipo... um local, digamos assim. Você é uma puta do [local X], você é uma puta não sei da onde... porque no Brasil tem menos respeito porque é menos educação do povo, é menos respeito com as pessoas. Em outros países não. (Manuela; PrEP; 44 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 20 anos de profissão; Boate e rua)

Lorena: Ninguém da minha família sabe.

Entrevistadora: E você já sentiu algum constrangimento, ou preconceito, ou alguma situação de violência, é... cê tem medo de que isso aconteça... né, por isso que você não conta?

Lorena: *Sim. Sim. Tenho medo sim. Porque a gente vive num mundo que o pessoal num vê com bom olhos o trabalho de uma, de uma profissional do sexo.*

Entrevistadora: *Hum-rum.*

Lorena: *Então... qualquer uma de nós tá sujeita... a levar pancada no meio da rua, se algum, se alguém descobrir. Tipo assim, pode não ser pancada de bater, mas palavras mesmo. (Lorena; PrEP; 37 anos; Parda; Ensino Médio Completo; Tempo de profissão n/i; Boate)*

Essas apreensões são plenamente legitimadas pelos relatos das participantes que contaram a alguns parentes ou parceiros sobre seu trabalho, cujas vivências de estigma resultantes dessa decisão são recorrentes: vão desde ofensas verbais até a expulsão de casa e violência física, como exemplificam as falas de Camila e Vitória:

Camila: *tive um namorado, que descobriu, que eu falei que trabalhava em um hospital, e ele descobriu a verdade. E ele ficou muito louco...e faltou assim... bem pouco para ele me matar...*

Entrevistadora: *sério?*

Camila: *ele me agrediu. Aí entrei com medida protetiva, saiu em três dias... [...] Tinha muitas provas de agressão, ele mandava e-mail, mas já não tinha mais o meu número...aí começou a mandar e-mail...tinha muitas provas, e a minha medida saiu em 3 dias. Aí mesmo assim me agrediu. Eu estava no posto de gasolina abastecendo meu carro, minha filha estava do meu lado e ele me tirou do carro, me deu uma porrada aqui [aponta o rosto], não sei se dá pra ver.(Camila; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 8 anos de profissão; Prédio)*

Entrevistadora: *E você agora mora com o seu namorado? Há quanto tempo?*

Vitória: *Então, em novembro a gente foi viajar e levei a minha mãe para a casa da minha avó. Era aniversário da minha mãe. Ela brigou comigo, falou um monte de merda para mim, esfregou, falou coisas na minha cara, tipo onde eu trabalhava, falou para a minha avó...*

Entrevistadora: *Tá, ela sabia já?*

Vitória: *Minha mãe sempre soube. [...] Desde a primeira vez que eu fui falei antes para ela que estava indo.*

Entrevistadora: *Tá.*

Vitória: *Falando para a minha vó, que ela não sabia o que fazia, minha avó falou que sabia. E eu fiquei... falou um monte de merda. E aí tipo, [minha mãe] meio que me expulsou de casa. [...] Aí eu vim morar com ele.*

Entrevistadora: *Tá. A sua mãe te expulsou de casa?*

Vitória: *É. Eu perguntei para ela – você quer que eu vá embora, então, da sua casa? E ela: ‘eu quero, pode ir’(Vitória; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 3 anos de profissão; Casa Autogerida)*

Em síntese, o trabalho sexual representa, segundo as entrevistadas, a busca de um sustento para atender a diversas necessidades materiais comuns à vida de muitas mulheres: seja a realização de seus planos de futuro, a criação dos filhos ou a independência para sair de relacionamentos abusivos, como foi mencionado.

Em contrapartida, os estigmas em torno da prostituição têm diversos efeitos negativos, levando-as a precisar superar situações de discriminação, violência e isolamento social, assim como a internalização de percepções negativas a respeito de si mesmas.

5.3 Percepções sobre o HIV/aids e negociação da prevenção

Com o surgimento do HIV/aids a partir do final da década de 1970, além de enfrentarem os estigmas por conta da prostituição em si, as trabalhadoras sexuais tornaram-se alvo do estigma de serem apontadas como um dos então chamados “grupos de risco”, que em um primeiro momento resultou no aprofundamento da marginalização e desumanização dessa comunidade. Mas, ao mesmo tempo, o confronto com essa abordagem impulsionou seu fortalecimento como um dos movimentos sociais que abriram espaço para a discussão sobre a importância do protagonismo social na definição e implementação das respostas à epidemia.

Assim, Mann; Tarantulla e Netter (1993) propõem o conceito de vulnerabilidade, que já trouxe avanços em relação às interpretações até então utilizadas ao considerar as dimensões sociais e programáticas como fatores que determinam a exposição ao HIV, ao lado da dimensão individual. Mas foi no contexto brasileiro, sobretudo a partir das contribuições de Ayres (ref), que essa concepção se aprofundou em “buscar as raízes sociais e políticas da exposição à infecção e ao adoecimento pelo HIV e sua distribuição desigual” (Ayres, 2022).

Nas palavras do próprio autor “podemos dizer que o quadro da ‘Vulnerabilidade e Direitos Humanos’ à brasileira, como construto conceitual, busca conformar totalidades compreensivas, nas quais, já de início, recusa-se a dicotomia entre o individual e o coletivo, articulando sempre, da forma mais estreita possível, as três dimensões clássicas das análises de vulnerabilidade – individual, social e programática” (idem, 2022, p.199).

Apesar disso, no senso comum as práticas e condutas sexuais dos indivíduos continuam a ser o principal alvo de avaliações quando a questão é a prevenção ao HIV: grande parte da sociedade – inclusive profissionais da saúde – ainda julga que contrair o vírus é resultado de irresponsabilidade, promiscuidade ou imoralidade dos sujeitos.

Especificamente no caso das trabalhadoras sexuais, o peso desses julgamentos é uma barreira para a discussão sobre os desafios da prevenção nas suas relações com clientes, pois dentro da própria comunidade o uso do preservativo estabeleceu-se como um princípio de ética profissional desde o início da epidemia, embora na realidade prática essa norma nem sempre seja seguida, ora por causa das assimetrias de poder que permeiam a negociação do uso do método (Shannon; Csete; 2010), ora pelos interesses e desejos que movem a relação entre a trabalhadora sexual e seus parceiros.

Para compreender essas dinâmicas, deve-se levar em conta tanto as percepções individuais e coletivas que norteiam as decisões pessoais a respeito da prevenção, quanto as conjunturas em que se estabelecem os acordos – envolvendo o poder econômico de quem

oferece e quem compra o serviço, a segurança nos ambientes de trabalho, as práticas de exercício da profissão, entre outras questões.

A fim de explorar esses dois aspectos, analisam-se a seguir quais são as representações das trabalhadoras sexuais entrevistadas a respeito do HIV/aids, e como se estabelecem as negociações sobre o uso do preservativo com seus clientes, segundo as perspectivas delas.

5.3.1 Percepções sobre o HIV/aids

O medo é um elemento marcante nos discursos das trabalhadoras sexuais quando se discute sobre o HIV/aids, independentemente da adesão ao uso do preservativo e do conhecimento sobre os atuais tratamentos disponíveis para as PVHIV.

Quase todas as entrevistadas expressam, explícita ou implicitamente, grande preocupação com a possibilidade de contrair o vírus, pelo fato de ser uma infecção incurável e que acarreta fortes impactos sociais resultantes da estigmatização.

Débora: ...querendo ou não a gente fala HIV, nossa! Dá... a gente não pode ser hipócrita, né? Lógico que dá desespero, a gente fica com medo, né? Nossa, e se eu tô com HIV? Eu vou ter que fazer tratamento pro resto da vida, ficar tomando coquetel, como é que fica, né? Então é um pouco desesperador você pensar que tem HIV. **(Débora; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 2 anos de profissão; Boate e Privê)**

Manuela: Assim eu sou uma pessoa que eu sou meio doente mental. Morro de medo de... acho que o meu maior medo é pegar HIV porque o meu psicológico não aguentaria. **(Manuela; PrEP; 44 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 20 anos de profissão; Boate e rua)**

Clarice: eu sempre tive muito medo de pegar HIV, né? Porque as outras doenças eu sei que tem a dor, vai doer, tem 'Benzotacil', essas coisas, mas tem cura, né? E o HIV não. **(Clarice; PrEP; 25 anos; Preta; Ensino Médio Incompleto; Tempo de profissão n/i; Prédio)**

Camila: Eu sou muito encanada com esse negócio de doença. Porque eu estudo, é meu foco. Talvez se eu não trabalhasse com isso não seria tão... eu tenho várias amigas que não são garotas de programa e que cada final de semana vão para baladas, saem com um cara ou outro e não usam camisinha. Eu tenho medo, eu não entendo isso. Acho que eu tenho mais medo porque estou mais próxima do foco. **(Camila; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 8 anos de profissão; Prédio)**

Entrevistadora: Você acha que você pode se infectar pelo HIV?

Valentina: Acho que sim. Porque cada vez mais, cada vez mais, como é que se diz? Sei lá como fala. Como eu falo, tá cada vez mais aí aparecendo, então...

Entrevistadora: Porque tem aumentado?

Valentina: Tem aumentado.

Entrevistadora: Tá. E o que que na tua vida, na tua vida cotidiana, te faz relacionar, então, que você pode se infectar com HIV?

Valentina: Ah, cê não sabe quem é quem, como a pessoa se cuida. Então é sempre perigoso, mesmo que seja, todo mundo fala assim, um cara bonito, cheio de saúde, parece ter saúde, mas cê não sabe o que ele faz na relação sexual dele com outras pessoas, né? [...] Já tive casos de ex-namorado que, sem eu saber, depois eu fiquei sabendo, que ele transou sem camisinha com a menina que dava pra todo mundo do bairro. E eu também transei com ele sem camisinha, então... Eu não sabia que ele era capaz de fazer isso. Era uma pessoa que eu já tava há dois anos. Então, cê pode pegar de qualquer pessoa.

Entrevistadora: De qualquer pessoa?

Valentina: É. Até de uma pessoa que você esteja há muito tempo junto. **(Valentina; PEP; 27 anos; Preta e indígena; Escolaridade n/i; Tempo de profissão n/i; Local de trabalho n/i)**

Na interpretação de Amanda, Letícia e Bianca, ter HIV representaria literalmente uma “sentença de morte” ou uma “morte aos poucos”, enquanto para Stella e Beatriz significaria uma morte social, pois a primeira se veria impossibilitada de se relacionar afetivamente com um novo parceiro e “preferiria vegetar”, e a segunda se consideraria no “fundo do poço” se tivesse que passar a tomar antirretrovirais pelo resto da vida.

Entrevistadora: O quê que você pensava do HIV, antes de tomar a PrEP, assim? Como que você imaginava, quando você falava assim ‘HIV’, pra você? O quê que você imaginava?

Amanda: Sentença de morte.

Entrevistadora: Sentença de morte?

Amanda: Quando eu era pequena... tipo, nos anos noventa, muitas pessoas morreram de HIV, tipo, nos anos noventa, oitenta... finalzinho dos anos oitenta. Minha mãe tinha uma melhor amiga, que ela pegou HIV em casa. O marido dela passou HIV pra ela. Ele tinha uma vida sexual muito ativa com os outros na rua. Então, eu cresci com essa história de HIV. Então, pra mim, sempre foi uma sentença de morte. **(Amanda; PrEP; 29 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 2 anos de profissão; Autônoma;)**

Entrevistadora: E o que é o HIV hoje pra você?

Letícia: [silêncio]. Ah, sei lá... Meu... como que eu vou explicar? Como que é o HIV pra mim? Ah, acho que é uma morte aos poucos. Todo mundo tá correndo risco, mas se for ver nem muita gente se preocupa. [...] Ah, eu já vi algumas situações, algumas coisas, e não foi legal.

Entrevistadora: De que?

Letícia: De algumas coisas que eu prefiro não falar [ri] **(Letícia; PrEP; 28 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 10 anos de profissão; Boate)**

Bianca: Ah, eu vejo uma doença terrível, né? Doença incurável, doença que pode matar, aos poucos, né? **(Bianca; PrEP; 32 anos; Branca; Escolaridade n/i; 3 anos de profissão; Boate)**

Stella: Isso. É. Eu não, porque eu sou uma pessoa, assim, que eu não conseguiria me envolver com uma pessoa que não tem e chegar nela e falar assim: ‘-Olha, eu sou soropositivo.’ E a pessoa olhar pra minha cara e falar assim: ‘- Sério? Então não dá.’ Então eu preferia, assim, vegetar. **(Stella; PEP; 27 anos; Raça/cor n/i; Cursando Ensino Técnico; 1 ano de profissão; Clínica de massagem)**

Entrevistadora: *Você acha que a PrEP, o uso dela, te fez mudar algo na forma como você pensa sobre o HIV?*

Beatriz: *Eu não. Eu acho que é uma doença realmente bem complicada. Então não mudou nada. Continuo achando que é bem grave. [ri]*

Entrevistadora: *Para você grave seria...*

Beatriz: *Seria o fim do mundo, o fim do poço. Se eu soubesse que eu tivesse aids, assim, eu já tenho recaídas de depressão então isso ia acabar comigo porque não ia poder usar droga para ficar feliz, entendeu? [ri] Porque eu sou um pouco alcoólatra, assim, eu trato minha depressão bebendo às vezes. Então, viver uma vida sem graça sem usar nada e ter que tomar coquetel para continuar vivendo... (Beatriz; PrEP; 29 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 1 ano de profissão; Boate e rua)*

Ainda no tocante às repercussões sociais de contrair o vírus, Clarice e Livia destacaram as implicações do estigma para a carreira como trabalhadora sexual, enquanto Lorena e Fernanda salientaram a preocupação de que suas famílias descobrissem sua atividade – o que chama a atenção para a intersecção do estigma interseccional entre o HIV e a prostituição, ainda mais explícita na fala de Letícia.

Clarice: *Porque, no meu ramo de profissão, essa é... a pior de tudo. É a 'tia' que a gente chama, né? Quem pega a tia, coitada...*

(Clarice; PrEP; 25 anos; Preta; Ensino Médio Incompleto; Tempo de profissão n/i; Prédio)

Livia: *teve o caso de uma garota que trabalhava lá com a gente, ela trabalhava lá há muitos anos, mais de 20 anos, já é uma puta velha já, e aí apareceu com um monte de manchas no corpo, aí a cafetina de lá mandou ela embora. [...] Porque tinha meninas.... Tinha meninas, a gente estava se recusando a deitar no mesmo lençol que ela estava, porque vai que é uma doença... (Livia; Autoteste; 20 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 2 anos de profissão; Prédio)*

Lorena: *se alguém da família... porque, assim, muitos são peço-preconceituosos, que a gente sabe. Não adianta falar "Ah, num... é família, mas num é..." É sim. E aí o medo de... descobrirem... não através disso, mas também através de outras coisas, de outras pessoas, e eu perder tudo. Além da saúde, a família. (Lorena; PrEP; 37 anos; Parda; Ensino Médio Completo; Tempo de profissão n/i; Boate)*

Fernanda: *Meu medo porque minha família não sabe o que eu faço, aí de repente, já pensou? Eu estar internada no hospital com essa doença maldita? Aí por isso. (Fernanda; PrEP; Idade n/i; Raça/cor n/i; Ensino Fundamental Incompleto; 15 anos de profissão; Rua)*

Letícia: *Se eu cair em cima de uma cama ninguém vai estar lá para poder me acudir, e ainda eu vou estar lá no leito lá morrendo e ainda vão falar "olha lá, nossa, está doente porque - o português claro, né? - porque era puta. É assim. Por que eles não veem mulher. Eles veem a gente como... puta. Tipo... Eu acho que se colocar uma pessoa da Cracolândia e colocar uma profissional do lado capaz ainda... tipo assim, não menosprezando, entendeu? Mas eles vão falar que "nossa, coitada, eu não sei o quê da pessoa tal tal".*

Ah, puta não. Puta é sem futuro. Puta deixa morrer. (Leticia; PrEP; 28 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 10 anos de profissão; Boate)

A culpa e a vergonha também manifestam-se como possível consequência dessa estigmatização.

Isabela: [...] se desse positivo [o autoteste], eu acho que ia sair dessa vida. Acho que não ia continuar mais nessa vida, não. Caso eu fizesse [o autoteste] um dia e desse positivo. Se fosse no caso antes da transa - vamos fazer - eu ia avisar [o cliente] – oh, deu o meu positivo. Eu ia ficar sem jeito, mas eu ia avisar. Mas não continuaria nessa vida, não. Ia sair... (Isabela; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; < 1 ano de profissão; Rua)

Stella: E eu só pedia pelo amor de Deus [quando foi fazer a PEP], assim, pra mim que não desse nada, entendeu? [...] porque assim eu nunca ia me perdoar.

Entrevistadora: Tá. E quando você chegou, assim... Você comentou, tipo, não ia se perdoar. Não ia se perdoar do que?

Stella: Ai, porque, assim, eu contrai essa doença pelo fato de tá nesse lugar. Tipo, assim, se eu não tivesse ido, não tinha acontecido. (Stella; PEP; 27 anos; Raça/cor n/i; Cursando Ensino Técnico; 1 ano de profissão; Clínica de massagem)

Por outro lado, é importante salientar que, ao frequentarem os serviços de saúde para fazer o seguimento da PrEP, algumas participantes mudaram suas perspectivas por terem contato com a realidade das pessoas que vivem com HIV e conhecerem mais sobre as formas de transmissão do vírus, o que demonstra a importância da disseminação de informações atualizadas e confiáveis para romper preconceitos e estimular a prevenção sem criar um pânico moral em torno da questão.

Entrevistadora: Tá. E antes da PrEP, né, antes de você começar a tomar, o quê que você pensava antes, assim, quando alguém falava 'HIV' pra você... que alguém tem HIV?

Dora: Não, nunca tive nenhum tipo de preconceito, mas eu tinha... medo de contrair. De... até pelo oral, assim, às vezes (riso). Mas... no trabalho, nesse tipo de trabalho, num dá, né, pra pensar...

Entrevistadora: E depois do início da PrEP, você acha que a forma como você encarava isso, mudou? Você ficou mais relaxada? Mais...

Dora: Acho que fiquei mais tranquila.

Entrevistadora: Despreocupada.? Mais tranquila?

Dora: Mais tranquila, e... saber que, além da medicação, a camisinha também, a forma de contração também, o acesso à informação, que eu num sabia também... porque sempre rola dúvida, né? Então, toda vez que eu venho, eu faço... sempre tem uma pergunta. (risos) E tiro as minhas dúvidas. (Dora; PrEP; 27 anos; Preta; Cursando Técnico; 1 ano de profissão; Autônoma)

Entrevistadora: É... agora a gente vai pro último bloco, que é sobre a representação do HIV e da prevenção. A PrEP mudou algo no que você pensa sobre o HIV?

Clarice: Cem por cento... Cem por cento. Eu pensava que nunca que uma pessoa... é hipócrita também, né? Também meio burra também, né? Eu nunca pensava, assim, que tipo assim, uma pessoa que tem HIV, pudesse ter um

parceiro... que num tem, e poder ter uma vida normal, entendeu? Eu nunca pensei também assim, que eu, eu pudesse, um dia, ter essa oportunidade. Nossa, pra mim, o serviço é uma benção sabia? (Clarice; PrEP; 25 anos; Preta; Ensino Médio Incompleto; Tempo de profissão n/i; Prédio)

Entrevistadora: *Hoje, o que você pensa sobre o HIV? O que é o HIV pra você?*

Júlia: *Ah, tá. Dá pra... Eu acho que... que não é o fim da vida, que não é o fim da linha. Você... por mais que você tenha... Quando eu fico ali eu tenho contato com pessoas que têm o vírus eu acho que é uma coisa que dá para você sobreviver com ela. Não é uma coisa que eu queira, mas se eu tiver não vai ser uma coisa que vai acabar comigo assim que eu vou jogar a toalha e falar: "não, eu não tenho mais nada e não consigo viver com esse vírus". Então mudou um pouco a minha visão de ver isso. Porque as pessoas que vêm aqui [no serviço] são normais. Não tem... antes eu pensava "ah, a pessoa aidética, aquela pessoa doente, fraca", e não [...] (Júlia; PrEP; 32 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 5 anos de profissão; Prédio)*

Contudo, paradoxalmente, o amedrontamento diante da possibilidade de ter HIV é justamente um dos impedimentos para a procura dos serviços de saúde, onde poderiam ter maior acesso a essas informações.

Camila: *Eu tenho uma amiga que fala assim – eu nunca fiz exame de HIV, porque eu tenho medo. Hoje... Agora ela está sossegada, tem duas filhas...tem uns 36 anos, mas quando era bem novinha acho que deu mais do que a 'Bruna Surfistinha'. Ela fala que não tem mais coragem de fazer [o teste]. Então, não sei assim, tem muito preconceito. (Camila; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 8 anos de profissão; Prédio)*

Mariana: *A gente fica noiada mesmo. É. Não tem nem um mês que tava com um cliente e a camisinha estourou. E eu não fui atrás de nada. Que eu fico com mais medo ainda de chegar lá e tá bichada. (Mariana; Autoteste; 26 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 3 anos de profissão; Casa de prostituição)*

Esse é um dos exemplos que ilustra a relevância do fortalecimento comunitário, tanto para permitir que os conhecimentos sejam transmitidos independentemente do contato com os serviços, quanto para ajudar na superação do medo como uma barreira para a prevenção.

5.3.2 Negociação do uso do preservativo

Conforme argumentou-se ao longo desse texto, as decisões a respeito da prevenção são eminentemente sociais e, portanto, atravessadas o tempo todo por relações de poder. Assim, as negociações entre os sujeitos variam de acordo com os contextos, dependendo das limitações e possibilidades para que exerçam sua autonomia de acordo com seus interesses naquela relação.

Devido às questões discutidas acima, a prevenção ao HIV é uma grande preocupação das entrevistadas, e o uso do preservativo é considerado, a princípio, como um imperativo em qualquer prática sexual com clientes. Mas ao aprofundar os relatos sobre seu cotidiano de

trabalho, elas revelam frequentes situações de exposição em que há comum acordo sobre não utilizar o método ou em que o trato é desrespeitado pelo cliente.

Se por um lado o cuidado com a saúde tem grande relevância para as trabalhadoras sexuais – inclusive para garantir sua permanência na ocupação – por outro há diversos elementos levados em conta ao ponderar os riscos e benefícios de aceitar uma relação desprotegida.

A necessidade financeira frequentemente é citada como o principal fator determinante dessa equação, como afirmam Bruna, Livia e Ana, por exemplo:

Bruna: nesse mundo de prostituição quanto mais você se expõe em relação a não usar camisinha, mais você ganha. É muito dinheiro, que eles oferecem, entendeu? Então ele, eles oferecem muito dinheiro mesmo, pra você não usar camisinha. Então é um risco muito grande. Então é isso. Por isso que o pessoal nesse mundo tem muita aids por que é muito dinheiro que você ganha. Você se expondo assim, entendeu? **(Bruna; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 5 anos de profissão; Boate)**

Livia: Tem garota que pode pisar o pé, bater o pé, falar que não faz sem camisinha, mas sempre faz, pelo menos com uma pessoa faz, não tem jeito.

Entrevistadora: Não tem como escapar...

Livia: Não, não tem como... E é todas, não adianta falar nenhuma. Pode falar, pode falar para você que não faz sem camisinha, que só fez uma vez... não. Mentira, mentira. Porque tem dias que aí está bem escassa... não tem movimento, não tem ninguém. Aí chega um cliente e fala – te dou 200 reais para você fazer sem camisinha -, querida, a pessoa vai fazer. Com certeza! **(Livia; Autoteste; 20 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 2 anos de profissão; Prédio)**

Ana: às vezes a gente passa por alguns momentos que a gente não tem opção, ou a gente atende, ou a gente sabe que aquele dinheiro vai fazer falta. Às vezes é prum café, pra marmita.... **(Ana; PrEP; 27 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 8 anos de profissão; Prédio)**

Mas é preciso cuidado para não incidir em uma interpretação reducionista a esse respeito: pode-se dizer, de fato, que grande parte das trabalhadoras sexuais está sob pressão constante para garantir seus ganhos diariamente, como outras trabalhadoras autônomas em condições precarizadas, mas geralmente outros critérios também são avaliados durante o processo de negociação. De acordo com Isabela, estabelecer um preço elevado para fazer o programa sem preservativo pode ser, inclusive, uma estratégia para restringir o número de clientes que conseguem pagar pelo sexo desprotegido:

Isabela: aqui no hotel é 100 reais com camisinha e 300 reais sem camisinha. Um valor bem elevado mesmo, para eles não aceitarem. Tem os que pagam... e a gente tem que fazer. Esse é o preço. E no estacionamento não tem como fazer... é com camisinha mesmo... **(Isabela; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; < 1 ano de profissão; Rua)**

Ainda no tocante aos aspectos conjunturais, as relações nos diferentes contextos de trabalho – como a coesão com as colegas, o apoio para lidar com eventuais situações de violência e a autonomia para definir suas próprias regras de atendimento – exercem grande influência sobre o poder de negociação das trabalhadoras em relação aos clientes.

Com relação à autonomia e segurança no ambiente de trabalho, Livia conta sua experiência em uma “casa de luxo” onde não podia definir se queria ou não atender os homens que procuravam sexo sem preservativo. Por conta disso, ela mesma e outras entrevistadas preferem trabalhar nos estabelecimentos que, mesmo com infraestrutura mais precarizada, oferecem maior proteção contra situações de violência e liberdade para elas estabelecerem suas condições.

Livia: Tanto que uma vez eu fui numa casa de luxo, trabalhar numa casa de luxo, e antes da gente entrar a gente teve que fazer todos os exames. Todos os exames porque lá a maioria dos clientes, como eles pagam muito bem, eles querem fazer sem camisinha. Mas para você entrar lá você tem que fazer todos os exames para saber se você tem alguma coisa. Se você tem, você nem entra lá.

Entrevistadora: Tá. E o cliente? O cliente não precisa apresentar?

Livia: Não, o cliente não precisa apresentar, só as garotas. E elas fazem de 3 em 3 meses, os exames.

Entrevistadora: Tá. E tem que fazer sem camisinha...

Livia: Tem que fazer. Por isso que eu não gosto de casa de luxo, porque aqui por mais desorganizado que seja, aqui você faz as suas regras. Aqui você escolhe se você vai fazer ou não, se você vai fazer anal ou não... (Livia; Autoteste; 20 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 2 anos de profissão; Prédio)

Entrevistadora: Você acha que aqui é pior ou igual do que os lugares mais de alta assim? Em termos desse tipo de abuso, de pedidos...

Camila: Sim, porque na boate... A gente costuma dizer que pobre que gosta de transar. Cara, já saí com vários jogadores de futebol!

Entrevistadora: ele quer se exhibir...

Camila: Ele transando assim, normal, porque o sexo para ele não é novidade. Porque ele tem dinheiro para pagar a toda hora. Agora, o pobre... esse... porque aqui é um lugar de pobre... Não é sempre que tem 30 reais para vir aqui, entendeu?

Entrevistadora: ahá...

Camila: Entendeu? Então, quando ele vem ele quer fazer de tudo. Tem cara que chega e fala assim: ‘R\$ 30 é completo?’. Falo: ‘Que mais você quer? quer no pelo também?’ ‘No pelo’ é nosso termo pra sem camisinha. Então, assim, aqui o risco é maior: não existe uma higiene, vem sem tomar banho, o cara podre, suado da rua... Na boate é diferente, você vai, toma banho... Só que eu não tenho mais paciência para isso.

Entrevistadora: Mas em termos de violência você acha que é pior também do que com os ricos?

Camila: Do que na boate?

Entrevistadora: O prédio, com os pobres, é pior do que nas boates com os ricos?

Camila: Não. Eu nunca presenciei nenhum cara agredindo nesse condomínio, nenhuma menina aqui. Nas grandes boates que já trabalhei já... Por que? Geralmente é muita mistura de álcool com drogas. **(Camila; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 8 anos de profissão; Prédio)**

Mariana: A gente só divide os programas. Mas o valor o anal é nosso. É você que dá o seu valor. Se eles quiser que você chupe ele sem camisinha, também você dá o seu valor. Se ele quiser gozar na sua boca, aí você dá seu valor. Tudo que eles faz, você dá o seu valor. Por isso que eu saio daqui com bastante caixinha. Porque, a maioria das vezes, eu faço tudo.

Entrevistadora: Tá. E sexo sem camisinha também entra nessa negociação?

Mariana: Eles pedem muito. Muito. Muito. Muito. Eles pedem demais sexo sem camisinha. Mas eu não faço. **(Mariana; Autoteste; 26 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 3 anos de profissão; Casa de prostituição)**

Já a construção de um bom relacionamento entre colegas demonstrou-se como um importante instrumento para os aprendizados das trabalhadoras novatas sobre auto-cuidado e sobre como lidar com potenciais situações de risco. Lorena e Helena tiveram vivências positivas nesse sentido, porém Mariana, pelo contrário, diz que enfrentou um ambiente de competitividade e acabou encontrando apoio em um de seus clientes. Mas em ambos os casos vale destacar que, diferentemente do que se supõe no senso comum, o autocuidado com relação à prevenção só passou a fazer parte da vida delas por causa do trabalho, assim como relatam outras participantes.

Entrevistadora: Entendi. É, e... você diria que qual o lugar da camisinha na sua vida sexual? [...]

Lorena: Que eu comecei [...] a usar ela quando eu comecei a trabalhar. Que até então... eu nunca usei. Nunca usei, porque... eu achava que eu nunca ia precisar dela. Aí, depois que eu comecei a trabalhar, foi que, através de uma... é, profissional lá também, na hora, que me ensinou que só podia ser assim, assim, assim... atrav-... apesar que eu num ia... fazer, mas assim, a gente chega, que somos a primeira vez nesses local, tem um, um certo acompanhamento pra você se prevenir. E aí, é daí pra cá que eu comecei a usar camisinha na minha vida. Porque eu não usava, que eu não precisava, porque era em casa [com o marido], né? Então... **(Lorena; PrEP; 37 anos; Parda; Ensino Médio Completo; Tempo de profissão n/i; Boate)**

Helena: [...] Então, o que eu pensava, quando cheguei ali vi que era totalmente diferente. Tem que saber lidar com certas situações para você não...até não apanhar. Porque tem homem que é muito grosso, é ignorante...então você tem que saber lidar com a situação. Tive que aprender...

Entrevistadora: e como você aprendeu?

Helena: Então, foi... eu fui vendo... a própria XXX [colega de trabalho] foi me explicando algumas coisas [...] Aí ela começou a me falar “olha, é assim, tenta relevar algumas coisas mas dentro do padrão também. Não faça nada que você vai se arrepende depois”. Aí às vezes você fica... tem uns homens que tentam te convencer a transar sem camisinha, tem homem que transando tira a camisinha e você nem percebe... Aí fui sabendo lidar, tentando lidar para conseguir transar melhor. Ela foi me ensinando, porque no começo foi

complicado. (Helena; Autoteste; 29 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 4 meses de profissão; Prédio)

Mariana: Quando eu cheguei aqui no primeiro dia, eu não sabia nem como que colocava uma camisinha. Então, quando fui pro quarto com o cliente, ele que me ensinou. Quando eu fui fazer oral nele, que ele pediu pra mim poder fazer oral, quando fui fazer oral nele, aí ele que pegou a camisinha e falou: "Não. Não pode ser sem camisinha. Vamos colocar a camisinha." Ele que me ensinou, porque eu não sabia de nada. Uma das minhas amigas que na época que trabalhava aqui, nenhuma me falou nada. Porque quando você chega, assim, cê sabe, né? Tipo, as meninas ficam com raiva. Aí ninguém me falou nada. Não falaram como que era. Aí eu fui. Aí quem me ensinou foi o cliente [...]. Eu nunca me preocupei, tipo, com a minha saúde de saber como que... Que eu tinha que ir no médico, se tinha alguma coisa. Eu nunca pensei nisso. Nunca. Depois que eu vim pra cá que eu tive bastante informações que eu fui tendo aqui. Por causa dos clientes. Os clientes que conversavam comigo. [...] Porque eu saía com muitos homens de graça. Muitos homens. Muitos mesmo. Só que a diferença de sair na rua e sair aqui, foi que aqui quem me ensinou a usar o preservativo foi o cliente e na rua eles não liga. (Mariana; Autoteste; 26 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 3 anos de profissão; Casa de prostituição)

Os marcadores sociais de idade e tempo na prostituição impõem certas dinâmicas reguladoras dos termos das relações das trabalhadoras sexuais com os clientes, levando a maior ou menor dificuldade para elas rejeitarem práticas sexuais com as quais não consentem ou não se sentem confortáveis.

As mulheres mais jovens e/ou que estão na atividade há pouco tempo têm certa insegurança para lidar com as pressões dessa negociação e até mesmo falta de conhecimento de estratégias para identificar e agir diante de situações de risco, como quando o cliente se recusa a usar preservativo ou o retira durante a relação, como aconteceu com Vitória e com Cláudia:

Vitória: Eu assustei várias vezes, mas eu vou contar de uma que realmente eu não sabia o que fazer. É uma das coisas mais marcantes, foi logo que eu comecei. Quando eu comecei eu era... Tinha acabado de chegar na faculdade, eu entrei na faculdade com 17. Aí fiz 18 e aí eu podia ir trabalhar nesse lugar. Até então não tinha malícia, sabe? Para você trabalhar com isso você tem que ser muito esperta, com tudo, com tudo, os mínimos detalhes. E você tem que ser firme e tem que ter a cara fechada, e tem que ser brava. Você tem que estar preparada para todo tipo de situação. E eu não estava, era bobinha, entendeu? [...] Estava lá, de boa, para mim era uma baladinha, bebia. Ia lá, fazia o que tinha que fazer. Um cliente me chamou para o quarto e eu fui. E ele me falou que não ia fazer com preservativo, que não ia fazer, não ia fazer, não ia fazer, não ia fazer. Aí eu ia fazer o que? Eu não sabia se chamava o gerente, se eu fazia. Sabe? Aí eu estava com medo de perder o dinheiro, entendeu? (Vitória; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 3 anos de profissão; Casa Autogerida)

Cláudia: Foi aqui, nessa casa onde eu tô agora. Um cliente que ele já tinha essa fama de ele não gostar de camisinha, como eu falei pra você. E, na realidade, a maioria dos clientes, homem em si, né? De um modo geral. Eles têm tesão em colocar a mulher numa posição de quatro, porque eles acham

que isso é mais excitante e pronto. E aí ele pediu pra eu ficar nessa posição e eu era meio bobinha ainda, né? Digamos, não é bobinha, mas dá ficar e dá pra olhar. [ambas dão risada] A gente consegue, dá pra ficar de olho ou por as mãos. [...] Porque é diferente o toque. Mas eu vi que ele tirou a camisinha. E no que ele tirou, ele foi pra colocar de novo. Só que aí eu falei: "Não. Pera aí." Ele encostou. Eu senti que tava sem. Eu falei: "Não. Tá sem camisinha." "Não. Não tá sem camisinha." Falei: "Tá." Quando eu virei, eu peguei a camisinha em cima da cama. Falei: "O que que isso aqui?" "Ah, não. Mas é só pra gente trocar, tal." Falei: "Não." Mas ainda assim... (Cláudia; Autoteste; 29 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 6 anos de profissão; Privê)

Finalmente, devem-se considerar os critérios subjetivos que mediam as escolhas das entrevistadas sobre suas estratégias de prevenção, sendo que o primeiro e mais significativo deles é o estabelecimento de uma relação de confiança com alguns clientes “fixos”, com quem se sentem seguras para abrir mão do preservativo. Os relatos de Sandra, Débora e Clarice são alguns dos vários exemplos desse tipo de situação:

Sandra: Então eu, por exemplo, tenho cliente que eu conheço, conheço há 18 anos atrás, entendeu? Isso não quer dizer que ele não tenha alguma coisa. Pode ter. Não tá escrito na testa de ninguém. Mas, assim, a confiança já é outra, entendeu? "Ah, Sandra, faz um oral sem preservativo." "Beleza, eu faço. Cé vai dar caixinha?" "Eu te dou. Então tó, eu dou 50." Às vezes "Dou 100." Entendeu? Aí é assim. (Sandra; Autoteste; 38 anos; Preta; Ensino Fundamental Incompleto; 18 anos de profissão; Privê)

Débora: Eu tenho um cliente... além do meu namorado tem um cliente fixo que ele me paga mais e ele me apresentou todos os exames que ele fez recentemente e daí só com esse aí eu faço sem camisinha. Mas só com um. Aí com os outros é com camisinha né? (Débora; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 2 anos de profissão; Boate e Privê)

Entrevistadora: É... e... você transa sem camisinha com os clientes?

Clarice: Num vou mentir. Com cliente fixo que me ajuda. [...] Assim, é, cliente de tempos, assim, sabe? Não é meses, é, tipo, de anos... sabe? (Clarice; PrEP; 25 anos; Preta; Ensino Médio Incompleto; Tempo de profissão n/i; Prédio)

Mas outros juízos de valores também são considerados, e muitas vezes se baseiam em estereótipos sobre os clientes: quando as participantes foram estimuladas a narrar alguma situação marcante em que se sentiram em risco, Alice mencionou ter “um pouco de nojo dos bolivianos”; Mariana referiu que os clientes “engravatados” são geralmente os mais “fedidos” e “que mais oferecem para transar sem camisinha”, e Ana disse ter “receio” de “mendigos”, embora pondere que o tratamento que recebe dos clientes não está diretamente relacionado à aparência destes.

Alice: Aqui eu estava atendendo um rapaz, devia ter uns 20 anos, e eu não sei por que, mas eu tenho um pouco de nojo de boliviano, não sei. E ele era boliviano e a camisinha estourou. E aquilo me deixou em um estado de nervos que eu não sabia o que fazer. Tratei ele com educação, fiquei calma no

momento e tal. Ele pediu desculpas e aí fui, terminei, me limpei. Ele foi embora, fui, tomei meu banho e tal. Mas aquilo me incomodou demais durante o dia inteiro, tanto que não consegui mais atender naquele dia. E aí eu acho que acabei ficando com esse nojo, por causa dessa situação.

(Alice; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 10 meses de profissão; Casa Autogerida)

Mariana: *Tem clientes que são insuportáveis. Já aconteceu de eu chegar em casa e me sentir suja, sabe? De tanto cliente que eu já atendi num dia. Tem cliente que é muito chato. Tem uns que são bonzinho. Não vou mentir, né? Tem uns que são bonzinho, que te entende. Mas tem outros, geralmente os que mais quer ser, sabe? O que chega todo engravatado. Esses são os piores. São os mais fedidos. São os que mais te oferecem pra transar sem camisinha. São os que mais exigem tudo. Já atendi bastante... (Mariana; Autoteste; 26 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 3 anos de profissão; Casa de prostituição)*

Ana: *Domingo, mesmo, eu passei por uma situação que... a dona da casa aonde eu tava, por pirraça, ela fez eu atender um morador de rua. Eu atendi, mas foi do meu jeito, entendeu? Então, assim, é... não é preconceito. É que, infelizmente, a gente tem que se cuidar... o nosso corpo. Eu não julgo as pessoas pela aparência... entendeu? Eu já tomei tapa na cara de cara engravatado. Cara de chinelo e bermuda já me tratou muito bem... entendeu? Mas... infelizmente, são receios, né? (Ana; PrEP; 27 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 8 anos de profissão; Prédio)*

Sendo assim, a efetividade do preservativo no cotidiano das trabalhadoras sexuais depende da interação de diversos elementos, incluindo critérios pessoais, mas as condições estruturais são a premissa para fortalecer o poder de negociação individual e coletivo diante dos desafios enfrentados para garantir o uso desse método de prevenção ao HIV.

5.4 Conhecimento, acesso, experiências de uso e percepções sobre os novos métodos biomédicos de prevenção

Após a descoberta e aprimoramento das terapias antirretrovirais, que permitiram uma drástica redução dos agravos à saúde e das taxas de mortalidade causados pelo HIV/aids, a busca de novas alternativas biomédicas para a prevenção tornou-se uma grande aposta para ampliar o leque de recursos capazes de conter as taxas de incidência do vírus, até então restrito principalmente aos preservativos interno e externo.

Nessa lógica, as profilaxias pré e pós-exposição sexual ao HIV são um marco significativo na história da epidemia, pelo seu potencial de garantir maior autonomia para que os indivíduos se protejam de uma eventual infecção. Da mesma forma, o autoteste para HIV é uma ferramenta a mais para que os indivíduos conheçam ou acompanhem sua condição sorológica, diante das dificuldades para realizar a testagem em serviços de saúde.

Porém, essa suposta ampliação da liberdade de escolha dos sujeitos veio na esteira de um movimento global de enfraquecimento das pautas de direitos humanos e do papel

comunitário no enfrentamento das inequidades que permanecem como obstáculos para que a epidemia seja de fato superada em todos os grupos populacionais (Parker, 2011; Murray; Brigeiro; Monteiro, 2021).

A partir desse pressuposto, a presente seção problematiza as virtuais potencialidades e limitações da implementação dessas tecnologias no SUS para trabalhadoras sexuais, ao discutir as experiências e percepções das entrevistadas sobre a PEP Sexual, a PrEP e o autoteste de HIV, considerando-se os seguintes aspectos: conhecimento e acesso aos métodos; motivações para a procura, adesão, manejo e revelação de uso das profilaxias; e a aceitabilidade do autoteste de HIV nos contextos de trabalho.

5.4.1 Conhecimento e acesso ao autoteste de HIV e às profilaxias pré e pós-exposição sexual

Os primeiros obstáculos a serem superados para a população utilizar efetivamente as estratégias de prevenção ao HIV são garantir que as pessoas saibam dos recursos existentes, compreendam como utilizá-los corretamente, reconheçam seus benefícios e riscos, e consigam acessá-los. Outras barreiras para a adesão – que vão desde comportamentos e crenças culturalmente enraizados até as dificuldades de adaptação às diferentes tecnologias – não são menos importantes, mas passam necessariamente por essas questões primordiais.

Considerando-se que a PrEP e a PEP são relativamente recentes e de uso tecnicamente mais complexo do que o preservativo – pois exigem visitas regulares ao serviço de saúde para a realização de exames e retirada do medicamento com prescrição médica – é compreensível que o conhecimento sobre esses métodos ainda seja incipiente, e as dificuldades de acesso a eles sejam mais significativas.

Com efeito, metade das usuárias de PrEP entrevistadas (Amanda, Ana, Beatriz, Cecília, Débora, Dora, Larissa e Lorena) só soube da existência da profilaxia nas consultas com profissionais de saúde para realizar testagens de rotina ou para procurar a PEP. Bianca, Fernanda, Letícia e Manuela, por sua vez, descobriram o método por meio das agentes de prevenção que visitaram seus locais de trabalho. Apenas as outras quatro participantes – Júlia, Marcela, Bruna e Clarice – foram informadas por companheiras de trabalho, amigos ou viram notícias na mídia e buscaram o tratamento espontaneamente.

Entrevistadora: Entendi. E como você soube da PrEP?

Larissa: Vim até o posto de saúde, no caso este, e comecei a fazer os documentos.

Entrevistadora: Mas qual foi a primeira vez que você ouviu falar da PrEP?

Larissa: Ah, sim, eu fui na Santa Casa no ginecologista e ele me falou que existia.

Entrevistadora: Então ele falou que aqui, por exemplo, teria?

Larissa: Sim.

Entrevistadora: E você teve que utilizar... utilizou a PEP antes da PrEP? Aquele coquetel.

Larissa: Sim, utilizei. Que aconteceu um acidente eu cheguei a utilizar e depois iniciei só a PrEP. **(Larissa; PrEP; 21 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 9 meses de profissão; Boate)**

Entrevistadora: Entendi. E como você soube da PrEP, como essa informação chegou até você?

Bianca: Então... no meu trabalho, foi uma mulher lá, né? Da prevenção. Trouxe camisinha, trouxe gel, tudo... E falou sobre a PrEP. Ela me deu o cartãozinho e eu me interessei e vim.

Entrevistadora: Entendi. Ela falou para você e para outras outras pessoas. E outras pessoas vieram?

Bianca: Sim. Veio uma menina comigo até, inclusive. **(Bianca; PrEP; 32 anos; Branca; Escolaridade n/i; 3 anos de profissão; Boate)**

Entrevistadora: Entendi. E assim... pra iniciar eu queria voltar um pouco naquele tempo no qual você começou a utilizar PrEP. [...] Como tava sua vida naquele momento? O que você tava fazendo? Você tinha algum parceiro fixo, casual? O que tava fazendo de trabalho?

Júlia: Então, é... eu não tava... não tinha nenhum parceiro fixo, tava trabalhando só nesse lugar que eu te falei, aí uma menina de lá que me falou sobre o PrEP, que eu não sabia. Eu já tinha tomado PEP. Aí nessa semana teve um acidente, a camisinha ter rompido, aí ela me indicou pra eu vir aqui. Aí que ela falou: olha, você vai lá, você toma o PEP, e de lá também tem o PrEP. Que foi quando ela me explicou como é que funcionava mais ou menos que ela também tava tomando. Aí foi a partir daí que eu também comecei a tomar. Foi em junho, julho acho. **(Júlia; PrEP; 32 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 5 anos de profissão; Prédio)**

Entrevistadora: Certo. Tá. E a forma que você conheceu a PrEP, foi por causa desse seu amigo que é médico.

Bruna: Isso.

Entrevistadora: Você nunca ouviu falar em nenhum outro lugar?

Bruna: Não.

Entrevistadora: Reportagem, internet...

Bruna: Não. **(Bruna; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 5 anos de profissão; Boate)**

Clarice: [...] eu vi no Fantástico, que ia ter... esse negócio aí [PrEP]. Eu morava aqui perto, né? Aí, eu vim aqui no posto se informar, aí num tinha nem começado ainda. Aí, depois, pegou e começou, aí, aí passou acho que uns dois, três meses, eu já comecei a tomar o remédio, mas ainda não tinha aqui no posto. **(Clarice; PrEP; 25 anos; Preta; Ensino Médio Incompleto; Tempo de profissão n/i; Prédio)**

Para algumas entrevistadas, a falta de divulgação da PrEP é vista como uma lacuna para mais pessoas buscarem o método: Letícia considera que isso acontece porque poucas pessoas conversam com as trabalhadoras sexuais, e cada uma precisa buscar informações individualmente. Complementarmente, Ana afirma que as “assistentes sociais” só falam do uso

do preservativo, e Manuela acredita que as agentes de prevenção não sabem onde encontrar e como abordar as trabalhadoras sexuais. Todas elas dizem compartilhar conhecimentos com suas colegas, mas Manuela vai além ao defender a criação de um projeto liderado pela comunidade para atingir um público maior e de forma mais eficiente.

Letícia: [...] nesse mundo são poucas pessoas que chegam e conversam com a gente. Não tem. Então se você não procura saber, tipo, uma coisa... ah, nossa, tem esse medicamento, tal... Que nem as minhas amigas... tem várias. Eu falo. Eu estou tomando medicamento agora tal legal para nossa segurança. Ela fica de boca aberta fala nossa sério tem mesmo esse medicamento? Tem a dona do apartamento onde eu trabalhava ela tem mais de 20 anos que ela trabalha no ramo. Ela não conhece esse medicamento. Então, tipo, é muita gente que não sabe se tem meu. Então aos pouquinhos a gente vai aprendendo e pegando uma informação aqui, outra ali **(Letícia; PrEP; 28 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 10 anos; Boate)**

Ana: [...]infelizmente, lá fora, eu vejo muitas assistente social, conselheiras, passando nas casas, falando “Ai, tem que usar preservativo. Tem que se prevenir...” Só que eu não sei se essa medicação direi... com certeza foi feito pra todos, né? Mas talvez não seja, assim, tão divulgado. Entendeu? Então, assim, tem meninas igual eu, que morre de medo de pegar alguma coisa. Só que tem muitas que não sabem nem que tem o coquetel. Que aconteceu do preservativo estourar, elas podem ir no posto pedir medicação pra tomar durante 30 dias. Então, eu acho que tinha que ser um pouco mais... da mesma forma que entram nas casas pra poder oferecer já o preservativo, também podiam também poder tá passando também isso pra elas. [...] Porque, às vezes, acontece que nem eu. Eu abro a boca pra falar, algumas dá risada. Outras acha legal, e quer sentar do meu lado e perguntar mais coisas, entendeu?. **(Ana; PrEP; 27 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 8 anos de profissão; Prédio)**

Entrevistadora: Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Manuela: Acho que um pouquinho mais de divulgação. Porque eu acho que se tivesse mais pessoas sabendo, mais pessoas tomando e mais pessoas se interessando, talvez... eu acho [que] nesses prédios que são gigantes de garotas eu acho que deveria ter uma divulgação. Até alguém do meio delas falando com elas, entendeu?

Entrevistadora: E o que você acha... porque é difícil para as garotas de programa saberem da PrEP? Você imagina porque seria difícil?

Manuela: Porque as pessoas de fora elas não sabem onde elas [garotas de programa] estão. Tem muita casa de programa. Eu acho que, sei lá, talvez um projeto com algumas garotas de programa trabalhando junto, que sabe aonde tem os locais, que sabe como conversar com as meninas entendeu? Porque se vai eu e você conversar com uma garota, elas vão me ouvir. É bem mais fácil elas me ouvir do que te ouvir. [...] **(Manuela; PrEP; 44 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 20 anos de profissão; Boate e rua)**

Já a disponibilidade da PEP Sexual, ofertada no SUS desde 2013, é mais difundida dentro da comunidade: quando ocorre algum incidente no ambiente de trabalho, é comum que outras trabalhadoras sexuais incentivem a procura pela profilaxia e até acompanhem colegas ao serviço de saúde para o primeiro atendimento, como aconteceu com Stella.

Entrevistadora: Então me conta um pouco como foi que você ficou sabendo que existia a PEP. [...]

Clara: Fiquei sabendo por garotas. Umás já passaram e aí chegava na casa "-Por que cê não foi fazer?" "-Ah, eu não sei." "-Então vai."

Entrevistadora: Entendi.

Clara: Entendeu? Por outras garotas.

Entrevistadora: Entendi. E aí o que que elas te contaram, então? Que você sabia? Antes de você chegar aqui a primeira vez que você fez, que você usou PEP, o que você sabia?

Clara: Elas contam assim que elas faziam e aí depois voltava pra fazer o teste que não seria cem por cento. Foi isso que elas passou, mas noventa por cento, sim, né? Se o cara tem o HIV, noventa por cento não passa, não o cem por cento. **(Clara; PEP; 39 anos; Branca; Escolaridade n/i; 17 anos de profissão; Casa de prostituição)**

Stella: Aí, a minha amiga que me falou daqui, que é essa que já é garota, ela falou: 'Stella, vamos se encontrar lá no metrô Santa Cruz que eu vou te levar no hospital que tem lá que vai te ajudar.' Aí eu vim super desesperada. Isso aconteceu por volta de umas duas e pouco da manhã. Eu cheguei aqui era meio dia, quase uma hora da tarde. **(Stella; PEP; 27 anos; Raça/cor n/i; Cursando Ensino Técnico; 1 ano de profissão; Clínica de massagem)**

Mesmo assim, o alcance das informações sobre a PEP Sexual também precisa ser ampliado, conforme demonstram as falas de Camila e Letícia.

Camila: Só que elas não sabem do PEP.. ninguém sabe. Piorou PrEP. O outro dia uma pegou.. uma menina linda, linda, com a pele bem clara, o cabelo preto, linda! Aí a camisinha estourou eu perguntei: - Quanto tempo faz? - Fez há 6 dias. Seis dias e você vem falar agora?! Você não está preocupada? - Não, eu tomo anticoncepcional. A maioria se preocupa só com gravidez, elas são desinformadas. **(Camila; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 8 anos de profissão; Prédio)**

Entrevistadora: Você já teve que utilizar a PEP? Ou o preservativo já estourou?

Letícia: Já estourou muitas vezes, mas eu não tinha conhecimento disso, de que tipo assim, tinha que... no caso, antes da PrEP, se estourasse a camisinha era pra eu procurar um posto, alguma coisa, né? Eu nunca fiz isso. Nunca. O máximo que eu já fiz foi tomar a pilula do dia seguinte. Só. Não é nada. Então... ah! É tenso! É cada situação!

Entrevistadora: Então a PrEP vem muito nesse sentido talvez de te dar uma segurança?

Letícia: Sim. Sim. Pra mim dá segurança mesmo.

Entrevistadora: E o coquetel nunca chegou a tomar?

Letícia: Não. Nunca tomei. Mas também por ser leiga, né, porque... **(Letícia; PrEP; 28 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 10 anos de profissão; Boate)**

A análise sobre a difusão de informações sobre o autoteste de HIV, por sua vez, foi limitada pelo fato de que, na época em que foram realizadas as entrevistas, a oferta desse insumo ainda não estava incorporada às estratégias de prevenção nas unidades de saúde do SUS. Mas quando foram questionadas se já tinham ouvido falar dessa opção de testagem, três mulheres

disseram conhecer o autoteste de punção digital, embora nenhuma delas tivesse conhecimento sobre o autoteste de fluido oral.

Esse desconhecimento sobre os métodos é a primeira barreira para ampliar seu uso, mas outras dificuldades de acesso como a distância dos serviços de saúde, a demora para atendimento, e a necessidade de ir diversas vezes tentar retirar a medicação por falta de estoque suficiente na farmácia foram mencionadas como dificuldades para manter a adesão à PrEP.

Entrevistadora: Entendi. Então dentro aqui do serviço já teve alguma situação...

Só demora, que aqui às vezes demora muito e é chato de ficar esperando. Mas faz parte né? O primeiro dia que eu vim aqui eu fiquei ... cheguei tipo 11 da manhã e fui embora quase oito da noite. Então foi uma primeira entrevista, foi... O primeiro dia foi muuuito demorado. Isso poderia reduzir um pouco, eu acho. Aí as pessoas ficam 'pá, toda vez vai ser esse tempo todo, né?' Então algumas pessoas chegam a desistir pelo... acredito pela demora que... para pegar a medicação e tudo mais. (Marcela; PrEP; 40 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 21 anos de profissão; Autônoma)

Entrevistadora: Ah, entendi. E hoje você não está usando?

Fernanda: Não, porque... eu tava usando e continuo usando, só que já tem um... acho que uns dois meses que eu não estou usando porque ela passou para mim... que nem hoje ela passou por 90 dias também. Ela já passou pra mim por 90 dias só que foi em fevereiro ou janeiro, não... só tinha um frasco. Ela falou assim que tinha pouco então ela não poderia me dar pros 90 dias, me deu um frasco só. Aí o que aconteceu? Aí eu vim de novo, falou também que não tinha chegado. Aí eu não vim mais. (Fernanda; PrEP; Idade n/i; Raça/cor n/i; Ensino Fundamental Incompleto; 15 anos de profissão; Rua)

Apesar desses contratemplos, a maior parte das entrevistadas sentiu-se bem acolhida tanto no primeiro atendimento quanto nas consultas de seguimento, muitas vezes ressaltando que a preparação do serviço para atender trabalhadoras sexuais pesa na decisão de frequentá-lo.

Entrevistadora: E eu queria conversar um pouquinho com você sobre o uso aqui do serviço. Queria saber como você se sentiu quando você veio para solicitar a PrEP aqui no SAE [Campos Elíseos]?

Larissa: Então... fui muito bem tratada. Não pensei que iria ser assim. Foi tudo muito rápido também, bem eficiente. Foi diferente.

Entrevistadora: Entendi. Então teve alguma coisa que, sei lá, você se sentiu envergonhada ou teve alguma situação que apesar de se sentir bem tratada te levou... alguma situação de vergonha ou discriminação?

Larissa: Vergonha sim. Porque tem que contar a profissão, essas coisas. Mas fora disso não. (Larissa; PrEP; 21 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 9 meses de profissão; Boate)

Entrevistadora: Como foi sua relação com os profissionais, que sentimento você teve aqui do serviço e das pessoas que te atenderam?

Débora: Ah, foi positiva, com certeza. Eu não esperava o atendimento. Um atendimento tão bom com profissionais ótimos e bem educados, né, inclusive, esclarece suas dúvidas. Tanto os profissionais como enfermeiros, assistentes

sociais, médicos, são ótimos e eu gostei bastante até por causa dos serviços mesmo, né? Os Exames, as consultas, achei muito positivo. Gostei bastante.

Entrevistadora: Entendi. E você já se sentiu constrangida, envergonhada, aqui dentro do serviço ou próximo do serviço por alguma razão?

Débora: Ai! Não que eu me lembre. Acredito que não. (**Débora; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 2 anos de profissão; Boate e Privê**)

Ana: De oito anos, o tempo que eu já mudei de postos, esse daqui é, longe pra mim? É, só que esse daqui é o que eu me sinto mais à vontade.

Entrevistadora: Hum-rum.

Ana: Porque eu sei que vocês, tipo... num sabem medir esforços pra poder ajudar a gente. Porque querendo ou não, se a gente for lá fora... Eu já precisei usar hospital, deu falar que eu era garota de programa, e o médico vim com preconceito, entendeu? Então... aqui não. Aqui eu já me senti... um pouco mais à vontade.

Entrevistadora: E... como que foi a relação com os profissionais, quando você solicitou?

Ana: Ótimo. Eu não tenho o que te falar, eu não ten... de ninguém aqui que me atendeu... não tenho.

Entrevistadora: E tanto no seguimento, assim, com os profissionais, como que é pra você a relação... aqui no serviço?

Ana: Eu me sinto acolhida.[...]

Entrevistadora: É... você já se sentiu constrangida ou discriminada dentro do serviço?

Ana: Não...acho que, às vezes, tem alguns funcionários por aí, que tá de mal humor, mas até então (risos). É que nem eu falo, quem tá ali ao meu redor... num... nunca. Médico, vocês que fazem entrevista comigo, nunca. (**Ana; PrEP; 27 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 8 anos de profissão; Prédio**)

Entrevistadora: Entendi. E queria falar também um pouquinho com você sobre o acesso aqui no serviço, como foi sua relação. E quando você veio aqui fazer todos os procedimentos, solicitar a PrEP... como você se sentiu aqui dentro do serviço, com os profissionais. Como foi essa relação?

Cecília: Eu me senti muito acolhida, porque foi uma assistente social que ela foi muito simpática, me adicionou no WhatsApp, ficou perguntando como que eu estava, ela foi muito gente boa. Então eu me sentia tipo super cuidada assim. Então gostei muito do atendimento. [pausa] E aí quando eu vim na médica a médica tranquila também a doutora Vanessa era gente boa só que logo no começo da segunda consulta eu já falei que eu não queria fazer o PrEP, ela já rasgou o papel, ela jogou fora. Falou: você vem aqui pra eventuais problemas.

Entrevistadora: Entendi. Então hoje você ainda utiliza o serviço.

Cecília: Sim.

Entrevistadora: Mesmo sem estar utilizando a PrEP, hoje você vem pra outras demandas.

Cecília: É. Ginecológicas ou quando eu transo com alguém que eu não sei direito quem é. Aí tem que fazer exame. (**Cecília; PrEP; 24 anos; Branca; Cursando Ensino Superior; Tempo de profissão n/i; Autônoma**)

Dora: Ah, eu falei, eu sempre falei com a minha amiga. Eu falei “Nossa, eu acho que legal aqui dos profissionais, né?” [...] Acho que eu sempre... a gente se... se sente acolhida aqui. Não é à toa que a gente continua aqui. Já tem

mais de... seis meses. Desde a primeira vez. (Dora; PrEP; 27 anos; Preta; Cursando Tecnólogo; 1 ano de profissão; Autônoma)

Entrevistadora: *Uhum. E eu queria saber também como que está sendo essa experiência aqui, o primeiro retorno, se você já veio outras vezes? Quando você veio aqui pra tomar PrEP como você se sentiu aqui no serviço, com os profissionais?*

Letícia: *Nossa, de verdade, eu tô adorando! Adorando mesmo, de coração. Sabe? Porque é um lugar onde a gente pode falar abertamente, não tem preconceito, porque eu já fui numa ginecologista [fora do serviço] ela me expulsou.*

Entrevistadora: *Como é?*

Letícia: *A ginecologista. Ela quase me expulsou do consultório dela, uma que eu fui no particular. Porque eu tava... eu fiquei menstruando acho que 12 dias. Acho que foi, 12 dias. E eu já era garota. Ai eu fui procurar a ginecologista e falei pra ela que eu era profissional. Nossa... Ela falou: 'nossa, não tem outra coisa pra você fazer, não?! Nossa! Tanta coisa, você é tão bonita, porque que você faz isso? Você não tem emprego?!'. Me esculachou. Eu não tive reação. Eu não tive reação! Eu nunca mais voltei. (Letícia; PrEP; 28 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 10 anos; Boate)*

Contudo, alguns depoimentos trazem à tona algumas graves violências institucionais que permanecem como obstáculos para o exercício do direito à saúde.

Entrevistadora: *Entendi. E tem algo que te... teve alguma situação que você se sentiu envergonhada, discriminada, ou ofendida aqui?*

Júlia: *Sim. Não por conta da minha situação, mas por conta de falta de respeito em relação a ela comigo. De perguntar alguma coisa a pessoa responder grosseira. Uma coisa que é tão simples, é só a pessoa responder sim ou não. E a pessoa vem com arrogância. Ai eu não sei se é porque as pessoas que vêm aqui também tratam elas assim, né, porque eu não tenho muito contato [...] E eu em momento algum fui ignorante, ou falei rispida com elas e elas nunca me tratam bem. Então não sei se é só comigo ou se é com todo mundo.*

Entrevistadora: *Entendi. E isso... você acha que isso interfere de alguma forma no seu uso do medicamento?*

Júlia: *Não no uso do medicamento, mas às vezes dá vontade de falar 'ah, não vou lá mais não, porque quando a gente vai lá, tenta fazer alguma coisa, a pessoa não te trata bem'. Às vezes já pensei sim. (Júlia; PrEP; 32 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 5 anos de profissão; Prédio)*

O caso mais emblemático é narrado por Beatriz: na sua primeira consulta de seguimento da PrEP, ela e a médica se desentenderam por causa da demora no atendimento, mas a consulta aconteceu. Durante o atendimento, a médica reclamou porque Beatriz não estava tomando o medicamento regularmente, e disse que aquilo era muito caro e muitas pessoas poderiam estar usando a profilaxia no lugar dela. Ao final da consulta, a médica esqueceu de fazer a receita para a continuidade do tratamento mas, como a paciente ainda tinha alguns comprimidos, passou a tomá-los corretamente e voltou ao serviço no mês seguinte. Novamente, as duas discutiram por causa da espera, e mais uma vez Beatriz saiu do atendimento sem a receita. Ela,

então, desistiu do tratamento porque ficou com raiva, mas sua conclusão é de que a médica tinha razão porque as pessoas que estão doentes realmente precisam de atendimento, e não ela.

Beatriz: *É que assim... Eu vim para cá, meu filho está na creche, e eu não posso ficar esperando muito tempo para ser atendida. E aí ela me atendeu, assim, tudo na pressa e ela não passou de novo a receita do Truvada. Aí eu falei assim "ah, então eu não vou vir mais" e também não vim mais. Fiquei com raiva dela.*

Entrevistadora: *Entendi.*

Beatriz: *Entendeu? Ela falou: "ah, a gente tem milhares de consultas pra atender, eu tô cuidando de um caso aqui, não sei que, não sei que lá" aí eu falei: "poxa, mas a gente tem nosso tempo também, sabe?"*

Entrevistadora: *E você acha... dentro disso você acha que tem alguma coisa que teria ajudado você a não interromper a medicação?*

Beatriz: *Ela não ter esquecido de fazer a receita. Entendeu? Tsc... Aí... é isso. Aí ela falou assim... Na verdade eu não tava tomando, né? Aí ela ficou brava comigo e falou assim pra mim: 'você não entende o quanto isso é caro, quantas pessoas podiam estar tomando isso no seu lugar?' Aí eu falei: 'beleza, então eu vou tomar.' Aí tomei, tal. Aí no mês seguinte eu precisava, né? Comprar [sic] mais. Aí eu passei ela demorou pra me atender, aí eu falei um montão pra ela, aí ela falou que tinha um monte de coisa pra resolver, falou que estava tentando resolver coisas pra pessoas que realmente estavam com doenças graves, e eu entendi. Falei: tudo bem. Mas aí ela esqueceu de me passar a receita novamente. Aí eu não vim mais.*

Entrevistadora: *E como foi essa relação. Como você se sentiu com essa relação com essa profissional?*

Beatriz: *Ah, me senti um pouco, sei lá, é... Ah... Não tenho como explicar porque eu sou uma pessoa compassiva, sabe? E ela falou dessas pessoas com doenças, também, então fica: o que é que eu estou fazendo aqui, entendeu? Acho que essas doenças realmente precisam de um atendimento. Eu não. Então eu falei: 'vou parar de tomar, vou embora, não preciso mais tomar.' Entendeu? Desculpa.[chora]*

Entrevistadora: *Não. Tudo bem.*

Beatriz: *E ela estava realmente preocupada com os pacientes dela. Então... Eu não a culpo por isso. Eu acho que ela tem razão. (Beatriz; PrEP; 29 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 1 ano de profissão; Boate e rua)*

Essas situações repetem o que se observa com o acesso ao preservativo, cuja distribuição gratuita no Brasil começou em 1994 e deveria estar plenamente normalizada nos serviços. Conforme ilustram as falas de Vitória e Isabela, experiências de constrangimento são comuns quando trabalhadoras sexuais vão solicitá-los em postos de saúde, e outras entrevistadas também relatam que elas ou suas colegas nem chegam a ir nos postos porque têm vergonha.

Vitória: *Lá na zona norte. Fui buscar preservativo. Geralmente lá sempre está vazio essas gôndolas. Eu vou na farmácia ou na secretaria, falo bem baixo, com discrição ' - Eu preciso de preservativo em grande quantidade. Trabalho com isso. Tem como você me fornecer?'. '- Para que você quer camisinha? Uma caixa?' A pessoa grita. [...] Nossa, todo mundo escuta e todo mundo... '- Ah, não dou caixa, não. Não é assim, não. Tem ali fora'. Gritando. Gritando, gritando. Aí você já está constrangida, você vai falar mais o que? A pessoa já cagou tudo, entendeu? O que eu faço? Vou embora. Eu falo: '- olha, normalmente eu pego no CTA no Centro, só que para mim agora é muito longe*

lá. Eu não consigo ir.' [...] Primeiro falei com a menina. A menina foi chamar outra mulher; depois chamou o farmacêutico, todo mundo gritando. E uma fila inteira na farmácia, aquele reboiço no posto. Pegou meu nome inteiro, pegou o meu documento, pegou o meu endereço...

Para depois me falar que não ia fornecer a caixa. Chamou a diretora do posto, não sei o que lá, me chamou lá em cima. Então, eu falei para ela do constrangimento. Ela falou que podia ligar no 156 para reclamar. Eu tentei ligar, mas é tão demorado que você desanima. **(Vitória; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 3 anos de profissão; Casa Autogerida)**

Isabela: O que eu falo de constrangimento é chegar lá e ter que falar para a pessoa 'a gente queria uma caixa de camisinha'...

Entrevistadora: tá...

Isabela: ...sabe...que a pessoa...como falei...na UBS lá em Pirituba...é tranqüilo. Mas na Lapa já ficaram muito constrangidas as meninas. Ficaram morrendo de vergonha. Saíram de lá vermelhas...

Entrevistadora: De ter que ficar dando explicação?

Isabela: É. Os caras ficaram lá perguntando coisa...e a nossa idade, e tudo mais... A gente com a carteira de identidade, mostrando tudo para eles e eles ainda questionando um monte de coisa...

Entrevistadora: ahã...

Isabela: Aí foi bem chato. **(Isabela; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; < 1 ano de profissão; Rua)**

Quando as participantes foram questionadas sobre suas preferências de formas de acesso ao autoteste essas mesmas questões apareceram: muitas gostariam de receber os kits nos locais de trabalho, entregues por agentes de prevenção ou por colegas, para evitar se expor.

Entrevistadora: Mas aí a gente pensa assim, se é melhor vocês irem pegar no serviço ou vir aqui no prédio entregar, uma agente de prevenção. Ou uma de vocês vai lá e pega para todas e vem distribuir no prédio...Como que...

Lívia: Ah, não é querendo ser folgada...

Entrevistadora: Não, pode falar o que você acha que funcionaria...

Lívia: Talvez as pessoas tenham até vergonha de chegar nesses lugares assim e pedir ou fazer o exame. Então, acho que seria muito mais confortável para a gente ter aqui, tá? Seria muito mais confortável. Até a exposição seria menos também, né? **(Lívia; Autoteste; 20 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 2 anos de profissão; Prédio)**

Entrevistadora: Se fosse para retirar no serviço de saúde. Então, ir lá e pedir, pegar no serviço de saúde...

Isabela: A vantagem é ser gratuito e ser bom, que a gente precisa. A desvantagem é que a maioria das meninas não tem as caras de chegar lá. Nem camisinha: camisinha às vezes quando o cafetão não dá a gente vai lá no posto e pede...mas às vezes é eu e mais algumas amigas minhas. Outras meninas... 'ah, vai lá pedir para mim, não tenho coragem de chegar e pedir camisinha lá'.

Entrevistadora: Tá...

Isabela: Então a desvantagem é essa: a maioria não tem as caras para chegar lá e pedir... **(Isabela; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; < 1 ano de profissão; Rua)**

Na opinião de algumas entrevistadas, a distribuição por colegas de trabalho seria ainda mais eficiente, pois o vínculo entre elas traria mais confiança e estimularia o interesse por conhecer o método.

Entrevistadora: *E se fosse por outros colegas, profissionais do sexo? Então, uma colega... isso acontece também com preservativo e gel às vezes, em algumas casas: uma colega vai no serviço, pega um monte e distribui para as outras.*

Helena: *Sim.*

Entrevistadora: *Você acha que isso seria bom... fazer isso com o autoteste também?*

Helena: *Sim!*

Entrevistadora: *Daria certo?*

Helena: *Daria, porque ia ver que é uma de nós também. Se está passando para todas então está querendo que todas se cuidem, que todas se previnam. Então acho que daria certo, sim.*

Entrevistadora: *Tá. E Você acha que não teria um receio, uma preocupação de pensar como colocar... Ah...desse conflito de às vezes pegar mal você pedir o teste para a sua colega e ela estar... 'ah, será que está pedindo o teste porque...'?*

Helena: *Então... O receio... sempre vai ter uma ou outra com receio... que acaba ficando com vergonha e vai achar que está pedindo por causa que tem alguma coisa. Então eu acho que isso sempre uma ou outra vai ficar... Eu, da minha parte, não. Não ficaria com vergonha. (Helena; Autoteste; 29 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 4 meses de profissão; Prédio)*

Entrevistadora: *E se fosse [entregue] por outros colegas profissionais do sexo? Então, é, uma pega um monte de testes e...*

Isabela: *...Distribui?*

Entrevistadora: *Aí quem quiser vai e pede para a colega.*

Isabela: *Eu acho que assim é mais humano. Mais do que a agente de saúde chegar e entregar. Ia ser convidativo... de eu chegar e dizer 'amiga, vamos... Tenho o autoteste, vamos fazer?' Ia ser mais convidativo, a pessoa ia querer fazer...[...] ia ser mais didático para pessoa eu chegar e... Se a agente chegar, pensando bem, iam fazer fila, mas ia ficar muita gente de fora, que não ia ter coragem de pegar da mão da agente de saúde. Mas com outras meninas, e se já é conhecida, a gente já tem diálogo e já ia... (Isabela; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; < 1 ano de profissão; Rua)*

Entrevistadora: *Tá. Ou via colegas profissionais do sexo, que eu também não falei. Que seria não necessariamente agente de prevenção, mas por exemplo ter lá na casa em que você trabalha, ter uma colega que pega de todo mundo e distribui.*

Paula: *Ah, isso é legal. Isso é legal, também.*

Entrevistadora: *E você acha que funcionaria, que não daria conflito?*

Paula: *Não.*

Entrevistadora: *Não teria...?*

Paula: *Acho que funcionaria.*

Entrevistadora: *Tá. E aí... Se você fosse fazer...*

Paula: *Acho que as meninas iam gostar, né? Elas iam se sentir mais seguras. Assim, não ia ter um conflito porque 'Olha, que bom, que tem uma pessoa que traz e eu posso pegar, eu posso me proteger. Eu posso ver se eu tô protegida. Eu posso ver se a pessoa tem alguma coisa.' (Paula; Autoteste; 38 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 10 anos de profissão; Boate)*

5.4.2 Experiências de uso e percepções sobre a PEP Sexual e a PrEP

Conforme mencionado, nessa subseção serão discutidas as motivações das entrevistadas para a procura da PEP Sexual e da PrEP, as percepções sobre o tratamento, e como se deu a adesão, manejo e revelação de uso das profilaxias.

Partindo das motivações de procura da PrEP, a maior parte das entrevistadas buscou essa estratégia como uma proteção adicional contra o HIV, aliada ao preservativo, devido às frequentes situações de falha desse método no cotidiano de trabalho, causadas ora pela ruptura acidental, ora pela violência de clientes que o retiram durante a relação, conforme relatam Fernanda e Bruna.

Entrevistadora: Entendi. [ri] E o que fez você voltar, então, hoje pra PrEP?

Fernanda: Porque eu... tem homem que tira a camisinha, né? [cortado] acho que eles faz algum furinho na camisinha, assim, na hora... porque eu que costume colocar [a camisinha]. E eu que coloco [o pênis] dentro de mim. Então você não pode ter um vacilo, assim. Se você faz "assim" ele já fez alguma coisa na camisinha, entendeu? Eles são ligeiro. [...]

Entrevistadora: E já aconteceu, assim, de alguém vacilar?

Fernanda: Já. De eu estar transando já aconteceu...a primeira vez que eu vim tomar o coquetel, nem foi aqui, foi lá na XXX. Tem um desse aqui lá na XXX aí eu transei com um menino, eu de quatro, eu não vi ele tirando a camisinha. Por deus, eu não vi! **(Fernanda; PrEP; Idade n/i; Raça/cor n/i; Ensino Fundamental Incompleto; 15 anos de profissão; Rua)**

Entrevistadora: Tá. É, e aí você falou um pouco sobre as motivações, por que você quis a PrEP. Por que você faz programa e você diz que se sente muito em risco.

Bruna: É.

Entrevistadora: Teve alguma outra motivação? O que que te fez, assim, buscar de fato e tomar?

Bruna: Mais isso. Prevenção. Medo.

Entrevistadora: Prevenção.

Bruna: Medo de pegar HIV. [...] esse ano mesmo aconteceu da, o cara tirar a camisinha, eu não percebi e ele não fez nada, não gozou nada, mas... dentro, mas ele tirou, depois que eu percebi, eu fiquei muito preocupada. Aí eu fui até aqui pra médica, ela falou que não tinha risco. Eu fiquei desesperada. Foi a única vez. Então assim, mesmo tomando, eu tomo as precauções, entendeu?

Entrevistadora: Tá.

Bruna: Uso camisinha, tenho muito cuidado. **(Bruna; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 5 anos de profissão; Boate)**

Outras participantes consideraram que situações prévias de uso da PEP ou de infecção por outras ISTs foram determinantes para buscarem a profilaxia pré-exposição como uma forma de evitar a repetição dos “sustos” e das experiências ruins que tiveram com os efeitos da medicação.

Débora: Então, eu comecei utilizando o pós-exposição, né? [...] Aí foi aí então que eu conheci [a PrEP] aqui hospital. [...] Então eu fiz todo o... Tomei aquela medicação pós-exposição então daí que eu vim procurar por atendimento pra me prevenir mesmo, né?

Entrevistadora: Entendi. E aí quando te falaram desse remédio do pré, que dá pra você ficar utilizando para prevenção, você considerou essa decisão para começar a tomar uma decisão fácil, uma decisão difícil? Como que foi para você tomar a decisão de começar a tomar o outro medicamento?

Débora: Ah, foi uma decisão fácil porque tudo o que envolve a nossa saúde a gente não pode pensar duas vezes, né? Devido ao meu trabalho. Então eu não posso correr o risco de acontecer novamente, assim, um acidente e depois correr nervosa para o hospital fazer exames, ter que tomar toda medicação. Então é uma coisa que eu já... que eu acredito que é já para prevenir. Se acontecer você está mais garantida, você fica mais tranquila. **(Débora; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 2 anos de profissão; Boate e Privê)**

Manuela: E quando eu soube do PrEP eu resolvi participar por dizer que quase cem por cento de certeza que eu não pegaria HIV mesmo se rompesse o preservativo. Porque já tinha rompido algumas vezes e eu tomei o PEP de 28 dias e aquilo ali é horrível. Assim... eu achei que eu estava morrendo com aquilo. Eu passei muito mal. Tipo... fui até o final mas, assim, foi uma coisa horrível. **(Manuela; PrEP; 44 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 20 anos de profissão; Boate e rua)**

Cecília: [...] acabei tomando [a PrEP] porque eu achei que é uma coisa de segurança, porque na época [que fui procurar] eu descobri que eu tinha sífilis também. Então eu fiquei... tava tipo muito em pânico assim, muito chateada, e aí eu falei “meu, melhor eu tomar e pelo menos essa que não tem cura, né?”. Sífilis tem cura, as outras têm cura.

Entrevistadora: Sim. Entendi. E tenho... teve alguma situação, então – além desse episódio que você descobriu que estava com sífilis –teve alguma situação que te motivou a tomar PrEP... assim, algo que aconteceu, algum fato, alguma coisa talvez na vida ou na prática sexual que te motivou a tomar o medicamento?

Cecília: É... ah, não. Foi mais os relatos. E, tipo, você trabalha com isso você sabe que a camisinha estoura, infelizmente. Então foi mais uma questão de cuidado mesmo porque você está muito assim... como faz muito sexo você acaba se expondo mais e vira e mexe a camisinha estoura. **(Cecília; PrEP; 24 anos; Branca; Cursando Ensino Superior; Tempo de profissão n/i; Autônoma)**

No aspecto subjetivo essas motivações estão associadas, para a maioria das entrevistadas, à noção de autocuidado e segurança, pois, como já foi discutido nas seções anteriores, o medo do HIV por conta do trabalho sexual está presente o tempo todo nos relatos.

Cecília: Então era uma sensação de tipo “eu tô fazendo o que eu preciso fazer”. Não é o que eu quero mas é o que eu preciso fazer porque devido ao meu trabalho... então eu me sentia uma pessoa consciente, assim, tipo: infelizmente é a escolha que eu escolhi de trabalho e infelizmente esse remédio que eu tenho que tomar. Vou tomar.

Entrevistadora: Então teve uma certa visão de responsabilidade com seu cuidado?

Cecília: *É. Comigo mesmo, com a minha família, com... (Cecília; PrEP; 24 anos; Branca; Cursando Ensino Superior; Tempo de profissão n/i; Autônoma)*

Entrevistadora: *E o que te motivou a usar? Assim o que te levou...*

Fernanda: *Ah, eu acho que a prevenção, né, porque é uma prevenção a mais além do preservativo. Porque acontece, já aconteceu muitas vezes comigo do preservativo romper. E já rompeu sendo que ele já tinha completado o serviço e já tinha... e rompeu e graças... Eu tava tomando a PrEP. Vai saber se eu não tivesse tomando se eu não estava agora com HIV? (Fernanda; PrEP; Idade n/i; Raça/cor n/i; Ensino Fundamental Incompleto; 15 anos de profissão; Rua)*

Entrevistadora: *Ah, entendi. É, e como que foi a decisão de começar a usar PrEP?*

Lorena: *Ah, pra mim é, é melhor, porque assim... pelo menos eu tenho um acompanhamento, aí eu... venho... eu aprendo que... não devo... e fica aquela responsabilidade, se eu tenho médico, então eu não posso... fazer nada de errado. Eu penso desse jeito.*

Entrevistadora: *O quê que seria fazer algo de errado?*

Lorena: *Fazer algo de errado é fazer o que, às vezes, muito deles... acha que pagando consegue. Que é transar sem camisinha. (Lorena; PrEP; 37 anos; Parda; Ensino Médio Completo; Tempo de profissão n/i; Boate)*

Mas, em alguns casos, a sensação de estar protegida resultou em uma compensação de riscos: Clarice já escolheu a PrEP com a intenção de atender alguns clientes sem usar preservativo, visando “ganhar um dinheiro a mais”, e Beatriz considera que durante o período em que usou a profilaxia se preocupou menos em controlar seu consumo de álcool e, por isso, acabava tendo relações sem a camisinha.

Entrevistadora: *É... e... teve... qual que era a expectativa inicial, do ponto de vista da prevenção e da prática sexual, ao começar a usar PrEP? Cé tinha alguma expectativa, referente à prevenção e às práticas sexuais?*

Clarice: *Ah, eu num vou mentir não, eu até tinha, se dependesse do cliente, oferecesse muito dinheiro, eu ia fazer, até com pouco... não segurança, né? Porque existe várias outras doenças, mas eu ia conseguir um dinheiro a mais, e fica um pouco mais sossegada. (Clarice; PrEP; 25 anos; Preta; Ensino Médio Incompleto; Tempo de profissão n/i; Prédio)*

Entrevistadora: *Entendi. E você costuma... Você já falou que usa às vezes álcool, usa algumas... Você acha que a PrEP mudou alguma coisa em relação a isso?*

Beatriz: *Mudou porque tipo assim... Como eu usava [PrEP], né? Eu tinha menos consciência, eu ficava muito bêbada e às vezes acabava... acabava fazendo sem [camisinha] aí o Truvada ajudava porque eu estava fazendo sem e já me previnha. Mas aí quando eu parei de usar eu parei de beber mais... eu passei a beber menos porque eu não estou tomando. Então comecei a beber menos para ficar mais consciente. (Beatriz; PrEP; 29 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 1 ano de profissão; Boate e rua)*

Um último tópico sobre as percepções relacionadas à PrEP é a ligação da profilaxia com o autoestigma: Débora e Cecília levantaram essa questão, dizendo que a associação do uso da medicação ao seu trabalho as afetou psicologicamente.

Entrevistadora: *E tem algo que te incomoda do uso em si da PrEP?*

Débora: *Ah... Assim o que me incomoda um pouco, digamos, psicologicamente falando que me lembra o que eu sou, né? A minha profissão atual como garota de programa, né? Porque se eu não fosse, estivesse com um trabalho convencional eu não estaria usando. Aí me lembra do meu trabalho [ri] mas só por isso mesmo.*

Entrevistadora: *Mas toda vez quando você toma ele... quando vem essa lembrança?*

Débora: *Ah, geralmente eu tomo, né? Nossa... [penso] amanhã eu preciso ir pra lá, depois de amanhã preciso voltar. Ai, que droga! Que saco! [ri] É mais isso mesmo. Mais por isso. [ri] (Débora; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 2 anos de profissão; Boate e Privê)*

Entrevistadora: *Entendi. E depois nesse episódio que você estava lendo a bula que você começou a pensar nessas outras coisas.*

Cecília: *Sim. E também todas as minhas questões psicológicas, né? Meio triste com esse trabalho. Ah, isso aqui [PrEP] tá deixando, tipo, mais tranquilo esse trabalho porque aí você não tem mais que se preocupar com a aids e está tudo bem você trabalhar com isso.*

Entrevistadora: *Você sentia isso? Sentia que você estava começando a pensar assim?*

Cecília: *É. Nesse sentido que: “ah, agora que você está protegida eu não tenho mais tanto risco nesse trabalho”. Ah entendi. E aí decidi parar porque eu não quero fazer isso [prostituição] exponencialmente, assim, não sempre. (Cecília; PrEP; 24 anos; Branca; cursando Ensino Superior; Tempo de profissão n/í; Autônoma)*

Já as situações de procura pela PEP Sexual foram relatadas como experiências traumáticas, tanto no que se refere aos episódios que levaram ao uso da profilaxia quanto no tocante aos efeitos adversos do tratamento.

As ocasiões em que o cliente tem alguma atitude violenta, como retirar o preservativo durante a relação ou fazer ameaças, foram apontadas como as mais preocupantes, pois representam uma quebra de confiança e geram questionamentos nas entrevistadas sobre a intenção daquele comportamento. Clara, por exemplo, afirma que dependendo do tipo de acidente ela não procura a profilaxia, pois o serviço de saúde é longe e ela pode estar com muitos clientes para atender, mas quando o homem está “drogado” ou faz alguma intimidação são casos “graves” em que ela fica com medo.

Clara: *Então, já que pode prevenir se é um risco muito grave... Tem caso que você deixa batido. Ah, estourou rapidinho, você larga pra lá. Dá uma preguiça porque é longe ou tem muito cliente cê não vai. Mas tem caso que tem que ir. Que é o caso mais grave, é o homem que tá drogado, que te ameaçou. [...] Então, tem caso mais grave que eu tenho medo, eu tenho medo.*

Entrevistadora: Tá. Então nesses casos, você vem.

Clara: O que eu vim fazer hoje, eu tive medo do cara que ele tava drogado e num tá nem aí. Então, eu fico com medo.

Entrevistadora: Me conta, então, um pouco dessa, dessa situação como se fosse a cena de um filme. [...] Que que aconteceu?

Clara: Aconteceu que ele tava drogado, ele chegou. Aí, ele bebeu mais uma cerveja e foi pro quarto comigo. [...] Aí, teve uma hora que eu consegui por a mão e o pênis eu vi que tava sem. Aí eu tirei rapidão só que a camisinha tava dentro de mim. Ele falou "Não, não. Mas eu não gozei." Mas aí tava cheio de espuminha, parecia esperma, né? Ele tinha gozado, sim. [...] **(Clara; PEP; 39 anos; Branca; Escolaridade n/i; 17 anos de profissão; Casa de prostituição)**

Stella: Aí, aconteceu um acidente lá com um cliente, que ele mesmo conseguiu rasgar o preservativo. E, assim, eu tinha acabado de entrar. Foi na segunda semana que eu tava lá. [...] Aí, eu peguei falei: "-Poxa, você rasgou a camisinha?" Ele: "-Não. Não fiz isso." Falei: "-Como que você não fez? Você tá ficando louco?" Eu falei: "-Eu não tenho doença nenhuma. Você fez isso de propósito. Você tem alguma coisa." Aí, eu comecei brigar com ele. Aí, eu fui voar em cima dele. Eu queria socar ele. Eu falei: "-Eu tenho uma filha pra criar. Cé tá ficando louco? Você quer acabar com a minha vida?" [...] **(Stella; PEP; 27 anos; Raça/cor n/i; Cursando Ensino Técnico; 1 ano de profissão; Clínica de massagem)**

No tocante à adesão e manejo do uso, a maior dificuldade mencionada em relação à PEP Sexual foram os efeitos adversos e o esquecimento eventual de algumas doses. A maioria das usuárias conseguiu suportar as reações indesejadas ao medicamento, como enjoos, tontura e sono excessivo, mas mesmo assim definiram a experiência de forma bastante negativa. Stella foi a única participante que efetivamente interrompeu o tratamento devido à intensidade das náuseas, mas depois de uma semana decidiu retomá-lo.

Entrevistadora: Como foi colocar essa medicação no seu dia-a-dia?

Muito difícil. [...] Nossa, porque eu passava muito mal. Mesmo tomando omeprazol, ele, assim, dava aquele alívio no estômago. Mas a sensação de náuseas, aquele bolo na barriga, assim, no estômago. Muitas vezes eu provoquei vômito pra aliviar. Teve uma semana que eu fiquei sem tomar. Porque eu fiquei com medo de atrapalhar meu anticoncepcional. [...] Aí, depois, eu voltei porque eu fiquei com a consciência pesada. Mas, assim, foi bem difícil. **(Stella; PEP; 27 anos; Raça/cor n/i; Cursando Ensino Técnico; 1 ano de profissão; Clínica de massagem)**

Tomei coquetel, fiquei um mês tomando aquele coquetel maldito, que deixa um enjôo desgraçado. Desculpa. [...] Nossa! Aquilo lá é horrível demais. Nossa, me deixou muito mal. Um mal-estar, um enjoo horrível. Aí depois de ter tomado eu fiz, eu fiz até em um posto de saúde. Estava tudo tranqüilo, graças a Deus. **(Lívia; Autoteste; 20 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 2 anos de profissão; Prédio)**

[...] eu tomei o PEP de 28 dias e aquilo ali é horrível. Assim... eu achei que eu estava morrendo com aquilo. Eu passei muito mal. Tipo... fui até o final mas, assim, foi uma coisa horrível. Passei muito mal **(Manuela; PrEP; 44 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 20 anos de profissão; Boate e rua)**

A maioria das usuárias de PrEP, por sua vez, considerou fácil aderir à profilaxia no que se refere aos efeitos adversos, mas a falta de rotina devido a viagens e aos horários de trabalho, o uso de álcool e as barreiras de acesso ao insumo, discutidas na seção anterior, influenciaram na regularidade do tratamento – nesse último aspecto foram mencionados a demora no atendimento e o horário de funcionamento do serviço de saúde, a distância do trajeto até a unidade, medicação em falta e estigmas antecipados e percebidos. Os relatos abaixo são alguns exemplos de como esses fatores impactaram as experiências das entrevistadas:

Dora: *Eu viajei umas vezes, esqueci de levar a medicação.*

Entrevistadora: *Aí, ficou sem tomar...*

Dora: *Fiquei sem tomar por alguns dias... Aí, eu ajustei, né? Porque eu já num tenho o hábito de tomar... nenhuma, nenhum... medicamento contínuo. [...] Colocar isso na minha rotina... no começo, foi difícil.*

Entrevistadora: *Certo. Quando você parou de tomar... você ficou sem tomar, você ficou quanto tempo?*

Dora: *Ai...*

Entrevistadora: *Quando você viajou...*

Dora: *Três dias... sem tomar a medicação.*

Entrevistadora: *E aí, como é que foi pra voltar? Você...*

Dora: *Nada. No... quando eu voltei, cheguei em casa... normalmente, eu chego à noite, então... eu tomei no horário que eu tomo. Então continuei tomando nos mesmos horários e todos os dias. (Dora; PrEP; 27 anos; Preta; Cursando Tecnólogo; 1 ano de profissão; Autônoma)*

Entrevistadora: *É... tem alguma frequência que isso acontece?*

Ana: *De eu... ?*

Entrevistadora: *De, de... Ou de perder...*

Ana: *Não não.*

Entrevistadora: *Ou de esquecer...*

Ana: *Não não. É porque eu tinha bebido umas a mais e eu sai e coloquei na minha nécessaire... aí acabou ficando...*

Entrevistadora: *Aí, cê ficou de sábado... até terça.*

Ana: *Foi terça ou foi quarta. Isso foi no ano passado. Logo no começo, quando eu comecei a tomar.(Ana; PrEP; 27 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 8 anos de profissão; Prédio)*

Entrevistadora: *aham. Entendi. E você tinha alguma dificuldade de tomar o medicamento quando você estava tomando?*

Cecília: *Pra mim é tranquilo. É... a questão, a minha dificuldade era lembrar de tomar todos os dias. Assim, eu tomava assim cinco dias aí um dia eu saía na noite e aí no outro dia eu estava de ressaca, e acabava não lembrando. (Cecília; PrEP; 24 anos; Branca; Cursando Ensino Superior; Tempo de profissão n/i; Autônoma)*

Das entrevistadas que descontinuaram o uso da PrEP, apenas Bianca e Bruna atribuíram essa decisão à dificuldade para manejar os efeitos adversos.

Entrevistadora: E naquele momento você sentia alguma dificuldade de tomar o medicamento ou era fácil?

Bianca: Eu senti um pouco porque no começo dá enjoo e me deu tontura, né? Aí eu não aguentei...

Entrevistadora: Ahhh... E chegou a atrapalhar o seu dia a dia?

Bianca: Um pouquinho.

Entrevistadora: eram sensações pesadas?

Bianca: Sim. Sentia vontade de dormir muito, muito sono. Aí eu tive que parar. Não queria parar, né. Mas eu não tava aguentando.

Entrevistadora: Foi algo que você viu que assim...

Bianca: É, o efeito... Pretendo voltar. Porque acho importante. Acho muito importante. **(Bianca; PrEP; 32 anos; Branca; Escolaridade n/i; 3 anos de profissão; Boate)**

Bruna: Eu comecei ano passado. Eu não me lembro quando, mas faz menos de 1 ano isso. Mas aí me deu depressão. Eu fiquei muito depressiva e percebi que era por conta da medicação. [...] Fiquei nervosa, aí parei de tomar. Aí, parei um tempo, depois voltei, mas agora eu sinto que eu tô ficando, de novo, depressiva.

Entrevistadora: E aí você acha que é por causa da medicação.

Bianca: É. Eu não consigo dormir. Eu tô s... Eu tô tendo insônia.

Entrevistadora: Certo.

Bianca: Que também a gente tem problema, né? Deve ser isso também, mas eu acho que a medicação ajuda bastante também nessa parte neurológica. **(Bruna; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 5 anos de profissão; Boate)**

Finalmente, os estigmas relacionados ao HIV/aids e à prostituição foram determinantes na escolha das situações e pessoas para quem as participantes revelaram o uso da PrEP ou da PEP em seus contextos de trabalho e na vida privada.

No círculo das colegas de trabalho, diante do receio de que o uso das profilaxias fosse interpretado como tratamento para o HIV/aids, elas seguiram diferentes posturas e estratégias para evitar potenciais constrangimentos e discriminações.

Algumas mulheres optaram por não revelar o tratamento para nenhuma colega, ou apenas para aquelas com quem mantinham uma relação de confiança, mas por administrarem a medicação durante o trabalho, em um momento de descuido foram flagradas e indagadas por outras pessoas. Essas situações causaram impactos significativos: Clara chegou a sair da boate em que trabalhava; Larissa diz que apresentou seus exames “até para a administração” para comprovar que não tinha HIV, e Lorena passou a ser ironizada por algumas colegas quando o alarme de seu celular tocava nos horários de tomar a PrEP.

Clara: Ah, não. Isso já aconteceu, sim, de eu tá num lugar, numa boate, isso era noite, e eu tomando os remédios e as meninas falaram que eu tinha, sim, o HIV. Porque uma até comentou ‘-Ah, minha mãe toma esses remédio’. Então como eu tava tomando... [...]

Entrevistadora: E você? Aí, como é que aconteceu? Que que cê falou?

Clara: *Aí, no outro dia, eu fui embora. Porque eu falei ‘-Eu não tenho, eu só tô tomando’. Né? Daí peguei e fui embora. Porque se eu for discutir é pior. [...]*
Aí eu fui embora pra outro lugar. Outro, outro, né?

Entrevistadora: *Outra casa?*

Clara: *É. (Clara; PEP; 39 anos; Branca; Escolaridade n/i; 17 anos de profissão; Casa de prostituição)*

Entrevistadora: *Alguma vez você já teve que utilizar... até em casa quando tinha alguém, ou em algum momento e estava com o medicamento na mão e alguém viu e agiu de forma preconceituosa porque você estava tomando o medicamento?*

Larissa: *Não. [silêncio] Ah... um pouquinho. É que eles pensam que é para quem já tem doença. Nada a ver.*

Entrevistadora: *Entendi. E aí o que aconteceu?*

Larissa: *Pensaram só. Aí eu falei que não. Peguei meu exame. [...] Pra não criar tumulto ou fofoca.*

Entrevistadora: *Pra mostrar que realmente você não tinha nada?*

Larissa: *Sim.*

Entrevistadora: *Você achou que era uma forma ali de comprovar?*

Larissa: *É. Mostrei até pra administração da boate. (Larissa; PrEP; 21 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 9 meses de profissão; Boate)*

Lorena: *[...] Eu tirei o lacre, né, o nome do remédio e ficou só o papel, o vasinho normal. [...] E a pessoa veio me perguntando por quê que eu tava tomando e eu fiquei sem saber o que falar na hora.*

Entrevistadora: *E... onde que você tava?*

Lorena: *Tava no meu serviço. [...] Foi uma mulher que tava lá. Porque, às vezes, aparece algumas pessoas pra fazer venda de roupa, perfume... [...] E aí, no momento que ela tava, foi justamente na hora que o meu celular alarmou. [...] Aí uma outra que tava do lado pegou e falou: ‘Ah, eu num sei que tanto ela toma esse remédio, porque todos os dias ela toma remédio. Todos os dias.’ Aí eu fiquei meia sem jeito assim. [...]*

Entrevistadora: *E ela chegou alguma vez a implicar com você de novo?*

Lorena: *Não. Implic... ela, não. Mas aí, as outra menina quando via o meu celular, às vezes, me chama ‘Ei... é hora do seu remédio.’ Eu tinha que tomar. Às vezes, se eu tivesse no quarto, eu descia pra tomar. (Lorena; PrEP; 37 anos; Parda; Ensino Médio Completo; Tempo de profissão n/i; Boate)*

Clarice em um primeiro momento quis convencer suas colegas a procurarem a PrEP, mas parou de falar sobre o assunto e passou a esconder-se para tomar os comprimidos desde quando uma delas viu a caixa do remédio e questionou se ela tinha HIV. Outras entrevistadas, além de só contarem para colegas próximas, usam os medicamentos em casa para manter maior privacidade, como é o caso de Débora e Fernanda.

Clarice: *Agora, minhas amiga, parece que elas são um pouco ignorante, sei lá, eu falo, falo, mando vir, mas... nst, parece que, é, tô mentindo o que eu tô falando. Acho que elas nem acredita na eficácia do remédio, sabe?*

Entrevistadora: *E você... sentiu algum constrangimento, ou preconceito, quando contou que usava PrEP?*

Clarice: *Hum... uma vez, que eu tava cas caixinha lá e menina falou assim ‘Você tem HIV?’, mas aí por ignorância, por não sabia a diferença, né? [...]*

eu fiquei um pouco constrangida, né? Aí, até explicar e até a pessoa entender... [...]

Entrevistadora: *É... e alguma vez quando você tava tomando o medicamento, ou tinha o medicamento com você, você chegou a passar por uma situação de constrangimento?*

Clarice: *Não de constrangimento, mas tipo de ter que se esconder no banheiro, ou alguma coisa, pra eu poder tomar pra ninguém ver. [...]*

Entrevistadora: *É... e como que cê lida com isso, assim... no seu cotidiano?*

Clarice: *Ah, pra mim, é normal. Eu só tento evitar mesmo, sabe? [...]* meninas que trabalham comigo, mas que não tenho intimidade, não sabem, não vão saber também... porque eu já falei pra um monte de gente, o povo num querem tomar, então deixa eles lá (risos). Cansei também. **(Clarice; PrEP; 25 anos; Preta; Ensino Médio Incompleto; Tempo de profissão n/i; Prédio)**

Débora: *Pra uma colega de trabalho cheguei a comentar, que a gente tem mais intimidade.~[...] ela ficou até surpresa que ela também desconhecia o tratamento, que assim como eu ela também sabe que existe o pós, pós-tratamento, pós-exposição. Mas esse pré ela também desconhecia. Ela ficou surpresa. Talvez ela vá até procurar atendimento, passar no ginecologista daqui para para ver se ela faz. [...]*

Entrevistadora: *E você comentou então que tem tomado à noite. E como você tá fazendo para lembrar de tomar o medicamento todos os dias? [...]*

Débora: *Geralmente à noite quando eu estou na minha casa. Ah... eu vou tomar anticoncepcional, tenho que tomar meu ômega 3, por exemplo, né? Aí assim eu vou, eu tomo, daí vou dar o intervalo daí já tomo PrEP, né? **(Débora; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 2 anos de profissão; Boate e Privê)***

Entrevistadora: *Entendi. E você chegou a contar para alguém que você utilizava PrEP?*

Fernanda: *Não. Só uma amiga minha, Marcela. Não gosto de comentar nada da minha vida pessoal com os outros não. [Comentei com] Ela e a menina que me indicou aqui, a Flávia. [...]*

Entrevistadora: *E assim... o que você acha que aconteceria se você contasse para outras pessoas?*

Fernanda: *[...] tem mulher assim que sempre fica com fofoquinha com seu nome. Acha que porque você está usando o remédio você está transando sem camisinha. [...]* Aí então é bom evitar, né? [...]

Entrevistadora: *E como você fazia para lembrar [de tomar o remédio]?*

Fernanda: *À noite. [...]* Tomava à noite. À noite eu tomava aí pronto. Porque de manhã eu não gosto de comer, de por nada na boca. Então por isso que eu tomo à noite. Tanto que até os remédios de dor eu tomo tudo à noite. **(Fernanda; PrEP; Idade n/i; Raça/cor n/i; Ensino Fundamental Incompleto; 15 anos de profissão; Rua)**

Beatriz e Ana, pelo contrário, divulgaram amplamente que estavam utilizando a profilaxia sob o argumento de estimular outras trabalhadoras a procurarem o serviço de saúde e aderirem ao método. Mas além dessa intenção manifesta nos discursos, o objetivo implícito dessa atitude pode ter sido explicar de antemão para que serve o medicamento, a fim de se antecipar às potenciais experiências de estigma.

Mesmo assim, Ana foi solicitada a apresentar o teste de HIV para a dona do estabelecimento em que trabalhava, e ainda comentou que algumas pessoas não tiveram coragem de conversar com ela em público, e depois ligaram em particular para pedir mais informações sobre a profilaxia.

Entrevistadora: ... naquele período que você ficou utilizando, você contou para alguém que estava tomando?

Beatriz: Conte pra uma amiga minha e ela começou a tomar. Não sei se ela está tomando ainda, porque ela também tem... ela tem a vida sexual bem ativa, ela faz uns programas mais de vez em quando, sabe?

Entrevistadora: Entendi. E como foi a reação dela quando você contou que estava tomando medicamento?

Beatriz: Ah, ela queria saber mais. Aí eu falei para ela vir aqui que ela também teve sífilis. Ela tratou sífilis aqui. [...]

Entrevistadora: E teve algum... teve alguém que você chegou a contar que reagiu com preconceito e discriminação por causa de que você falou que estava tomando o medicamento?

Beatriz: Pra falar a verdade eu divulguei para um monte de gente. Principalmente para as meninas do casarão onde eu trabalho, além das meninas daqui [rua], né? Falei para elas virem para cá porque aqui é atendimento específico para garotas de programa. (**Beatriz; PrEP; 29 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 1 ano de profissão; Boate e rua**)

Ana: É, e cê contou pra... pras pessoas do seu trabalho?

Entrevistadora: Sim. Algumas pessoas falam que eu tenho HIV. Eu “Que bom que eu tenho HIV, né?” [...] só que eu não me importo. Não é à toa que a dona da casa onde eu tô hoje, ela pediu pra mim os exames. [...] Só que eu não falo pra mim poder me expor. Eu falo, tipo, pra mim poder tentar ajudar, passar informação. Lá em São Bernardo, no ABC, não tem essa, a informação que nem eu tenho aqui. Os cuidados deles são diferente dos nossos. (**Ana; PrEP; 27 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 8 anos de profissão; Prédio**)

Ana: Eu falo pra quem for preciso. Entendeu? Porque, quem sabe também? Às vezes, a pessoa num sabe. Já teve casos que eu passei, que eu saí, depois gente me ligou ‘Como que funciona essa medicação que cê toma?’ Aí, eu mandei foto do... do postinho pra ele... passei o endereço daqui, pras menina poder, se tiverem interesse, poder tá vindo, entendeu? Então... (**Ana; PrEP; 27 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 8 anos de profissão; Prédio**)

Apenas as usuárias de PrEP trouxeram relatos sobre suas experiências com a revelação para os clientes, e em geral o assunto simplesmente não é abordado nas interações com eles: Beatriz, Bianca, Cecília e Júlia nunca expuseram essa informação. Lorena diz que conta apenas sobre a experiência que teve anteriormente com o uso da PEP, mas “para por aí”, e Débora acredita que conversaria com clientes fixos com quem tem maior liberdade, mas essa situação nunca tinha acontecido concretamente.

Entrevistadora: Esse cliente [fixo], por exemplo, sabe que você utiliza o medicamento da PrEP?

Débora: Não eu acho que eu nunca comentei com ele.

Entrevistadora: Não? E com outros clientes você já chegou a tocar no assunto do medicamento por alguma razão?

Débora: Ah, não. Nunca deu no assunto. Eu nunca conversei, nunca expus assim essa parte.

Entrevistadora: Você acha que se você falasse que você toma medicamento poderia ter alguma consequência negativa para você?

Débora: Então, é que é difícil falar porque eu tenho muitos clientes fixos que já vão comigo há algum tempo. Alguns eu tenho uma certa liberdade de conversar. Com esses eu acho que não tem nada de negativo em comentar. Agora, se aparece uma pessoa, um cliente pela primeira vez, né? A gente vai e conversa um pouco, a gente se apresenta... eu acho que não é o momento propício. Eu acho que não tem nada a ver a conversar com ele nesse ponto. **(Débora; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 2 anos de profissão; Boate e Privê)**

Outro motivo para manter o tratamento sob sigilo para os clientes é a preocupação de que eles não queiram usar preservativo ao tomarem conhecimento sobre a ação da profilaxia. Como demonstram os relatos de Manuela e Fernanda, o medo de ser estigmatizada pelas colegas de trabalho como uma trabalhadora sexual que tem HIV dá lugar ao medo de ser percebida pelos clientes como uma trabalhadora sexual “imune” à infecção, com quem eles podem se sentir seguros para fazer sexo desprotegido.

Entrevistadora: Você nunca, nunca contou?

Manuela: Não. Já contei pra um ou outro, assim. Mas aqueles que eu sei que é normal, que usa preservativo, que não fica me pedindo. Alguns que já... que tipo a gente já tem... além de fazer o programa a gente já conversa, esse tipo de coisa, entendeu?

Entrevistadora: Entendi. Mas geralmente pra quem você não conhece geralmente você não conta? Por pensar que já teria alguma proposta talvez?

Manuela: Porque talvez acho que se eu falar pra ele "ah, eu tomo PrEP" ele vai talvez até pesquisar ver o que é. Então vamos transar sem camisinha porque você não tem HIV então vamos transar sem camisinha, porque eu também não tenho, porque eu sou casado. Normalmente é isso que eles dizem. **(Manuela; PrEP; 44 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 20 anos de profissão; Boate e rua)**

Entrevistadora: E você já chegou a comentar para algum cliente, por exemplo, em alguma situação que você estava utilizando a PrEP?

Fernanda: Não. Porque senão eles abusam. Não pode. Pra eles é que não pode falar mesmo, senão eles vão falar: 'ah, mas você usa remédio que que tem? vamos lá, né? Nããão.' **(Fernanda; PrEP; Idade n/i; Raça/cor n/i; Ensino Fundamental Incompleto; 15 anos de profissão; Rua)**

Na experiência de Dora, porém, aconteceu o oposto: quando um de seus clientes viu a embalagem com o nome do medicamento no quarto, interpretou como um indicativo de que ela estava “aprontando”, justamente por conhecer a profilaxia.

Entrevistadora: E, além dessas amigas, você contou pra mais alguém? Algum cliente, família...

Dora: Hum-rum. Ah, teve um cliente que viu que... a minha medicação em cima do balcão e, acho que um cliente dele faz a... fabricação do medicamento.

Entrevistadora: Entendi.

Dora: Aí, ele já... aí, ele bateu o olho no nome e já sabia pra que servia.

Entrevistadora: Legal. E aí, você teve, contou, foi super de boa, foi... ele ficou cismado?

Dora: Não. Ele achou que eu tava aprontando... “Ah, cê tá aprontando.”, eu falei “Não não, só pra... prevenção mesmo.” (**Dora; PrEP; 27 anos; Preta; Cursando Técnico; 1 ano de profissão; Autônoma**)

Ana e Larissa escolheram revelar o uso para clientes com quem o preservativo estourou, com o objetivo de tranquilizá-los com a situação, mas na percepção delas alguns ficam incrédulos e pensam que o remédio é para quem já tem HIV.

Entrevistadora: Entendi. E, assim, você já chegou a contar ou conta para seus clientes, por exemplo, que você utiliza PrEP?

Larissa: Já. Já cheguei a contar para dois, assim, que estourou a camisinha contei para eles.

Entrevistadora: E qual a reação deles?

Larissa: Eles ficam... “hmm... interessante. Me passa o endereço, vou lá saber”

Entrevistadora: É? E teve alguma situação que te deixou envergonhada ou que você sofreu preconceito e discriminação pra você falar com os seus clientes isso?

Larissa: Sim. Eles pensam que o remédio é porque a pessoa que já tem [HIV]. Aí tem que explicar que não, que é para se proteger. Eles ficam meio duvidosos. (**Larissa; PrEP; 21 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 9 meses de profissão; Boate**)

Entrevistadora: É... e você conta pros clientes que você usa PrEP?

Ana: Pra alguns, sim, porque, infelizmente, tem clientes que também se preocupa de um preservativo estourar, entendeu? Então, tipo, às vezes eu pego eu falo “Ó, fica em paz. É... eu sou limpa.”, entendeu? [...]

Entrevistadora: Hum-rum. E... é... qual a reação dos clientes na hora que cê conta?

Ana: ‘Que bom que cê se cuida, né?’ [...]

Entrevistadora: E você já sofreu algum constrangimento... alguma violência, por contar pra um cliente que você usa PrEP? [...]

Ana: Não, porque eu acho que se algum cliente viesse... um pouco mais estourado pra cima de mim porque eu contar isso [...] eu acho que não ia dar certo [...] Então, não. Já aconteceu, tipo, de cliente ficar quieto. Eu contar e ele ficar quieto. Já aconteceu de cliente querer saber mais informações, entendeu? (**Ana; PrEP; 27 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 8 anos de profissão; Prédio**)

No âmbito das relações pessoais – com parentes, amigas/os e parcerias afetivo-sexuais – é interessante notar como a questão ganha outras nuances: revelar o uso da PEP ou da PrEP para as pessoas que têm conhecimento sobre seu trabalho não é um problema para as entrevistadas, e as reações que recebem geralmente são positivas, como aconteceu com Clarice

em relação à sua mãe, com Débora e Letícia em relação a seus parceiros e com Marcela em relação a seus amigos.

Entrevistadora: *Sim. É... E você contou pra alguém que você tava tomando a PrEP?*

Clarice: *Contei. Pra minha mãe... e pra minhas amigas do ramo, né?*

Entrevistadora: *E... como que foi a reação dessas pessoas?*

Clarice: *Ah, minha mãe é descolada e pra ela foi normal, né? Pra ela, foi até uma benção, né? Pra mim não ter nenhuma doença, porque ela sabe que eu trabalho assim. (Clarice; PrEP; 25 anos; Preta; Ensino Médio Incompleto; Tempo de profissão n/i; Prédio)*

Entrevistadora: *[...] E nesse período você chegou a contar para alguém que está utilizando a PrEP? [...] Com seu namorado, por exemplo? Vocês moram juntos.*

Débora: *Moramos. [...] Ele sabe. Ele sabe e até me apoia porque... até por causa dele também, né, porque pra gente... não usamos preservativo então ele achou uma decisão assim mais acertada, né?*

Entrevistadora: *Entendi. E como foi a reação, por exemplo, dessas pessoas que você contou? Como elas reagiram?*

Débora: *O meu namorado, assim, ele não ficou surpreso. Ele sabe que eu tomo cuidado então para ele foi normal. (Débora; PrEP; 35 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 2 anos de profissão; Boate e Privê)*

Entrevistadora: *E com seus parceiros fora do trabalho você comenta sobre a PrEP?*

Letícia: *Depende. Se eu já estou... que nem de vez em quando eu fico com um menino e ele sabe do que eu trabalho. Aí com ele eu comento, comento que eu venho aqui, tal. Entendeu? Aí com ele sim. Mas com os outros não porque tem deles aí que não sabe né? [que eu sou prostituta].*

Entrevistadora: *Entendi.*

Letícia: *Aí eu não posso comentar. (Letícia; PrEP; 28 anos; Branca; Ensino Médio Incompleto; 10 anos de profissão; Boate)*

Entrevistadora: *Umaproteção a mais. E você contou para alguém que...*

Marcela: *Sim.*

Entrevistadora: *Você pode dizer quem, por exemplo?*

Marcela: *Pra amigos assim, alguns amigos, e todos eles acharam muito legal essa iniciativa ou até mesmo não conheciam que existiu essa... esse recurso, né? E eu assim não tive nenhum, nenhuma pessoa que eu comentei que olhasse com os olhos tortos ou falasse 'ai, que horror!' (Marcela; PrEP; 40 anos; Branca; Ensino Médio Completo; 21 anos de profissão; Autônoma)*

Mas nos relacionamentos em que elas escondem a profissão, o principal receio é de que as pessoas levantem suspeitas sobre seus comportamentos sexuais, o que poderia levar à dedução de que elas são trabalhadoras sexuais.

Entrevistadora: *É... Tá. Família, você não contou.*

Dora: *Não contei.*

Entrevistadora: *Por que, assim? Eles sabem que você trabalha como...*

Dora: *Não. Não sabem.*

Entrevistadora: *Eaí, você também evitou contar...*

Dora: *É. Porque... pra até evitar, até... curiosidades, né? 'Ah, por que você tá tomando? Normalmente quem toma isso... normalmente é desse grupo'.*

Entrevistadora: *Entendi.*

Dora: *Pra evitar... esses tipo de especulação. (Dora; PrEP; 27 anos; Preta; Cursando Tecnólogo; 1 ano de profissão; Autônoma)*

Entrevistadora: *Ah, tipo... pra familiares você não contou?*

Bianca: *Não. Não contei. Só no meu trabalho mesmo.*

Entrevistadora: *Entendi. E você preferiu não contar por qual razão mesmo? Desculpe.*

Bianca: *Por discriminação, né? Por dizer que eu posso estar me arriscando e posso estar tomando esse remédio aí pra evitar, né? No caso eles não sabem o que eu faço, né? (Bianca; PrEP; 32 anos; Branca; Escolaridade n/i; 3 anos de profissão; Boate)*

Entrevistadora: *E em relação a seu namorado você quis dizer que era uma vitamina por qual razão?*

Júlia: *É... não sei. Porque estava muito no início ainda do nosso namoro aí ele poderia, sei lá, achar que aquilo... eu já tinha alguma doença, que eu estava tomando para me... sabe, assim, algum tratamento... Só por esse motivo. Aí ele não voltou mais no assunto eu não falei. Mas não é, assim... Eu posso até comentar, falar, explicar para ele como é que funciona. (Júlia; PrEP; 32 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 5 anos de profissão; Prédio)*

5.4.3 Aceitabilidade do autoteste de HIV

Essa seção aborda como as experiências de estigmatização (vivenciadas, percebidas e antecipadas) se relacionam à aceitabilidade do autoteste de fluido oral pelas trabalhadoras sexuais. Conceitualmente, definiu-se aceitabilidade como:

“a multi-faceted construct that reflects the extent to which people delivering or receiving a healthcare intervention consider it to be appropriate, based on anticipated or experienced cognitive and emotional responses to the intervention” (Sekhon et al., 2017, p. 4).

Após a entrevistadora explicar de forma resumida o funcionamento do autoteste – composição do kit, procedimentos básicos para a realização, tempo de reação e interpretação dos resultados – questionou se haveria interesse das participantes em adotá-lo como estratégia de prevenção, em quais situações usariam, com quem (clientes, parceiros fixos ou somente para uso próprio), como prefeririam ter acesso ao insumo, se precisariam de suporte do serviço de saúde, e quais seriam as possíveis reações de clientes, gerentes e colegas com relação ao uso do autoteste no trabalho. Essas perguntas foram prospectivas, dado que nenhuma participante tinha experiência prévia com essa tecnologia.

Inicialmente, todas as entrevistadas manifestaram interesse nessa opção de testagem e aceitaram os cinco kits que foram oferecidos a cada uma para experimentação ao final da

entrevista. Algumas explicitaram inclusive grande entusiasmo ao saber que essa tecnologia existe, como Patrícia, Helena e Isabela.

Entrevistadora: [...] Esse autoteste que eu tô te falando, ele é um teste que você faz com fluido oral [...]. Então ele vem uma espécie de um cotonete. Você passa dentro da boca, em cima e embaixo. Aí ele tem um líquido reagente, que cê põe lá esse cotonete, deixa por 20 minutos.

Patrícia: Como se fosse um teste de gravidez? [risada]

Entrevistadora: Bem parecido com um teste de gravidez. [...] E aí você deixa lá no reagente durante 20 minutos e aí pode fazer a leitura do resultado. [...]

Patrícia: Deus é mais! (**Patrícia; Autoteste; 37 anos; Parda; Ensino Superior Completo; Tempo de profissão n/i; Boate**)

Entrevistadora: Então, você quer pegar os kits?

Helena: Sim...

Entrevistadora: [...] E eu já vou te mandar agora...um vídeo que mostra direitinho como fazer.

Helena: Vou fazer hoje! (ri) (**Helena; Autoteste; 29 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 4 meses de profissão; Prédio**)

Isabela: Nossa! Isso resolveria 80% dos problemas. Daria... ia ser muito útil, te juro! (**Isabela; Autoteste; 21 anos; Parda; cursando Ensino Superior; < 1 ano de profissão; Rua**)

Não houve questionamentos a respeito da confiabilidade do resultado do exame, mas alguns pontos mencionados merecem atenção: Vitória expressou reticência por se tratar de um teste que não detecta outras infecções além do HIV. Mas em seguida pondera que no caso de sexo oral ele seria útil, pois essa prática às vezes já é realizada sem preservativo, desde que o pênis não apresente secreções, bolhas, verrugas ou outros sinais visuais indicativos de alguma doença.

Alice – que trabalha na mesma casa administrada por Vitória – acrescentou a preocupação com a janela imunológica, e afirmou que não faria sexo oral desprotegido mesmo que o resultado do autoteste do cliente fosse negativo para HIV, pois ele precisaria estar há mais de 30 dias sem fazer sexo.

Entrevistadora: Tá, tá. E você acha que outras, por exemplo, pensando nas meninas que trabalham com você, que talvez seja as que você conhece mais de perto, né? Você acha que para elas seria útil esse autoteste, elas usariam?

Vitória: Então, não sei. É a mesma coisa que eu te falei, né, o teste é para uma coisa só, né? As outras doenças também são graves, que é doença, né? Se fosse teste para tudo, beleza, mas para uma coisa só não adianta. Aí você fica de boa na aids e pega uma herpes, não adianta muita coisa, entendeu?

Entrevistadora: E para o sexo oral, que já acontece de fazer sem...

Vitória: Olha, sexo oral é até melhor isso, acho que ajudaria muito, porque assim, se está tudo limpinho, não tem nenhuma secreção, não tem nenhuma bolha, não tem nenhuma nada, uma verruga, nada, então pode ser uma doença silenciosa, aids, uma sífilis que ainda não se manifestou [...] eu acho que ajudaria na hora do sexo oral, acho que seria bem útil. (**Vitória;**

Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 3 anos de profissão; Casa Autogerida)

Entrevistadora: E no trabalho, você acha que teria utilidade, você usaria em alguma situação?

Alice: Ah... Então, no trabalho é um pouco relativo, porque assim, normalmente os homens que procuram eles não vêm só aqui. Aqui a gente é uma coisa que a gente conhece, eu conheço as meninas, sei que está todo mundo saudável. Mas normalmente esses caras vão em outros lugares, eles pegam pessoas na rua. [...] Se o cara chegar aqui e falar de um oral sem camisinha e eu não sentir confiança nele, por mais que eu faça o teste e dê negativo, eu vou ficar pensando na questão dos 30 dias. Eu vou falar 'esse cara não está há 30 dias sem sexo. Então, quem me garante que nesse período não aconteceu algo e isso pode me prejudicar?'. Então assim, poderia até utilizar, mas essa questão dos 30 dias ia ficar me martelando. **(Alice; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 10 meses de profissão; Casa Autogerida)**

Paula também disse que não se apoiaria apenas no resultado do autoteste como método preventivo, mas pediria para o cliente fazer se ficasse desconfiada com a aparência dele, como uma “proteção a mais” caso o preservativo se rompesse, de forma semelhante aos relatos das usuárias de PrEP.

Paula: Às vezes, chega uma pessoa com uma aparência um pouco diferente, você fica meio com o pé atrás.

Entrevistadora: Tá. E aí o que você faria nessa situação?

Paula: Então, aí eu ia, eu ia... Eu não sei, né? Acho que pode falar pra pessoa fazer o teste?

Entrevistadora: Pode. Aqui cê pode tudo.

Paula: Pode, né? [ambas dão risada]

Entrevistadora: Você ia pedir...

Paula: Eu ia pedir pra pessoa fazer. É. Eu ia pedir pra pessoa fazer. E mesmo assim ia usar o preservativo. Não era pra dispensar o preservativo, né? Fazer o teste pra dispensar. Não. É só pra, pra um cuidado a mais. Porque se uma camisinha estourar. **(Paula; Autoteste; 38 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 10 anos de profissão; Boate)**

Adriana, Mariana, Isabela, Lívia e Helena, por outro lado, aproveitariam a oportunidade para ganhar mais dinheiro dos clientes se o resultado fosse negativo. Lívia pontua, também, que se o cliente insistisse em não usar preservativo mas se recusasse a fazer o autoteste, usaria isso como argumento para não aceitar a proposta.

Adriana: a gente pode fazer, usar camisinha e deixar o teste rolando.

Entrevistadora: Ah! Entendi!

Adriana: E quando termina: 'vamos dar uma olhada na sua saúde' [...] 'espera aí, amor, deixa esse negocinho ali e vamos aqui, vem cá...' Pá, pá, pá e 'vem aqui amor, ver como está a sua saúde'.

Entrevistadora: Já convence ele a ficar mais tempo...

Adriana: *É. ‘Olha, fiz um teste, está limpinho, gostoso’, ‘ah, queria de novo!’.* Convince ele a ficar mais um pouco. [...] ‘gostoso, gostei de você. Ah, você é muito limpinho, quero você de novo, quero dar para você de novo’... Entendeu? Ele se empolga. Ah, homem se empolga! O homem é demais... se empolga, se acha um garanhão. ‘Gostou de mim...’ (imitando voz de homem). **(Adriana; Autoteste; 24 anos; Branca; Ensino Fundamental Incompleto; 5 anos de profissão; Rua)**

Mariana: *Se eu tivesse aqui. Já pensou? Os clientes iam oferecer pra transar sem camisinha, eu ia transar com todo mundo. [risada] Eu ia passar neles, eu ia ganhar dinheiro. [ambos dão risada]* **(Mariana; Autoteste; 26 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 3 anos de profissão; Casa de prostituição)**

Isabela: *Nossa! Isso ajudaria até aqui, que aqui a gente cobra mais para fazer sem... É proibido, mas sempre tem uma máfia. É difícil sair, porque como cobra mais eles não querem pagar. Mas tem uns que ‘tá, vamos’.* Nossa! Isso resolveria 80% dos problemas. Daria...Ia ser muito útil, te juro! **(Isabela; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; < 1 ano de profissão; Rua)**

Lívia: *Eu estando em um hotel poderia muito bem fazer ou mesmo no prédio mesmo. ‘Você quer sem camisinha? Você vai pagar o valor maior? Tá bom, só faz isso rapidinho e pronto’.*

Entrevistadora: *Tá. E você acha que o cliente toparia numa boa?*

Lívia: *Dependendo do cliente, sim. Mas é o que eu falo, tem clientes que você já percebe a maldade. Tem uns que já fazem na maldade, de querer fazer sem, por maldade. Isso a gente já consegue perceber e já dispensa. Agora aqueles que você, que acabam te convencendo pela lábia, que você não sabe se é só porque ele tem prazer nisso mesmo ou se é por outra questão, aí esses você pode até insistir. Se eles se recusar, então já é uma deixa que não pode fazer, né?* **(Lívia; Autoteste; 20 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 2 anos de profissão; Prédio)**

Helena: *Iria conversar com ele, porque da mesma maneira que ele conversou comigo para fazer dessa forma, eu ia falar – ah, eu topo, mas vamos fazer o teste para ver se está tudo certinho, tanto com você quanto comigo. Aí depois disso nós voltamos a conversar do assunto. [...] Aí depois quando saísse o resultado iria para o quarto. [...] Acho que cada uma tem que procurar uma forma de se cuidar. Então, eu ofereceria em uma boa... ‘vamos fazer o teste, vai ser melhor para mim também...’, porque a maioria dos homens que vão lá são casados...então ‘para você não pegar nada e passar para a sua mulher, e nem eu ter alguma coisa’, é que eu sou bocuda, já falo mesmo. Então não teria problema nenhum...* **(Helena; Autoteste; 29 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 4 meses de profissão; Prédio)**

Mas Patrícia e Alice levantam a apreensão de que, no outro polo, isso poderia levar os clientes a pressioná-las para não usar preservativo, mesmo que elas não se sentissem à vontade. Outros poderiam se sentir ofendidos com a sugestão da autotestagem, ou presumir que a trabalhadora sexual tem comportamentos “errados” ou “está doente”.

Patrícia: *E, também, seria um pouco ruim porque ele poderia se sentir na liberdade, então ‘Ah, você já viu que eu não tenho aids, então vamos transar sem camisinha.’ Ele talvez não tem aquela consciência de ‘Eu transei ontem*

sem camisinha, oba, não tenho aids. 'Sabe? Mas ele esquece que tem outras doenças, né? Como a sífilis, aquela da verruga, que eu tenho pavor daquela da verruga, sabe? E é isso. (Patrícia; Autoteste; 37 anos; Parda; Ensino Superior Completo; Tempo de profissão n/i; Boate)

Alice: Se eu pegar, vai suponhamos que eu fale para um cliente que eu posso fazer. E aí de repente esse exame vai dar negativo, mas mesmo ele dando negativo eu não estou me sentindo segura para ter, vai, para fazer um oral, para beijar esse homem, para, ou até mesmo a penetração. E ele acabar me forçando a fazer, tipo '– eu não tenho nada, você não está vendo que eu não tenho nada? Estou te pagando'. Então assim, talvez isso cause um problema. Porém não acho que isso aconteceria aqui, porque as pessoas que vêm, os clientes daqui são bem mais selecionados. (Alice; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 10 meses de profissão; Casa Autogerida)

Patrícia: Olha, o cliente, ele é um bicho... Ele é um bicho, que ele se sente ofendido, sabe? Se você pede pra usar o preservativo, ele se sente ofendidíssimo. Se você... Ele fala assim: "Mas você chupa sem camisinha?" Aí você fala assim: "Depende." Aí, ele fala assim: "Depende do que? Mas eu sou limpo. Eu não tenho nada." Sabe? Ele, tipo, ele é super ofendido. Nossa senhora. Ele tá ali achando que "Ah, é? Cê não quer, então tá. Vou lá reclamar de você." Alguma coisa assim, nesse sentido, uma jogada, né? Pra ver, assim, como que você faz. (Patrícia; Autoteste; 37 anos; Parda; Ensino Superior Completo; Tempo de profissão n/i; Boate)

Entrevistadora: Que reações você espera que poderiam não ser legais?

Paula: Eu acho assim que alguns clientes, eles poderiam se sentir, assim, ofendidos, né? Porque a maioria fala: "Ah, não. Eu sou casado. Eu não tenho nada. Eu só me relaciono com a minha esposa sem preservativo. Então não tenho nada." A ideia deles é essa, né?

Entrevistadora: Tá.

Paula: Principalmente os mais velhos. Eles têm essa mentalidade. [entrevistadora ri] Que eles estão totalmente a salvo de pegar, de contrair um HIV, né? Porque eles são casados há 20 anos, 30 anos, tem filhos. Só que aí se relaciona com garota de programa. (Paula; Autoteste; 38 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 10 anos de profissão; Boate)

Alice: Tem alguns homens que já acham que tipo 'ah, por que você quer fazer isso? Você fez alguma coisa errada? Está com medo de ter alguma coisa? Ou você está falando que eu fiz? Então, tem esse...Tem muito desse machismo ainda, do lado de fora. (Alice; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 10 meses de profissão; Casa Autogerida)

Cláudia: Assim, não criaria problemas com o dono, em si, porque ele nem fica muito lá. Mas com os clientes, sim. Porque eles já iam pensar "Ela tá doente." [risada] Ela tá com alguma coisa. Já ia acusando assim. (Cláudia; Autoteste; 29 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 6 anos de profissão; Privê)

Por parte dos donos dos estabelecimentos, a maioria das entrevistadas acredita que não haveria coações para a realização do autoteste: apenas Helena considerou que a sua cafetina ficaria desconfiada se descobrisse que ela estivesse com o kit, e pediria para ela fazer o exame e mostrar o resultado.

Helena: *Eu...eu acho...eu acho que a dona se ela descobrisse ela ia querer que eu fizesse, para saber o meu resultado.*

Entrevistadora: *Tá. E isso com todas as meninas?*

Helena: *Por mais que ela é uma pessoa que só pensa na diária dela e acabou – você vai fazer, problema teu –mas se ela soubesse que eu estava com o exame ela ia ficar com a pulga atrás da orelha, ia ficar com dúvida, ia falar: ‘vai que ela está com alguma coisa, por isso que ela está com isso’. E aí eu acho que algumas outras pessoas também pensariam a mesma coisa. Não as meninas, que as meninas iam ver que é um método para se cuidar, né...então...*

Entrevistadora: *Mas que outras pessoas você acha que pensariam a mesma coisa?*

Helena: *Só os donos...só os donos mesmo. (Helena; Autoteste; 29 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 4 meses de profissão; Prédio)*

Porém, levantar a preocupação com o HIV dentro das casas poderia suscitar controvérsias, pois os clientes e gerentes em geral ignoram essa questão: no ponto de vista de Paula, enquanto as trabalhadoras sexuais priorizam o auto-cuidado para se protegerem das ISTs, os proprietários preocupam-se em manter seus negócios, e para tanto precisam garantir que os clientes não se sintam pressionados. Por isso, ela acredita que o autoteste não deveria ser oferecido diretamente nos estabelecimentos, evitando trazer à tona essa tensão.

Entrevistadora: *Por exemplo, assim, em relação ao dono da casa? Ao dono da casa ou a outras pessoas que possam...*

Paula: *[...] Acho que mais em relação ao dono da casa, né?*

Entrevistadora: *É? Tá. O que você acha que poderia acontecer?*

Paula: *Eu acho que poderia, sim, ele achar ruim. Porque "Ah, você..." Vai: "Os clientes tão achando ruim, você e as meninas, né?" Porque as meninas iam gostar. Mas, talvez, o dono da casa "Mas vocês tão abordando os clientes. Os clientes tão reclamando. Não tão gostando. Tão se sentindo pressionados. Tão se sentindo mal." Então, por isso que teria que ser, acho que uma relação mais com as garotas e o serviço de saúde. [...] Nem expor muito pros donos. [...] Porque os donos, eles meio que assim: "Ai, a gente não quer nem falar sobre HIV. Não existe. A gente quer saber do negócio, do comércio." Porque eles não querem, né? Nem assim se uma menina tiver HIV, eles não querem que os clientes nem imaginem uma hipótese dessa. Porque vai queimar, né? Ninguém vai querer sair. Então tem os dois lados, né? Tem se o cliente tiver HIV também. Por exemplo, finge que não sabe porque vai atrapalhar o comércio deles. Como se fosse assim, entendeu? (Paula; Autoteste; 38 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 10 anos de profissão; Boate)*

Mariana e Lívia corroboram a percepção de que os donos não se preocupam com nenhuma forma de prevenção, então acreditam que seria indiferente se elas fizessem ou não a autotestagem e mesmo se oferecessem aos clientes.

Entrevistadora: *Se vocês tivessem, carregassem com vocês, né? Os autotestes e a dona da casa soubesse, o gerente da casa soubesse ou as colegas*

soubessem. Você acha que isso poderia forçar, de alguma forma, a fazer o teste pra mostrar, pra mostrar resultado?

Mariana: Não. Porque ela não tá nem aí. Não se preocupa. Ela quer que a gente trabalhe pra ela poder ganhar o dinheiro dela.

Entrevistadora: Tá.

Mariana: Você pode chegar toda bichada que ela não vai tá nem aí. Ela vai te aceitar do mesmo jeito.

Entrevistadora: Tá.

Mariana: Que nem te falei, tinha uma menina que trabalhava aqui que ela transava com todo mundo sem camisinha. Nem por isso ela mandou ela embora.[...] Ela não ia nem ligar. Ela não liga pra nada. Quem liga é nós. **(Mariana; Autoteste; 26 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 3 anos de profissão; Casa de prostituição)**

Entrevistadora: [...] a nossa preocupação é se, de repente, tem o autoteste e isso gerar problema, gerar briga entre as pessoas, gerar pressão para fazer. A pessoa não quer fazer, não está se sentindo à vontade para fazer e ser obrigada, é justamente a preocupação que a gente tem.

Lívia: Ah, mas acho que isso é uma preocupação banal, sei lá, acho que é besteira de vocês. Sabe por que? Porque que nem a camisinha, está lá, pega quem quer, usa quem quer. A mesma coisa do autoteste... Vai estar lá, vai estar lá. Se você quiser fazer você faz. Se você não quiser fazer, o problema é seu. [...] Se eles permitem, as pessoas fazer sem camisinha, e não estão nem aí. Eles também não vão obrigar a fazer o teste, porque se não estão nem aí para se preservar, também não vão estar nem aí. **(Lívia; Autoteste; 20 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 2 anos de profissão; Prédio)**

Patrícia também considera que em “boas casas” os gerentes ignorariam possíveis reclamações dos clientes, pois em sua opinião “quem faz a casa não são os clientes e sim as garotas”.

Entrevistadora: Então você acha que, por exemplo, nessa situação com o cliente, justamente por ele ser ofendido ou com o dono da boate, com alguém da boate, poderia rolar alguma situação de constrangimento, de violência?

Patrícia: É. Eles acham que amedrontam, né? Só que dentro de uma boate que zela pelo compromisso que ela tem, que ela tenha ciência de quem faz a casa não são os clientes e sim as garotas, ela não dá muita prioridade ao cliente. Ela vai ouvir, vai fazer ouvido de mercador. Vai entrar e vai sair. Ouvido de surdo, nem sei como é que fala direito. Vai entrar e vai sair. Depois ela vai falar assim: ‘Tudo bem, nós vamos conversar com a garota.’ Ou então ela vai falar assim: ‘Não. Tá certo, a gente vai conversar com ela e vamos tomar as providências que tiver que tomar.’ Mas ela não vai ser a favor do cliente. Nem vai falar pra gente, sabe? Nem vai. [...] A casa faz isso. Uma casa boa, que zela, sabe que quem dá o dinheiro é a garota. **(Patrícia; Autoteste; 37 anos; Parda; Ensino Superior Completo; Tempo de profissão n/i; Boate)**

Mas se em um primeiro momento a noção de autonomia emerge nesses relatos, as percepções mudam quando elas refletem sobre as possíveis repercussões de um diagnóstico de HIV nos ambientes de trabalho: situações de estigma por parte de clientes e colegas, violência,

e medo das próprias reações à situação são algumas das consequências previstas pelas participantes ao imaginar essa circunstância.

Paula: Não tem como você não se chocar se for um, né? Um positivo ali. Ou mesmo você tá com o cliente, daí sai o resultado dele. Você vai transar de camisinha. Mas você sabe que ele tem. É difícil. É complicado, né? fica uma coisa, assim, que você fica com medo. [...] Ou, assim, acontecer da menina fazer e chorar, alguma coisa assim, né? Ou cê perceber alguma reação dela, cê vai ter um... As pessoas 'Ai, não. Eu tenho que me proteger contra essa pessoa, né?' [risada] Acho que é, mais ou menos, assim, né? **(Paula; Autoteste; 38 anos; Branca; Ensino Superior Completo; 10 anos de profissão; Boate)**

Entrevistadora: Cê acha que poderia ter alguma influência, assim? Poderia ter algum problema pra usar o autoteste, se alguém soubesse que você tem? Cê acha que isso poderia causar algum...

Sandra: Ah, sim, com certeza. Com certeza. No caso de, vamos supor, eu fazer e dar positivo ou pedir pra alguém fazer e dar positivo, né? E, assim, isso ia ter que ser uma coisa sigilo. Sigilo. Primeiro que não ia ter mais cliente que te procurasse. Segundo, querendo ou não, as companheiras, os amigos mudam sim. Já vê com outros olhos. Já é uma coisa mais delicada, né? [...] Eu, no meu caso, não falaria pra colegas de trabalho. E muito menos pra cliente. Piorou. Não vou falar. **(Sandra; Autoteste; 38 anos; Preta; Ensino Fundamental Incompleto; 18 anos de profissão; Privê)**

Entrevistadora: Você está com cliente aqui no quarto, você fez o teste e deu positivo. Você acha que pode rolar de ter uma violência da parte dele?

Isabela: Não. Acho que violência da parte do cliente não. [...] Agora, de cafetão sim. Eles prezam muito, muito aqui, a proteção. Eles dão camisinha toda semana pra gente, os cafetões aqui... E eles prezam muito. Então da parte deles acho que ia ter assim uma violenciazinha até grave. **(Isabela; Autoteste; 21 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; < 1 ano de profissão; Rua)**

Entrevistadora: Tá legal. E com relação às cafetinas, outras pessoas do prédio, você acha que poderia rolar alguma tensão se vocês estivessem com os testes. De ficar uma desconfiança: 'ah, por que você está andando com teste?'

Lívia: Não, nessa questão não. Acho que a tensão rolaria se alguma garota fizesse e desse positivo, aí sim. Aí sim, porque teve o caso de uma garota que trabalhava lá com a gente, ela trabalhava lá há muitos anos, mais de 20 anos, já é uma puta velha já, e aí apareceu com um monte de manchas no corpo, aí a cafetina de lá mandou ela embora. **(Lívia; Autoteste; 20 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 2 anos de profissão; Prédio)**

Entrevistadora: E você acha que se você fosse fazer uso do autoteste, você precisaria de algum apoio do serviço de saúde? Seja antes, durante ou depois?

Alice: Ah, sim. Porque aquela coisa, né, às vezes se o resultado é positivo a gente não tem estrutura para levar isso sozinha. Porque você ficaria perdido. Eu mesma, eu não sei o que eu faria da minha vida se eu fizesse um exame e desse positivo. A gente faz, eu faço, já fiz 3 vezes, mesmo antes de estar aqui. Mas na hora de abrir o resultado dá aquela tremedeira. Então assim, por mais que a gente pensa – Não, eu vou fazer, porque eu quero estar sempre bem cuidada, mas se for positivo e você não tiver um apoio, não tem para onde

correr.(Alice; Autoteste; 34 anos; Parda; Cursando Ensino Superior; 10 meses de profissão; Casa Autogerida)

Cláudia: *Porque, assim, esse autoteste, ele é uma coisa, igual como você me explicou, é igual um teste de gravidez. Então, assim, o resultado é muito imediato, né? Então você pode... Primeiro que eu já sou ansiosa. Então eu já ficaria, já taria no chão. [risada] Esperando o resultado sair. Eu não ia me conter, porque eu sou ansiosa mesmo. Então, assim, pra eu fazer esse autoteste, eu sem problemas. Mas, assim, o enfrentamento do resultado, pode ser difícil. Isso daí é bem complicado. Não vou nem falar que não, porque não tem como mentir. (Cláudia; Autoteste; 29 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 6 anos de profissão; Privê)*

Patrícia: *[...] a pessoa, ela tem que ter consciência do resultado, como é que ela vai agir. Ou ela vai se jogar na frente de um carro. [...]*

Entrevistadora: *E como que cê... Você acha que isso cada um que...*

Patrícia: *É cada um.*

Entrevistadora: *Ou tem alguma coisa que pode ser feita pra evitar esse tipo de reação, né? De uma pessoa, de repente, ter um resultado positivo e levar um susto, sei lá, fazer alguma besteira?*

Patrícia: *Deus que me livre! Eu acho que se eu tivesse uma situação que eu teria o risco de ter o resultado positivo, que eu soubesse "Caralho, aquela pessoa tem aids." Eu ia procurar um posto, pra ter um suporte.(Patrícia; Autoteste; 37 anos; Parda; Ensino Superior Completo; Tempo de profissão n/i; Boate)*

Os depoimentos sobre como lidar com um eventual resultado positivo para HIV remetem ainda aos estigmas antecipados, percebidos e vivenciados nas relações com os serviços de saúde, já mencionadas na seção sobre conhecimento e acesso aos métodos. Ao mesmo tempo em que as entrevistadas consideram importante ter o apoio de profissionais para orientá-las nessa situação, muitas delas não se sentem à vontade para frequentar e revelar sua profissão nesses ambientes.

Cláudia:*[...] o enfrentamento do resultado, pode ser difícil. Isso daí é bem complicado. Não vou nem falar que não, porque não tem como mentir.*

Entrevistadora: *E aí o que você acha que... Pro enfrentamento desse resultado, o que que cê acha que mudaria na sua relação com o serviço, por exemplo?*

Cláudia: *Bom eu, na verdade não é que mudaria, mas eu teria que procurar...*

[...] Entrevistadora: *Você usa algum serviço?*

Cláudia: *Uso. Uso. Eu faço acompanhamento no posto perto de casa. [...]* *Faço exames, enfim. Passo no médico. Tem que fazer, né? Mudaria sim. Eu não sei se eu teria coragem de falar algumas coisas, porque às vezes a gente não fala. Eu falo pra minha médica algumas coisas... Algumas coisas, não, ela sabe. [...]* *Eu teria que ser verdadeira com ela e falar: "Ó, é isso, isso e isso." Mas eu teria vergonha.(Cláudia; Autoteste; 29 anos; Preta; Ensino Médio Completo; 6 anos de profissão; Privê)*

Ao considerar tais impactos, as entrevistadas avaliaram que a autotestagem é um recurso para ser adotado no âmbito estritamente privado, uma vez que a responsabilidade pelos efeitos positivos e negativos de seu uso nos contextos de trabalho recai exclusivamente sobre elas

(Murray et al., 2022). Ao mesmo tempo em que a aceitabilidade do autoteste está ligada à percepção de autonomia no gerenciamento do autocuidado, atendendo à demanda das trabalhadoras sexuais por maior proteção contra o HIV, suas potencialidades de uso são estruturadas em torno da oportunidade de evitar os estigmas antecipados, percebidos e vivenciados nos serviços de saúde (idem, 2022).

6. SÍNTESE DOS RESULTADOS E COMPARAÇÃO COM OUTROS ESTUDOS

Essa pesquisa abrangeu um grupo de trabalhadoras sexuais cisgênero com perfil diversificado quanto à faixa etária, raça/cor, escolaridade, religião e tempo de exercício da profissão. Predominantemente as entrevistadas atuavam em boates ou prédios de prostituição, mas outras exerciam a atividade em casas autogeridas ou de cafetinas, em pontos de rua, em clínica de massagem ou como autônomas, cujos contextos se diferenciam quanto às dinâmicas de funcionamento e às relações das trabalhadoras com os estabelecimentos. Os preços dos programas declarados pelas entrevistadas variaram de R\$ 30 por 15 minutos a R\$ 300 por uma hora. Alguns locais funcionam só durante o dia e outros somente à noite; alguns cobram uma diária fixa das trabalhadoras e outros ficam com um percentual de cada programa; e a liberdade para fazer negociações direto com os clientes atendidos dentro do estabelecimento pode ter maior ou menor flexibilidade. A autonomia e segurança foi enfatizada por todas as entrevistadas como aspecto primordial para exercerem seu trabalho e influencia fortemente a escolha dos locais em que vão trabalhar, mas em qualquer contexto o estado de vigilância é intenso, pois frequentemente elas vivenciam, presenciam e ouvem relatos de violência.

Genericamente, os resultados mostram que os estigmas internalizados, antecipados, percebidos e vivenciados pelas trabalhadoras sexuais se estruturam basicamente em torno da articulação entre as categorias de gênero e trabalho sexual, entrelaçados ao estigma do HIV: esses eixos perpassam todas as categorias temáticas analisadas, e principalmente configuram as experiências das entrevistadas tanto com relação às estratégias adotadas para a prevenção e autocuidado, quanto nos seus contatos institucionais com os serviços de saúde e relações interpessoais.

Não obstante, é importante considerar a limitação do estudo no aprofundamento das intersecções com outros marcadores sociais da diferença como classe social, raça/cor, faixa etária, religião, tempo na prostituição, uso de álcool e outras drogas e orientação sexual, que pontualmente são mencionados nas narrativas mas não foram saturadas teoricamente nas entrevistas.

6.1 Estigma interseccional e empoderamento comunitário no trabalho sexual

Na seção em que foram apresentados os resultados sobre as relações entre a prostituição, estigmas e marcadores sociais da diferença, percebe-se que devido à profunda depreciação social da prostituição, legitimada por discursos sobre as normas sociais de gênero e de sexualidade, o exercício da atividade é conflituoso para muitas das entrevistadas, pois ao mesmo tempo que ela representa a busca por autonomia para o enfrentamento das injustiças sociais e opressões vivenciadas por essas mulheres— violência e dependência financeira de seus parceiros, pobreza e desigualdades no mercado de trabalho – também traz a carga de lidar com a culpa e o medo de revelar a profissão em seus círculos pessoais de convívio. Esses estigmas internalizados e percebidos levam à evitação de relacionamentos com parceiros fora do contexto de trabalho, ao distanciamento de suas comunidades religiosas e, em casos extremos, ao autoisolamento.

Junto a isso, a intersecção entre os estigmas percebidos sobre a prostituição e o HIV/aids emerge nas projeções de como reagiriam a um suposto diagnóstico da infecção: a representação do HIV/aids como uma doença que praticamente inviabiliza a vida social, o sentimento de remorso e vergonha por contraírem o vírus de um cliente, e o pressuposto de que suas famílias descobririam sua atuação como trabalhadoras sexuais, explicam sua associação ao medo/vontade de morrer e ao abandono. Também é notável o estigma antecipado sobre as repercussões em seus ambientes de trabalho, onde qualquer suspeita sobre a possibilidade de uma trabalhadora ter HIV pode arruinar sua carreira.

A capacidade de confrontar esses sentimentos e preconceitos passa por aspectos subjetivos relacionados às trajetórias de vida de cada entrevistada: o senso de autocuidado e a autoestima são fortalecidos pela manutenção de vínculos positivos com familiares, pelo convívio com pessoas próximas que têm HIV e pela conscientização sobre o machismo da sociedade, por exemplo. Mas essa não é a realidade vivida por muitas trabalhadoras sexuais, e por isso a mudança das representações sociais da própria comunidade sobre o HIV e a prostituição pode ser o caminho mais direto para que elas consigam se posicionar de forma mais empoderada em suas experiências individuais, ainda que dentro de uma dinâmica social opressora, desigual e injusta que se reproduz o tempo todo, como ressaltam os autores que discutem o estigma e a discriminação pela perspectiva das relações estruturais de poder da sociedade (Link & Phelan, 2001; Parker, 2003; Bowleg, 2022).

Nessa direção, a atuação das organizações construídas e lideradas por trabalhadoras sexuais em vários contextos nacionais e internacionais tem sido um importante instrumento para fortalecer e prestar apoio a muitas mulheres, mas também para a constituição da

prostituição como uma categoria de identidade política com o objetivo de lutar por mudanças nas condições estruturais que circunscrevem a garantia dos direitos humanos e trabalhistas para essa parcela da população (Pimenta et al., 2010; Kerrigan et al., 2015). A principal pauta dos movimentos é combater os modelos legais que criminalizam direta ou indiretamente a prostituição, adotados por inúmeros países. Vários estudos demonstram que essas legislações precarizam as condições de trabalho e saúde das mulheres, tornando-as mais expostas à violência de clientes, ao sexo desprotegido, à infecção por HIV e outras IST, a menores índices de testagem, e a restrições de acesso à saúde por falta de confiança nos médicos e outros profissionais.

Embora muitos projetos de empoderamento comunitário tenham nascido a partir de programas de prevenção ao HIV e outras ISTs entre trabalhadoras sexuais, e seus principais efeitos sejam medidos somente em termos de redução nas taxas de infecção e adesão ao uso de métodos preventivos (Kerrigan et al. 2015, Shannon et al., 2018; Kumwenda et al., 2021), é importante considerar que o encorajamento das mulheres para articular e participar dessas organizações estão relacionados, pelo menos em parte, à ampliação de sua capacidade para se posicionar frente aos estigmas da prostituição.

Tratando especificamente do Brasil, a transformação do significado inerentemente negativo atribuído à palavra “*puta*” já era defendida por Gabriela Leite – uma das fundadoras do movimento brasileiro de prostitutas – como elemento essencial para romper os processos de estigmatização contra essa comunidade, e jogar luz sobre as múltiplas identidades e papéis sociais que suas integrantes ocupam, como “mães, cuidadoras, feministas e trabalhadoras” (Murray, 2023, p. 461). A luta contra o estigma permanece sendo central nas agendas da maior parte das associações de trabalhadoras sexuais no país e é considerada inseparável da própria luta contra o HIV/aids, como foi demonstrado em diversas ocasiões ao longo da sua história. O exemplo mais recente ocorreu em 2013, quando ativistas vieram a público contra o uso de suas imagens em uma campanha de prevenção lançada pelo Ministério da Saúde, após o órgão censurar os cartazes que continham frases como: “eu sou feliz sendo prostituta” e “não aceitar as pessoas da forma como elas são é uma violência”.

Entretanto, essas narrativas têm influência limitada frente aos discursos hegemônicos sobre a prostituição, que são sustentados por um forte aparato simbólico (Parker 2003, p.18) e pela facilidade dos grupos dominantes para estabelecer novos mecanismos de discriminação, de acordo com as necessidades históricas, políticas e sociais de cada contexto (Link & Phelan, 2001). Somado a esse fator, a cidade de São Paulo, especificamente, conta apenas com uma organização liderada por trabalhadoras sexuais cisgênero: a “Associação Agentes da Cidadania

- Coletivo Mulheres da Luz”, que está vinculada à Pastoral da Mulher Marginalizada e presta serviços assistenciais às trabalhadoras sexuais do Parque da Luz e seus entornos, onde parte de nossas entrevistadas trabalha. Apesar de cumprir um papel para atenuar as lacunas do Estado em promover o direito à saúde, segurança alimentar e educação para as mulheres atendidas, a instituição adota um discurso vitimista e abolicionista em relação à prostituição, que para algumas dessas mulheres pode reforçar o sentimento de autodesvalorização.

Por outro lado, muitas outras narrativas das nossas entrevistadas trazem indícios da viabilidade de se constituir uma organização local de atuação mais ampla e articulada aos movimentos já existentes no país, que poderia fortalecer o senso de identidade e a construção de estratégias coletivas para enfrentar os estigmas em nível estrutural e institucional. Elementos como a percepção da hipocrisia da sociedade em relação à prostituição, a preocupação em compartilhar seus conhecimentos sobre prevenção com outras colegas, a solidariedade diante de uma situação de violência vivenciada no trabalho e o desejo de garantir uma vida boa para os filhos são exemplos de temas que aproximam essas mulheres, em que pesem todas as diferenças, preconceitos e conflitos que existem entre elas.

6.2 Estigmas interseccionais nas experiências e percepções sobre os novos métodos biomédicos de prevenção

No tocante à influência dos estigmas interseccionais nas experiências e percepções das entrevistadas sobre os novos métodos biomédicos de prevenção, nossos resultados podem ser articulados em torno de duas questões: a primeira são os estigmas que permeiam a negociação do uso de preservativo e as percepções sobre o HIV, atuando sobre a motivação para a busca da PrEP e da PEP Sexual; a segunda são os estigmas que restringem o direito à saúde e ao autocuidado, influenciando o conhecimento e o acesso às estratégias de prevenção, as percepções sobre o autoteste de HIV e a adesão aos tratamentos profiláticos.

Antes da discussão desses resultados, vale contextualizar brevemente algumas características que chamam a atenção no histórico da produção do conhecimento sobre as potencialidades e desafios para a implementação dos novos métodos biomédicos para trabalhadoras sexuais cisgênero, pois elas demonstram como as desigualdades de poder que produzem os estigmas e as inequidades em saúde também se refletem na limitação de financiamento para a implementação de pesquisas sobre determinados temas e populações, assim como na utilização de abordagens teórico-metodológicas e procedimentos de pesquisa que desconsideram ou mesmo desrespeitam as demandas das próprias comunidades (Saunders, 2022).

Uma demonstração desse argumento é o fato de que as trabalhadoras sexuais, apesar de serem consideradas como um das populações prioritárias para a implementação das estratégias de prevenção combinada, não foram incluídas nos estudos clínicos para comprovação da eficácia da profilaxia pré-exposição sexual (Eakle et al., 2018; Shannon et al., 2018). Assim, a primeira recomendação de implementação da PrEP pela Organização Mundial de Saúde (OMS), lançada em 2012, contemplou somente HSH e mulheres e homens heterossexuais em parcerias sorodiscordantes, pois as evidências resultaram de dois estudos com esses grupos (Grant et al., 2010; Baeten et al., 2012).

Posteriormente elas passaram a ser consideradas em alguns estudos demonstrativos (Reza-Paul et al., 2020), uma vez que pesquisas exploratórias identificaram alta aceitabilidade e interesse dessa população em utilizar a profilaxia, apesar de ter pouco conhecimento sobre o método (Eisin-gerich et al., 2012; Restar et al., 2017; Peitzmeier et al., 2017). Mas somente em setembro de 2015 o documento da OMS foi atualizado para inclui-las junto a outros grupos com alto risco de infecção (Irungu; Baeten, 2020).

Uma revisão sistemática sobre medidas de estigma relacionadas ao trabalho sexual e aos HSH também encontrou que apenas 2% das medições de estigma entre essas populações abordam o trabalho sexual (Fitzgerald-Husek et al., 2017). Pudemos identificar, ainda, que até o momento poucos estudos empíricos sobre as experiências de uso dos novos métodos biomédicos de prevenção ao HIV incluem as trabalhadoras sexuais cisgênero (Ghayda et al., 2020). Entre esses, chama a atenção que a grande maioria foi realizada em países da África Sub-saariana, mas sobretudo há uma importante lacuna de estudos sobre a PEP Sexual (Li et al., 2021), embora essa seja a tecnologia desenvolvida há mais tempo, em comparação à PrEP e ao autoteste de HIV.

A presente pesquisa também é limitada para avaliar as experiências de uso da PEP Sexual, pois apenas três entrevistadas da Fase 1 do Estudo Combina! no sítio de São Paulo eram trabalhadoras sexuais – o que pode indicar uma baixa procura dessa população pela profilaxia, mas também pode ser consequência do método de recrutamento da pesquisa, que só alcançou as usuárias presentes em pelo menos uma das consultas de seguimento (Ferraz; 2019). Os relatos de diversas participantes da Fase 2 sobre suas experiências prévias de uso da PEP Sexual foram úteis para complementar as análises, porém insuficientes para a saturação dos temas, pois o roteiro dessa fase foi voltado a aprofundar especificamente o uso da PrEP.

Feitas essas considerações, discutem-se a seguir como os achados dessa literatura dialogam com as análises em torno das três questões propostas no início dessa subseção.

6.3 Negociação do uso do preservativo e motivação para a procura da PEP e PrEP

Segundo as narrativas das nossas entrevistadas, a negociação do uso de preservativo com clientes parte da norma de que, idealmente, nenhuma relação na prostituição deveria acontecer sem essa proteção. Mas diversos fatores interagem na regulação dos acordos estabelecidos na prática: o potencial de ganho e as necessidades financeiras, as estratégias disponíveis para se autoprotegerem contra uma eventual situação de violência, a experiência da trabalhadora para lidar com conflitos, a regularidade das relações com clientes específicos, e estratégias para rastrear sintomas de IST nos clientes. Além disso, ocorrem ainda as situações em que o preservativo é retirado pelo cliente durante a relação, em desrespeito à combinação previamente estipulada.

Nos contextos de trabalho, há um limite tênue entre autonomia e indiferença dos estabelecimentos quanto à prevenção do HIV e outras IST: muitos deles disponibilizam gratuitamente o preservativo, graças ao fornecimento do insumo pelo SUS e ao programa que os distribui nos locais de trabalho por meio das agentes de prevenção; mas não foram citadas ações dos estabelecimentos para conscientizar os clientes sobre o tema ou mesmo para ampliar o conhecimento das próprias trabalhadoras.

Shannon & Csete (2010, p. 573) destacam que compreender a associação entre a violência contra trabalhadoras sexuais e a adesão ao uso de preservativo pode explicar porque em alguns contextos essa população apresenta taxas elevadas de infecção pelo HIV e outras ISTs, tanto em países de epidemia generalizada quanto nas epidemias concentradas. Na perspectiva das autoras, as legislações anti-prostituição institucionalizaram os valores culturais e religiosos sobre a sexualidade feminina, e assim criaram um ambiente favorável para a prática dessas violências.

Pra citar apenas alguns exemplos, um estudo da Anistia Internacional sobre os efeitos da legislação proibicionista na Argentina, Noruega, Hong Kong e Papua-Nova Guiné encontrou altas taxas de violência por parte de clientes e policiais contra as trabalhadoras sexuais nesses países, onde a atividade é proibida. Em Vancouver, a legislação que direcionava as ações contra as trabalhadoras sexuais, vigente até 2012, passou a focar nos clientes e agentes visando reprimir a demanda, mas não resultou em mudanças na violência, assédio policial e "negociações apressadas", que levam a menor poder de negociar o uso de preservativo (Shannon et al., 2018).

Estima-se que os efeitos da descriminalização sobre a violência, segurança dos ambientes de trabalho e riscos sexuais podem levar a uma redução de 33 a 46% das infecções por HIV entre trabalhadoras sexuais na próxima década (Shannon et al., 2015).

Acrescentando a influência de outros aspectos sociais subjacentes a esses contextos, duas revisões sistemáticas de estudos na África Sub-saariana identificaram a relação entre as desigualdades de poder baseadas na intersecção entre gênero e faixa etária como um fator que aumenta a exposição de trabalhadoras sexuais mais jovens à violência e dificulta a negociação do uso de preservativo (Wamoyi et al., 2016; Toska et al., 2017).

Diante disso, a descriminalização da prostituição é um elemento necessário para garantir maior segurança às trabalhadoras sexuais, mas políticas públicas e intervenções especificamente direcionadas para fortalecê-las nas negociações também são essenciais, como projetos comunitários para ampliar o acesso ao preservativo, programas para incentivar os donos dos estabelecimentos a dar suporte às trabalhadoras, criação de serviços com ambiente seguro e profissionais qualificados para receber e encaminhar denúncias de abusos e violências cometidos por policiais e clientes, e estruturação de medidas legais para investigar e punir os responsáveis.

No entanto, dada a realidade concreta em que as falhas no uso do preservativo são frequentes no cotidiano de trabalho – sejam elas causadas pela violência, pela necessidade de dinheiro, pela ruptura ou por outros fatores – o autocuidado é a forma possível de mitigar seus efeitos, sendo o principal deles o medo constante de contrair HIV.

A decisão pelo uso da PrEP insere-se nesse contexto: tanto a presente pesquisa quanto o estudo Treatment And Prevention for Sex workers (TAPS) Demonstration Project mostraram que as trabalhadoras sexuais que buscaram a profilaxia se reconheciam em situação de alto risco, e utilizaram-na como uma “segunda camada” de proteção além do preservativo (Eakle et al., 2019). No TAPS as participantes demonstraram incredulidade na eficácia do tratamento e continuaram com medo durante os primeiros meses de uso da PrEP, mas ao longo do tempo passaram a ter mais tranquilidade e segurança em relação à própria prostituição e ao risco do HIV, ao passo que no nosso estudo a questão da confiabilidade não foi trazida por nenhuma entrevistada. Essa diferença pode estar relacionada a aspectos culturais, como a desconfiança na indústria farmacêutica, ao grau de conhecimento sobre o HIV, e outros fatores demográficos e sociais que precisariam ser melhor investigados.

Com relação à procura pela PEP Sexual, a grande maioria dos casos aconteceu em situações de ruptura do preservativo, sobretudo quando o cliente tem uma postura de indiferença diante do fato, pois isso gera suspeitas de que ele não é confiável. O estigma percebido do HIV e o encontro com a real possibilidade de contrair a infecção estimulam a percepção sobre o uso da PEP Sexual como um evento traumático, mais do que como uma proteção.

6.4 Restrições do direito à saúde e direitos humanos nas experiências de uso dos novos métodos biomédicos

Os estigmas antecipados, percebidos e vivenciados nos serviços de saúde, relacionados à revelação de sua atuação como trabalhadoras sexuais, foram as principais barreiras encontradas pelas entrevistadas para o acesso aos métodos de prevenção em geral, e impactaram na adesão de algumas delas à PrEP. Por outro lado, explicam a alta aceitabilidade do autoteste de HIV, como uma estratégia para evitar o contato com possíveis situações de constrangimento, sem abrir mão do autocuidado.

Apesar disso, foram relatadas poucas dificuldades pessoais para a adesão às profilaxias, destacando-se a falta de rotina, o medo de alguém descobrir o uso e associá-la ao tratamento para quem tem HIV – o que é manejado com algumas estratégias – e os efeitos colaterais, sobretudo no caso da PEP Sexual.

Outros autores já demonstraram a realidade de que o estigma e a discriminação são as principais barreiras de acesso dessa população aos serviços de saúde no Brasil (Kolling; Oliveira; Merchan-Hamann, 2020; Dourado et al. 2019) e em diversos outros países. Estudo da REDTRASEX em 14 países da América Latina mostrou que quase 2/3 das trabalhadoras sexuais não mencionaram sua atividade em sua última visita a um serviço de saúde (REDTRASEX, 2013).

Embora as experiências de estigma relatadas pelas participantes tenham sido pontuais, do ponto de vista metodológico é preciso considerar que o estudo não abrangeu mulheres que, justamente por terem vivenciado situações de estigmas anteriormente, podem não ter procurado as profilaxias. Além disso, as ocorrências durante o tratamento podem ter motivado o não comparecimento às consultas de seguimento, fazendo com que essas usuárias não tenham tido a oportunidade de ser recrutadas para participar do componente qualitativo da Fase 1 (PEP Sexual), restrito à abordagem daquelas que compareceram às consultas, e tenham sido mais refratárias à participação na Fase 2 (PrEP), em que foram feitos alguns contatos telefônicos para estimular a participação entre aquelas que não se apresentaram espontaneamente aos atendimentos agendados.

Ademais, os estigma internalizados e antecipados podem contribuir para a percepção de que o tratamento recebido nos serviços foi melhor do que esperavam ou mereciam, o que não significa necessariamente que não tenham vivenciado formas veladas de estigma e discriminação, sobretudo por parte de médicas e médicos, cuja posição de poder facilita justificar suas condutas como decisões estritamente técnicas, como se estivessem dissociadas de seus julgamentos pessoais. Alguns exemplos dessas situações são o arbítrio de não

prescrever a PEP Sexual ou a PrEP, não investigar as motivações de recusa/falta de adesão ao tratamento a fim de traçar estratégias junto à usuária para encontrar as soluções mais adequadas à sua realidade, e não discutir os contextos das mulheres que buscam a PEP Sexual com muita frequência.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa investigou como os estigmas relacionados à prostituição, ao HIV e aos marcadores sociais da diferença produzem experiências de uso de novos métodos biomédicos de prevenção ao HIV por mulheres cisgênero que exercem trabalho sexual no município de São Paulo.

Baseada em um recorte do Estudo Combina!, utilizou-se como material empírico entrevistas semi-estruturadas realizadas em seu componente qualitativo, que abordaram as experiências e percepções de uso das profilaxias pré-exposição e pós-exposição sexual ao HIV e a aceitabilidade e viabilidade do autoteste de HIV.

Os resultados indicaram a urgência de se enfrentar os estigmas que cercam a prostituição e de se retomar a centralidade dos direitos humanos nas estratégias de prevenção ao HIV/aids voltadas a essa população, sustentando-as por meio da regulamentação da profissão, de políticas voltadas ao combate das desigualdades de gênero, raça e classe em nível estrutural e intucional e do fortalecimento comunitário para promover a desestigmatização do HIV e do trabalho sexual dentro da própria comunidade e na sociedade como um todo.

Nesse sentido, as intervenções para promover o uso dos novos métodos biomédicos de prevenção devem reconhecer os estigmas e discriminações estruturais que formam as experiências e percepções sobre essas tecnologias, assim como a limitação da abordagem biomédica para responder à epidemia. Entretanto, a análise das experiências individuais de estigma interseccional contribuiu também na identificação de outros marcadores significativos para construir políticas inclusivas, capazes de atender não só as necessidades gerais, mas também as questões particulares dentro dessa comunidade.

Algumas ações que podem ser desenvolvidas são a criação de materiais de comunicação com linguagem adaptada a esse público, que não só informem sobre os métodos mas também reforcem seus direitos e combatam os estigmas em torno da profissão; campanhas com mensagens voltadas à conscientização dos clientes sobre o uso do preservativo; projetos estatais para o financiamento de organizações não-governamentais lideradas por trabalhadoras sexuais; e adequação dos serviços de saúde para atender essa população, com horários de funcionamento diferenciados e priorização de atendimento para diminuir o tempo de espera, por exemplo.

A presente pesquisa tem importância histórica, em nosso país, como um dos estudos voltados a subsidiar a implementação das políticas públicas de distribuição de PEP, PrEP e autoteste HIV pelo Ministério da Saúde do Brasil no SUS, sendo o único deles a incluir trabalhadoras sexuais cisgênero.

Quanto às limitações do estudo, a primeira delas é que o contato com as entrevistadas ocorreu em diferentes situações, de acordo com as questões a serem investigadas: as entrevistas com as usuárias de PEP Sexual e PrEP aconteceram preferencialmente no dia de qualquer uma das consultas de acompanhamento após o início do uso da medicação, e as de autoteste foram realizadas por meio de recrutamento em campo ou no dia de alguma visita espontânea ao serviço de saúde para testagem (excluindo-se PEP Sexual). Pontualmente, algumas usuárias de PrEP que já haviam abandonado o uso da profilaxia foram entrevistadas em visitas ao serviço de saúde para tratar de outras demandas. Houve dificuldade na captação de trabalhadoras sexuais para conceder as entrevistas sobre PEP Sexual, resultando na participação de apenas três respondentes.

Conforme apontamos na discussão, o fato do recrutamento ter acontecido nas visitas de seguimento pode ter trazido um viés nos resultados das entrevistas sobre as profilaxias: as mulheres que não procuraram ou abandonaram o tratamento devido a estigmas antecipados, percebidos ou vivenciados não foram contempladas nas entrevistas. Por outro lado, as entrevistas sobre o autoteste diminuem parcialmente essa lacuna, evidenciando que muitas trabalhadoras sexuais evitam os serviços de saúde e, quando os procuram, passam por experiências de estigmatização.

Outra diferença a ser considerada com base nessa premissa é que a realização das entrevistas no ambiente dos serviços de saúde pode ter levado algumas mulheres a se sentirem avaliadas ou julgadas quanto às suas condutas. A comodidade de ser entrevistada no próprio local e dia da consulta não implica, necessariamente, que o serviço de saúde seria o ambiente ideal onde gostariam de falar sobre os temas abordados na entrevista, e podem ter influenciado seus relatos. Nas visitas a campo para recrutamento das entrevistadas para o autoteste isso ficou claro, pois a maioria das mulheres preferiu agendar as datas e conceder os depoimentos em outros locais.

Um terceiro aspecto é que as entrevistas sobre o autoteste abordaram situações hipotéticas de uso do método, uma vez que a maior parte dos depoimentos foi coletada antes do Ministério da Saúde disponibilizar o insumo no SUS, o que ocorreu em dezembro de 2018 (Saúde, 2022). Entretanto, algumas questões que podem gerar conflitos nas situações concretas de uso talvez não tenham sido ponderadas pelas entrevistadas, apesar de terem sido estimuladas pela entrevistadora.

O fato de o Estudo Combina! não ter sido concebido inicialmente como uma pesquisa com abordagem interseccional trouxe algumas dificuldades para aplicar essa lente de análise ao material empírico. A principal lacuna foi não identificar nos depoimentos qualquer referência

às questões raciais, e não conseguir aprofundar a compreensão das possíveis categorias de diferenciação que os clientes estabelecem entre as trabalhadoras. A experiência de ter realizado inúmeras atividades de campo em estudos sobre prevenção ao HIV e prostituição desde 2016 – entrevistas, observação direta, mapeamento de estabelecimentos, grupos focais – e de ter acompanhado as rotinas de atendimento a trabalhadoras sexuais no SAE Campos Elíseos durante quase dois anos contribuiu para lidar, em parte, com esse desafio. O apoio na literatura também deu suporte para levantar algumas hipóteses sobre marcadores significativos a serem considerados.

A realização dessa pesquisa e a disponibilização dos insumos no SUS ocorreu há cerca de 10 anos no caso da PEP Sexual, 6 anos no caso da PrEP e 5 anos no caso do autoteste de HIV. Assim, levantou questões que retrataram um cenário de profunda mudança nas políticas globais e locais de resposta ao HIV/aids, e que podem ser aprofundadas em futuros estudos, tais como avaliar os resultados das políticas de prevenção ao longo desse período, sobretudo por meio de pesquisas de base comunitária.

Outro aspecto relevante a se considerar é que, em um país com realidades sócio culturais complexas e multifacetadas como o Brasil, há necessidade de compreender as diferenças entre os contextos locais. Assim, outras pesquisas sobre o autoteste de HIV deveriam incluir a comparação entre distintas cidades do país.

Não obstante, essa pesquisa contribuiu para o debate sobre as demandas das trabalhadoras sexuais no tocante às políticas de prevenção ao HIV e sobre o papel dos estigmas interseccionais na sustentação das desigualdades sociais que definem o perfil da epidemia. Em um contexto mais amplo, espera-se também que ela fomente reflexões sobre a contribuição dos referenciais teóricos das ciências sociais e humanas para reafirmar a centralidade dos direitos humanos como princípio norteador no campo da saúde coletiva.

8. REFERÊNCIAS

- AGGLETON, Peter; PARKER, Richard. Moving beyond biomedicalization in the HIV response: Implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. *American Journal of Public Health*, [S. l.], v. 105, n. 8, p. 1552–1558, 2015. DOI: 10.2105/AJPH.2015.302614. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26066963/>. Acesso em: 11 dez. 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS - ABIA. Análise do contexto da prostituição em relação a direitos humanos, trabalho, cultura e saúde no Brasil. 2013. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://abiaids.org.br/analise-do-contexto-da-prostituicao/27547>. Acesso em: 5 out. 2020.
- Ayres, JR. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saúde debate* ; 46(spe7): 196-206, 2022.
- Baeten, J. M. et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N. Engl. J. Med.* 367, 399–410 (2012). (174, p. 8)
- BARAL, Stefan et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, [S. l.], v. 12, n. 7, p. 538–549, 2012. DOI: 10.1016/S1473. Disponível em: www.thelancet.com/infection. Acesso em: 1 nov. 2019.
- BECKHAM, Sam Wilson et al. Acceptability and perceptions of HIV oral self-testing across settings: A comparative qualitative study among Dominican and Tanzanian female sex workers. *Global Public Health*, [S. l.], v. 17, n. 6, p. 870–884, 2022. b. DOI: 10.1080/17441692.2021.1901129.
- BEKKER, Linda Gail; JOHNSON, Leigh; COWAN, Frances; OVERS, Cheryl; BESADA, Donela; HILLIER, Sharon; CATES, Willard. Combination HIV prevention for female sex workers: What is the evidence? *The Lancet* Lancet Publishing Group, , 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60974-0.
- BEYRER, Chris et al. An action agenda for HIV and sex workers. *The Lancet*, [S. l.], v. 385, n. 9964, p. 287–301, 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60933-8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614609338>. Acesso em: 17 dez. 2020.
- BLANCHETTE, Taddheus G.; SILVA, Ana Paula Da. Amor por um real por minuto. Em: 2009, Anais [...]. [s.l: s.n.] p. 64–75. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/sexualidade-e-economia-thaddeus-blanchette-e-ana-paula-da-silva.pdf>. Acesso em: 4 out. 2020.
- BLANCHETTE, Thaddeus Gregory; SIMÕES, Soraya Silveira; PAULA DA SILVA, Ana; MURRAY, Laura Rebecca. The Prostitute, the City, and the Virus. *SSRN Electronic Journal*, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 100078, 2020. DOI: 10.2139/ssrn.3608567. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S259029112030067X>. Acesso em: 5 out. 2020.
- BOILY, Marie Claude; SHANNON, Kate. Criminal law, sex work, HIV: need for multi-level research. *The Lancet HIV* Elsevier Ltd., 2017. DOI: 10.1016/S2352-3018(16)30219-3. Acesso em: 29 jan. 2020.
- Bowleg, L. The Problem With Intersectional Stigma and HIV Equity Research. *Am J Public Health*. 2022 Jun;112(S4):S344-S346. doi: 10.2105/AJPH.2022.306729. PMID: 35763730; PMCID: PMC9241458.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. CBO – Classificação Brasileira de Ocupações, 2002. Menu da Família.
- CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto no 5.017, de 12 de março de 2004. . 12 mar. 2004.

COATES, Thomas J.; RICHTER, Linda; CACERES, Carlos. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *The Lancet*, [S. l.], v. 372, n. 9639, p. 669–684, 2008. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60886-7. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S0140673608608867/fulltext>. Acesso em: 18 set. 2022.

CORRÊA, Sonia; PIMENTA, Cristina; MAKSUD, Ivya; DEMINICIS, Soraya; OLIVAR, Jose Miguel. Sexualidade e Desenvolvimento: A política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2011. Disponível em: https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/2011/03/sex-e-desenv_port_final.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

CRENSHAW, Kimberlé W. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, P. 139-167, 1989.

DARYANI, Poonam et al. When principles and pedagogy clash : Moving beyond the limits of scholarly practices in an academic-community partnership with sex worker activists. *Global Public Health*, [S. l.], v. 0, n. 0, p. 1–12, 2021. DOI: 10.1080/17441692.2021.1991973. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1991973>.

Dourado I, Guimarães MDC, Damacena GN, Magno L, De Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Brazilian FSW Group. Sex work stigma and non-disclosure to health care providers: Data from a large RDS study among FSW in Brazil. *BMC Int Health Hum Rights* 2019; 19(1):1-8.

EAKLE, Robyn; BOURNE, Adam; MBOGUA, Judie; MUTANHA, Nyaradzo; REES, Helen. Exploring acceptability of oral PrEP prior to implementation among female sex workers in South Africa. [S. l.], 2018. DOI: 10.1002/jia2.25081/full. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25081/full>.

Eakle R, Bothma R, Bourne A, Gumede S, Motsosi K, Rees H. "I am still negative": Female sex workers' perspectives on uptake and use of daily pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in South Africa. *PLoS One*. 2019 Apr 9;14(4):e0212271. doi: 10.1371/journal.pone.0212271. PMID: 30964874; PMCID: PMC6456175.

Earnshaw VA, Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS Behav*. 2009 Dec;13(6):1160-77. doi: 10.1007/s10461-009-9593-3. Epub 2009 Jul 28. PMID: 19636699; PMCID: PMC4511707.

Earnshaw VA, Jonathon Rendina H, Bauer GR, Bonett S, Bowleg L, Carter J, English D, Friedman MR, Hatzenbuehler ML, Johnson MO, McCree DH, Neilands TB, Quinn KG, Robles G, Scheim AI, Smith JC, Smith LR, Sprague L, Taggart T, Tsai AC, Turan B, Yang LH, Bauermeister JA, Kerrigan DL. Methods in HIV-Related Intersectional Stigma Research: Core Elements and Opportunities. *Am J Public Health*. 2022 Jun;112(S4):S413-S419. doi: 10.2105/AJPH.2021.306710. PMID: 35763749; PMCID: PMC9241464.

Eisingerich, A. B., Wheelock, A., Gomez, G. B., Garnett, G. P., Dybul, M. R., Piot, P. K., & Tachedjian, G. (2012). Attitudes and acceptance of oral and parenteral HIV preexposure prophylaxis among potential user groups: A multinational study. *PloS one*, 7(1), e28238.

FEDORKÓ, Boglárka; STEVENSON, Luca; MACIOTI, P. G. Sex workers on the frontline: An abridged version of the original ICRSE report: 'The role of sex worker rights groups in providing support during the COVID-19 crisis in Europe'. *Global Public Health*, [S. l.], p. 1–10, 2021. DOI: 10.1080/17441692.2021.1945124. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2021.1945124>. Acesso em: 22 mar. 2022.

FERRAZ, Dulce. Prevenção combinada baseada nos direitos humanos: por uma ampliação dos significados e da ação no Brasil. *Boletim ABIA*, [S. l.], n. 61, p. 9–12, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43623/Dulce%20Ferraz.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 6 out. 2022.

FERRAZ, Dulce et al. (2019) AIDS- and sexuality-related stigmas underlying the use of post-exposure prophylaxis for HIV in Brazil: findings from a multicentric study, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27:3, DOI: 10.1080/26410397.2019.1650587

FERRAZ, Dulce Aurelia de Souza. Experiências de mulheres usuárias de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP sexual): cenários pessoais e programáticos para a prevenção da aids [tese de doutorado]. 2019. Universidade de São Paulo, [S. l.], 2019.

FONSECA, Claudia. A dupla carreira da mulher prostituta. [S. l.], 1996.

GHAYDA, Ramy Abou et al. A review of pre-exposure prophylaxis adherence among female sex workers. *Yonsei Medical Journal Yonsei University College of Medicine*, , 2020. DOI: 10.3349/ymj.2020.61.5.349.

Grant, R. M. et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N. Engl. J. Med.* 363, 2587–2599 (2010).

GOFFMAN, Erving. Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): Protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. *BMJ Open*, [S. l.], v. 5, n. 8, p. e009021, 2015. a. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26307622/>. Acesso em: 7 dez. 2020.

GRANGEIRO, Alexandre; FERRAZ, Dulce; CALAZANS, Gabriela; ZUCCHI, Eliana Miura; DÍAZ-BERMÚDEZ, Ximena Pamela. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S. l.], v. 18, n. suppl 1, p. 43–62, 2015. b. DOI: 10.1590/1809-4503201500050005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2015000500043&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 7 dez. 2020.

GRANGEIRO, Alexandre; KUCHENBECKER, Ricardo; VERAS, Maria Amélia. New HIV prevention methods: recognizing boundaries between individual autonomy and public policies. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S. l.], v. 18, n. suppl 1, p. 1–4, 2015. DOI: 10.1590/1809-4503201500050001. Disponível em: 10.1590/1809-4503201500050001.

GUPTA, Geeta Rao; PARKHURST, Justin O.; OGDEN, Jessica A.; AGGLETON, Peter; MAHAL, Ajay. Structural approaches to HIV prevention. *The Lancet*, [S. l.], v. 372, n. 9640, p. 764–775, 2008. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60887-9. Disponível em: 10.1016/S0140-6736(08)60887-9.

HANKINS, Catherine A.; DE ZALDUONDO, Barbara O. Combination prevention: a deeper understanding of effective HIV prevention. *AIDS*, [S. l.], v. 24, n. Suppl 4, p. S70–S80, 2010. DOI: 10.1097/01.aids.0000390709.04255.fd. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21042055/>. Acesso em: 17 dez. 2020.

HELENE, Diana. O movimento social das prostitutas e o direito à cidade para as mulheres. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11& 13thWomen’s Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis. Disponível em http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498590152_ARQUIVO_d_helene.pdf Acessado em 19/06/2018.

HENNING, Carlos Eduardo. Interseccionalidade e pensamento feminista: as contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*. v. 20, n. 2, 2015.

Irungu EM, Baeten JM. PrEP rollout in Africa: status and opportunity. *Nat Med*. 2020 May;26(5):655-664. doi: 10.1038/s41591-020-0872-x. Epub 2020 May 11. PMID: 32405065.

JEFFREYS, Elena. Sex worker-driven research: best practice ethics. [S. l.], n. August, p. 1–16, 2009.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. On the fast track to ending the AIDS epidemic UNAIDS. [s.l.: s.n.]. 2016 Disponível em: https://sgreport.unaids.org/pdf/20160423_SGreport_HLM_en.pdf.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS), 2022. In *Danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2022. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update_en.pdf. Acesso em: 18 set. 2022.

Li H, Piqueiras E, Chow EPF, Jiao K, Lewis T, Ma W. HIV non-occupational post-exposure prophylaxis (nPEP) awareness and promotion among five key populations in China: A cross-sectional study. *Lancet Reg Health West Pac*. 2021 Jan 22;7:100086. doi: 10.1016/j.lanwpc.2020.100086. PMID: 34327416; PMCID: PMC8315572.

Kerrigan D, Kennedy CE, Morgan-Thomas R, Reza-Paul S, Mwangi P, Win KT, McFall A, Fonner VA, Butler J. A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges, and considerations for implementation and scale-up. *Lancet*. 2015 Jan 10;385(9963):172-85. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60973-9. Epub 2014 Jul 22. PMID: 25059938; PMCID: PMC7394498.

KIPPAX, Susan. Effective HIV prevention: the indispensable role of social science. *Journal of the International AIDS Society*, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 1–8, 2012. DOI: 10.7448/IAS.15.2.17357. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.7448/IAS.15.2.17357>.

KIPPAX, Susan; STEPHENSON, Niamh. Beyond the Distinction Between Biomedical and Social Dimensions of HIV Prevention Through the Lens of a Social Public Health. *American Journal of Public Health*, [S. l.], v. 102, n. 5, p. 789–799, 2012. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300594. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2011.300594>.

KIPPAX, Susan; STEPHENSON, Niamh; PARKER, Richard G.; AGGLETON, Peter. Between Individual Agency and Structure in HIV Prevention : Understanding the Middle Ground of Social Practice. [S. l.], v. 103, n. 8, p. 1367–1375, 2013. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301301.

Kolling, A.F, Oliveira, S, Merchan-Hamann, E. Fatores associados ao conhecimento e utilização de estratégias de prevenção do HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo em 12 cidades Brasileiras. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2020/Jun). [Citado em 08/04/2024]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-ao-conhecimento-e-utilizacao-de-estrategias-de-prevencao-do-hiv-entre-mulheres-trabalhadoras-do-sexo-em-12-cidades-brasileiras/17639?id=17639>

Kumwenda MK, Mavhu W, Lora WS, *et al* Feasibility and acceptability of a peer-led HIV self-testing model among female sex workers in Malawi: a qualitative study *BMJ Open* 2021;11:e049248. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049248

KRÜSI, A. et al. Criminalisation of clients: Reproducing vulnerabilities for violence and poor health among street-based sex workers in Canada - A qualitative study. *BMJ Open*, [S. l.], v. 4, n. 6, 2014. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005191. Acesso em: 7 dez. 2020.

KURTH, Ann E.; CELUM, Connie; BAETEN, Jared M.; VERMUND, Sten H.; WASSERHEIT, Judith N. Combination HIV Prevention: Significance, Challenges, and Opportunities. *Current HIV/AIDS Reports*, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 62–72, 2011. DOI: 10.1007/s11904-010-0063-3. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11904-010-0063-3>.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. História da Aids no Brasil 1983 - 2003: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids. [S. l.], p. 360–360, 2015. . Acesso em: 4 out. 2022.

LEITE, Gabriela Silva; MURRAY, Laura; LENZ, Flavio. The Peer and Non-peer: the potential of risk management for HIV prevention in contexts of prostitution. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S. l.], v. 18, n. suppl 1, p. 7–25, 2015. DOI: 10.1590/1809-4503201500050003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500007&lng=en&tlng=en.

Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27(1):363-385.

LOGIE, Carmen H.; WANG, Ying; LALOR, Patrick; WILLIAMS, Davina; LEVERMORE, Kandasi; SHERMAN, Susan G. Exploring associations between place of sex work and HIV vulnerabilities among sex workers in Jamaica. [S. l.], 2020. DOI: 10.1177/0956462420948408.

LOGIE, Carmen H. et al. Intersecting stigma and HIV testing practices among urban refugee adolescents and youth in Kampala, Uganda: qualitative findings. *Journal of the International AIDS Society*, [S. l.], v. 24, n. 3, p. e25674, 2021. DOI: 10.1002/jia2.25674.

LYONS, Carrie E. et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. *Nature communications*, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 773, 2020. DOI: 10.1038/s41467-020-14593-6. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/s41467-020-14593-6>. Acesso em: 7 dez. 2020.

MAKSUD, Ivia; FERNANDES, Nilo Martinez; FILGUEIRAS, Sandra Lucia. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S. l.], v. 18, p. 104–119, 2015. DOI: 10.1590/1809-4503201500050008.

MANN, J. , TARANTULA, D. & NETTER, T. (Orgs.). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

MANTELL, Joanne E. et al. Life in the Balance: Young Female Sex Workers in Kenya Weigh the Risks of COVID-19 and HIV. *AIDS and behavior*, [S. l.], v. 25, n. 5, p. 1323–1330, 2021. DOI: 10.1007/s10461-020-03140-5.

MONTEIRO, Simone Souza; BRIGEIRO, Mauro; VILELLA, Wilza Vieira; MORA, Claudia; PARKER, Richard. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciencia & saude coletiva*, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018245.16512017.

MONTEIRO, Simone Souza; BRIGEIRO, Mauro; VILELLA, Wilza Vieira; MORA, Claudia; PARKER, Richard. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 24, n. 5, p. 1793–1807, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018245.16512017. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0003-3796-0198>. Acesso em: 17 dez. 2020.

MURRAY, Laura; OLIVEIRA, Elsa; DUTTA, Debolina. Mapping Trends: Power Imbalances and the Circulation of Information on Sex Work. Em: CORRÊA, Sonia; PARKER, Richard (org.). *SexPolitics: Trends & Tensions in the 21st Century - Critical Issues*. 1. ed. Rio de Janeiro: Sexuality Policy Watch, 2018. p. 151. Disponível em: https://www.mahpsa.org/wp-content/uploads/2018/10/SexPolitics_Oct2018.pdf. Acesso em: 18 set. 2022.

MURRAY, Laura R.; BRIGEIRO, Mauro; MONTEIRO, Simone. A retreat from human rights? A reflection on sex work's place in contemporary HIV prevention. *Global public health*, [S. l.], p. 1–15, 2021. DOI: 10.1080/17441692.2021.1896762. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2021.1896762>. Acesso em: 15 jun. 2021.

Murray LR, Ferraz D, Zucchi EM, da Silva Sorrentino I, Grangeiro A. Autonomy and Care in Context: The Paradox of Sex Workers' Acceptability of HIV Self-Tests in São Paulo, Brazil. *Arch Sex Behav*. 2022 Jul;51(5):2699-2710. doi: 10.1007/s10508-021-02129-y. Epub 2021 Nov 24. PMID: 34820782; PMCID: PMC8612389.

PADIAN, Nancy S.; BUVÉ, Anne; BALKUS, Jennifer; SERWADDA, David; CATES, Ward. Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. *Lancet* (London, England), [S. l.], v. 372, n. 9638, p. 585–599, 2008. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60885-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18687456/>. Acesso em: 18 set. 2022.

Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 57, 13-24.

PARKER, Richard. Grassroots Activism, Civil Society Mobilization, and the Politics of the Global HIV/AIDS Epidemic. [S. l.], v. 17, n. 2011, p. 21–37, 2011. DOI: <https://doi.org/10.26300/vv0s-bb67>. Disponível em: http://hshjovem.abiaids.org.br/wp-content/uploads/2019/03/1-Ativismo-de-base-mobilização-da-sociedade-civil-e-a-política-da-epidemia-global-de-HIV_AIDS-2-1.pdf.

Peitzmeier, S., Tomko, C., Wingo, E., Sawyer, A., Sherman, S., Glass, N., ... Decker, M. R. (2017). Acceptability of pre-exposure prophylaxis and vaginal rings for HIV prevention among female sex workers in Baltimore, MD. *AIDS Care*, 29(11), 1453–1457.

Pimenta C, Correa S, Maksud I, Deminicis S, Olivar J. Sexuality and development: Brazilian national response to HIV/AIDS amongst sex workers. Rio de Janeiro: Brazilian Interdisciplinary AIDS Association, 2010. (12, p. 13)

PIOT, Peter; BARTOS, Michael; LARSON, Heidi; ZEWDIE, Debrework; MANE, Purnima. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. *The Lancet*, [S. l.], v. 372, n. 9641, p. 845–859, 2008. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60888-0. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608608880>. Acesso em: 17 dez. 2020.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, vol. 11, nº 2, Goiânia, P. 263-274, 2008a.

RAGO, Margareth; RAGO, Luzia Margareth. Os prazeres da noite - Prostituição e codigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890-1930). [s.l.] : Paz e Terra, 1990. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_312472ebdacbba0de71ecb304c0e71af/Description. Acesso em: 5 out. 2020.

REDTRASEX. Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe. Nicaragua, 2013. Disponível em [Disponível em https://www.redtrasex.org/IMG/pdf/peru_-_estudio_de_estigma_y_discriminacion.pdf](https://www.redtrasex.org/IMG/pdf/peru_-_estudio_de_estigma_y_discriminacion.pdf). Acesso em 15/03/2019

Restar, A. J., Tocco, J. U., Mantell, J. E., Lafort, Y., Gichangi, P., Masvawure, T. B., ... Sandfort, T. G. (2017). Perspectives on HIV pre-and post-exposure prophylaxes (PrEP and PEP) among female and male sex workers.

Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, Haldar P, Rewari BB, Venugopal MS, Hafeez Ur Rahman S, Venukumar KT, Ramaiah M, Pasha A, Sharma M, Steen R, Lorway R. The Ashodaya PrEP project: Lessons and implications for scaling up PrEP from a community-led demonstration project among female sex workers in Mysore, India. *Glob Public Health*. 2020 Jun;15(6):889-904. doi: 10.1080/17441692.2020.1724316. Epub 2020 Feb 18. PMID: 32070217; PMCID: PMC7261403.

SANTOS, Betania et al. Sex Work, Essential Work: A Historical and (Necro)Political Analysis of Sex Work in Times of COVID-19 in Brazil. *Social Sciences*, [S. l.], v. 10, n. 1, 2020. DOI: 10.3390/socsci10010002. Disponível em: <https://ideas.repec.org/a/gam/jscscx/v10y2020i1p2-d467542.html>. Acesso em: 18 fev. 2021.

SAUNDERS, Benjamin; SIM, Julius; KINGSTONE, Tom; BAKER, Shula; WATERFIELD, Jackie; BARTLAM, Bernadette; BURROUGHES, Heather; JINKS, Clare. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality and Quantity*, [S. l.], v. 52, n. 4, p. 1893–1907, 2018. DOI: 10.1007/s11135-017-0574-8.

SAUNDERS, Penelope. Being on top. *Global Public Health*, [S. l.], 2022. DOI: 10.1080/17441692.2021.2021266.

Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>

Shannon K, Csete J. Violence, condom negotiation, and HIV/STI risk among sex workers. *JAMA*. 2010 Aug 4;304(5):573-4. doi: 10.1001/jama.2010.1090. PMID: 20682941.

SHANNON, Kate; GOLDENBERG, Shira M.; DEERING, Kathleen N.; STRATHDEE, Steffaine A. HIV infection among female sex workers in concentrated and high prevalence epidemics. *Current Opinion in HIV and AIDS*, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 174–182, 2014. DOI: 10.1097/COH.000000000000042. Disponível em: <http://journals.lww.com/01222929-201403000-00011>.

SHANNON, Kate et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet*, [S. l.], v. 385, n. 9962, p. 55–71, 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60931-4. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S0140673614609314/fulltext>. Acesso em: 17 dez. 2020.

SHANNON, Kate et al. The global response and unmet actions for HIV and sex workers. *The Lancet*, [S. l.], v. 392, n. 10148, p. 698–710, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31439-9. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31439-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31439-9). Acesso em: 7 dez. 2020.

Stangl, A.L., Earnshaw, V.A., Logie, C.H. et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med* 17, 31 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>

SZWARCWALD, Célia Landmann; ALMEIDA, Silva De; DAMACENA, Giseli Nogueira. Changes in attitudes, risky practices, and HIV and syphilis prevalence among female sex workers in Brazil from 2009 to 2016. [S. l.], v. 0, n. October 2017, 2018.

SZWARCWALD, Celia Landmann; DAMACENA, Giseli Nogueira; DE SOUZA-JUNIOR, Paulo Roberto Borges; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; DE ALMEIDA, Wanessa Da Silva; DE SOUZA FERREIRA, Arthur Pate; FERREIRA-JUNIOR, Orlando Da Costa; DOURADO, Ines.

Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. *Medicine (United States)*, [S. l.], v. 97, n. 1S, p. S54–S61, 2018. DOI: 10.1097/MD.00000000000009013. Disponível em: [/pmc/articles/PMC5991538/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3591538/). Acesso em: 5 out. 2020.

Toska E, Pantelic M, Meinck F, Keck K, Haghghat R, Cluver L. Sex in the shadow of HIV: a systematic review of prevalence, risk factors, and interventions to reduce sexual risk-taking among HIV-positive adolescents and youth in sub-Saharan Africa. *PLoS One* 2017; 12: e0178106.

VAN DER MEULEN, Emily. Action research with sex workers: Dismantling barriers and building bridges. *Action Research*, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 370–384, 2011. DOI: 10.1177/1476750311409767.

VERMUND, Sten H.; HAYES, Richard J. Combination Prevention: New Hope for Stopping the Epidemic. *Current HIV/AIDS Reports*, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 169–186, 2013. DOI: 10.1007/s11904-013-0155-y. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11904-013-0155-y>.

Wamoyi J, Stobeanu K, Bobrova N, Abramsky T, Watts C. Transactional sex and risk for HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc* 2016; 19: 20992.

ZUCCHI, Eliana Miura; GRANGEIRO, Alexandre; FERRAZ, Dulce; PINHEIRO, Thiago Félix; ALENCAR, Tatianna; FERGUSON, Laura; ESTEVAM, Denize Lotufo; MUNHOZ, Rosemeire. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, [S. l.], v. 34, n. 7, p. e00206617, 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00206617. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000703001&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 8 out. 2019.

Nome	Fase	Idade	Cor	Escolaridade	Religião	Tempo na prostituição	Local de trabalho	Orientação sexual
Adriana	Autoteste	24	Branca	EF Incompleto	Acredita em Deus	5 anos	Rua	Heterossexual
Alice	Autoteste	34	Parda	Cursando Superior	Umbanda	10 meses	Casa Autogerida	Heterossexual
Camila	Autoteste	34	Parda	Cursando Superior	Acredita em Deus	8 anos	Prédio	Heterossexual
Cláudia	Autoteste	29	Preta	EM Completo	Católica	6 anos	Privê	Heterossexual
Helena	Autoteste	29	Preta	EM Completo	Católica não praticante	4 meses	Prédio	Heterossexual
Isabela	Autoteste	21	Preta	Cursando Superior	Acredita em Deus	menos de 1 ano	Rua	Bissexual
Lívia	Autoteste	20	Preta	EM Completo	Sem religião	2 anos	Prédio	Heterossexual
Mariana	Autoteste	26	Preta	EM Completo	Acredita em Deus	3 anos	Casa de prostituição	Heterossexual
Patrícia	Autoteste	37	Parda	Superior Completo	Católica não praticante	Não Informado	Boate	Heterossexual
Paula	Autoteste	38	Branca	Superior Completo	Agnóstica	10 anos	Boate	Heterossexual
Sandra	Autoteste	38	Preta	EF Incompleto	Evangélica não praticante	18 anos	Privê	Heterossexual
Vitória	Autoteste	21	Parda	Cursando Superior	Evangélica não praticante	3 anos	Casa Autogerida	Heterossexual
Amanda	PrEP	29	Parda	Cursando Superior	Católica e Espírita	2 anos	Autônoma	Heterossexual
Ana	PrEP	27	Branca	EM Incompleto	Umbanda e Candomblé	8 anos	Vários lugares	Heterossexual
Beatriz	PrEP	29	Branca	EM Completo	Acredita em Deus	1 ano	Boate e Rua	Heterossexual
Bianca	PrEP	32	Branca	Não Informado	Católica não praticante	3 anos	Boate	Heterossexual
Bruna	PrEP	35	Branca	EM Completo	Ortodoxa	5 anos	Boate	Heterossexual
Cecília	PrEP	24	Branca	Cursando Superior	Sem religião	Não Informado	Autônoma	Bissexual
Clarice	PrEP	25	Preta	EM Incompleto	Espiritismo	Não Informado	Prédio	Bissexual
Débora	PrEP	35	Branca	Superior Completo	Agnóstica	2 anos	Boate e Privê	Heterossexual
Dora	PrEP	27	Preta	Cursando Tecnólogo	Católica não praticante	1 ano	Autônoma	Heterossexual
Fernanda	PrEP	44	NI	EF Incompleto	Católica e Evangélica	15 anos	Rua	Heterossexual
Júlia	PrEP	32	Parda	Cursando Superior	Católica não praticante	5 anos	Prédio	Bissexual
Larissa	PrEP	21	Branca	EM Completo	Católica não praticante	9 meses	Boate	Heterossexual
Letícia	PrEP	28	Branca	EM Incompleto	Umbanda	10 anos	Boate	Heterossexual
Lorena	PrEP	37	Parda	EM Completo	Espiritismo	Não Informado	Boate	Heterossexual
Manuela	PrEP	44	Branca	EM Completo	Candomblé	20 anos	Boate e Rua	Heterossexual
Marcela	PrEP	40	Branca	EM Completo	Espiritismo	21 anos	Autônoma	Heterossexual
Raquel	PrEP	42	Branca	Cursando Superior	Católica e Espírita	5 anos	Prédio	Heterossexual
Clara	PEP	39	Branca	Não Informado	Sem religião	17 anos	Casa de prostituição	Heterossexual
Stella	PEP	27	Não definiu	Cursando Técnico	Várias	1 ano	Clínica	Heterossexual
Valentina	PEP	27	Preta e indígena	Não Informado	Católica não praticante	Não Informado	Não informado	Não informada

ANEXO A - ROTEIRO ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DE PEP (FASE 1)

Explorando o conhecimento sobre a PEP

- Conhecimento a respeito da existência e das recomendações de uso da PEP, explorando as expectativas do usuário em relação ao uso da PEP.
- Existência de uma relação prévia com o serviço que oferta a PEP, explorando de que maneira o usuário chegou até esse equipamento de saúde.

Explorando o contexto de busca pela PEP

- Narrativa da cena que levou o usuário a buscar a PEP, explorando o tipo de exposição sexual; percepção sobre o risco de infecção ao HIV e o tipo de parceria.
- A influência do uso de álcool e outras drogas nas relações sexuais
- Percepção do usuário do próprio risco e da necessidade do uso de PEP baseada na cena sexual que o levou a buscar PEP

Explorando a percepção de risco e seu gerenciamento

- Identidade sexual auto referida, explorando de que maneira o gerenciamento do risco se relaciona com a identidade sexual do indivíduo.
- Percepção do usuário a respeito do risco de se infectar pelo HIV a partir de como ele vivência a sua sexualidade, explorando práticas de prevenção utilizadas em cada contexto sexual.

Relação com o Serviço e com o uso da PEP

- Narrativa da cena do primeiro atendimento de busca pela PEP, explorando a relação com os profissionais envolvidos no atendimento de PEP e manejo da narrativa que levou o usuário a buscar a PEP.
- Avaliação da experiência de busca pela PEP, explorando aspectos positivos e negativos envolvidos no percurso de busca pela PEP.
- Narrativa dos atendimentos subsequentes ao primeiro atendimento da PEP, explorando a relação que o usuário estabeleceu no atendimento inicial e nos atendimentos posteriores com o serviço e seus profissionais, verificando se houve procura por outras atividades assistências.

Narrativa a respeito da experiência do usuário com a medicação da PEP, explorando os possíveis efeitos colaterais, a situação social de uso do medicamento, e se o contexto do uso da medicação possibilitou uma reavaliação da experiência de exposição ao risco.

ANEXO B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SOBRE USO DE PrEP PARA PROFISSIONAIS DO SEXO

1. Identificação:

- a. Qual seu nome?
- b. Qual sua idade?
- c. Qual sua cor?
- d. Com quem mora?
- e. Qual a religião? Tem outras práticas religiosas?
- f. Qual a sua orientação sexual e o seu gênero?
- g. Como está sua vida hoje? Quais são atividades (profissionais, escolares...)
 - i. Você faz trabalho sexual?
 - ii. Você pode contar sobre seu trabalho como profissional do sexo?
 - iii. Onde trabalha? Quantos dias da semana trabalha?
 - iv. Como encontra seus clientes?

2. Decisão por usar PrEP

Gostaria de começar nossa conversa te perguntando sobre o momento que você começou a usar PrEP.

- a. Você pode contar um pouco como estava sua vida naquele momento? Como estavam suas relações sexuais?

Explorar

- i. Você tinha parceria fixa? Que tipo de relação vocês tinham?
- ii. Faz quanto tempo que vc tá usando? E como você soube da PrEP?
- iii. E como foi a decisão de começar a usar a PrEP? (foi fácil, simples, difícil?)
- iv. Tem mais alguma coisa que te motivou a usar a PrEP?

Explorar

- i. Alguma(s) situação(ões) motivou(aram) o uso?
- ii. Qual era a expectativa ao iniciar a PrEP, do ponto de vista da prevenção e da prática sexual?
- iii. Você contou a alguém que está tomando a PrEP?

Se sim, Explorar:

- i. Pode dizer para quem você falou e por quê? Como foi a reação dessas pessoas?
- ii. Você sentiu algum constrangimento, preconceito ou teve alguma situação de violência quando contou que usava a PrEP?

Se não, Explorar:

- iii. Pode comentar porque preferiu não contar? Acha que poderia ter alguma consequência negativa?
- iv. Como tem sido manter isso em sigilo?

3. Mudança nas práticas sexuais com a PrEP

Queria te ouvir sobre o que mudou na tua vida sexual após começar a tomar a PrEP.

- a. Conta para mim: mudou a forma como você se sente em relação ao sexo (anal e/ou vaginal)?
- b. E mudou algo na forma como você transa?

Explorar:

- i. Mudaram os lugares, a frequência, o tipo de parcerias?
- ii.
- c. Você transa sem camisinha com os clientes? A PrEP mudou algo em relação a isso?

Explorar:

- i. Como tem sido a negociação do sexo sem camisinha com os clientes?
- ii. Você conta para os clientes que usa PrEP? Como você conta?
- iii. Qual a reação dos clientes nessas situações?
- iv. Você viveu alguma situação de constrangimento, preconceito ou violência porque falou em PrEP?
- d. E você transa sem camisinha na relação com os parceiros fixos? A PrEP mudou algo em relação a isso?

Explorar:

- i. Na hora da transa, você tem falado sobre não usar camisinha?
- ii. Você conta que usa PrEP? Como você conta?
- iii. Qual a reação dos parceiros nessas situações?
- iv. Você viveu alguma situação de constrangimento, preconceito ou violência porque falou em PrEP?
- e. Você costuma usar álcool ou drogas para transar ou durante a transa com os clientes? Quais? A PrEP mudou algo em relação a isso?
- f. E como os parceiros fixos, você usa álcool ou drogas para transar ou durante a transa? Quais? A PrEP mudou algo em relação a isso?

4. Uso do medicamento no dia a dia

Agora vamos conversar sobre o uso da medicação.

- a. Como você se sente usando um medicamento para a prevenção do HIV?
- b. Para você é fácil tomar o medicamento ou tem alguma dificuldade?

Explorar:

- i. Alguma vez, quando você estava tomando o medicamento ou tinha o medicamento com você, teve alguma situação de constrangimento, preconceito ou violência? Onde você estava? Quem te constrangeu? Como foi esse constrangimento? Como você lidou com ele?
- c. Você já teve algum evento adverso? E esse evento adverso atrapalhou alguma coisa no seu dia a dia ou nas suas relações sexuais?
- d. (Para transexuais) Está tomando algum hormônio ou medicamento no momento? Isso interfere, de alguma forma, na tomada da PrEP?
- e. Você toma o medicamento quantos dias por semana? (identificar se tenta tomar todos os dias ou se **escolhe** alguns dias para tomar)

Se toma (tentar tomar) todos os dias, Explorar:

- i. Como você faz para lembrar que tem que tomar todos os dias o medicamento?
- ii. Você já ficou sem tomar o medicamento? Como isso aconteceu? Você se esqueceu de tomar?
- iii. Com que frequência isso acontece?
- iv. Quantos dias seguidos ficou sem tomar o medicamento?
- v. Como fez com as relações sexuais nesses dias em que não usou o medicamento?

Se escolhe os dias para tomar o medicamento, Explorar:

- i. Você pode falar mais sobre como você define os dias em que toma ou não toma o medicamento? Qual o esquema de intervalo entre os comprimidos?
- ii. Porque você escolheu tomar os medicamentos assim?
- iii. E nos dias que você escolhe tomar o medicamento, como você usa ele?
- iv. como ficam as relações sexuais nos dias que não toma o medicamento?
- v. alguma vez você interrompeu o uso do medicamento?

Se sim, explorar.

- i. Qual a frequência da interrupção? Quantos dias fica/ficou sem tomar o medicamento?
- ii. O que fez você parar esse período?
- iii. Você estava com parceria fixa?
- iv. Como estava sua vida sexual nesse período?

- v. Como fez para ter as relações sexuais?
- vi. E o que fez você voltar a usar a medicação?
- vii. Alguma vez você ficou sem tomar o medicamento porque ele acabou?
Como você fez para ter novamente o medicamento?

5. Acesso e uso do serviço

Sobre tua experiência aqui no serviço, queria te perguntar:

- a. Como você se sentiu quando foi/veio ao serviço para solicitar a PrEP? Como foi a relação com os profissionais?
- b. Algo incomoda no uso da PrEP? E na vinda ao serviço para fazer o acompanhamento?
- c. Já se sentiu constrangido ou discriminado dentro do serviço? Em que situação?

6. Representação sobre o HIV e prevenção

Para encerrar, vamos falar sobre o HIV agora.

- a. A PrEP mudou algo no que você pensa sobre o HIV?

Explorar:

- i. Como imagina que está a proteção contra o HIV depois que começou a PrEP?
- ii. Você acha que pode se infectar por HIV após ter iniciado a PrEP?
- iii. Quais seus planos em relação ao uso da PrEP?
- iv. E qual o lugar da camisinha na sua vida sexual?

Você gostaria de acrescentar algo?

ANEXO C. Roteiro para entrevistas semiestruturadas da pesquisa formativa sobre autoteste com mulheres profissionais do sexo

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Data: ____/____/____	
Nome que quer ser chamada: _____	
Idade: _____	
O que faz (trabalho/profissão, estudos)? _____	
Onde mora? _____ Com quem mora? _____	
Você estudou até que série: _____	
Você classifica sua cor da pele como:	
<input type="checkbox"/> Parda / <input type="checkbox"/> Preta / <input type="checkbox"/> Branca / <input type="checkbox"/> Amarela / <input type="checkbox"/> Indígena /	
<input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____	
Você tem religião? Qual? _____	
Podemos entrar em contato posteriormente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se sim, qual o número do seu whatsapp? _____	
Devemos tomar algum cuidado quando ligar ou escrever mensagem, de forma a não prejudicá-la? <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____ <input type="checkbox"/> Não	
Aceita gravar a entrevista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome do entrevistador: _____	
Instruções para o entrevistador:	
Neste momento, será importante que a interlocutora possa relatar suas interações cotidianas e sua história relativa aos tópicos que aparecem abaixo. Será importante que a entrevista/conversa seja gravada. Neste caso, a interlocutora(o) deve assinar (com seu nome de registro ou nome social) o <i>termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)</i> , caso haja autorização para a gravação e utilização dos relatos. Se a interlocutora não souber assinar (ou não quiser), após a explicação sobre objetivos da pesquisa (nova etapa) pelo(a) pesquisador(a), ela deve autorizar verbalmente (a autorização deve ser gravada). É importante destacar que o anonimato ficará garantido.	
A partir dessa entrevista, outros encontros/interações poderão ocorrer para complementar alguma informação ou mesmo para enriquecer as narrativas (biografias) referentes aos tópicos ou blocos destacados em cada conversa, seguindo uma perspectiva mais etnográfica.	

Roteiro de entrevista semiestruturada para mulheres profissionais do sexo	
TÓPICOS	AO PESQUISADOR/A

<p>Cotidiano e relacionamentos afetivo-sexuais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Você poderia falar um pouco sobre como é seu dia a dia, sua convivência com família e amigos? 2 Você tem filhos? 3 Você tem companheiro(a), namorado(a) ou marido/esposa? 4 Está ficando com alguém no momento? 	<p>Pergunta inicial para mobilizar a entrevista (disparadora da conversa - narrativa). Peça à interlocutora para contar um pouco sobre sua experiência cotidiana de convívio familiar e com amigos. Deixe que ela conte livremente sua história a partir de qualquer ponto/momento de sua vida e que explore todos os aspectos que julgar importantes.</p> <p>Explorar: características do relacionamento</p>
<p>Prostituição</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Você poderia falar com mais detalhes sobre seu trabalho? O local, a rotina... 	<p>Explorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomia e controle da mulher no trabalho (por exemplo, se pode sair e voltar quando quer – relação com cafetão, gerente...); • Negociação do preço do programa com o uso de preservativo.
<p>Cena sexual de exposição ao HIV</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Vou pedir pra você pensar agora numa situação que viveu em que não rolou ou não deu certo se proteger do HIV. <p>Você não vai falar agora imediatamente.</p> <p>Vou pedir pra você lembrar dessa situação com o máximo de detalhes possível – onde você está, o que está fazendo, é dia/noite?, quem está com você, o que vocês estão fazendo...</p> <p>Então tem tudo isso acontecendo e você sente/percebe que não vai rolar/não rolou se proteger do HIV.</p> <p>[esperar o tempo que for necessário até que a participante tenha conseguido imaginar a situação e esteja à vontade para compartilhar a experiência]</p>	<p>Explorar na cena:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de drogas e álcool; • Violência/coerção.

Percepção, conhecimento e motivação para uso do autoteste

7. Antes deste estudo, você já tinha ouvido falar do autoteste para HIV? Se sim, o que ouviu falar?

EXPLICAR O QUE É AUTOTESTE: [fazer um mini resumo explicando a diferença entre punção digital e fluido oral]

CENA DE USO DO AUTOTESTE

8. Voltando àquela situação que você contou em que não rolou a prevenção, vamos imaginar agora que você tem autoteste. Você vai usar? Vai oferecer para alguém usar? O que vai acontecer

Explorar:

- (1) onde vai fazer o teste;**
- (2) quando;**
- (3) como vai fazer o teste;**
- (4) dificuldade/facilidade em compreender instruções para fazer o teste;**
- (5) potenciais consequências negativas (por exemplo, ser ‘obrigada’ a fazer o teste diante de alguém ou sofrer algum tipo de violência)**

VARIAÇÃO DE CONTEXTOS DAS CENAS DE EXPOSIÇÃO QUE MOBILIZAM USO DO AUTOTESTE

9. Você contou uma situação que a prevenção não rolou com um [cliente, por exemplo]. Teve outras situações assim com companheiro/gerente em que situações?

Explorar como na primeira cena: exposição e consequências do uso do autoteste

Explorar: compreensão das instruções de uso, motivação de uso

Pensando então nessa(s) situação(ões) particulares [retomar/especificar: ‘com cliente/companheiro/cafetão’] que a gente conversou, se o autoteste estivesse disponível hoje, você usaria?

() sim

() não

[Explorar ambas as respostas. Se ‘sim’, explorar se o autoteste poderia aumentar a frequência de teste.]

10. Então pensando especificamente nesse tipo de situação, como você acha que seria a melhor forma de ter acesso ao teste?

(1) via retirada no serviço;

(2) pedido via internet para retirada no serviço;

(3) pedido via internet para retirada na farmácia;

(4) via agente de prevenção;

Investigar: percepção confiança no sigilo das agentes; histórico de conflito com agentes.

(5) via colegas profissionais do sexo.

11. Você acha que precisaria de algum apoio do serviço de saúde fazendo uso do autoteste? Para aconselhamento, por exemplo?

12. Qual última vez que você fez o teste? Pensando um pouco mais sobre a experiência com esse serviço onde você fez/faz teste, queria saber se, caso tivesse acesso ao autoteste, mudaria alguma coisa no modo que você usa o serviço?

[explorar continuidade/interrupção]

13. [caso não apareça nada sobre violência espontaneamente, perguntar] A gente sabe que há situações no trabalho de profissionais do sexo em que o clima ficando mais pesado/tenso. Você acha que se outras pessoas souberem que você

tem o autoteste isso pode trazer problemas pra você?

Explorar quem são essas pessoas: cliente, companheiro, gerente, cafetão etc.

Encerramento

Você gostaria de levar cinco kits de autoteste para experimentar? Você também pode fazer/experimentar fazer o teste aqui no serviço agora, com ou sem um profissional de saúde, se desejar.

() não

() sim

Podemos fazer contato em 30 dias para saber como foi a experiência com o uso?

Você gostaria de tirar alguma dúvida ou comentar qualquer outro assunto?

[Agradecer pela participação]

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, na qualidade de coordenador do Projeto "A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros", aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Medicina sob parecer 2.131.668/2017, que a professora Márcia Thereza Couto, docente da Faculdade de Medicina da USP/ Departamento de Medicina Preventiva, participa, na condição de coordenadora do eixo qualitativo, do referido projeto.

Declaro ainda que autorizo a utilização de todos os dados dos componentes epidemiológicos e qualitativos do projeto para uso da pesquisa de doutoramento de Isa da Silva Sorrentino, orientada pela professora Márcia Thereza Couto Falcão.

São Paulo, 25 de abril de 2022.



Alexandre Grangeiro
Coordenador Geral do *Estudo Combina!*

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 06/08/2014, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **251/14** intitulado: **“A EFETIVIDADE DA PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO DO HIV PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL CONSENSUAL, DO USO COMBINADO DOS MÉTODOS PREVENTIVOS CONTRA A INFECÇÃO PELO HIV E DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO SEXUAL, EM SERVIÇOS PÚBLICOS BRASILEIROS”** apresentado pelo Departamento de MEDICINA PREVENTIVA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12).

Pesquisador (a) Responsável: Alexandre Grangeiro

Pesquisador (a) Executante: Alexandre Grangeiro

O pesquisador deverá aguardar a aprovação da CONEP para iniciar a pesquisa.

CEP-FMUSP, 06 de Agosto de 2014



Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori
Vice-Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.

Pesquisador: Alexandre Domingues Grangeiro

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 34145314.5.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.131.668

Apresentação do Projeto:

A Emenda tem por objetivo submeter projeto para dar continuidade ao acompanhamento dos usuários que iniciaram o uso da PrEP no âmbito do Projeto Combina, bem como daqueles que optaram pelo uso de outros métodos preventivos nos serviços participantes. Serão analisados a efetividade da profilaxia e uma eventual desinibição da prática sexual por um período de mais 12 meses. Para isto, taxas de incidência do HIV e a frequência de relações sexuais relatadas sem o uso do preservativo serão comparadas com as observadas em grupos de usuários de serviços com alta exposição ao HIV. Como, também, serão analisados para usuários de PrEP os padrões de uso da profilaxia, o grau de adesão e as ocorrências de infecções sexualmente transmissíveis e eventos adversos associados a um longo período de uso da profilaxia. Dados serão obtidos semestralmente, por meio da realização de sorologia para o HIV, a revisão de prontuário clínico e aplicação de questionário sobre práticas sexuais e uso da profilaxia. Para aumentar as taxas de retenção dos indivíduos não usuários de PrEP será adotada a estratégia de auto-testagem por fluido oral. Nesse caso, participantes poderão optar pela testagem convencional, realizar o auto-teste supervisionado no serviço ou obter o kit de auto-teste para realiza-lo em local privado.

A Emenda também apresenta a inclusão de 2 novos sítios de avaliação.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

Continuação do Parecer: 2.131.668

Objetivo da Pesquisa:

Emenda para submeter à apreciação do CEP a segunda fase do Projeto, que, entre outros aspectos, amplia o período de observação e inclui novos sítios, sendo eles a Casa da Aids, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o SAE Campos Elísios, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há alteração no declarado para o Projeto em relação aos riscos.

Benefícios: Com a extensão do acompanhamento aos voluntários haverá maior ganho relacionado ao conhecimento da efetividade e adesão aos programas PEP e PrEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A extensão do acompanhamento dos voluntários possibilitará melhor avaliação da efetividade dos programas em relação a prevenção a contaminação pelo HIV e maior conhecimento sobre a adesão, bem como melhor conhecimento sobre possíveis mudanças após adesão aos programas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados as cartas de anuência dos centros inclusos para a 2ª etapa do projeto.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações. Considero a Emenda apta a aprovação.

Lembramos que o início da pesquisa no SAE Campos Elísios está condicionado a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal da Saúde de São Paulo.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_938903 E3.pdf	14/06/2017 15:40:47		Aceito
Outros	Projeto_Combina_continuidade.docx	07/06/2017 12:12:11	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaanuencia_DMIFMUSP.pdf	07/06/2017 12:10:33	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**



Continuação do Parecer: 2.131.668

Declaração de Pesquisadores	Desenvolvimento_Cientifico_2017_06_07_08_08_04_601.pdf	07/06/2017 12:09:24	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_IAP1.docx	17/06/2016 17:46:08	Alexandre Domingues Grangeiro	Aceito
Outros	Anexos 1, 2 e 3 instrumentos de coleta de dados.docx	28/08/2014 13:43:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo TCLEs e autorizacoes.docx	28/08/2014 13:42:37		Aceito
Outros	Convenio 779613.pdf	25/07/2014 15:33:22		Aceito
Outros	DocCepFmusp-Alexandre Grangeiro.doc	25/07/2014 15:32:24		Aceito
Outros	parecer - Mário.jpg	25/07/2014 15:31:43		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto (1).pdf	22/07/2014 15:56:06		Aceito
Outros	Declaracao Ribeirao Preto.pdf	16/07/2014 11:29:11		Aceito
Outros	Fortaleza declaracao de participacao.jpg	16/07/2014 11:25:29		Aceito
Outros	Declaracao - POA.jpg	16/07/2014 11:24:25		Aceito
Outros	CRT - declaracao gerente.pdf	16/07/2014 11:24:05		Aceito
Outros	Anexo 4 orçamento.docx	16/07/2014 11:23:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto PEP_versão final_Etica.docx	16/07/2014 11:10:32		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

SAO PAULO, 22 de Junho de 2017

**Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)**

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.131.668

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br