

## I – INTRODUÇÃO

A investigação aqui presente é fruto do interesse em conhecer e aprofundar o trabalho de promoção social e da saúde desenvolvido num contexto específico e enquadrado num projecto de apoio a prostitutas/as de rua, o Espaço Pessoa (EP) da cidade do Porto.

As perspectivas sociais de um grupo de indivíduos, quase sempre socialmente estigmatizados e marginalizados, e as abordagens de promoção da saúde (principalmente, no que diz respeito à saúde sexual) utilizadas por técnicos, foram a motivação principal deste estudo. Em paralelo, enquanto educadores de crianças, adolescentes, jovens e adultos e sobretudo enquanto cidadãos, perspectivamos a pertinência e necessidade de avançar numa educação, que contemple verdadeiramente a educação sexual, como parte integrante não só da educação para a saúde, mas também como componente da formação pessoal e social do individuo em desenvolvimento.

Durante o tempo de investigação, fomos-nos deparando com alguns termos e conceitos utilizados, que consideramos importante referir como notas introdutórias, permitindo desta forma esclarecer o leitor destes mesmos conceitos e suas implicações.

### **a) Infecções Sexualmente Transmissíveis – (IST)**

A OMS recomendou a mudança do termo doença sexualmente transmissível (DST) para infecção sexualmente transmissível (IST), tendo em 1999 adoptado esta designação, infecção sexualmente transmissível, nomeadamente porque também inclui as infecções assintomáticas. Um grande número de publicações e sociedades científicas adoptaram esta nomenclatura.

Contudo, gostaríamos de alertar para o facto de muitos estudos ainda se referirem a doenças sexualmente transmissíveis. Por uma questão de ética não alterámos esta terminologia, nas referências de outros autores, apesar do presente estudo utilizar a expressão infecções sexualmente transmissíveis.

### **b) Géneros e identidades**

Ao longo do estudo serão apresentados alguns casos de utentes, que, numa linguagem de senso comum seriam identificados como travestis. Contudo, no decorrer da nossa investigação tivemos necessidade de esclarecer e aprofundar alguns conceitos

respeitantes às identidades sexuais, originais e de identificação. Há assim distinções concretas entre o designado indivíduo travesti, transsexual e transgénero.

**Travesti** é alguém que possui uma identidade de género oposta ao sexo que lhe é atribuído no nascimento, mas que não pretende realizar qualquer intervenção cirúrgica, para “mudar de sexo”. Pode também incluir pessoas que não se identificando como homens ou como mulheres, misturam as qualidades e características de ambos os sexos, designando-se apenas por travestis. A transvestilidade não é encarada como uma orientação sexual, uma vez que uma pessoa travesti pode assumir-se como heterossexual, homossexual, bissexual ou assexual (Hirschfeld, 1992)<sup>1</sup>.

Um indivíduo **transsexual** é alguém que possui uma identidade de género, ou seja uma pertença a um género, oposta ao sexo designado, normalmente no nascimento. Contudo diferem dos travestis, porque pretendem realizar uma transição para o sexo oposto, com intervenção médica. Alguns especialistas consideram que para se ser transsexual é suficiente um tratamento hormonal, sem que haja alterações cirúrgicas, no entanto, outros, sobretudo, técnicos de saúde julgam ser necessário um conjunto de procedimentos que devem ser tomados em consideração (Wikipédia, 2006b).

**Transgénero** é um termo aplicado aos comportamentos de indivíduos ou grupos que apresentam tendências que divergem do papel do género (homem ou mulher), normalmente, mas não sempre, atribuído no nascimento (Wikipédia, 2006c).

O termo “transgénero” surge nos anos 70, tendo sido proposto por Virgínia Prince, nos Estados Unidos da América em contraste com o termo Transsexual. Refere-se aos indivíduos que não pretendiam realizar intervenções cirúrgicas para “mudança de sexo” e/ou acreditavam que estavam entre os dois géneros, não especificando nenhum deles em particular (Holly, 1991)<sup>2</sup>. O termo transgénero abarca todos os indivíduos que apresentem comportamentos divergentes do papel social do género atribuído no nascimento, entendendo como papel social, os elementos socialmente delimitadores da condição masculina ou feminina, podendo ou não querer realizar qualquer intervenção cirúrgica de mudança de sexo (Wikipédia, 2006c).

Nos casos dos utentes para os quais se utiliza a palavra transgénero, assumimos como correcto utilizar esta designação, por não possuímos informação que nos permite utilizar qualquer uma das outras mais específica.

---

<sup>1</sup>In Wikipédia(2006a)

<sup>2</sup>In Wikipédia(2006c)

O presente trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo contempla o enquadramento teórico, subdividido em quatro sub-capítulos com diversos temas. O primeiro, expõe um apontamento histórico que inclui a situação da prostituição em Portugal. Um segundo sub-capítulo apresenta algumas perspectivas teóricas do fenómeno social da prostituição, assim como algumas definições sobre o mesmo que surgiram ao longo do tempo. O terceiro sub-capítulo refere determinadas características do tipo de prostituição, nomeadamente, questões relacionadas com a prostituição de rua e prostituição masculina. No último sub-capítulo do enquadramento teórico são apresentados diversos temas relativos à Saúde e às suas abordagens pedagógicas e sociais, incluindo temas de sexualidade; educação para a sexualidade; prostituição enquanto problemática social e de saúde; infecções sexualmente transmissíveis; abordagens de promoção da saúde e por último alguns projectos de promoção da saúde.

O segundo capítulo do nosso trabalho diz respeito à descrição metodológica contemplando as estratégias metodológicas; os instrumentos de recolha de dados (entrevistas, observação e análise de documentos); os procedimentos de recolha de dados; a selecção da amostra e a análise de dados.

O terceiro capítulo refere-se à apresentação dos resultados obtidos. Os dados encontram-se divididos em três sub-capítulos referentes à análise documental, à observação (em ambiente de sala de convívio e nas saídas com equipas de rua) e às entrevistas.

Os resultados são posteriormente analisados e discutidos no quarto capítulo do trabalho – Discussão e Conclusões. A finalizar este quarto capítulo incluem-se algumas reflexões finais relativas ao processo deste estudo e o levantamento de algumas questões que poderão ser projecção de futuras investigações.

Esperamos com este estudo, para além de um aprofundamento pessoal e académico, deixar alguns contributos para o conhecimento de perspectivas de alguns utentes desta instituição, visando um trabalho cada vez mais promissor no âmbito da promoção da saúde e sobretudo da promoção social do individuo, como ser único.

## **II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O objectivo principal do nosso estudo, não é a investigação sociológica do fenómeno da prostituição, contudo parece-nos fundamental um enquadramento teórico que contemple o percurso histórico e teórico, as abordagens da prostituição, dada a sua importância no estudo em causa.

Iniciaremos este enquadramento teórico com um breve apontamento histórico, incluindo a situação de Portugal, no que diz respeito à prostituição. Segue-se a apresentação de algumas perspectivas teóricas e de tentativas de definições deste fenómeno social. Algumas características da prostituição, relacionadas com este estudo, serão também apresentadas. Parece-nos também fundamental enquanto educadores, considerar os conceitos de sexualidade e educação sexual, sobretudo, pelo facto de serem analisadas questões e comportamentos no âmbito da sexualidade humana.

A Saúde, nomeadamente, a sua definição, as suas abordagens e modelos de promoção finalizarão este enquadramento, conjuntamente com os objectivos que nos propomos alcançar neste estudo.

### **2.1 PROSTITUIÇÃO: APONTAMENTO HISTÓRICO**

Ao longo do tempo, a prostituição tem sido perspectivada de forma dupla. Por um lado alvo de censura, por outro, encarada como útil. Tem-se vindo a observar uma alternância de movimentos de tolerância e de aceitação da prostituição com posturas condenatórias (Bullough e Bullough, 1998).

Esta dupla interpretação não se sentia nas comunidades pré-históricas, uma vez que a cultura, a religião e a sexualidade se encontravam interligadas, de forma que o sexo era então considerado sagrado, existindo mesmo sacerdotizas que conduziam rituais de sexo em grupo, nos quais toda a comunidade participava. Mais tarde, com o estabelecimento das primeiras comunidades agrícolas sedentárias, estas comunidades construiriam templos, onde permaneciam as sacerdotizas, possuindo e administrando a terra em nome da comunidade (Roberts, 1996).

Porém, outras mulheres trabalhavam fora dos templos, as chamadas *harimtu*,<sup>3</sup> consideradas, actualmente, as primeiras prostitutas de rua, apesar de continuarem a ser vistas como mulheres sagradas, protegidas pela deusa Ishtar (Roberts, 1996).

Percebe-se que nesta perspectiva, enquadrada numa sociedade matriarcal, a prostituta não apresentava um sentido pejorativo, uma vez que estas mulheres e o seu tipo de trabalho sexual eram conotados como sagrados, daí associar-se a um valor socialmente positivo.

À medida que se ia avançando para uma sociedade patriarcal, como no caso da antiga Grécia, o homem abastado passou a ter acesso a uma imensidão de serviços sexuais, sem qualquer tipo de recriminações, podendo recorrer a prostitutas do templo, cortesãs das classes altas, bailarinas prostitutas, prostitutas de rua, escravas dos bordéis, rapazes adolescentes, concubinas, escravos domésticos e ainda a própria mulher legítima, em “caso de emergência”, como é referenciado em Roberts (1996). De acordo com os poderes civis ou religiosos, as prostitutas foram marginalizadas, excluídas, algumas mesmo condenadas, ou pelo contrário, consideradas úteis.

Posteriormente, foram elaboradas leis, onde se destacam os decretos de Sólon (640-558 a.C.), legislador de Atenas, tendo sido criados os bordéis estatais. Contudo, paralelamente a estes bordéis, muitas prostitutas de rua independentes prosseguiam o seu trabalho.

No que se refere à antiga Roma, a prostituição era encarada como algo natural, considerada uma profissão socialmente aceite. Todavia, apesar dos romanos não possuírem nem dirigirem bordéis estatais como os gregos, introduziram na Europa o primeiro sistema de registo de prostitutas da classe baixa (Roberts, 1996).

### **2.1.1 Situação em Portugal**

Em Portugal, os primeiros impedimentos dirigidos às prostitutas apontam para o período entre os séculos XII e XIV (Oliveira, 2004).

No séc. XIII, a Rainha Santa Isabel, fundou casas com o intuito de regenerar as prostitutas, consideradas na altura como pecadoras (Pilis, 1995).

---

<sup>3</sup> A designação *harimtu* significa segundo alguns historiadores, prostitutas semi-seculares (hierarquia das prostitutas dos templos da Babilónia).

Nos séculos XIV e XV, apesar de diversos discursos defenderem a ordem social e a necessidade de regras, a sociedade era permissiva e a prostituição de mulheres, um trabalho comum e aceite, regulamentado pelas Câmaras, às quais tinham de pagar uma determinada quantia.

No reinado de D. Afonso IV, em 1481, surge a primeira lei segregadora, definindo que as meretrizes deveriam viver em bairros separados. A adicionar a esta lei, D. João II decreta que quem arrendasse casas a essas pessoas perderia o direito sobre elas e teria de abandonar o reino (Geis, 1987)<sup>4</sup>.

Durante estes séculos assistiu-se a várias leis que iam sendo regulamentadas, algumas mais brandas do que outras. Todavia, eram épocas em que se por um lado se condenava, por outro, usufruía-se desta actividade.

No século XVIII, Pina Manique, intendente-geral da Polícia, em 1781, com a intenção de proteger a saúde pública, uma vez que a propagação da sífilis se tornava uma problemática do país, ordenou que as prostitutas fossem sujeitas a registo de inspecção médica e presas quando se encontrassem doentes (D´Azevedo, 1864).

Em 1836, foi publicado o Código Administrativo que pretendia regulamentar a prostituição. No entanto, só posteriormente, em 1853, é que é colocado em prática, a partir do Regulamento Sanitário das Meretrizes do Porto, tendo mais tarde surgido outros regulamentos similares noutros distritos do país (Oliveira, 2004).

Em 1926, foi criada a Liga Portuguesa Abolicionista, reunindo feministas, anarquistas e católicos moralistas, preocupados não com o término dos regulamentos, mas com a própria prostituição, enquanto actividade imoral (Júnior 1926)<sup>5</sup>.

Os regulamentos sanitários e policiais, apesar de algumas variantes, referiam todos eles as seguintes medidas: obrigatoriedade de matrícula; inspecção periódica; existência e porte de livrete individual de registo das inspecções; idade de admissão nas matrículas (entre os 16 e 17 anos); obrigatoriedade de comunicar às autoridades no caso de doença, internamento ou mudança de residência; comportamentos e atitudes públicas de que se deviam abster e ainda a possibilidade de requerer a eliminação do nome no livro de registo, deixando de estar sujeitas às inspecções e os casos em que isso poderia acontecer. Encontravam-se ainda indicadas as punições a que estavam sujeitas, caso não cumprissem o regulamento, assim como disposições relativas a patroas, directoras ou donas de casas desta actividade (Oliveira, 2004).

---

<sup>4</sup> In Oliveira (2004)

<sup>5</sup> *Ibid.*

Estes regulamentos vão-se aperfeiçoando, mantendo-se até 1962, altura em que a prostituição é proibida.

O Decreto-Lei nº 44 579, de 19 de Setembro de 1962, proíbe a prostituição, a partir do dia 1 de Janeiro de 1963. A lei previa ainda a punição de todo o tipo de proxenetismo, ou seja, era punido qualquer indivíduo que conscientemente fomentasse ou favorecesse o exercício da prostituição para fins lucrativos (Marques, 1984).

A lei imposta não conseguiu terminar com a prostituição, tendo-se verificado um aumento desta actividade na rua e clandestinamente. Por outro lado, algumas casas de prostituição de elevado nível, continuavam a ser frequentadas e sustentadas por homens de classe alta, não estando sujeitas a punições (Carmo e Fráguas, 2002).<sup>6</sup>

Bastante depois, em 1983, foi revogado o decreto-lei que proibia a prostituição, permanecendo a criminalização do lenocínio, tentando-se evitar o fomento da prostituição.

Em 1991, e através da convenção para a Supressão do Tráfico de Pessoas e da Exploração da Prostituição de Outrem, os Estados subscritores comprometeram-se a punir a exploração da prostituição, abolindo qualquer lei ou prática que conceda algum regime especial de vigilância para as pessoas que se prostituem (Duarte, 2000).

Actualmente o tema da possível legalização da prostituição, encontra-se a ser debatido, existindo diversas opiniões distintas, quer no interior do próprio Governo, passando pelas instituições que estão intimamente ligadas a este fenómeno, quer nos próprios sujeitos activos da prostituição. A 17 de Dezembro<sup>7</sup> de 2005, numa notícia do Jornal Público, foram apresentadas as diversas opiniões, dos à data, candidatos à Presidência da República, no que se refere à questão da prostituição. Nenhum se considerava assumidamente a favor da legalização da prostituição, contudo consideravam necessário uma discussão pública. O candidato Mário Soares defendia que se devia voltar a *“discutir a regulamentação da prostituição de modo a evitar a propagação de doenças e de proteger aqueles que se prostituem”*; Manuel Alegre afirmou que a *“legalização significaria uma violação aos direitos humanos e seria contrária ao artº6º da convenção da Nações Unidas sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres”*, acrescenta ainda que se deve contudo assegurar uma protecção social a quem se prostitui, no âmbito de um possível seguro social voluntário. Francisco Louçã apresentou-se contra qualquer criminalização das

---

<sup>6</sup>In Oliveira (2004)

<sup>7</sup>17 de Dezembro é assinalado como o Dia Internacional Contra a Violência sobre Trabalhadoras de Sexo.

prostitutas, assim como contra qualquer legalização do proxenetismo, considerando que “*devia haver acompanhamento médico, garantia de protecção por parte do Serviço nacional de Saúde*”; Cavaco Silva considerou que existem problemas mais graves, do que a prostituição, em Portugal que necessitam de discussão e que na sua opinião “*a prostituição e a venda do corpo da mulher, não pode ser encarada como uma profissão normal*”; por fim Jerónimo de Sousa declarou ser “*claramente contra que se legalize uma forma brutal muito idêntica à escravatura*”.

## **2.2 PROSTITUIÇÃO: ALGUMAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS DO FENÓMENO SOCIAL**

O fenómeno da prostituição vai interpelando os cidadãos e a própria sociedade, sendo o mesmo abordado em diferentes vertentes: social, económica, política e científica.

De acordo com Mauss (1983) é cada vez mais evidente que a prostituição é hoje um fenómeno social total, na medida em que nele se envolvem múltiplos aspectos: bio-médicos, económicos, sociais, jurídicos, psicológicos, políticos e ideológicos.

Numa perspectiva etiológica, Egas Moniz (1906)<sup>8</sup> refere a falta de educação, o mau exemplo, a fome, a preguiça, a falta de trabalho, a ambição de luxo e o prazer venal como causas psicológicas ou sociais determinantes para a prostituição.

A prostituição pode ser também entendida como um fenómeno comercial, num visão económica liberal, por satisfazer necessidades “sócio-sexuais”, regendo-se pelas leis da oferta e procura e pela relação custos-benefícios (Fireman e Gamson, 1979)<sup>9</sup>.

Lombroso (1991), na antropometria criminal, em 1895, através de estudos realizados tentou procurar características específicas das prostitutas, tendo como termos de comparação as mulheres “normais” e as “mulheres criminosas”. O autor considerava a prostituição como uma degenerescência feminina, defendendo a ideia da “prostitunata”, como o resultado duma hereditariedade mórbida.

Sob o ponto de vista estrutural-funcional, tende-se a considerar a prostituição como um fenómeno envolto de tensões entre a estrutura social e o actor social desviante, existindo, autores como Parsons (1984) que consideram a prostituição uma disfunção, como algo de anormal, podendo mesmo ser considerado patológico, devido

---

<sup>8</sup> In Manita e Oliveira (2002)

<sup>9</sup> In Ribeiro *et al.* (2005)



à incapacidade de o sistema integrar o actor social desviante assim como à inaptidão deste em se adaptar às exigências, normas e valores do sistema. Contudo Merton (1970), na sua perspectiva estrutural-funcional mais relativa, percebe a disfunção como algo não necessariamente negativo para o sistema, possibilitando mesmo criar novos equilíbrios.

Numa perspectiva sócio-psicológica, a prostituição seria explicável a partir do distanciamento entre o actual grau de (in)satisfação e o potencial ou desejado nível de satisfação das necessidades das prostitutas/os, ao qual se designou “revolução das expectativas crescentes” (Merton, 1970). Enquadrando-se ainda na teoria sócio-psicológica, Benjamin e Masters (1964)<sup>10</sup> referem três tipos de factores que explicam a prática da prostituição: predisponentes, de atracção e precipitantes. Os factores predisponentes dizem respeito à história passada da mulher, durante a infância e/ou adolescência em que pudessem ter ocorrido situações capazes de “provocar traumas” (pais promíscuos, abandono, abusos sexuais). Os factores de atracção dizem respeito às “vantagens comparativas da carreira prostitucional”, entre as quais os possíveis rendimentos altos e de fácil acesso e uma vida mais livre. Por último, os factores precipitantes poderão incluir as situações de “pressão económica, influência de algum proxeneta ou desgostos amorosos”.

Benjamin e Masters (1964)<sup>11</sup> distinguem ainda dois tipos de prostitutas: as voluntárias e as compulsivas. As primeiras, de escolha livre, conduzidas por opções racionais e as segundas, orientadas, principalmente por necessidades psico-neuróticas. Assim, e de acordo com os três tipos de factores anteriormente enumerados, que justificam a prática da prostituição, os mesmo autores consideram que os factores de atracção exercem maior influência nas prostitutas voluntárias; os factores predisponentes terão maior impacto nas prostitutas compulsivas, enquanto que a importância dada aos factores de precipitação é semelhante para os dois grupos de prostitutas.

### **2.2.1(In)definição de Prostituição**

A tentativa de definir a prostituição tem vindo a ser objectivo de estudo de alguns autores, entre eles o médico higienista Santos Cruz (1984:49) que em 1941

---

<sup>10</sup> In Manita e Oliveira (2002)

<sup>11</sup> *Ibid.*

define prostitutas como “*aquelas que fazem publicamente mal ao seu corpo ganhando dinheiro e que o fazem constantemente a quem quer que o for.*”. Este autor considera apenas no seu estudo a prostituição de rua, não incluindo toda aquela que é realizada em casas de passe ou clandestina. Também no Regulamento Sanitário de Meretrizes do Porto (1853)<sup>12</sup> a prostituta é vista como a mulher pública, e como sendo a que faz do seu corpo profissão habitual por alguma remuneração. Mais tarde, em 1858, no Regulamento de Lisboa, as prostitutas eram encaradas como mulheres que por dinheiro e por costume se entregavam a “uns e a outros”. Neste último regulamento já não há referência exclusiva à questão pública.

No artigo 1º, ponto 2 do Decreto Lei nº 44 579 de 1962, dos Ministérios do Interior e da Saúde e Assistência, consideram-se como prostitutas “as raparigas e mulheres que habitualmente se entregam à prática de relações sexuais ilícitas com qualquer homem, delas obtendo remuneração ou qualquer outro proveito económico.” Este documento refere ainda no ponto 3, do mesmo artigo, que as prostitutas são “equiparadas aos vadios, para o efeito de aplicação de medidas de segurança”.<sup>13</sup>

Posteriormente, algumas destas noções vão sendo modificadas por outros autores, como é o caso de McCaghy (1985)<sup>14</sup> que perspectiva a prostituição como um mero acto comercial, e seja qual for a forma que assume apresenta elementos comuns: 1) actividade com significado sexual para quem paga, incluindo todos os comportamentos, com ou sem penetração; 2) transacção económica, independentemente dos rendimentos de quem presta o serviço; 3) indiferença emocional entre os sujeitos, ou seja, trata-se apenas de uma prestação de serviços paga.

Ao contrário das primeiras noções referidas, esta última de McCaghy não se aplica apenas às mulheres, uma vez que não há referência ao sexo de quem se prostituiu.

Oliveira (2004) coloca algumas questões sobre o que é ou não situação de prostituição, através de alguns exemplos. Se por um lado se considera prostituição a situação em que a mulher está na rua a atrair clientes e que por uma quantia de dinheiro “efectivam relações sexuais, genitais ou orais”, já no caso em que a mesma mulher se encontra na rua e um cliente lhe solicite que o amarre e lhe bate, atingindo este desta forma satisfação sexual, não tendo havido, contudo qualquer contacto físico

---

<sup>12</sup> In Oliveira (2004)

<sup>13</sup> In Marques (1984)

<sup>14</sup> In Oliveira (2004)

entre ambos, a autora coloca dúvidas se a situação é ou não de prostituição, apesar de para o utente ter tido um significado sexual.

Nos anos 70 do século XX, surge a noção de trabalho sexual (Chapkis, 1997), apesar de só mais tarde, nos anos 90 esta terminologia começar a ser mais utilizada. Esta designação passa a incluir não só a prostituição como todos os serviços ou produtos sexuais comerciais, entre eles a própria prostituição, pornografia, *striptease*, danças, chamadas telefónicas e mensagens eróticas.

Dolnick e Lever (2000)<sup>15</sup> consideram que, as trabalhadoras sexuais se podem dividir em três grupos, no que respeita às emoções e ao sexo. Assim existem as que vendem só sexo, como é o caso das prostitutas de rua; as que vendem serviços apenas emocionais, sem incluir carácter sexual, como as “alternadeiras”<sup>16</sup> e as que vendem serviços sexuais e emocionais, que é o caso das *call-girls*<sup>17</sup>.

## 2.3 PROSTITUIÇÃO: ALGUMAS CARACTERÍSTICAS ABORDADAS NESTE ESTUDO

### 2.3.1 Prostituição de rua

Para as trabalhadoras sexuais existem distinções claras entre a actividade de alterne e prostituição, e nem sempre os próprios sujeitos implicados nas actividades se identificam com as designações ou “rótulos” que lhes são atribuídos (Oliveira, 2004).

O trabalho sexual, segundo Weizer (2000)<sup>18</sup> diz respeito a serviços, desempenhos ou produtos sexuais comerciais (prostituição, pornografia, *striptease*, danças eróticas e chamadas telefónicas eróticas). Desta forma a prostituição é considerada uma das formas de trabalho sexual. De acordo com o local de trabalho, Manita e Oliveira (2002) distinguem diversos tipos de prostitutas: prostitutas de rua, de bar, de casa de massagens, de bordel, as acompanhantes e as *call-girls*. Chapkis (1997) refere que as *call-girls* e as acompanhantes são as que estão em melhor posição de exercer o seu direito de escolher os clientes que querem, bem como se assim o

---

<sup>15</sup> In Oliveira (2004)

<sup>16</sup> A alternadeira ou mulher de alterne recebe à noite para estar num bar onde deve levar os clientes a pagarem-lhe uma bebida, da qual recebe uma percentagem. Algumas destas mulheres podem para além desta actividade, exercerem a prostituição.

<sup>17</sup> A *call-girl* é alguém que se prostituiu, utilizando contactos pelo telefone através de pequenos anúncios colocados em revistas ou jornais. O encontro, após o contacto telefónico, pode ser em local próprio marcado pela *call-girl* ou indo esta ter com o cliente. Estas prostitutas normalmente não se encontram na rua.

<sup>18</sup> In Oliveira (2004)

entenderem, de recusar serviços que considerem perigosos. Estas são também as que mais facilmente conseguem transitar para outro emprego, depois de terem juntado uma determinada quantia de dinheiro.

A questão emocional do trabalho sexual é ainda distinguida entre as prostitutas de rua e as *call-girls* em Dolnick e Lever (2000)<sup>19</sup>. Dolnick e Lever (2000)<sup>20</sup> consideram que o trabalho realizado pelas segundas apresenta uma maior componente emocional e de intimidade do que o que é efectivado pelas prostitutas de rua.

O que caracteriza as prostitutas de rua é diferente do que caracteriza as *call-girls*, pois têm normalmente mais idade, provêm de classes sócio-económicas mais desfavorecidas, provêm de famílias disfuncionais, tiveram dificuldade de adaptação à escola, são frequentemente alvo de internamentos em instituições diversas, têm entre si uma maior número de toxicodependentes, ganham menos dinheiro e estão por vezes mais sujeitas a perseguições da polícia quando a prostituição é legalmente proibida, não sendo nesta última situação, o caso português. São também aquelas que sofrem mais tentativas de rapto, violações, roubos, coacção para terem relações sexuais sem preservativo. Este tipo de agressão pode ser cometido por clientes, chulos ou terceiros (Manita e Oliveira, 2002).

Ainda na prostituição de rua podem existir estratificações, já que surgem, não raras vezes, conflitos entre prostitutas adolescentes, jovens, toxicodependentes, imigrantes e trabalhadoras desesperadas e outras, quase sempre relacionados com a diminuição de preços (O'Neill e Barbaret, 2000)<sup>21</sup>.

### 2.3.2 Prostituição Masculina

De acordo com Bullough e Bullough (1998) a prostituição masculina remonta ao tempo em que se iniciou a prostituição feminina, contudo, os estudos que se referem à prostituição apontam sobretudo as mulheres e muito menos os homens.<sup>22</sup>. Segundo Werzer-Lang *et al.* (1994)<sup>23</sup> este facto poderá dever-se ao número de mulheres que se prostituí ser superior ao número de homens. Contudo, na opinião do mesmo autor, tem vindo a notar-se um aumento significativo do número de homens

---

<sup>19</sup> In Oliveira (2004)

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> *Ibid.*

<sup>22</sup> Por esta razão, optámos por criar um sub-capítulo direccionado para a prostituição masculina, uma vez que a feminina tem vindo a ser sempre referida ao longo deste capítulo.

<sup>23</sup> In Martins (2004)

que se prostituí, sejam, ou não, homossexuais, travestis ou transsexuais. Apesar da prostituição masculina ser frequentemente associada à homossexualidade, quer os prostitutas, quer os clientes, se identificam muitas vezes como heterossexuais.

Earls e David (1989)<sup>24</sup> consideram que o envolvimento dos homens na prostituição aumenta de acordo com as seguintes variáveis: idade jovem, experiência sexual precoce de sedução ou recompensada, por parte de um homem, orientação homossexual e falta de emprego.

A Rede Europeia para a prevenção do VIH/ DST na Prostituição (2001) refere, num seu artigo que em muitas zonas da Europa, os projectos para homens que praticam a prostituição são praticamente inexistentes e os próprios serviços que existem nem sempre dão resposta aos padrões de prostituição masculina. A visibilidade menor de homens (ou rapazes) que recebem dinheiro para ter relações sexuais com outros homens ou mulheres e o próprio tabu, relativo à homossexualidade, já anteriormente referido, é uma das razões apontadas para a não existência de tantos projectos que apoiem prostitutas masculinos.

Contudo, o mesmo artigo refere que os projectos de apoio à prostituição masculina não devem assumir que os prostitutas que praticam sexo com outros homens são homossexuais, uma vez que a homossexualidade inclui não só o comportamento homossexual, como também uma identidade e um estilo de vida. Jovens entre os 15 e os 25 anos que vendem sexo a outros homens podem ser particularmente vulneráveis, por estarem num fase de desenvolvimento de identidades sexuais.

West (1998) aponta ainda que à semelhança com a prostituição feminina, existem categorias contrastantes. Refere os prostitutas de rua, que têm, tal como no caso das mulheres, vários problemas e privações sociais e pessoais e os massagistas/*call-boys*, considerados trabalhadores independentes, actuando em locais privados e protegidos.

## **2.4 SAÚDE: ABORDAGENS PEDAGÓGICAS E SOCIAIS**

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) define saúde como sendo o *“estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera*

---

<sup>24</sup> In Oliveira (2004)

*ausência de doença ou enfermidade*”. Posteriormente, em 1986, na carta de Ottawa, é definido o conceito de promoção da saúde como “*o processo que permite aos indivíduos aumentar o controlo sobre a sua própria saúde e melhorá-la*”, ou seja o indivíduo tem de ser capaz de identificar e satisfazer as suas necessidades, convivendo com o meio ambiente em que se insere ou, se necessário, alterando-o para que possa atingir um total bem-estar físico, mental e social (OMS, 1986).

#### **2.4.1 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**

Segundo a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em 1994, *a saúde reprodutiva é um completo bem estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade, em todas as questões relacionadas com o seu sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva, sugere que as pessoas são capazes de viver uma vida sexual e segura, tendo a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidirem se, quando, e com que frequência o desejam. Implícitos nesta definição estão os direitos de homens e mulheres a serem informados e a terem acesso a métodos de planeamento familiar seguros, eficazes, económicos, disponíveis e aceitáveis às suas escolhas para a regulação de fertilidade, que não sejam ilegais. Encontra-se incluído o direito ao acesso a serviços apropriados de cuidados de saúde que permitirão às mulheres viver em segurança a gravidez e o parto, sendo disponibilizados serviços que permitam aos casais ter uma criança saudável.* Perrow (2003).

A saúde sexual esteve durante muito tempo incorporada na saúde reprodutiva, particularmente desde a CIPD de 1994, onde se definia que a saúde reprodutiva incorporava a saúde sexual. Contudo, recentemente esta concepção foi-se alterando com o reconhecimento de que a saúde sexual estaria além da saúde reprodutiva. A saúde sexual deve ser de facto uma condição subjacente necessária para a saúde reprodutiva e ao mesmo tempo sendo relevante durante toda a vida e não só durante os anos em que há possibilidade de reprodução (Butler, 2004).

A Saúde Sexual é encarada como um estado do bem estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é meramente a ausência da doença, de disfunções ou de enfermidades. A saúde Sexual requer uma aproximação positiva ao que diz respeito à sexualidade e aos relacionamentos sexuais, assim como a

possibilidade de ter experiências sexualmente agradáveis e seguras, livres de coerção, de discriminação e de violência.<sup>25</sup>

#### 2.4.2 Sexualidade – perspectivas (in)temporais

A sexualidade, é actualmente um tema em grande debate, contudo só se iniciou de forma verdadeiramente aberta há poucas décadas.

Até meados do século passado, a sexualidade era reduzida a algo secreto, não se falava ou quando tal se fazia, era para ocultar, Foucault<sup>26</sup> declara que “ *O que caracteriza as sociedades modernas não é que tenham obrigado o sexo a permanecer na sombra, mas que se tenham destinado a falar sempre do sexo, fazendo-o valer e pondo-o em relevo como secreto*”. Lopez (1988) caracteriza então a sexualidade até meados do século XX como tabuizada, perseguida, reduzida, cindida, culpabilizada, obsessiva e carenciada de uma ciência que a estudasse.

Vaz (2000) aponta ainda a visão Freudiana como um ponto de viragem, já que pela primeira vez alguém separava nitidamente o instinto sexual da reprodução, a libido aspirava ao prazer não obedecendo a qualquer ética procriativa. Não prevendo um sexo pré-definido como destino, o desejo seria independente do objecto, sendo a infância o primeiro período dessas manifestações, o que não foi bem aceite na sociedade contemporânea.

A partir do fim do século XX, produziram-se algumas mudanças decisivas em relação à sexualidade que começaram a gerar novas concepções. O reconhecimento científico permitiu desenvolver numerosas investigações psicológicas, sociológicas e fisiológicas; a luta de algumas minorias, sobretudo contra a moral tradicional; os meios de comunicação enquanto transmissores de informações; a difusão de estudos e a discussão em algumas organizações mundiais, entre elas a OMS, contribuíram para esta mudança.

Na visão de Lopez (1988), a sexualidade, para além de um impulso enraizado no biológico, é igualmente uma realidade interpretada – de sentimentos, emoções, símbolos e condutas – pelo indivíduo e sociedade em que está inserido. Esta influência

---

<sup>25</sup> Esta definição de saúde sexual está presente no site da OMS, tendo sido definida no “*Convened International Technical Consultation on Sexual Health*” em Janeiro de 2002. Foi posteriormente revista por um grupo de peritos de diferentes partes do mundo. Contudo, esta é uma definição de trabalho, não representando a posição oficial da OMS sobre saúde sexual.

<sup>26</sup> In Lopez (1988: 2)

social torna a sexualidade numa “construção social que condiciona as diferentes formas de as viver pelos indivíduos concretos” (Lopez, 1988).

Numa perspectiva biológica, Handerson (1990)<sup>27</sup> revela que os dois sexos existem em todas as sociedades, no entanto, a sexualidade, enquanto complexo de reacções, interpretações, definições, proibições e normas é fruto de uma cultura que pretende dar resposta aos dois sexos biológicos.

A visão psicanalítica concebe a sexualidade como um fundamento e eixo organizador do humano. André Green (1997)<sup>28</sup> aponta a sexualidade como um sistema feito de várias formações, contemplando diversas noções fundamentais, entre elas: necessidade; pulsão/instinto (diferenciado do instinto animal); prazer/desprazer; função, linguagem e imaginários eróticos, mas paralelamente, vinculação, ou seja, a sexualidade relacional na sua intimidade, confiança, autonomia e por fim todos os problemas relacionados com orientação e identidade sexual.

A OMS entende a sexualidade como “*uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; É ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; A sexualidade influencia pensamentos, acções e interacções, e por isso, influencia também a nossa Saúde física e mental*” (Caetano, 2003).

A definição apontada pela OMS é bastante abrangente e não pressupõe identidades e géneros previamente estabelecidos.

A sexualidade adquiriu assim um valor próprio e apresenta-se como uma componente positiva, em desenvolvimento ao longo de toda a vida – não restrita apenas a um período da vida – cujas manifestações concorrem para o bem estar pessoal e relacional e não só para a reprodução. Este desenvolvimento da sexualidade está contudo condicionado por factores intrínsecos e extrínsecos, que necessitam ser compreendidos pelo próprio indivíduo (Caetano, 2003).

#### **2.4.2.1 Orientação sexual**

A American Psychological Association (APS, 2006) considera a Orientação Sexual como uma atracção emocional, romântica, sexual ou afectiva a indivíduos de

---

<sup>27</sup> In Vaz (2003)

<sup>28</sup> In Barbosa (2000)



um determinado sexo. A Orientação Sexual é encarada como uma das quatro componentes da sexualidade, sendo as restantes componentes: o sexo biológico (sexo masculino ou feminino atribuído no nascimento); a identidade de género, correspondendo ao sentido psicológico de ser masculino ou feminino; e o papel social do género, ou seja a extensão do que é considerado na sociedade como o comportamento feminino e masculino (APS, 2006).

Geralmente, são reconhecidas três tipos de orientação sexual: heterossexual, atracção a indivíduos do outro sexo; homossexual, atracção a indivíduos do próprio sexo e bissexual, atracção aos membros de ambos os sexos. Homens e mulheres com uma orientação homossexual são geralmente designados, respectivamente por gays e lésbicas (APS, 2006).

Orientação Sexual distingue-se de comportamento sexual porque se refere aos sentimentos e às opiniões que os indivíduos têm sobre si próprios e do que se consideram ser. O comportamento sexual é simplesmente a forma como os indivíduos se comportam numa situação sexual, podendo esses mesmos indivíduos expressar, ou não, a sua orientação sexual nos seus comportamentos (APS, 2006). A American Psychological Association (APA, 2006) considera ainda que a orientação sexual se processa num contínuo da vida do indivíduo, que não tem que ser exclusivamente homossexual ou heterossexual, podendo sentir variados graus de atracção por ambos os géneros.

#### **2.4.2.2 Educação para a Sexualidade**

A Educação Sexual tem vindo a ser debatida como um conteúdo da Educação para a Saúde e para a Cidadania.

Na opinião de Medero (1997), a Educação Sexual é um processo gradual que conduz à construção de noções sexuais, podendo ser efectuada de forma formal ou informal. Caetano (2003), por sua vez, amplia esta visão, encarando-a como um conceito global que inclui a identidade sexual, o corpo, as expressões da sexualidade, os afectos, a reprodução e a promoção da saúde Sexual e reprodutiva.

Silva (2006) aponta que a educação sexual está presente em diversos momentos, através de modelos e comportamentos que transmitem pelas famílias, pelos agentes de educação formal e também pelos meios de comunicação social. Silva

(2006: 8) é ainda da opinião que: *“faz-se educação sexual na forma como se responde ou não se responde às questões dos alunos e alunas, ou mesmo às suas provocações, relacionadas com a sexualidade... não é possível não fazer educação sexual em meio escolar. Não é possível só fazer educação sexual numa disciplina de educação para a saúde”*.

Os sujeitos a quem normalmente se dirigem as campanhas de Educação Sexual formal são sobretudo jovens, ou adolescentes, e ultimamente crianças pré-adolescentes. Contudo, muitos dos objectivos da educação sexual formal ou informal para jovens e adolescentes podem ser igualmente enquadrados numa educação sexual dirigida a adultos.

Alguns dos objectivos gerais da Educação da Sexualidade, apontam para que: i) se reconheça a sexualidade como fonte de prazer e comunicação, e como uma componente positiva na realização pessoal e nas relações interpessoais; (ii) se valorizem as diferentes expressões da sexualidade, nas várias fases de desenvolvimento ao longo da vida; (iii) se respeite a pessoa do outro, independentemente das suas características e orientação sexual, sendo assim respeitadas também as diferenças culturais e sociais; (iv) se promova a igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos; (v) se reconheça a importância da comunicação e do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade; (vi) se reconheça o direito a uma maternidade/paternidade livres e responsáveis; (vii) se valorize e reconheça a autonomia e a liberdade de escolha como aspectos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual; (viii) se recusem formas de expressão da sexualidade que envolvam manifestações de violência e promovam relações de dominação e exploração; (ix) se promova a saúde dos indivíduos na esfera sexual e reprodutiva (Caetano, 2003).

Analisando os diversos objectivos apontados, o mesmo autor conclui que o grande objectivo da Educação da Sexualidade é contribuir para uma vivência mais informada, gratificante e autónoma, que conduzirá a uma vivência mais responsável da Sexualidade (Caetano, 2003).

Vasconcelos (2000) estabelece a ligação da educação da sexualidade à educação para a cidadania, sendo que os princípios da prática da cidadania são aplicáveis à educação sexual, no que se refere ao respeito por si e à consciência do seu papel enquanto ser social e sexuado na sociedade em que vive, bem como no que se

refere ao respeito pelo outro, que implica aceitar a diferença, por exemplo, na escolha de caminhos diferentes aos vulgarmente assumidos, em termos da sexualidade.

Discute-se actualmente, em Portugal, se o trabalho a desenvolver neste campo, sobretudo para as faixas etárias mais novas, deve ser feito por pais, educadores ou profissionais da saúde, ou se o mesmo poderá ser realizado por todos, sendo necessário um envolvimento de todos.

No âmbito da educação sexual será necessário que os profissionais apresentem formação nas várias dimensões da sexualidade, incluindo a dimensão biológica, psicológica, sociológica e ética. Para além dos conhecimentos básicos relativos a todas as dimensões da sexualidade humana, é necessário que o trabalho nesta área seja realizado de forma integrada ou ecológica, porque cada manifestação da sexualidade é uma interacção bio-psico-sócio-ética. Esta perspectiva ecológica implica um estudo da sexualidade no meio e nas circunstâncias em que ele se desenrola e ocorre, sem se perder de vista o grau de influência na educação sexual que têm os restantes agentes informais (Soares, 1999).

A APF é da opinião que, em Portugal: (i) não há necessidade de mais legislação, considerando a existente suficiente e urgente em ser aplicada; (ii) é fundamental trabalhar a nível programático e curricular a educação sexual e educação para a saúde, num área mais vasta de formação pessoal e social, aproveitando as áreas curriculares não disciplinares, como a formação cívica, e integrar a educação sexual nas disciplinas onde tal faz sentido; (iii) seria necessário uma melhoria e aprofundamento do documento “Linhas Orientadoras da Educação Sexual em Meio Escolar”<sup>29</sup>; (iv) se deve desenvolver e reorganizar uma estrutura do Ministério da Educação, de modo a promover-se o acompanhamento e avaliação do que está disposto na lei; (v) continua a ser essencial, ao nível de cada escola, clarificar e definir que estrutura deve ser responsável pela promoção da educação sexual; (vi) é fundamental reforçar e desenvolver uma estrutura de parcerias que reúna todos os actores deste processo, nomeadamente os ministérios envolvidos (sobretudo os da Educação e da Saúde), a CONFAP (Confederação de Associações de Pais) e as ONG (Organizações Não Governamentais) com reconhecida presença e competência no âmbito da educação sexual; (vii) há necessidade de reforçar o estudo e as investigações científicas nestas áreas. A APF propõe, ainda, que seja feita uma avaliação ao trabalho

---

<sup>29</sup> Documento realizado pelas entidades: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Associação para o Planeamento da família.

realizado pelas diferentes entidades no âmbito da educação sexual formal (APF, 2005a).

### 2.4.3 Problemática social e saúde

Associada à problemática social da prostituição encontra-se a problemática da saúde individual e pública. Uma das questões que mais tem preocupado a comunidade científica é o VIH/Sida associado às práticas prostitutivas. Após várias investigações e intervenções preventivas, verificou-se que nos países ocidentais, a taxa de infecção pelo VIH em mulheres que se prostituem é baixa, já que estas indicam uma elevada taxa do uso do preservativo com os seus clientes (Rhodes et al, 2002)<sup>30</sup>. No entanto, existe uma excepção, que tem provocado o aumento da SIDA em prostituição de rua, que se deve ao grande número de toxicodependentes, entre as prostitutas de rua (Porter e Bonilla, 2000)<sup>31</sup>. Entre as próprias prostitutas existe uma maior taxa de utilização do preservativo nas suas relações comerciais do que nas privadas, uma vez que funciona como barreira emocional na relação com clientes.

Warr e Pryett (1999)<sup>32</sup>, demonstraram que, pelo contrário, nas relações que estabelecem com os parceiros fixos não usam o preservativo, uma vez que assim consideram distinguir emocionalmente os dois tipos de relações, tornando-se este último mais genuíno. Contudo, esta atitude coloca-as em riscos de contracção de IST, uma vez que os seus companheiros muitas vezes mantêm relações sexuais desprotegidas com outras mulheres ou injectam drogas, com seringas contaminadas (Manita e Oliveira, 2002).

Segundo Pedrola, Roca e Sierra (1993), num projecto de prevenção da Sida na *cidade vella* (Barcelona), as pessoas que exercem prostituição inserem-se numa percentagem da população, cada vez mais elevada, de utilizadores de droga por via intra-venosa, apresentam grande promiscuidade sexual e constituem uma via potencialmente importante de acesso à infecção da população em geral.

No sentido de responder às necessidades sanitárias de grupos de prostituição de rua, nomeadamente no controlo da disseminação das IST, e ao mesmo tempo a

---

<sup>30</sup> In Manita e Oliveira (2002)

<sup>31</sup> *Ibid.*

<sup>32</sup> *Ibid.*

necessidades sociais e psicológicas, existem por todo o país diversos projectos de apoio a grupos de prostituição. Num estudo realizado sobre a caracterização da prostituição de rua no Porto e em Matosinhos, em 2001, Manita e Oliveira (2002) verificaram que a grande maioria das prostitutas de rua destes dois centros urbanos recorre a projectos de apoio social, sendo eles o Projecto Auto – Estima (AE), o Projecto Espaço Pessoa (EP) e Viatura de apoio móvel à prostituição (VP). Algumas delas recorrerem aos três projectos em simultâneo.

No mesmo estudo realizado, com uma amostra entrevistada de 95 utentes, pode-se considerar que o nível de informação que possuem acerca das vias de transmissão e de protecção em relação ao VIH/ Sida é elevado e adequado. No entanto, no que se refere a práticas de masturbação, aos beijos e ao sado-masoquismo, verifica-se uma maior dispersão de respostas, sugerindo muitas dúvidas. Segundo as autoras do estudo (Manita e Oliveira, 2002), tal fenómeno poder-se-á dever à informação transmitida habitualmente pelas campanhas de prevenção (incidindo sobretudo no uso do preservativo que se associa às relações genitais, orais e anais).

#### **2.4.4 Infecções Sexualmente Transmissíveis**

A saúde pública continua a ser uma das primeiras e mais significativas questões a serem levantadas quando se discute as vantagens e desvantagens da legalização da prostituição. Também Oliveira (2004) salienta ainda que, nomeadamente a disseminação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), se associa à actividade da prostituição. No entanto, a autora afirma que se tem verificado em vários estudos que a maior percentagem de disseminação se encontra nas relações não comerciais, pelo facto de se praticarem mais frequentemente relações desprotegidas. A mudança do termo grupos de risco para comportamentos de risco, justifica-se pelo facto de, independentemente do grupo social de pertença, qualquer indivíduo pode apresentar comportamentos que o coloquem a si e aos outros em risco.

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são infecções cuja transmissão se faz através de contacto sexual, havendo no entanto algumas que podem também ser contraídas por outras vias que não só de âmbito sexual.

De acordo ainda com a Organização Mundial de Saúde e segundo publicação – guia para o Tratamento de IST (OMS, 2005), as infecções do aparelho reprodutor classificam-se em três grupos principais de infecções que ocorrem mais

frequentemente em mulheres, mas também nos homens: infecções endógenas, do aparelho genital por exemplo *Candidiasis* e *vaginosis bacteriana*; as infecções iatrogénicas que podem ser contraídas em práticas pessoais, culturais ou médicas sem esterilização, por exemplo após a examinação, intervenção durante a gravidez, o parto ou o período pós parto e as infecções sexualmente transmissíveis (Gonorreia, Sífilis, Clamidia, Herpes genital, VIH).

A OMS (2005) alerta para o facto da falta de diagnóstico e de tratamento das IST em estado avançado poder resultar em complicações graves como infertilidade, aborto, gravidez ectópica, cancro anogenital, morte prematura assim como infecções em recém nascidos e lactentes.

Com o aparecimento do VIH e da SIDA, o controlo das IST passou a ser observado com mais atenção, uma vez que existe uma forte relação entre a disseminação das IST convencionais e a transmissão do VIH. A disseminação da infecção por VIH e Sida veio complicar o manuseamento e controlo de outras IST, como é exemplo o tratamento do cancroide cada vez mais difícil em zonas de alta prevalência por VIH, devido à imunodeficiência relacionada com o próprio vírus. A resistência antimicrobiana de vários agentes patogénicos transmitidos sexualmente está a aumentar, tornando alguns tratamentos não eficazes. Apesar de se dispor de novos agentes como as cefalosporinas e fluoroquinolonas de terceira geração para o tratamento de infecções com cepas resistentes, o seu custo continua alto. Contudo deve-se comparar o alto custo inicial, com os custos de um tratamento inadequado, a reincidência e a continuação da transmissão (OMS, 2005).

Um adequado e efectivo tratamento e controlo das IST, evita o desenvolvimento de complicações e sequelas, reduzindo a propagação nas comunidades, devendo ao mesmo tempo promover-se actividades educativas sobre a prevenção do VIH. Se nos primeiros contactos estabelecidos entre pacientes, prestadores de cuidados de saúde e promotores de saúde, for realizado um tratamento apropriado das IST, esse facto constituirá uma importante medida de saúde pública, sobretudo ao nível dos adolescentes, onde haverá a possibilidade de influenciar, para o futuro, possíveis comportamentos sexuais e práticas de tratamento, se necessário (OMS, 2005).

É ainda recomendação da OMS (2005) que os países elaborem protocolos, em colaboração com os “peritos locais em IST e de saúde pública” e os usem para o tratamento das IST, de modo a que haja uma garantia da igualdade de oportunidades

para todos os cidadãos, no que diz respeito a tratamentos adequados em todos os níveis dos serviços e cuidados de saúde

#### **2.4.5 - Abordagens de Promoção da Saúde**

Segundo Ewles e Simnett (1999) podem-se distinguir cinco tipos de abordagens de Promoção da Saúde, consoante o objectivo que se pretende: a Médica, a de Alteração de Comportamentos, a Educacional, a Centrada no Utente e a de Alteração Social.

Assim, a abordagem *Médica*, tem por objectivo terminar com as doenças e deficiências medicamente definidas e actua através da promoção da intervenção médica para a prevenção ou melhoria da saúde, ou seja apostam no tratamento e têm como valores o cumprimento das medidas médicas preventivas.

Na abordagem de *Alteração de Comportamentos*, tem-se por objectivo que haja mudança do comportamento individual com a intenção de terminar com as doenças. É necessário, neste modelo, que haja alteração de atitudes e comportamentos para a adopção de estilos de vida saudáveis. Esta perspectiva assume ainda que é da responsabilidade do profissional de saúde persuadir as pessoas a adoptarem estilos de vida mais saudáveis, baseados na perspectiva do promotor de saúde.

Os dois modelos acima referidos entendem que a promoção da saúde terá por objectivo a mudança de comportamento dos indivíduos com vista à aquisição de estilos de vida mais saudáveis, ou seja contribuir para que os indivíduos alterem o seu comportamento para melhor se enquadrarem no ambiente já existente (Ewles e Simnett, 1999).

Pelo contrário, outros autores contradizem esta perspectiva, por considerarem que outros aspectos devem ser tomados em consideração, nomeadamente, o facto de nem sempre a população confiar totalmente na opinião dos especialistas, na problemática da imposição de alguns comportamentos e atitudes que colidem com alguns valores pessoais, morais ou sociais. Pelo facto de considerarem que nem sempre a mudança de comportamento dos indivíduos depende apenas da sua vontade, pois estão associados, os designados factores ambientais: sociais, económicos, geográficos, entre outros, que não permitem uma mudança de comportamento como seria desejado pelo próprio. (Ewles e Simnett, 1999).

Numa abordagem **Educacional**, pretende-se que os indivíduos com conhecimento e entendimento possam tomar decisões bem informadas e assumidas na prática. Assim, a função do promotor de saúde é a de informar sobre as causas e efeitos dos factores de diminuição da saúde, explorando valores e atitudes e permitindo o desenvolvimento de competências para uma vida saudável. Assim sendo, esta abordagem tem por valores o direito individual à livre opção do utente e a responsabilidade do promotor em identificar os conteúdos educacionais.

Numa quarta abordagem, a **Centrada no Utente**, o objectivo é o de trabalhar com os utentes em função deles próprios, ou seja trabalhar os temas de saúde, opções ou acções que os utentes tenham identificado, responsabilizando o próprio utente, permitindo-lhe desenvolver o seu *empowerment*. Neste tipo de abordagem os utentes são vistos como iguais e são eles que procuram os promotores de saúde.

Assim sendo, segundo Ewles e Simnett (1999), pode-se assumir a educação e a promoção para a saúde numa perspectiva de colaboração com a pessoa (doente/utente), com o propósito que este adquira competências para tomar decisões, sejam elas quais forem, colocando-as em prática. Desta forma, o promotor de saúde assume o papel de informar a pessoa dos riscos que corre e das consequências que daí advém, no caso de não haver mudança de comportamento de risco, procurando certificar-se que a pessoa compreendeu todos os factos e riscos envolvidos e esforçando-se por apoiar e respeitar a escolha feita, mesmo que esta não corresponda a uma mudança de comportamento. O promotor de saúde, neste caso pode assumir a acção como bem sucedida, uma vez que a atitude de risco para a saúde foi tomada de forma consciente.

Contrariamente a esta ideia, os educadores e promotores de saúde que apostam na persuasão da pessoa para alterar o seu comportamento, apenas terão sucesso se isto se verificar. Esta teoria foi assumida sobretudo nas campanhas de Educação para a saúde nos anos 70, em que se dava ênfase à transmissão de informação, sem muitas vezes ter em consideração as circunstâncias sociais e económicas. Estas campanhas não atingiram os resultados esperados em termos de mudança de comportamento (Scriven 1996)<sup>33</sup>. A partir dos anos 80, os programas de Educação para a Saúde começaram a preocupar-se não só com os contextos que influenciavam a mudança de atitudes, mas sobretudo em auxiliar as pessoas a desenvolverem as competências

---

<sup>33</sup> In Carvalho (2003)



persoais e sociais necessárias à opção por comportamentos mais saudáveis (Ewles e Simnett, 1999).

Como última abordagem, a *Alteração Social*, entende que é necessário alterar o ambiente físico e social para que possa haver uma escolha de estilos de vida mais saudáveis. Neste caso a actividade do promotor de saúde é uma atitude e acção política e social, na tentativa de alterar o ambiente físico e social. O principal valor deste tipo de abordagem é o direito e necessidade de aumentar a saúde ambiental.

#### 2.4.6. Projectos de Promoção da Saúde

O trabalho de promoção da saúde passa diversas vezes por projectos de âmbito mundial, nacional e local. Alguns dos projectos que apresentaremos centram-se em populações desfavorecidas ou de alguma forma sujeitas a comportamentos de maior risco, sob o ponto de vista da saúde, sobretudo sexual.

Os Centros de Aconselhamento de Detecção (CAD) precoce da infecção pelo VIH, inseridos no programa da Comissão Nacional de Luta contra a Sida são centros de testes com características específicas, centrados no diagnóstico de infecções causadas pelo VHI 1 e 2. O atendimento é anónimo, gratuito e com acesso directo.

O processo de atendimento num CAD apresenta 4 fases: a) Acolhimento no CAD; b) Aconselhamento Pré-Teste; c) Colheita de Sangue para análise; d) Entrega do resultado e aconselhamento pós-teste.

Tanto o aconselhamento pré-teste e como o pós-teste são assegurados por psicólogos clínicos, especializados na área do VIH/SIDA.

Segundo Teixeira (1994)<sup>34</sup>, o aconselhamento pré-teste tem por objectivos a) promover uma decisão informada sobre o teste de VIH que irá realizar; b) a preparação para possíveis notícias más; c) prevenção de futuras situações de risco, disponibilizando informação *à medida*, das necessidades.

Guerreiro (2002) refere que os motivos que levam as pessoas a procurar o rastreio é sobretudo o reconhecimento da prática de comportamentos de risco, sob o ponto de vista sexual. A mesma autora refere que na maior parte dos casos, as situações de comportamentos de risco são já de nível elevado ou associadas a factores afectivo-emocionais e/ou de juízo moral (múltiplos parceiros sexuais; parceiro/a(s)

---

<sup>34</sup> In Guerreiro (2002)

seropositivos, toxicodependentes; infidelidade do/a próprio/a ou do parceiro/a; prostituto/a(s) ).

Segundo técnicos do CAD (Guerreiro, 2002) apesar dos utentes aumentarem o seu nível de informação e sensibilização em relação à doença (VIH/SIDA), continua a existir dificuldade em atingir uma mudança de comportamentos e atitudes, uma vez que muitos deles vêm repetir o teste, por incorrerem em novas situações de risco.

Um estudo realizado com Condutores de Longo Curso (Marques, 2001) indica que apesar dos sujeitos não serem prostitutas, são muitas vezes clientes da prostituição, daí a pertinência de conhecer as atitudes e práticas preventivas relativamente à infecção por VIH e outras IST desta população – alvo, assim como conhecer estratégias e instrumentos de acção preventiva.

Partindo do mesmo estudo acima indicado, a identidade grupal e a definição de elementos de acentuação masculina poderão funcionar como facilitadores de comportamentos de risco, sobretudo porque como foi verificado em algumas entrevistas o comportamento de protecção está associado às mulheres, daí poder colocar em causa a sua identidade.

Na população analisada, por entrevistas ou questionários (100 indivíduos), cerca de um quarto dos inquiridos considerou que é fácil identificar alguém seropositivo, assim como cerca de 40% afirma que numa relação com “alguém de confiança” – segundo a sua apreciação, não utiliza o preservativo. Marques (2001:50) conclui:

*“A população em causa deve ser entendida, não apenas como um grupo com uma profissão específica, mas também como um segmento da população adulta, em princípio, enquadrada em estratos sociais médios e baixos e, como dado importante, de sexo masculino.”.*

O estudo empírico que pretendemos realizar tem como objecto de estudo o modo de organização, as interacções que se estabelecem entre os diversos sujeitos e as abordagens utilizadas directa ou indirectamente numa perspectiva da promoção social da saúde, num projecto que apoia prostitutas/as de rua na cidade do Porto. Os objectivos deste estudo são os seguintes:

1 – Identificar as razões e motivações de técnicos e utentes em participarem no projecto Espaço Pessoa;

- 2 – Identificar as perspectivas de técnicos e utentes do EP sobre as interacções estabelecidas entre uns e outros;
- 3 – Identificar as noções de saúde, comportamentos de risco e preventivos, perspectivados por técnicos e utentes;
- 4 - Identificar em que modelos se situam as abordagens de promoção da saúde, utilizados na instituição de apoio a prostitutas/as;
- 5 - Reconhecer possíveis dificuldades de acções promotoras de saúde no contexto específico.

Estes objectivos centram-se na perspectiva de compreender os processos do fenómeno particular deste contexto, analisando e interpretando as interacções que se estabelecem entre técnicos (enquanto promotores de saúde e sociais) e utentes, no que diz respeito, não só a questões de promoção da saúde, mas também de interacção pessoal.

A perspectiva de saúde e os comportamentos de risco e/ou preventivos assumidos pelos utentes, sobretudo ao nível da saúde sexual, poderão permitir-nos identificar e perspectivar as abordagens dos modelos utilizados de promoção da saúde. O reconhecimento dos meios e recursos físicos, humanos e técnicos que a instituição dispõe para concretizar os objectivos a que se propõe; as dificuldades com que se deparam os técnicos no que se refere a recursos, mas sobretudo nas interacções com os utentes; a perspectiva dos utentes e técnicos sobre o(s) uso(s) que os utentes fazem da informação/formação recebida da instituição, no campo da saúde e social, fazem parte das nossas intenções neste estudo.

Foi ainda nosso propósito identificar algumas características de vida pessoal, de uma amostra da população de utentes, no que se reporta a antecedentes familiares e situação familiar actual, que pudesse auxiliar na caracterização e compreensão das atitudes tomadas dos inquiridos.

Enquanto docentes e investigadores importa-nos na docência e na investigação conhecer não só a realidade específica em estudo, mas também o contexto que a envolve e condiciona.

## III – METODOLOGIA

### 3.1 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A metodologia do presente estudo seguiu a orientação de investigação qualitativa, formalizada em Estudo de Caso, uma vez que esta abordagem revela inúmeras vantagens, sobretudo por: (i) se comprometer em se identificar a si própria para compreender o fenómeno estudado; (ii) se comprometer em entender as perspectivas dos actores e actoras em causa; (iii) se definir pela compreensão do fenómeno, relatando-o de forma literal e incluindo os comentários dos participantes (Sreubert, 2002).

Segundo Biklen e Bogdan (2003), neste tipo de investigação qualitativa, os investigadores frequentam os locais de estudo porque estes devem ser entendidos no contexto da história das instituições a que pertencem e interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos. Daí a necessidade de durante alguns meses termos estado em observação em alguns dos contextos nos quais se estabelecem interações entre técnicos e utentes, nomeadamente na sala de convívio e nas saídas de rua.

Nesta perspectiva qualitativa, Cohen e Manion (1998) apontam também algumas das características para o Estudo de Caso:

- a) – os dados provenientes dos Estudos de Caso são “fortes em realidade”, embora ao mesmo tempo difíceis de organizar;
- b) – os Estudos de Caso reconhecem a complexidade da realidade social pois têm em consideração a importância dos diferentes elementos sociais.
- c) – os Estudos de Caso, vistos como produtos podem constituir um arquivo de material descritivo suficientemente rico para permitir novas interpretações dos mesmos;
- d) – os Estudos de Caso podem ser vistos como um “passo para a acção”. As suas conclusões podem ser interpretadas de forma a constituírem a base de alterações em diferentes sistemas.

Conforme Yin (2003), o estudo de caso toma por objecto um fenómeno contemporâneo, situado no contexto da vida real, em que as fronteiras entre o fenómeno estudado e seu contexto não são completamente distintas. Assim, optámos

por esta metodologia por pretendermos observar as características de uma unidade individual, aprofundando e conhecendo uma instituição em particular, em que interactivam diversos actores, constituindo uma realidade única e irrepetível.

Em investigação qualitativa, o principal objectivo é o de melhor compreender o comportamento e experiências humanas. Tentou-se, desta forma não só compreender o processo mediante o qual as pessoas constroem significados mas também descrever em que consistem esses mesmos significados.

O estudo de caso pode também ser considerado como uma análise fenomenológica. Esta consiste em transmitir a realidade vivida e interpretada pelas próprias pessoas, em transmitir o modo como interpretam o que lhes vai sucedendo. Assim sendo, foi fundamental que, enquanto investigadores, registássemos tudo aquilo que a própria pessoa ia apontando como razões para a sucessão de acontecimentos de aspectos particulares da sua vida. Daí que, no que concerne à recolha de dados, neste tipo de investigação, segundo Biklen e Bogdan (2003), estes encontram-se sobretudo sob a forma de palavras.

Poderíamos ter centrado o trabalho de investigação numa metodologia qualitativa do tipo biográfico de “histórias de vida”, mas para além de termos sido informados que esta população havia passado por algo semelhante numa investigação anterior, e que poderia ser para ela desgastante, interessava-nos também a perspectiva dos técnicos, enquanto agentes de promoção de saúde e sociais. Por isso optámos pela observação, análise de documentos da instituição, realização e análise de entrevistas a técnicos e alguns utentes, que permitissem conhecer e interpretar melhor este fenómeno e realidade particular. Não obstante, salientamos que paralelamente, tentámos conhecer alguns aspectos da vida pessoal dos sujeitos inquiridos, com a intenção de compreender algumas situações.

### **3.2 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**

A **análise documental** tem frequentemente a função de complementaridade, sendo assim muitas vezes utilizada para triangular os dados obtidos através de uma ou mais técnicas (Hébart, 1994). Para além desta função de complementaridade, a análise documental seria útil para estudar a evolução que o Espaço Pessoa foi tendo ao longo

dos anos, conhecer as actividades que haviam sido desenvolvidas, os objectivos e estratégias, as mudanças que se verificaram e os motivos de tais mudanças.

O tipo de **observação** variou consoante a situação e o tipo de recolha de dados que pretendíamos. Hébart (1994) considera que em investigação qualitativa a observação é participante, por ser o próprio investigador o principal instrumento de observação, que deseja compreender um meio social, que lhe pode ser estranho ou exterior, permitindo a integração nas actividades dos que nele vivem. Este autor distingue observação *participante passiva*, em que não existe interacção entre os investigadores e os sujeitos em estudo, da *observação participante activa* em que haverá interacção. Segundo Streubert (2002) o investigador é *observador completo*, quando não existe interacção com os observados e *observador como participante*, quando a actividade do investigador é sobretudo observar e potencialmente, entrevistar.

Antes de iniciarmos a observação propriamente dita, frequentámos o local, de modo a familiarizarmo-nos com o ambiente e ao mesmo tempo a que tanto os técnicos como utentes se familiarizassem connosco. Desta forma, quando estivemos na sala de convívio, em período de registo das interacções estabelecidas entre utentes e entre utentes e técnicos, a nossa presença no meio dos outros técnicos e utentes já não foi tão estranha ao contexto. Nesta situação, optámos por uma *observação participante passiva* (Hébart, 1994), tentando evitar intervenções que interferissem, sobretudo ao nível verbal, com as interacções estabelecidas entre utentes e entre utentes e técnicos.

Já quando nos encontrávamos em observação de rua, nas carrinhas, com as equipas de rua, a nossa postura não poderia ser tão passiva, uma vez que só estavam presentes dois técnicos, para além de nós, enquanto investigadores. Tentou-se tornar discreta a nossa presença enquanto meros observadores, estranhos ao contexto. Tornou-se numa presença mais activa, não ao nível verbal, evitando que houvesse interacção verbal, pelo menos com os sujeitos – utentes, mas sobretudo ao nível funcional, auxiliando os técnicos presentes no fornecimento de bebidas, alimentos, e outros géneros aos utentes. Neste caso, optámos por uma observação participante activa, uma vez que tentámos não interagir verbalmente. Fomos observadores *como participantes*, já que nos envolvemos em algumas actividades com alguns dos sujeitos em estudo (técnicos e utentes), de modo a não sermos considerados estranhos ao contexto (Streubert, 2002).

Costa (1999) defende que, normalmente num estudo de caso, que incida sobre uma pequena unidade social, neste caso um grupo, a presença do investigador ou duma pequena equipa de investigadores, não pode deixar de se notar e por isso mesmo interferir no contexto.

*“ Falar com as pessoas, fazer perguntas, participar em algumas actividades sociais que habitualmente ali se processam, é algo que interfere. Muito mais interferente seria ficar parado, a olhar, sem dizer nada a ninguém (...)”* (Costa, 1999:135).

Desta forma, fomos adaptando o nosso tipo de observação ao contexto em que nos encontrávamos, conscientes de que a nossa presença inicialmente poderá ter interferido no mesmo, mas que ao longo do tempo se foi atenuando.

A técnica de recolha de dados que se utilizou como principal fonte de informação foi a **entrevista semi-estruturada**. Segundo Schoeple e Werner (1987)<sup>35</sup>, a entrevista é necessária quando se trata de recolher dados válidos sobre as opiniões e ideias de sujeitos observados. Os métodos de entrevista caracterizam-se por um contacto directo entre os investigadores e os seus interlocutores. Especificamente, no caso das entrevistas semi-estruturadas, as perguntas são relativamente abertas, sem que haja uma ordem rigidamente definida (Quivy, 2003).

Tentámos adoptar uma posição facilitadora que permitisse uma “entrevista, como conversa” (Burgess, 2001), possibilitando que os utentes e técnicos entrevistados falassem sobre outros aspectos e experiências que, de alguma forma, pudessem partir dos temas que estariam a ser conversados, sobretudo sobre questões da vida pessoal e familiar, entre outras.

Optámos por elaborar uma entrevista que, sendo semi-estruturada, estava organizada por temas-chave a considerar, e com algumas perguntas facilitadoras da conversa, que segundo Clapier-Valladon *et al.* (2004) possibilitam-nos a garantia da recolha de dados relevantes.

Iniciámos a entrevista com questões mais abertas, deixando as de carácter mais fechado como (idade, habilitações, nacionalidade) para o fim, pois segundo Desmet e Pourtois (1997) iniciar a entrevista com perguntas mais abertas estimula a espontaneidade do entrevistado.

---

<sup>35</sup> In Hébert (1994)

Para além disso, considerámos que as questões de carácter mais pessoal, como o facto de exercer ou não a prostituição, dos consumos de drogas, da relação familiar, companheiro(a), filhos, teriam de ser colocadas numa fase mais tardia, em que o sujeito se sentisse mais à vontade, por se tratarem de assuntos pessoais.

### **3.3 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

#### **3.3.1 Análise de documentos do Projecto Espaço Pessoa**

A análise de documentação existente no E.P., passou pela observação de alguns documentos de carácter geral, entre eles: revistas com temáticas relacionadas com questões de prostituição; violência; cuidados de saúde; infecções sexualmente transmissíveis, entre outras; desdobráveis com informações relativas a infecções sexualmente transmissíveis, à utilização do preservativo, à violência sobre mulheres.

Num segundo momento foi realizada a análise aos relatórios anuais do centro, onde se encontram registadas as entradas dos utentes, os diversos pedidos, o registo dos atendimentos realizados em cada serviço, as actividades desenvolvidas e respectiva avaliação. Nesta análise, foi possível comparar dados dos diversos anos, analisando-se assim a evolução do próprio centro e permitindo a sua caracterização. Os dados analisados dizem respeito ao período de tempo compreendido entre 1998 e 2004.

#### **3.3.2 Observação**

O período de observação, realizado na sala de convívio decorreu entre 9 de Dezembro de 2004 e 7 de Março de 2005, num total de 18 observações com a duração média de 2,5 horas. Foi-nos possível registar as diversas entradas e saídas dos utentes, o tempo de permanência no local, observar comportamentos, pedidos e diálogos que se estabeleciam entre utente/utente; utente/técnico e técnico/utente.

Estas observações na comunidade de inserção eram quase sempre efectuadas duas vezes por semana, de modo a que se realizassem em diferentes dias da semana. Da mesma forma, tentámos que as observações se efectuassem por todo o horário de abertura do centro, apesar de predominantemente termos observado a partir das 21 horas. A não regularidade dos dias da semana e do horário permitiu-nos encontrar e



observar sujeitos diferentes, quer ao nível dos utentes quer dos técnicos. Tal opção, por outro lado, não nos permitiu acompanhar os mesmos sujeitos sistematicamente, que pudessem frequentar o centro apenas em determinadas horas ou dias da semana.

No entanto, e apesar de não ter existido uma observação sistemática dos sujeitos, em termos de dias da semana e horas, fomos constatando que a população que frequentava a sala de convívio, sobretudo a partir das 21 horas, se manteve quase sempre constante.

Um outro tipo de observação foi realizado em ambiente de rua, acompanhando as equipas de rua. Inicialmente, existiu alguma dificuldade na marcação destas observações porque era necessário que os acompanhássemos na carrinha, o que nem sempre era possível dado o número de elementos da equipa de rua e os lugares disponíveis. Assim sendo só nos foi possível realizar três observações.

As observações de rua decorreram entre as 22h30 e as 24 horas, no período compreendido entre 19 e 24 de Maio de 2005, consistindo na passagem e permanência por algum tempo em diferentes zonas do centro da cidade do Porto. Uma vez que havia dois percursos distintos, efectuados pela equipa, consoante os dias da semana, tentámos que as observações fossem realizadas em diferentes dias da semana abrangendo os dois percursos e assim diferentes sujeitos.

A observação quer em contexto de sala de convívio, quer em contexto de rua, permitiu-nos observar algumas das interacções estabelecidas entre diferentes intervenientes: utente/utente; utente/técnico e técnico/utente. Estes dois instrumentos, análise de documentos e observação, possibilitaram-nos cruzar informações com os dados fornecidos pelas entrevistas, procedendo depois à triangulação da informação.

### **3.3.3 -Entrevista a utentes e técnicos do Espaço Pessoa**

Inicialmente, numa primeira fase, após a elaboração do guião da entrevista, foi realizada uma primeira entrevista exploratória ao coordenador da instituição em estudo, com o objectivo principal de conhecer um pouco mais o projecto Espaço Pessoa, o tipo de trabalho que aí realizado e de pesquisar informações importantes para a elaboração dos guiões de entrevistas destinados a técnicos (Anexo A, 1) e utentes (Anexo A, 2). Da mesma forma, através desta primeira entrevista, quisemos conhecer

algumas características desta população, com o objectivo de adequar o tipo de questões e o tipo de abordagem mais eficaz para o estudo em causa.

De seguida, e após alguns dias de observação e de familiarização com utentes que frequentavam a sala de convívio, e também após algumas conversas informais, principalmente com técnicos, passámos à realização das entrevistas. A maioria dos utentes entrevistados foram previamente abordados por técnicos, tendo sido estes os principais elementos de ligação entre nós e os utentes.

As entrevistas decorreram no período compreendido entre 10 de Janeiro de 2005 e 10 de Março de 2005, em duas das salas de atendimento da instituição, em privado.

A entrevista aos utentes da instituição teve como objectivos:

- conhecer as motivações que levaram os utentes entrevistados a procurar a instituição;

- saber se os utentes tinham conhecimento e consciencialização dos comportamentos de risco na actividade de prostituição;

- identificar se houve mudanças de comportamento dos utentes entrevistados, após abordagens pelos promotores de saúde;

- conhecer a perspectiva destes utentes sobre a sua saúde e sobretudo sobre a sua saúde sexual;

- conhecer a perspectiva dos utentes sobre o trabalho desenvolvido pelos promotores de saúde;

- conhecer alguns aspectos da vida pessoal dos utentes, relevantes para o estudo em causa.

No que se refere às entrevistas aos técnicos, estas aconteceram entre 28 de Fevereiro de 2005 e 5 de Março de 2005, em salas de atendimento da instituição, também em privado.

A entrevista aos técnicos da instituição teve por objectivos conhecer as suas perspectivas sobre:

- os grupos sociais a que pertencem os utentes que procuram a instituição;

- as principais causas que levam os utentes a procurar a instituição de apoio;

- os meios e recursos disponíveis na instituição para apoio dos utentes;

-outros apoios existentes no centro para além dos relacionados com a questão da saúde;

-a perspectiva dos técnicos no que diz respeito à utilização que o utente faz do diálogo informativo/formativo que tem com o(s) técnicos;

-a percepção de realização pessoal de cada um dos técnicos que exerce funções na instituição;

Pretende-se ainda identificar o(s) modelo(s) de promoção de saúde aplicados pelos técnicos no seu trabalho na instituição.

A duração das entrevistas quer aos utentes, quer aos técnicos variou entre os 30 minutos e os 65 minutos. Foram todas integralmente gravadas em sistema áudio, com permissão de todos os entrevistados e, posteriormente transcritas para Microsoft Word.

### **3.4 SELECÇÃO DA AMOSTRA**

Guba e Lincoln (2002) consideram que seria necessário estudar tantos casos quantos possíveis de um grupo para obter uma compreensão precisa da cultura desse grupo, intitulando-a como *amostra intencional*. No entanto, esta amostra teria de ser enquadrada no factor tempo e na sua saturação teórica que segundo Morse (2000) é referente à repetição de informação descoberta e confirmação dos dados previamente recolhidos. A amostra da observação foi semi-casual, uma vez que dependeria das pessoas que entrassem na sala de convívio (no caso da observação na comunidade) e das pessoas contactadas na rua (no caso da observação nas equipas de rua).

#### **3.4.1 Amostra dos utentes entrevistados**

A selecção dos utentes que seriam entrevistados foi orientada por critérios de significatividade, configurando-se assim uma amostra de conveniência base a partir da qual se visavam aprofundar dimensões qualitativas sobre o fenómeno e as suas implicações (Burgess, 2001).

A amostra dos utentes das entrevistas acabou por ser semi-casual, uma vez que mesmo tentando abarcar diferentes grupos etários, de género e experiências de vida, esteve sempre dependente da disponibilidade do próprio utente. Inicialmente recorremos à ajuda dos técnicos presentes na sala de convívio para estabelecerem o

contacto com os utentes, mas mais tarde, e depois de alguma familiarização entre nós e os utentes, passámos a perguntar directamente se aceitariam ser entrevistados, através de uma conversa.

Apesar de, por vezes, nos ter sido negada essa entrevista, a grande maioria dos utentes interpelados aceitou ser entrevistado. Alguns justificavam não querer por já não terem mais nada a dizer das suas vidas, outros diziam ter vergonha, outros ainda não ter tempo.

Assim sendo, a amostra dos utentes foi constituída por 10 utentes, 6 do género feminino, 2 do género masculino e 2 transgéneros. A caracterização da amostra dos utentes encontra-se no capítulo dos resultados (4.3.1).

A amostra foi sendo constituída de forma semi-intencional, de acordo com a disponibilidade dos utentes, até à “saturação teórica”, ou seja a partir do momento em que percebemos que começavam a existir regularidades no discurso. Temos, no entanto, consciência e de acordo com Morse (1989)<sup>36</sup> que esta saturação poderá ser um mito, uma vez que o máximo que um investigador pode esperar em termos de saturação, é obter o efeito num fenómeno específico, num determinado momento.

Relativamente aos casos de prostituição, não nos foi possível entrevistar nenhum caso de homem prostituto cujas clientes fossem exclusivamente, mulheres.

### **3.4.2 Amostra dos Técnicos**

Relativamente aos técnicos, os critérios que presidiram à selecção, foram as áreas específicas de trabalho de cada um e o facto de estarem há mais de um ano integrados no projecto. Assim sendo, a amostra foi constituída por sete técnicos: dois enfermeiros, duas educadoras sociais, um animador social e duas psicólogas. Acrescenta-se a este número, o coordenador do projecto, cuja entrevista serviu como exploração inicial para a elaboração do guião das seguintes. A caracterização da amostra dos técnicos encontra-se no capítulo dos resultados (4.3.1).

Lamentámos o facto de não ter sido possível entrevistar a assistente social, assim como a médica voluntária, por falta de disponibilidade das mesmas.

---

<sup>36</sup> In Streubert (2002)

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Segundo Streubert (2002:32):

*“A análise de dados na investigação qualitativa começa, de facto, quando a colheita de dados se inicia. À medida que os investigadores executam as entrevistas ou observações, mantêm e revêem constantemente os registos para descobrir perguntas adicionais que necessitam fazer ou para apresentar descrições dos seus achados”.*

Durante o decorrer das entrevistas e observações, foram sendo reformuladas algumas questões, de modo a obter o máximo de informação possível.

Terminada a recolha da informação, passou-se à fase de tratamento e análise de dados. A análise de dados é, segundo Biklen e Bogdan (2003) um processo de busca e de organização sistemática das transcrições das entrevistas, dos registos de observação e de outras materiais que foram sendo acumulados, tendo por objectivo permitir a organização do produto final.

Assim, no que se refere às informações contidas nas entrevistas, foi necessário, numa primeira fase, realizar a sua transcrição integral a partir do registo áudio, para o processamento em Microsoft Word.

Seguidamente, procedemos à organização do *corpus* do discurso por unidades de registo, de modo a organizar mais tarde o discurso por categorias e sub-categorias.

Concluído o recorte do *corpus* do discurso em unidades de registo para os dez documentos relativos aos utentes obtivemos 2491 unidades de texto, cerca de 200 por cada documento. Para os sete documentos relativos aos técnicos, obtivemos um total de 1854 unidades de registo, cerca de 200 também, por cada documento.

O programa informático de apoio utilizado foi o QSR NUD\*IST 4 que se revelou fundamental, como suporte de registo e organização dos dados, sendo possível criar e recriar categorias e sub-categorias.

Todas as unidades de registo foram analisadas, tendo-se no entanto criado dois documentos distintos, um relativo às categorias respeitantes aos registos dos técnicos e outro documento relativo às categorias dos utentes.

No momento em que as unidades de registo não permitiam a criação de novas categorias, eram inseridas nas pré-existentes. A utilização deste programa informático possibilitava também a integração da mesma unidade de registo em diferentes categorias.

Para além disso, o mesmo programa permitiu-nos, sempre que necessário, consultar ou verificar unidades de texto, não só por categoria, mas também por documento inicial.

Conscientes das consequências metodológicas da investigação qualitativa, no que se refere à interpretação dos dados, tentámos que as unidades de registo fossem inseridas em categorias o mais próximo possível da realidade que observámos.

Após uma primeira fase de categorização e subcategorização, foi necessário proceder-se à fusão de algumas categorias, assim como à extinção de outras, que dado o seu número reduzido de unidades de texto não se revelaram pertinentes a uma análise posterior.

Após esta fase de categorização, recorrendo ao programa QSR NUD\*IST 4, organizou-se as diferentes categorias e sub-categorias em tabelas do Microsoft Word, referentes a categorias específicas de utentes e outras específicas de técnicos, assim como a categorias que abarcavam ambos os grupos, tendo sido posteriormente analisadas.

## IV RESULTADOS

Tendo em consideração que os objectivos deste trabalho se centram sobretudo na identificação das noções de saúde e comportamentos de risco e/ou preventivos dos utentes; no confronto entre perspectivas dos utentes e técnicos, enquanto promotores de saúde, no que visa ao trabalho efectuado; na identificação dos modelos de abordagens de promoção da saúde e possíveis dificuldades das acções do promotores, no contexto específico de prostituição de rua. Passaremos a apresentar os resultados provenientes da análise documental (4.1), da observação (4.2) e das entrevistas (4.3) aos técnicos e utentes.

### 4.1. ANÁLISE DOCUMENTAL: Caracterização do Espaço Pessoa (EP)

Após consulta de documentos que o Espaço Pessoa (EP) possui, através de observações no centro, em diálogos formais e informais com técnicos e numa primeira entrevista com o coordenador do projecto, pudemos perceber que o centro EP surge integrado no programa Contrato de Cidade, celebrado entre o Governo e a Câmara Municipal do Porto, em 27 de Novembro de 1996, tendo como principal objectivo garantir a segurança urbana. Segundo o coordenador da instituição:

*“esse contrato era composto por 4 projectos que tinham a ver com franjas da população em risco ou em dificuldades: toxicodependentes, arrumadores de rua, um projecto relacionada com vítimas e apoio à prostituição.”*

O projecto terá sido entregue ao cuidado da Associação para o Planeamento Familiar (APF).

Inseridos neste projecto do EP existem dois sub projectos que, segundo o coordenador da instituição, contribuem para o mesmo objectivo: uma comunidade de inserção e as equipas de rua. Em 1996, foi realizado um trabalho de campo e um estudo exploratório, abrindo o centro as portas em 1997.

Enquanto objectivos de intervenção e segundo relatórios anuais do centro, o EP pretende:

- intervir na promoção da qualidade de vida das pessoas que se prostituem;
- contribuir para a redução das situações de risco relacionadas com a prática prostitucional (IST);

-promover a sua (re) inserção social, intervindo paralelamente no espaço físico da Instituição (Centro/ Comunidade de Inserção) e no terreno, através do Trabalho de Rua (Equipas de Rua).

-promover o reconhecimento do Centro como um recurso de suporte e de convívio para a população;

-promover o trabalho em rede com as outras instituições, dando a conhecer os diferentes recursos sociais existentes e aprofundando relações de ajuda nos locais de prostituição.

No decurso do presente estudo, a equipa do EP era constituída por um coordenador, duas psicólogas, dois enfermeiros, duas educadoras sociais, uma assistente social, uma médica voluntária e uma funcionária de limpeza. Ao longo do tempo foram ocorrendo estágios no centro Espaço Pessoa, sobretudo nas áreas de psicologia e educação social. Durante o tempo de investigação, encontravam-se a estagiar três educadoras sociais, duas vezes por semana e um psicólogo, também duas vezes por semana.

O número de utentes do Espaço Pessoa tem vindo a aumentar ao longo do tempo. Verifica-se que há um constante crescimento no número de mulheres atendidas, e simultaneamente um decréscimo no número de homens (Fig.4.1.1). Esta situação deve-se ao facto de a partir de certa altura se considerar que a presença de homens poderia intimidar as utentes mulheres, até porque muitos deles se apresentavam inicialmente como prostitutas, sem na realidade o serem. Por outro lado, a prostituição masculina é muitas vezes sujeita a uma maior mobilidade social e geográfica, o que se traduz na irregularidade dos contactos com o projecto. Grande parte dos prostitutas integram a prostituição como um modo de conseguir dinheiro, muitas vezes em ultimo recurso, a par de outras práticas associadas à pequena criminalidade (pequenos roubos e assaltos) e não raras vezes são eles, os homens/companheiros das mulheres de rua, também utentes do Espaço Pessoa, tornando-se difícil de compatibilizar o convívio entre ambos (Timóteo, 2002). Esta incompatibilidade associada a contornos menos definidos da prática prostitutiva levou o Espaço Pessoa a realizar triagens aceitando apenas pessoas que na altura se prostituíam.



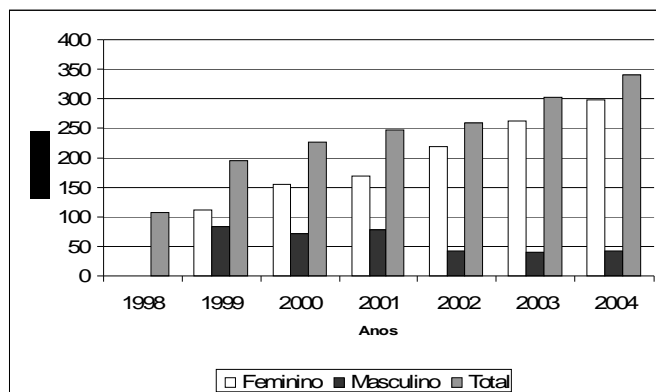


Fig. 4.1.1 – Evolução do **número de utentes**, por sexo, atendidos no Espaço Pessoa, entre 1998 e 2004.

*Fonte: Relatórios de Actividades do EP de 1998 a 2004.*

O EP iniciou as suas funções em Novembro de 1997, por esse motivo os dados de 1997 não são respeitantes a um ano civil completo. Optámos por analisar os dados a partir de 1998. Os registos relativos aos anos de 1998 e 1999 nem sempre apresentam a totalidade dos utentes, não havendo a divisão por sexo, em alguns gráficos (Fig 4.1.1; Fig. 4.1.2; Fig. 4.1.5; Fig. 4.1.7 e Fig. 4.1.8)

O EP foi redefinindo várias vezes o seu horário de funcionamento, consoante as condições logísticas e humanas. Aquando do presente estudo funcionava de 2<sup>a</sup> a sábado: das 16h às 24h às segundas e sextas-feiras e das 18h30 às 24h às terças, quartas, quintas e sábados.

O Centro, onde funciona a Comunidade de Inserção, encontra-se localizado num edifício na zona da Trindade, remodelado, com cave, r/c, 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> andar. A nível institucional tem em funcionamento diversos serviços: Espaço de Convívio; Gabinete de Saúde com os serviços de enfermagem e medicina; serviço de psicologia; serviço de intervenção social, lavandaria, balneário, sala dos técnicos e sala de atendimento.

Espaço de convívio, encontra-se organizado numa pequena sala, no r/c, com cerca de 16 m<sup>2</sup> onde se encontram algumas mesas e cadeiras, com máquina de café, televisão e alguns placares com diversas informações relacionadas com cuidados sociais, de saúde, anúncio de formações, empregos, entre outras. Nesta sala, existe também um balcão onde se encontra, quase sempre, um ou dois técnicos, que vão dando resposta a pedidos práticos, tais como: distribuição e venda de preservativos (2 por pessoa e por dia) e encaminhamento para os diferentes serviços do Centro.

A sala de convívio está organizada de forma a dar uma resposta mais imediata aos pedidos, mas, sobretudo, promover o estabelecimento de relações significativas com os próprios técnicos (Timóteo, 2002).

De acordo com os registos existentes verifica-se que o número de visitas na sala de convívio tem vindo a aumentar, na sua totalidade (Fig. 4.1.2). Contudo o número de visitas efectuadas por utentes do sexo masculino revela algumas oscilações, sendo bastante menor do que o número de visitas efectuado por utentes do sexo feminino. Tal fenómeno terá relação com a diminuição do número de utentes do sexo masculino.

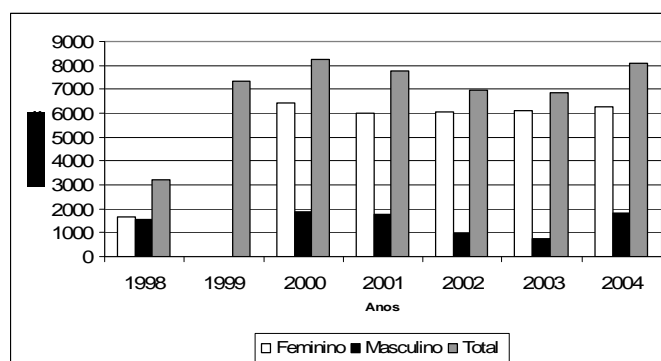


Fig 4.1.2 Evolução do número de entradas dos utentes, por sexo, na **sala de convívio**, entre 1998 e 2004.

*Fonte: Relatórios de Actividades do EP de 1998 a 2004.*

Na cave funciona o gabinete de saúde que inclui o serviço de enfermagem e medicina, também numa pequena sala, de cerca de 8 m<sup>2</sup>. O gabinete de saúde mantém-se desde o início a contribuir, sobretudo, para a prevenção de situações de risco, ao nível da promoção, da consciencialização e informação, ao nível da identificação e tratamento de problemas de saúde e encaminhamento para outras instituições. Conta, no momento, com dois enfermeiros e uma médica voluntária.

O número de atendimentos no serviço de enfermagem (Fig. 4.1.3) tem sido sempre maioritariamente superior ao serviço de medicina (Fig. 4.1.4), o que poderá dever-se à presença diária de pelo menos um enfermeiro, o que não acontece com o serviço de medicina que conta apenas até ao momento com uma médica voluntária que não está diariamente.

Contudo nos três últimos anos, o serviço de enfermagem, foi muito inferior ao que se verificava nos quatro primeiros anos de existência do EP (Fig. 4.1.3).

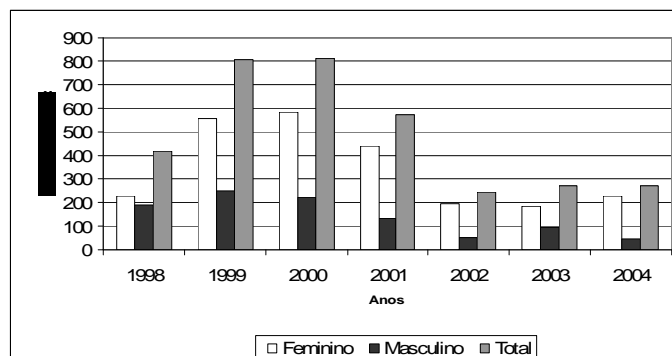


Fig 4.1.3 – Evolução do número de atendimentos a utentes, por sexo, no **serviço de enfermagem**, entre 1998 e 2004.

*Fonte: Relatórios de Actividades do EP de 1998 a 2004.*

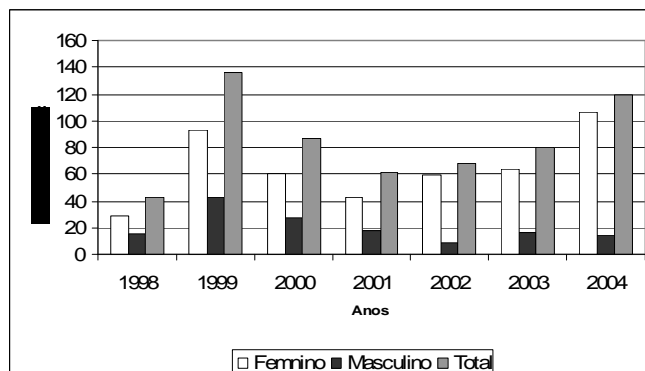


Fig 4.1.4 – Evolução do número de atendimentos a utentes, por sexo, no **serviço de medicina**, entre 1998 e 2004.

*Fonte: Relatórios de Actividades do EP de 1998 a 2004.*

O serviço de Psicologia, funciona com duas psicólogas que prestam apoio psicológico no sentido de encontrar respostas adequadas aos problemas/necessidades colocados no âmbito da psicologia, promovendo a capacidade de auto-determinação, prestando ainda apoio em problemáticas específicas como o alcoolismo, as toxicodependência, as depressões, entre outros.

O atendimento no serviço de psicologia tem aumentado, havendo contudo uma ligeira quebra no ano de 2004 (Fig. 4.1.5). Apesar do aumento global, o número de atendimentos por sexo, tem sofrido algumas variações ao longo do tempo (Fig. 4.1.5).

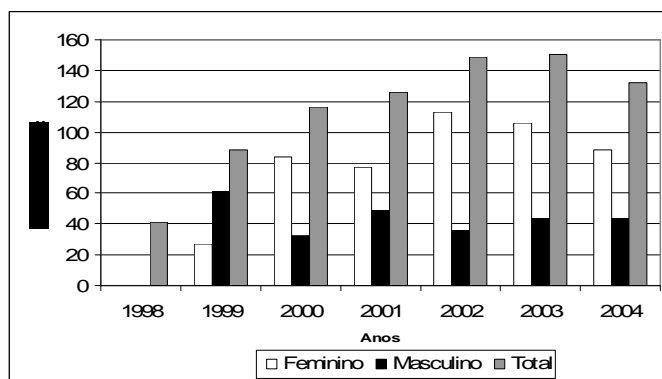


Fig 4.1.5 – Evolução do número de atendimentos a utentes, por sexo, no **serviço de psicologia**, entre 1998 e 2004.

*Fonte: Relatórios de Actividades do EP de 1998 a 2004*

Os utentes podem contar ainda com o serviço de intervenção social, que nos últimos anos tem tido bastante procura, sobretudo para encaminhamento e resolução de questões de ordem social como subsídios, pagamentos de quartos, questões judiciais, custódia de filhos. O ano de 2003 apresenta um significativo aumento de atendimentos (Fig. 4.1.6).

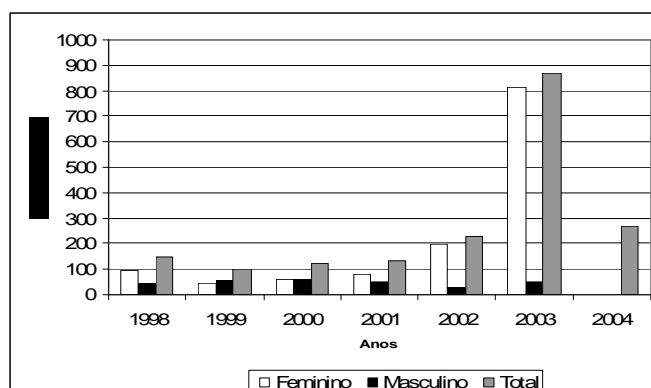


Fig. 4.1.6 – Evolução do número de atendimentos a utentes, por sexo, no **serviço de intervenção social**, entre 1998 e 2004

*Fonte: Relatórios de Actividades do EP de 1998 a 2004*

No relatório do ano de 2004, é apenas assinalado o número total de atendimentos, sem separação por sexo, contudo dada esta diferença de utentes homens e mulheres, presume-se que a maioria dos atendimentos é efectuado a mulheres.

Relativamente a outros serviços, os utentes dispõem, na cave, de uma lavandaria, gratuita para os mesmos, funcionando durante todo o período de abertura do centro.

Este serviço facilita a lavagem e secagem da roupa. No 1º andar, existe um pequeno balneário, que pode ser utilizado pelos utentes para tomarem banho. Nestes dois serviços é disponibilizado o material necessário: detergente da máquina, tábua e ferro de engomar; e toalha de banho, champô e sabonete.

O serviço do balneário teve uma quebra entre 2000 e 2002, tendo desde então vindo a mostrar uma tendência para uma nova subida (Fig. 4.1.7). Também neste serviço, o número de utentes do sexo masculino é sempre inferior às utentes do sexo feminino, excepcionalmente, superior, no ano 2000.

O serviço de lavandaria tem sofrido algumas oscilações ao longo dos anos, embora em menor escala. A relação entre utilizações por mulheres e por homens é semelhante, à que se verifica com o balneário, ou seja, há uma evidente maioria de utilizações femininas e uma clara diminuição de utilizações masculinas (Fig.4.1.8).

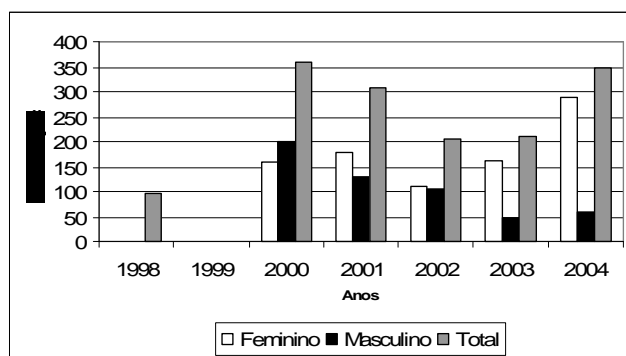


Fig. 4.1.7 Número de utilizações dos utentes, por sexo, do **balneário**, entre 1998 e 2004.

*Fonte: Relatórios de Actividades do EP de 1998 a 2004*

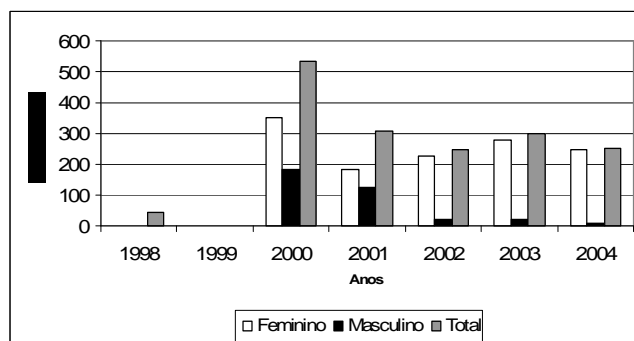


Fig. 4.1.8 Número de Utilizações dos utentes, por sexo, da **lavandaria**, entre 1998 e 2004.

*Fonte: Relatórios de Actividades do EP de 1998 a 2004*

O registo relativo ao número de atendimentos do serviço de lavandaria e balneário, no ano de 1998, não se encontra dividido por sexo. O ano de 1999, não apresenta registo nestes dois serviços porque no relatório anual desse ano o registo dos atendimentos de ambos os serviços encontra-se em conjunto, não havendo separação do serviço de lavandaria e balneário. Assim, apenas se sabe que em conjunto houve 97 atendimentos de ambos os serviços (lavandaria e balneário) a utentes do sexo feminino e 43 a utentes do sexo masculino.

Ainda no 1º andar encontra-se a sala dos técnicos, onde se reúnem semanalmente. No 2º andar existe uma outra sala, designada por sala de atendimento, que também funciona como pequena biblioteca e sala de computadores. Durante o tempo de observação, decorriam nesta sala aulas de informática, inseridas no Projecto Clique Tique<sup>37</sup> orientadas por uma das técnicas. Da mesma forma, também nesta sala decorreram algumas actividades inseridas no Projecto Isadora<sup>38</sup>.

Para além dos serviços que estão sobretudo centrados na comunidade de inserção, ou seja que ocorrem no próprio centro, o Espaço Pessoa disponibiliza ainda do serviço das Equipas de Rua, que diariamente, entre as 22h30m e as 24h, percorrem, numa carrinha equipada, algumas das ruas da cidade do Porto, fazendo sobretudo distribuição de preservativos e troca de seringas, às populações que se encontram mais afastadas da comunidade de Inserção.

Os preservativos são distribuídos gratuitamente tanto no centro, como pelas Equipas de Rua e podendo também ser adquiridos a preço de custo nos dois locais. O número de preservativos distribuídos e vendidos, ao longo dos anos, tem vindo a crescer sucessivamente, aumentando consideravelmente no ano 2004 (Fig. 4.1.9).

---

<sup>37</sup> **Clique Tique** – Projecto desenvolvido no âmbito do Espaço Pessoa que procura realizar não só uma intervenção de cariz assistencialista, através da redução de danos e riscos associados à prática prostitucional, mas também uma intervenção de prevenção em sentido amplo, criando espaço para a consideração de alternativas e apoiando a redefinição/reestruturação de projectos de vida.

O referido projecto pretendeu alcançar os seguintes objectivos:

- Fomentar uma mais rápida familiarização com as TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação); Contribuir para a generalização do uso das TIC na população abrangida; Promover a certificação de competências básicas em tecnologias de informação; Potenciar o desenvolvimento das relações pessoais, de colaborações múltiplas e da construção de identidades, dentro da Instituição, e da Instituição com a comunidade em geral; desenvolver comportamentos que conduzam ao crescimento e realização pessoal; favorecer a inclusão e contribuir por via das novas tecnologias para o exercício da cidadania.

Este projecto abrangiu 37 utentes e técnicos do projecto. (APF, 2005b)

<sup>38</sup> **Projecto Isadora** - Projecto realizado no âmbito do Espaço Pessoa e que teve como objectivos a formação de elementos da população – alvo para a atribuição de competências de trabalho no futuro. Foram realizadas 6 acções de formação:

“Português para estrangeiras”, “Do saber dizer ao saber estar: um passo para a integração”, “Introdução às novas tecnologias”, “Iniciação à Internet” e “Prostituição: para um melhor conhecimento da realidade, contextos e riscos”. Este projecto abrangiu 63 formandas. (APF, 2005b).

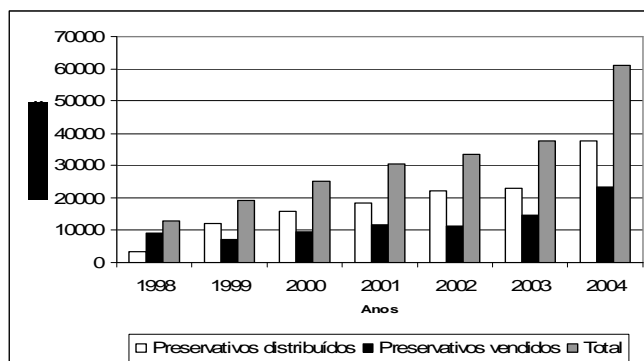


Fig 4.1.9 – Evolução do número de **preservativos distribuídos gratuitamente e vendidos** aos utentes, por sexo, entre 1998 e 2004.

*Fonte: Relatórios de Actividades do EP de 1998 a 2004*

O programa de “Troca de Seringas” surge no ano de 2001, vindo dar assim resposta às necessidades higiénicas das pessoas consumidoras de droga, por via endovenosa. Os dados do Espaço Pessoa relativos ao número de seringas e de trocas só se encontram registados em relatórios anuais a partir do ano de 2001 (Figs. 4.1.10 e 4.1.11).

No que se refere à troca de seringas, verifica-se que houve um aumento do número de trocas por utente do ano de 2002 para 2003. No entanto, no ano seguinte, 2004, surge um decréscimo neste serviço (Fig. 4.1.10). Contudo, apesar da diminuição do número de trocas por utente, no ano de 2004, o número global de seringas trocadas é muito superior nesse ano, relativamente aos dois anos anteriores, num total de 28 424 seringas trocadas (Fig. 4.1.11). Verifica-se ainda que neste caso os utentes do sexo masculino são os maiores consumidores deste serviço (Figs. 4.1.10 e 4.1.11).

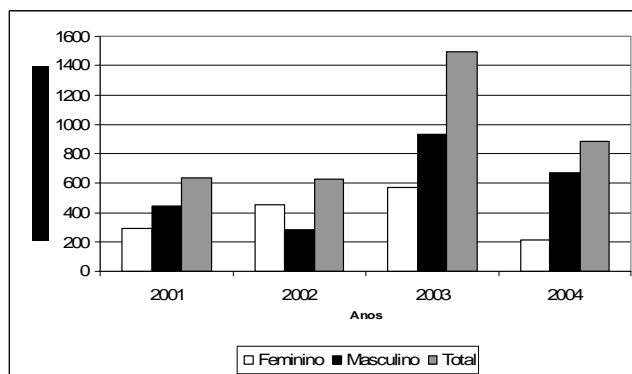


Fig. 4.1.10- – Evolução do **número de trocas de seringas por utentes** entre 2001 e 2004.

*Fonte: Relatórios de Actividades do EP de 2001 a 2004*

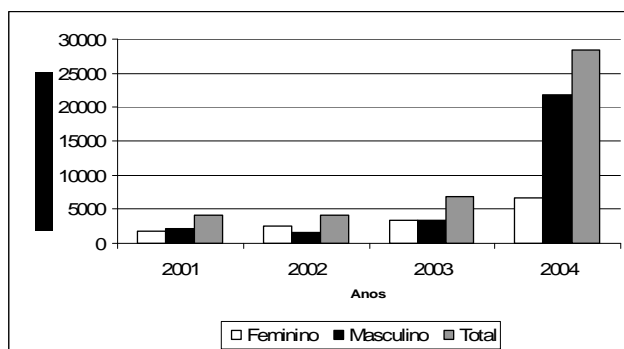


Fig. 4.1.11 – Evolução do número **total de seringas trocadas pelos utentes** entre 2001 e 2004

*Fonte: Relatórios de Actividades do EP de 2001 a 2004*

### **Síntese:**

Em resumo, os dados registados nos relatórios do Espaço Pessoa, entre os anos 1998 e 2004, mostram que os seus serviços são bastante mais utilizados por utentes do sexo feminino, à excepção do serviço Troca de Seringas, em que o sexo masculino é predominante, sugerindo que o número de toxicodependentes daquela população é sobretudo masculino.

Nos cuidados de saúde, o serviço de enfermagem, apresenta um número bastante superior de atendimentos, relativamente ao serviço de medicina, contudo este último tem vindo a aumentar o número de atendimentos, enquanto que o serviço de enfermagem tem vindo a diminuir.

O serviço de psicologia tem revelado alguma flutuação, relativamente ao número de consultas, estando actualmente num fase decrescente. Por outro lado, o serviço de intervenção social, tem vindo a aumentar o número de atendimentos, registando-se um ponto máximo no ano de 2003.

As utilizações do balneário e da lavandaria apresentam valores muito próximos, sendo que no ano de 1999, a utilização do balneário foi utilizado mais vezes por homens, o que deixou de se verificar posteriormente.

O número de preservativos distribuídos gratuitamente ou vendidos, assim como o número de seringas trocadas pelos utentes tem vindo a aumentar. Todavia, no ano de 2004, as trocas efectuadas por utentes de ambos os sexos, foi inferior ao ano anterior, principalmente no caso das utentes que, durante o ano de 2004, apresentaram o nível mais baixo de trocas efectuadas.



## 4.2. OBSERVAÇÃO

### 4.2.1 Observação na sala de convívio

A observação realizada ocorreu na sala de convívio durante o período de 9 de Dezembro de 2004 a 22 de Fevereiro de 2005. Para o efeito, permanecemos na sala, num local apropriado, onde nos fosse possível observar as várias situações que iam ocorrendo.

O quadro 4.2.1.1 apresenta uma síntese das observações dos diálogos entre utente/utente; utente/técnico e técnico/utente, registados pelos investigadores em apontamentos escritos. Durante os diálogos, as letras atribuídas aos utentes, dizem respeito à ordem de entrada dos mesmos na sala de convívio, sendo anexado a letra do género (m – masculino; f – feminino; t – transgénero). Assim, temos por exemplo: 1ª entrada feminina – Af; 2ª entrada feminina – Bf; 1ª entrada masculina – Am; 2ª entrada masculina – Bm; At – 1ª entrada transgénero (...).

A observação áudio não foi tomada como opção devido aos diversos ruídos que iam ocorrendo na sala, à interferência dos sons da televisão, abertura e fecho de portas, telefone, movimentação das pessoas na sala. Para além disso, a presença de um gravador áudio poderia intimidar alguns utentes.

Para além da sala de convívio, os **serviços mais utilizados ou solicitados** pelos utentes, durante o tempo de observação, foram os seguintes: pedido de preservativos (9 em 13 observações)<sup>39</sup>; e a utilização do balneário (8 em 13 observações); troca de seringas (4 em 13 observações); a utilização da lavandaria (3 em 13 observações); os serviços de enfermagem e psicologia igualaram-se (2 em 13 observações) e por fim a utilização da sala dos computadores foi registada apenas uma vez.

Os temas de conversa registados durante a observação, na sala de convívio do Espaço Pessoa foram organizados por categorias e sub categorias:

-**Situações particulares da Vida dos Utentes** (estados emocionais e psicológicos; relacionamentos com companheiro/a; filhos, outros familiares);

-**Questões de saúde** (geral, toxicodependência);

---

<sup>39</sup> Os números indicam o total de ocorrências nos diversos dias de observação, o que significa que as ocorrências totais poderão ser superiores.

- **Clientes e Serviços de Prostituição;**
- **Relação com outros utentes ou sujeitos que se prostituam;**
- **Outros Assuntos** (preferências, habitação, rendimento mínimo, programas de televisão, assuntos nacionais e internacionais)

### - **Situações Particulares da Vida dos Utentes**

As temáticas mais abordadas pelos utentes na sala de convívio, durante este período foram sem dúvida as que dizem respeito a questões particulares da vida dos utentes, sobretudo as questões familiares que envolvem filhos e companheiros. Com os filhos, as preocupações variam de acordo com a idade dos utentes e dos próprios filhos. Assim observa-se que a Cf<sup>40</sup> [mulher com idade próxima dos 70 anos], conversa sobretudo com a Educadora Social 1 (E.S1) revelando preocupação com um dos filhos, toxicodependente, de 31 anos, que já não aparece em casa há 3 dias:

Cf – *Um dos meus filhos ainda não veio de trabalhar.*

E.S1 – *Há quanto tempo?*

Cf- *Já faz três dias.*

E.S1 – *Mas é normal ele desaparecer por tanto tempo?*

Cf – *Às vezes ...mas eu também não vou atrás dele.*

E.S1 – *Ele já é maior e vacinado.*

Cf- *É, tem 31 anos. Se fosse um bebé eu ia procurá-lo. Mas assim não.* [voz e expressão preocupada]

(...)

Cf - *Mas ele ainda não me apareceu em casa. Ele devia ter vindo buscar a metadona para a semana toda. Deve andar para aí* [expressão séria e preocupada].

Um pouco mais tarde, a mesma utente Cf ao ver entrar a utente Hf pergunta-lhe também se esta não viu o seu filho:

Cf – *Ó H não tens visto o meu filho?*

Hf – *Não.*

Cf – *De certeza, podes dizer que eu não lhe digo que tu o viste. Ele já não vem a casa há três dias.*

Hf – *A sério que não o vi, senão dizia.*

[Mulher C mantém expressão de preocupada, Hf [bebe 4 copinhos de café e sai.]

---

<sup>40</sup> Obs. em 05/01/07

Cf- *Mas se o vires diz-me está bem. Eu não lhe digo que vocês me disseram.*

Hf – *Está bem eu digo, a sério.*

Cf – *Eu não quero que ele saiba que estou preocupada, mas devia ter vindo buscar a metadona na sexta e não veio, se calhar anda para aí.*

A questão da adopção foi abordada por uma utente mais nova [Df]<sup>41</sup> que diz já não ver a filha, entregue para adopção há 4 anos, outra [Af]<sup>42</sup> mostra fotografias aos técnicos de algumas festas (aniversário e Carnaval) em que passou com o filho, que se encontra numa instituição.

Para além dos filhos também as relações com os companheiros/as foram abordadas na sala de convívio, todavia, quase sempre entre utentes e técnicos. O utente Am<sup>43</sup> [homem forte, cerca de 50 anos] dialoga com a Educadora Social 2 (E.S2) sobre o modo como encara emocional e sexualmente a doença da sua companheira Bf [aproximadamente 40 anos, com ar adoentado], também presente na sala. A conversa apesar de ser sobretudo entre utente e técnico, não é realizada em privado, uma vez que é feita na sala de convívio, onde se encontravam mais utentes.

Am - *As pessoas por me verem a rir e sempre a brincar pensam que eu quero é que ela morra, mas eu tento é manter-me bem disposto senão vamos os dois a baixo. Ela nem se apercebeu da grande depressão que eu tive, estava a ver que dava em louco. Às vezes tenho de vir tratar das minhas necessidades e venho até cá baixo, mas já nem consigo estar com ninguém...a sério, às vezes ainda tento mas quando chega a hora lembro-me do que a Bf já passou e peço desculpa à menina e vou-me embora.*

E.S2 – *Então como resolve o problema?*

Am – *Desenrasco-me [risos, por parte de todos os presentes].*

Bf – *Eu já lhe disse que ele tem de arranjar uma mulher, mas ele diz que não consegue.*

Am- *É verdade, mas eu não consigo é dormir sozinho. Quando ela esteve internada no hospital, eu tive de arranjar alguém, mas só para dormir, nunca lhe toquei. Ela que diga!*

Bf – *É verdade, ainda ontem encontrámos essa pessoa e ela disse – me que ele nunca lhe tinha tocado.*

Am- *É, eu agora só me envolvo se sentir alguma afectividade, de outra forma não consigo. Tenho de me desenrascar sozinho.*

Bf- *Para mim agora é difícil, já não tenho o mesmo prazer.[expressão triste].*

---

<sup>41</sup> Obs. em 05/01/07

<sup>42</sup> Obs. em 05/01/18

<sup>43</sup> Obs. em 05/01/06

E.S2 – *Mas pode procurar outras formas de ter prazer sem ser pela penetração, as mulheres têm outras zonas que também lhes dão prazer.*

Este discurso revela o à vontade dos utentes em dialogarem com os técnicos presentes, sobre questões de carácter pessoal. A E.S2 apresentou uma postura de atenção [sempre voltada de frente para os utentes] ao diálogo que estava a ser estabelecido. Para além das questões relacionadas com a companheira, o utente Am fala também dos seus estados emocionais e psicológicos.

Os estados emocionais e psicológicos foram igualmente observados como tema de conversa, mais uma vez, particularmente, entre técnico e utente. O utente Bm, em dias diferentes refere:

- tristeza:

*“ Senhor A.S. acha que eu lhe pareço triste, e que estou em baixo? (...) Ai é que toda a gente diz que ando em baixo, não sei... ( Bm)<sup>44</sup>;*

- medos:

*“Ai...mas agora tenho um bocado de medo, ali os assaltos. O A. disse-me para ter cuidado...mas ele até me deixa mais stressado com essa conversa” ( Bm)<sup>45</sup>;*

- depressão:

*“Ai depois passou, mesmo a médica disse que eu estava a entrar em depressão.” ( Bm)<sup>46</sup>.*

O mesmo utente revela uma grande necessidade de conversar e desabafar com alguém, fazendo por isso comentários ao facto de uma médica do serviço de saúde [exterior ao Espaço Pessoa] não lhe dar, na sua opinião, muita oportunidade para falar:

*“Mas a médica, não me deixa falar, e eu que gosto tanto de falar. Ela só passa a receita e não me deixa falar.”*

As intervenções deste utente que observámos e algumas que registámos, contêm várias interjeições, entre elas suspiros e exclamações. A sua expressão facial revelou quase sempre preocupação e tristeza.

## - Questões de saúde

---

<sup>44</sup> Obs. em 05/01/24

<sup>45</sup> Obs. em 05/02/17

<sup>46</sup> *Ibid.*

As questões de saúde registadas foram estabelecidas entre utente e técnico, apesar de serem assistidas pelos utentes presentes.

A utente Cf conversa com o Enfermeiro1 (Enf1) sobre o facto de beber álcool e sobre umas análises que está à espera de realizar, no hospital:

Enf1 – *Ó Dona C. você não pode beber álcool!*

Cf - *Pois não, pois não* [rindo-se]

Cf - *Ó Enf.1 quando é que vou fazer as análises? Nunca mais me chamam!* [tom de voz alto]

Enf1 – *Tem de esperar, eles têm um computador que diz que enquanto a senhora beber não é chamada.*

Cf – [Risos] *Lá está o Enf1 a brincar comigo. Mas demora assim tanto?*

Enf1 – *Tem de esperar.*

Cf- *Ó Enf1 mas não se esqueça de mim, não se esqueça do que eu lhe pedi.* [repete esta frase várias vezes].

Enf1 - *Está bem Dona C.* [sorri]<sup>47</sup>

Durante este diálogo é possível observar uma relação de empatia e confiança entre utente e técnico.

Numa outra situação, um casal de utentes (Am e Bf) conversam com a técnica E.S2 sobre a doença da Bf.<sup>48</sup>

E.S2 – *Se não é indiscrição, posso saber que doença tem?*

Bf – *É um cancro no útero, mas está a atingir a perna e tenho dificuldade em andar.*

[Conversam sobre o problema, sobre a biopsia que fez e que terá de repetir]

A utente Bf mantém sempre um ar triste. O companheiro, (Am) diz que Bf é muito pessimista e que tem de ser ele a animá-la, até porque desde que se juntaram, a família abandonou-os.

Os problemas de toxicodependência também foram assinalados, três utentes dirigem-se ao centro para efectuarem troca de seringas e um deles pede ao Enfermeiro (Enf2) a morada do local onde poderá fazer o teste da SIDA. O enfermeiro aponta para um dos cartazes presentes na sala e lê a morada.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> Obs. em 04/12/09

<sup>48</sup> Obs. em 05/01/06. Os utentes e a técnica aqui referidos são os mesmos referidos na categoria “Situações particulares da vida dos utentes: Relações com o/a companheiro/a”.

<sup>49</sup> Obs. em 05/01/24

Alguns utentes queixam-se por vezes de dores que sentem e solicitam o médico ou enfermeiro disponível.

### **- Clientes e serviço de Prostituição**

Os assuntos que envolvem clientes e serviço de prostituição não são tão dirigidos aos técnicos, uma vez que os utentes conversavam abertamente na sala. Os diálogos observados e registados foram sobretudo sobre algumas situações vividas com clientes (preços, uso do preservativo, pedidos sexuais). Salientamos o facto de os próprios clientes tentarem negociar o preço, tendo como factor o uso ou não do preservativo.

*“Ela deve ter muitos clientes. É nova. Eu não, eu tenho um de 81 anos, mas eu só levo acima de 50 €.” (Af)<sup>50</sup>*

*Ef<sup>51</sup> – “ Perguntou quanto era e eu disse que era 25 com camisinha. Ele disse: Fogo, há ali uma que leva 15 sem camisinha.*

*Ef - Então vai com ela.*

*(...)*

*Ef – Outro passou e disse que tinha 20 € e que podia ser com camisinha e então fui.*

A utente Ef continuou a contar o que aconteceu, dizendo que ele se drogou no quarto.

*At<sup>52</sup> – No outro dia um homem pediu-me para fazer chuva dourada. Eu disse que não, não queria.*

### **- Relações com outros utentes ou sujeitos que se prostituem**

Os temas que envolvem outros utentes ou sujeitos que se prostituem foram também observados e registados, apesar das interações estabelecidas terem sido sobretudo entre os próprios utentes. Destacam-se assuntos relacionados com transgéneros.

*At<sup>53</sup> – A F, se alguém levar um murro dela.*

*Bm – A F. foi a que pôs mulheres de um lado e travestis de outro.*

*At – A A. é bem maluca, só tem silicone.*

*At – É uma que está à minha beira?*

*Bm – Ela ganhou muito dinheiro, tem um apartamento.*

---

<sup>50</sup> Obs. em 05/01/10

<sup>51</sup> Obs. em 05/01/14

<sup>52</sup> Obs. em 05/02/04

<sup>53</sup> Obs. em 05/02/01 At – Utente transgénero, identificando-se com nome feminino.

Classificado ainda nesta categoria, registou-se um conflito entre duas utentes, tendo sido necessária a intervenção de um técnico.

Af – *Andas para aí a ganhar pró filho e depois dizes que não andas na vida.*

Bf – *Antes a ganhar pró filho que para um chulo, eu é que sei da minha vida. Ao menos não os abandonei, como tu.*

Cf – *Ela insulta toda a gente* [comentário sobre Af].

Bf – *Ela ainda vai levar um murro* [diz em tom baixo, dirigindo-se a Dm]

A Educadora Social estagiária (E.S.e) presente solicita que se acalmem. A utente Am pega no jornal e começa ler.

[A situação fica mais calma].<sup>54</sup>

### - Outros assuntos

Por último, registaram-se também diálogos que abordavam outros assuntos de carácter geral, entre eles, preocupação com habitação; rendimento mínimo; problemas nacionais e internacionais; discussão sobre programas de televisão e algumas preferências dos utentes.

Estes assuntos são abordados entre utente/utente e utente/técnico.

### Síntese:

De acordo com as observações realizadas em contexto de sala de convívio notamos que as categorias **situações particulares da vida dos utentes** e **questões de saúde** são preferencialmente abordadas entre utente/técnico, e incluem questões familiares e amorosas. Por outro lado, as categorias **clientes e serviço de prostituição** e **outros utentes ou sujeitos que se prostituem** são predominantemente dialogadas entre utente/utente, dizendo respeito a situações da actividade da prostituição. A categoria **outros assuntos** é igualmente partilhada entre utente/utente e utente/técnico, e envolvem questões de carácter geral.

---

<sup>54</sup> Obs. em 05/02/17

Quadro 4.2.1.1 – Quadro síntese da Observação na sala de Convívio do EP.

Data	T.O	T.P	NºT.E./G.	Serviços utilizados	Temas de conversa
04/12/09	Das 21h40 às 23h55 <b>(2h.15)</b>	Psi.e ES.2	5 - F 1 -M	- Troca de seringas - Sala de convívio (televisão) - preservativos - Balneário	-Questões de saúde
05/01/06	Das 21h40 às 24h05 <b>(2h.25)</b>	Psi.e E.S2	3 -F 1 -M	- Sala de convívio (café, televisão) -preservativos	- Situações particulares da vida dos utentes: relação com companheiro(a) e outros familiares - Questões de saúde
05/01/07	Das 21h45 às 24h <b>(2h.15)</b>	Enf2 E.S1	6 - F 1 - T	- Lavandaria -Preservativos -Sala de convívio (café, televisão) -Balneário	-Situações particulares da vida dos utentes: filhos e outros familiares -Outros assuntos: habitação; nacionais e internacionais.
05/01/10	Das 18h30 às 21h <b>(2h.30)</b>	E.S1	4 - M 8 -F	-Troca de seringas -Preservativos -Sala de Convívio (café)	-Clientes e serviços de prostituição -Questões de saúde: toxicodependência -Outros assuntos: rendimento mínimo
05/01/14	Das 20h às 22h <b>(2h)</b>	ES1 Enf2 Psi. e	5 – F 1 – M 1 – T	- Sala de convívio - Enfermagem - Psicologia	Situações particulares da vida dos utentes: filhos -Clientes e serviços de Prostituição - Outros assuntos: habitação
05/01/18	Das 20h30 às 23h <b>(2h30)</b>	Psi1 Enf1 E.S2	2 - F 1 - M 1 - T	- Sala de convívio (televisão) - Sala de computadores (curso de informática) -Lavandaria -Enfermagem	- Situações particulares da vida dos utentes: filhos - Outros assuntos: programas de televisão
05/01/21	Das 21h às 23h <b>(2h)</b>	Psi2 E.S1 E.S2	11 - F	- Sala de convívio (comida e bebidas) - Balneário -Preservativos	- Questões de Saúde: toxicodependência
05/01/24	21h.10 às 23h40 <b>(2h30)</b>	A.S. Enf2 2 E.S.e	6 – F 4 – M 1 - T	-Sala de convívio - Preservativos -Troca de seringas - Balneário	- Situações particulares da vida dos utentes: estados emocionais e psicológicos - Questões de Saúde



05/02/01	Das 19h30 às 20h10 <b>(0h.40)</b>	Psi1 E.S.e	4 – F 1 – M 1 - T	- Sala de convívio (café, televisão) - Preservativos	- Relação com outros utentes ou sujeitos que se prostituem. - Outros assuntos: preferências
05/02/04	Das 18h45 às 19h <b>(0h.15)</b> <sup>55</sup>	E.S.e A.S	1 – F 1 - T	- Sala de convívio - Balneário	- Clientes e serviços de Prostituição
05/02/10	Das 21h às 23h <b>(2h)</b>	Psi2 E.S2	3 - F 1 – M	- Sala de convívio - Preservativos - Balneário - Troca de seringas - Psicologia	- Não há registo de temas relevantes
05/02/17	Das 21h15 às 23h40 <b>(2h.25)</b>	E.S.e Enf2 Psi.e	8 - F 3 -M 1 – T	- Sala de convívio (televisão) - Preservativos - Lavandaria - Balneário	- Situações particulares da vida dos utentes: estados emocionais e psicológicos; outros familiares - Relação com outros utentes ou sujeitos que se prostituem.
05/02/22	Das 22h20 às 24h <b>(1h 40)</b>	E.S.e Ass.S. E.S1	2 - F 2 -M	- Sala de Convívio (televisão, café) - Balneário	- Situações particulares da vida dos utentes: relacionamento com companheiro(a) - Questões de saúde

**T.O** – Tempo de Observação

**T.P.** – Técnicos Presentes (Psi.e – Psicólogo estagiário; Psi1 – Psicóloga 1; Psi2 – Psicóloga 2.

E.S.e - Educadora Social estagiária; E.S1 - Educadora Social 1; ES2 – Educadora Social 2;

Enf.1 – Enfermeiro 1; Enf2 – Enfermeiro 2

A.S. – Animador Social; Ass.S – Assistente Social

**NºT.E./G.** – Número Total de Entradas / Género (F – Feminino; M – Masculino T - Transgénero)

#### 4.2.2 Observação nas saídas com as equipas de rua

As observações que ocorreram na rua, acompanhando as equipas de rua, foram em menor número pelas razões já enunciadas anteriormente no capítulo da metodologia (3.3.2). Enquanto investigadores, estivemos presentes na carrinha, juntamente com os técnicos e fomos registando, por escrito, o número de utentes presentes em cada local, os serviços utilizados, os temas de conversa e as intervenções ocorridas. O registo destas observações foi sobretudo descritivo e de memória, uma

<sup>55</sup> Em 05/02/04 – a observação apenas decorreu durante 15 minutos, porque logo de seguida entrevistámos uma das utentes.

vez que também nos encontrávamos a colaborar com os técnicos na distribuição dos géneros solicitados (preservativos, bebidas, bolos). Contudo, sempre que possível registávamos, por escrito, as conversas em forma de diálogo.

Foram realizadas 3 saídas com as equipas de rua, nas quais se realizaram observações em 8 locais diferentes (Quadro 4.2.2.1).

A designação dos utentes é também apresentada através de letras de acordo com a ordem de chegada a cada local e com o género.

Nas observações realizadas com as equipas de rua, os serviços registados foram sobretudo a **distribuição de preservativos, bebidas quentes** e alguns **bolos**. Na observação ocorrida a 24/05/05, o objectivo era sobretudo a **Troca de seringas**, por ser um local frequentado por muitos utentes toxicodependentes.

### **- Situações Particulares da Vida dos Utentes**

Os assuntos abordados entre utentes e técnicos, durante as observações, centraram-se sobretudo nas situações particulares de vida dos utentes, mais uma vez a questão dos filhos:

*“ Olhem que tenho muito orgulho da minha filha, ela já tem 21 anos e é “pura”. A sério que é. O meu filho não, esse tenho a certeza que não, mas também só fuma de vez em quando um ou outro charro, não passa disso. Eu nunca abandonaria os meus filhos” (Cf)<sup>56</sup>.*

Num outro local, o técnico Enfermeiro 1 (Enf1) pergunta a uma utente sobre a sua filha, ao que ela responde estar tudo bem, acrescentando que a filha só come e dorme.

Esta situação observada permite-nos inferir sobre o acompanhamento que os técnicos tentam fazer aos utentes que apoiam, uma vez que se denota um conhecimento passado da vida da utente.

Ainda nesta categoria, foram registados assuntos relacionados com a orientação sexual, tendo sido assistido um conflito verbal entre utentes:

---

<sup>56</sup> Obs. em 05/05/20 Local: R. Latino Coelho

“ Entretanto aproxima-se um homem já alcoolizado que inicia uma discussão sobre os homossexuais, acusando-os de serem os responsáveis pelos seropositivos. Esse homem insulta um dos outros homens, por este ser homossexual. Os técnicos tentam, através de palavras, acalmar a situação.”<sup>57</sup>

### - Questões de Saúde

As questões de saúde dividem-se em saúde do próprio e saúde de pessoas próximas. Assim na saúde do próprio uma das utentes conversa com o Enf1, relativamente às dietas que faz.:

Enf1 – *Já parou com as dietas?*

Af – *Eu não consigo parar. Estou sempre a contar as calorias.*

Enf1 – *Tem ido ao médico?*

Af – *Eu tenho a mania da magreza! Eu disse que ia lá ao psicólogo e também quero fazer o curso.*

[O enfermeiro continua a insistir com Am para que ela coma alguma coisa que têm na carrinha].

Af – *Eu vou comer, pronto!*<sup>58</sup>

Mais uma vez no diálogo técnico/utente se verifica um conhecimento do técnico sobre a vida da utente.

A questão da gravidez e o não uso do preservativo em determinadas situações foi também registado durante uma das observações:

Enf1 – *Já foi à maternidade?*

Bf – *Sim, é uma menina.*

Bf – *Tenho consulta na segunda-feira, não posso faltar às consultas. Vou ver se tenho direito ao rendimento mínimo. (...) Agora tenho medo (...) Eu depois vou pedir para fazer a laqueação. (...) Aqui faço com camisa [preservativo] e em casa é ao natural, porque em casa eu sei que ele está em condições. (...) Eu antes queria ser logo aberta e fazer logo a laqueação (...) Eu tenho duas meninas, não sei qual é a posição de fazer o menino.*<sup>59</sup>

O discurso desta utente revela um comportamento de risco, quando refere não utilizar o preservativo com o companheiro, por considerar que ele está em condições.

---

<sup>57</sup> Obs. descritiva em 05/05/24 Local: Estação de S. Bento

<sup>58</sup> Obs. em 05/05/19 Local: R. Ferreira Cardoso

<sup>59</sup> Obs. em 05/05/19 Local: R. Coelho Neto

Numa outra situação, é também verificado um possível comportamento de risco, quando o técnico (Psi. e) oferece preservativos a uma utente que recusa, dizendo não usar.<sup>60</sup>

Ainda, incluída nas questões de saúde, está a conversa prolongada de uma utente [Bf, cerca de 50 anos] sobre a doença do seu companheiro que se encontra internado no hospital.<sup>61</sup>

A questão da toxicodependência é também abordada, principalmente por utentes que pretendem ser internados no CAT<sup>62</sup> ou outros que, estando a fazer tratamento, tiveram uma recaída.<sup>63</sup>

### **- Problemas da actividade da prostituição**

Um outro tema registado foi a questão relacionada com os problemas da actividade da prostituição. Esta questão foi lançada pelo técnico (Psi.e) que tentou saber a opinião dos utentes [no caso, todas mulheres]. Quase todas as utentes responderam que o principal problema era a segurança, pelo facto de ser uma actividade ilegal. Neste momento interveio, a mediadora<sup>64</sup> dizendo que a prostituição não era ilegal e explicou algumas vantagens e desvantagens de se tornar legal.

### **Síntese:**

Nas observações realizadas com as equipas de rua, verifica-se que as temáticas mais abordadas se centram nas **questões particulares da vida dos utentes**, sobretudo filhos e nas **questões de saúde**, como também já se havia concluído nas observações realizadas na sala de convívio. Neste contexto foi também possível presenciar a relação que os utentes estabelecem com os técnicos. Através do discurso proferido, nota-se que estes, em alguns casos, têm um vasto conhecimento de algumas situações particulares da vida do utente.

---

<sup>60</sup> Obs. em 05/05/19 Local: R. Ferreira Cardoso

<sup>61</sup> Obs. em 05/05/20 Local: R. João das Regras

<sup>62</sup> Obs. em 05/05/20 Local: R. Gonçalo Cristóvão

<sup>63</sup> Obs. em 05/05/20 Local: Estação de S. Bento

<sup>64</sup> A mediadora é uma mulher ex-prostituta que recebeu formação no Espaço Pessoa, através do Projecto Íris. O Projecto Íris é um projecto transfronteiriço entre Portugal e a Galiza que visa a contratação de mediadoras na área da prostituição para a sua reintegração profissional.

Quadro 4.2.2.1 – Quadro síntese das observações de Rua (Equipas de Rua)

Data	T.O	T.P	Local/ Nº utentes	Serviços utilizados	Temas de conversa
05/05/19	Das 22h30 às 24h  (1h.30)	-Psi. e  -Enfl  -Mm	R. Ferreira Cardoso: 7 Utentes  R. Coelho Neto: 7 Utentes  R. Santa Catarina: 6 Utentes	-Chá/ café  -Preservativos	- Questões de saúde (dietas)  - Problemas da actividade da prostituição  -Assuntos particulares da vida dos utentes: filhos  - Outros assuntos
05/05/20	Das 22h.30 às 24h00  (1h.30)	- Enfl  - Mm	R. Latino Coelho: 4 Utentes  Lima 5 – 4 utentes  R. João das Regras:  4 Utentes  R. Gonçalo Cristóvão:  5 Utentes	- Chá / café  - Bolo  - Preservativos	-Assuntos particulares da vida dos utentes: filhos  -Questões de saúde: doença do companheiro, toxicodependência
05/05/24	Das 20h30 às 22h30  (2h)	-Psi. e  - A.S.	Estação de S. Bento: 10 Utentes (4 Mulheres e 6 Homens)	-Troca de seringas	- Assuntos particulares da vida dos utentes (orientação sexual).

**T.O** – Tempo de Observação

**T.P.** – Técnicos Presentes (Psi.e – Psicólogo estagiário; Enf.1 – Enfermeiro 1; Mm mulher mediadora; A.S. – Animador Social)

### 4.3 ENTREVISTAS

Procederemos de seguida à apresentação dos dados recolhidos a partir das entrevistas, iniciando com uma breve caracterização dos utentes e técnicos, cujos dados foram adquiridos das próprias entrevistas.

#### 4.3.1 Caracterização dos entrevistados: Técnicos e Utentes

Os **técnicos** entrevistados foram todos os elementos da equipa, à excepção da Assistente Social e da Médica Voluntária, por uma questão de indisponibilidade de ambas. Também não foram entrevistados os estagiários presentes, por não integrarem o projecto há pelo menos 1 ano.

Verifica-se que as psicólogas trabalham há já mais de 6 anos, bem como um dos enfermeiros; o outro enfermeiro e o animador social trabalham há 3 anos e as duas educadoras sociais desenvolvem a sua actividade há mais de 2 anos, tendo o primeiro ano sido de estágio. (Quadro 4.3.1.1)

O Quadro 4.3.1.2 apresenta os dados dos **utentes** entrevistados, relativamente à idade, habilitações, nacionalidade, prostituição, consumo de drogas actual, filhos, e outras características.

Quadro 4.3.1.1 – Caracterização da amostra: técnicos entrevistados

<b>Técnico</b>	<b>Área de Intervenção</b>	<b>Tempo de actividade no EP</b>
A.S. - Animador Social	Animação Social	3 anos
E.S1 - Educadora Social 1	Educação Social	2 anos ( 1 de estágio)
E.S2 – Educadora Social 2	Educação Social	2 anos ( 1 de estágio)
Enf1 – Enfermeiro 1	Enfermagem	6 anos
Enf2 – Enfermeiro2	Enfermagem	3 anos
Psi1 – Psicóloga 1	Psicologia	7 anos
Psi2 – Psicóloga 2	Psicologia	6 anos

A **idade** dos utentes entrevistados situa-se entre os 18 e os 55 anos (Quadro 4.3.1.2), sendo que a utente mais velha – Maria – é aquela que ao nível da entrevista é mais pormenorizada nas suas respostas, chegando mesmo a desviar-se da questão central para falar sobre aspectos que considera importantes da sua vida.

Quadro 4.3.1.2 – Caracterização da amostra: utentes entrevistados

Nome*	Idade	Habilitações	Nacionalidade	Residência e Coabitação	Prostitui -se	Consome actualmente drogas	Filhos
Carol	25 anos	Terminou o 6º ano de escolaridade	Portuguesa	Em casa de amigos no Porto	Sim	Sim	1 filho
Conceição	55 anos	Terminou 4º ano de escolaridade	Portuguesa	Vive sozinha em casa	Sim	Não	4 filhos (2 falecidos)
Elsa	29 anos	Terminou o 6º ano de escolaridade	Portuguesa	Vive com companheiro em casa alugada	Sim	Não	Não tem filhos (1 aborto)
Luís	29 anos	Estudou até aos 15 anos (diz não saber ler nem escrever)	Português	Vive sozinho num quarto	Sim	Não	Não tem
Maria	55 anos	Terminou 4º ano de escolaridade	Portuguesa	Vive sozinha em casa	Sim	Não	4 filhos
Maria <sup>65</sup> João	44 anos	Frequentou o ensino secundário	Brasileira	Vive sozinha num quarto	Sim	Sim	Não tem
Marinela	34 anos	Terminou 4º ano de escolaridade	Portuguesa	Vive sozinha em casa alugada	Sim	Não	2 filhos
Rui	40 anos	Não terminou o 4º ano de escolaridade	Portuguesa	Vive sozinho em casa alugada	Não	Não	Não tem
Sara <sup>66</sup>	18 anos	Frequentou o ensino secundário	Brasileira	Vive em apartamento com prima	Sim	Não	Não tem
Susana	24 anos	Terminou 4º ano de escolaridade	Portuguesa	Vive com amigos em casa no Porto	Sim	Sim	3 filhos

\* Nomes fictícios

O **nível de habilitações** destes utentes situa-se, na sua maioria entre o 4º ano e o 6º ano de escolaridade. Há ainda um utente (Rui) que apenas concluiu o 2º ano de escolaridade e dois utentes (Maria João e Sara) que frequentaram o ensino secundário. Salientamos ainda o caso do utente (Luís) que por várias vezes fez referência ao facto de ter andado na escola, mas não saber ler nem escrever, demonstrando tristeza relativamente a essa situação.

A **nacionalidade** dos utentes entrevistados é maioritariamente portuguesa, havendo apenas dois casos (Maria João e Sara) de nacionalidade brasileira.

<sup>65</sup> Utente transgénero que apresenta nome feminino. A mesma utente pretende realizar a operação de mudança para o sexo feminino, embora tal ainda não tenha acontecido.

<sup>66</sup> Trata-se também de uma situação de transgénero, em que a própria utente se identifica com o género feminino.

Ao nível da **habitação e coabitação**, seis dos utentes vivem sozinhos: em quartos (Luís e Maria João); em casa alugada ou própria (Conceição, Maria, Marinela e Rui). Os restantes quatro utentes vivem com outras pessoas: com companheiro em casa alugada (Elsa); com familiares em apartamento (Sara); em casa de amigos (Carol e Susana). Estas duas últimas utentes, Carol e Susana, vivem na mesma casa que pertence a um senhor, que consideram amigo.

Em relação à actividade de prostituição, nove dos utentes entrevistados assumiram prostituir-se: seis utentes mulheres (Carol, Conceição, Elsa, Maria, Marinela e Susana) que se prostituíam com homens e um utente homem homossexual (Luís) que também se prostituía com homens. Ainda o caso de dois utentes transgéneros (Maria João e Sara) que se prostituíam com homens. Nenhum utente afirmou prostituir-se com mulheres.

O utente Rui referiu não se prostituir.

Cinco dos utentes entrevistados (Carol, Elsa, Maria João, Sara e Susana) **iniciaram a prostituição** antes dos 20 anos de idade, enquanto que os restantes quatro (Conceição, Luís, Marinela e Rui) iniciaram a actividade de prostituição entre os 20 e os 30 anos de idade.

O **consumo de drogas**, no momento do estudo, foi revelado apenas por três utentes (Carol, Maria João e Susana). O utente Rui diz que já foi toxicod dependente, mas fez tratamento, não o sendo actualmente. Os restantes utentes dizem nunca ter consumido drogas.

### **Síntese:**

Relativamente à **caracterização dos utentes** podemos verificar que a sua maioria são mulheres de nacionalidade portuguesa, cujas idades variam entre os 18 e 55 anos. As habilitações são baixas, situando-se em média entre o 4º e 6º ano de escolaridade. Há a excepção de duas utentes de nacionalidade brasileira que frequentaram o ensino secundário.

Vivem, maioritariamente sozinhos, quase sempre em quartos ou casas alugadas. Há alguns casos de utentes que vivem com companheiros, familiares (nunca família directa – pais e/ou filhos) ou amigos.



Todos os utentes entrevistados que se prostituem, fazem-no com homens e iniciaram esta actividade entre os 16 e os 30 anos, sendo que a maioria iniciou antes dos 20. O consumo de drogas é apenas apontado por três utentes.

#### **4.3.2 Relações familiares dos utentes entrevistados**

Encontrámos um padrão comum a todos os utentes, relativamente às **relações familiares estabelecidas**, sobretudo **com pais e irmãos**. Todos os entrevistados, por diversas razões, afirmam não ter relações afectivas significativas com os pais e irmãos. Surgem casos de utentes que não têm qualquer contacto actual com a sua família, sobretudo com os pais, por questões de abandono à nascença ou enquanto crianças. Os utentes dizem ter passado por uma ou mais destas situações: institucionalização enquanto criança (Rui); adopção (Susana); conflitos familiares (Conceição, Luís, Marinela, Maria João, Maria e Sara) Aqueles que actualmente referem ter contacto com os pais, relatam quase sempre que são relações conflituosas e/ou pouco significativas.

No que diz respeito aos irmãos, a maioria não sabe onde se encontram, e os que sabem não têm contacto regular com eles (Anexo B, Quadro 1).

No que respeita a **filhos**, seis das utentes mulheres entrevistadas admitem ter actualmente ou terem tido filhos, apesar de nenhuma viver presentemente com eles. As situações e atitudes tomadas perante os filhos são distintas:

- 1 aborto (Elsa);
- entrega para adopção (Susana : 2 filhos; Carol:1 filho);
- entrega a familiares (Susana:1 filho; Marinela: 2 filhos e Conceição: 4 filhos, mas só 2 ainda vivos);
- permanência com a mãe até idade adulta (Maria:4 filhos).

Dos utentes homens entrevistados, assim como dos utentes transgéneros nenhum assumiu ter tido filhos.

Todas as mães, com excepção da Conceição, dizem que os **filhos** não têm conhecimento da sua actividade de prostituição. No caso das utentes (Marinela e Maria), não querem de forma alguma que os filhos saibam da sua vida de prostituição.

É de salientar o relato exaustivo, emotivo e pormenorizado da utente Maria, sobre o modo como criou os 4 filhos, afirmando, por diversas vezes, o orgulho que sente por todos eles, principalmente por todos terem a sua vida própria, trabalharem e segundo ela, nunca se terem “metido” na droga, não fumarem e serem poupados. Em mais do que um momento do seu discurso reafirma a sua intolerância à possibilidade de algum filho se drogar ou vender droga:

*“Porque o meu filho e eu digo isto, se tivesse um filho que se drogasse, era capaz de lhe queimar as mãos no lume para não ver o meu filho drogar-se. Era capaz de lhe pôr dois cotos para não pegar na droga.” (Maria, 233<sup>67</sup>);*

*“E se um filho meu quisesse ir vender droga, que até há mães que até são capazes de querer para lhes dar dinheiro. Deus me livre, se um filho meu me dissesse que ia vender droga que eu até o matava. Antes o queria ver num caixão.” (Maria, 250).*

A utente Maria, salienta ainda que se algum dia dissesse aos filhos que se prostituía, perderia o respeito e a admiração deles.

*“Porque se eu dissesse ao meu filho: “Olha, eu hoje vou-me prostituir, eu hoje não tinha respeito dos meus filhos, não tinha respeito de nenhum. E eu não, oculto sempre. Não digo que até os meus filhos venham a desconfiar de qualquer coisa, mas nunca me abordaram esse problema.” (Maria, 201).*

### **Síntese:**

Nas **relações** com os **familiares encontra-se uma distinção** entre as que dizem respeito a pais e/ou irmãos e as que dizem respeito aos filhos. A maioria das relações com pais e irmãos ou são inexistentes ou são conflituosas, por diversas razões, como abandono e maus tratos. No caso das utentes mães, apesar da sua maioria não viver com os filhos por ter realizado interrupção voluntária da gravidez, entregue para adopção, ou estarem em instituições ou com familiares, referem-se aos filhos, principalmente as mais velhas, com muito orgulho.

---

<sup>67</sup> O número que se segue ao nome fictício corresponde sempre à unidade de texto da transcrição da entrevista.

### **4.3.3 Razões para a entrada na prostituição e in(dependência) no exercício da prostituição.**

Todos os utentes referem como principal **razão para iniciarem a actividade prostitucional**, a necessidade de dinheiro. No entanto, essas necessidades surgem em contextos e graus diferentes, como sejam:

#### **- Conflitos familiares e fuga de casa (Conceição, Elsa e Marinela)**

*“ (...) porque teve de ser, eu fugi do meu marido, por maus tratos e vim para aqui e tive de me fazer à vida.”* (Conceição, 131);

*“ Saí de casa aos 15 anos e segui a minha vida (...) A minha mãe não me dava dinheiro e eu era obrigada a vir para a rua.”* (Elsa, 150, 176);

*“ Eu tinha 17 anos e fugi de casa dos meus pais.”* (Marinela, 192).

#### **- Sustento dos filhos (Maria)**

*“ (...) depois tive os meus filhos, 4 meninos e depois então eu comecei a viver em pensões, mas as pensões eram muito caras e então a gente a ganhar ordenado para pagar a pensão, para comer, para sustentar os filhos, o dinheiro não dava e nós apostávamos em viver da prostituição, então porque o que ganhávamos já dava para pagar o quarto, para pagar a ama dos meninos, para comermos. Porque se fossemos a fazer um trabalho honesto, esse dinheiro não dava (...).”* (Maria, 163-168).

#### **- Aumentar o rendimento (Conceição, Luís, Maria João, Marinela e Susana)**

*“ (...) primeiro trabalhei num restaurante, mas depois umas amigas diziam-me que a prostituição dava muito dinheiro e tal, foram elas que me meteram nisto e eu comecei a vir.”* (Conceição, 135);

*“ (...) era assim, para ter mais algum dinheiro. Um amigo dizia-me para eu ir com ele, porque se ganhava bem, mas eu nunca pensei que algum dia assim com “ cotas” ...ui, eu nunca pensava isso.”* (Luís, 261);

*“ Ah, sim, para equilibrar o rendimento.”* (Maria João, 143);

*“ Não foi o facto de querer muito ter as minhas coisas, foi o facto de ter alguém que me queria ajudar e não tinha obrigação nenhuma (...) também depois comecei a fumar...a mulher não era obrigada a matar os meus vícios...e eu queria ...pronto via as outras raparigas também (...) não queria depender de ninguém.”* (Marinela, 202-204);

*“ Era para ir para discoteca, ter dinheiro para a discoteca, para ir aos fins-de-semana curtir.”* (Susana, 157).

#### **- Consumo de droga (Carol)**

*“ (...) e foi por causa da droga.”* (Carol, 124).

#### **- Operação para mudança de sexo (Sara)**

*“ É, estou juntando dinheiro para a operação.”* (Sara, 200).

Há posteriormente o caso de um utente (Luís) que em determinado momento afirma que a razão seria: (...) *era assim, para ter mais algum dinheiro* (Luís, 261) e noutro momento quase imediato, afirma ter sido por **opção**, uma vez que até tinha trabalho.

*“ Sim, foi por opção, porque eu não precisava desse dinheiro para viver mesmo, porque eu cheguei a trabalhar numas confecções lá em Vizela.”* (Luís, 263).

A principal razão dos utentes iniciarem a actividade de prostituição é a questão monetária, nuns casos necessárias à sobrevivência, noutros para necessidades de carácter mais secundário.

Todos os utentes declararam trabalhar por sua conta, ou seja, não se encontram dependentes de “chulos ou proxenetas”. No entanto, três das utentes (Carol, Conceição e Marinela) admitiram ter já trabalhado nessa situação mas actualmente já não o fazem. Cinco dos outros utentes (Elsa, Maria, Marinela, Sara e Susana) referem nunca ter trabalhado para “chulos”.

Quatro utentes (Maria, Maria João, Marinela e Sara) revelam **desânimo, vergonha, tristeza e cansaço e arrependimento** pela situação em que vivem.

*“ (...) eu rezo muitas vezes à noite(...) porque a vida da prostituição é muito difícil, a gente encontra bom, encontra mau(...)e para mim é uma vergonha eu dar a cara às pessoas todas que param(...) Eu acho que as pessoas que olham com desdém para nós e isso magoa-me muito<sup>68</sup>.”*(Maria, 172 – 174);

*“ Talvez se fosse hoje não me tinha metido nisso...não me metia...pelos conhecimentos que tenho...nem que fosse lavar escadas...que eu não tenho vergonha nenhuma.”* (Marinela, 205);

*“ Cansa.”* (Maria João, 158);

*“ Tanto que é assim, eu estar na rua não é por gostar, é pelo dinheiro. E eu não me sinto nada bem de andar. Que há aqueles clientes que são horrorosos, também há aqueles bonitinhos...mas há outros que Deus me livre até ao escuro assusta...mas enfim.”* (Sara, 203).

Por outro lado um utente (Luís) explicita que actualmente se encontra na prostituição por **opção**:

*“ Agora é por opção...gosto do que faço...eu sei como sou, não é ...vou ganhando mais algum dinheiro (...) Agora é por opção, mas antes nunca pensava que ia ficar assim...mas nunca me vesti de mulher...e se calhar vou ter de me vestir...eu não queria...mas com a idade...mas só se tiver de ser.”* (Luís, 265-266).

---

<sup>68</sup> A utente revelou uma expressão muito triste, enquanto falava da situação.

O discurso deste último utente indica que, futuramente, quando for mais velho, a situação poderá ser diferente, podendo passar de uma opção a uma necessidade.

Todos os restantes utentes consideram a possibilidade de **abandonar a prostituição**, de acordo com as seguintes condições enunciadas:

- Deixar de ser toxicodependente (Carol);
- Arranjar emprego (Elsa, Maria, Maria João, Marinela e Susana);
- Ter casa própria (Marinela);
- Adquirir dinheiro para a operação (Sara).

Verifica-se que todas as condições apontadas pelos utentes para abandonarem a prostituição, implicam a necessidade de dinheiro.

De acordo com os relatos dos utentes, a maioria já exerceu **outras actividades** anteriores à prostituição. Há apenas uma utente (Susana) que diz nunca ter trabalhado em mais nada.

Relativamente às actividades desenvolvidas foram referidas as seguintes:

- Operário fabril (Elsa e Luís);
- Empregada de limpeza (Marinela);
- Funcionária em loja (Maria);
- Esteticista (Sara).

Paralelamente Marinela afirma trabalhar também em limpezas por turnos numa empresa:

*“ Eu estou a trabalhar [limpezas]. (...) Mas isto é por turnos. Eu tenho um turno só (...) Porque é assim para ter um ordenado mais ou menos tem de se trabalhar pelo menos três turnos.”* (Marinela, 232, 234).

Quando questionados sobre uma **outra profissão** que gostariam de ter, as respostas variaram:

*“ O meu sonho era ser contabilista, desde pequenina, mas agora não dá!”* (Carol, 145);

*“ Quero-me tentar associar. É assim, quando me tornar transsexual quero formar uma associação de travesti e transformistas (...)”* (Sara, 245);

*“ Vou fazer disso a minha profissão. Vai ser bom porque há homossexual que dorme na rua, travesti que dorme na rua.”* (Sara, 261);

*“ Se eu pudesse alugar uma lojinha e pegar num máquina e fazer arranjos de costura. (...) Era olhar por um velhotinho ou velhotinha (...) ser florista.”* (Maria, 177, 218).

### **Síntese:**

As principais razões que os utentes apontam para a **entrada na prostituição** têm a ver com necessidades monetárias, inicialmente para gastos que as famílias não queriam ou não podiam suportar: vícios (tabaco, álcool e drogas) discoteca, compras ou outros gastos que pretendiam fazer. Também o sustento dos filhos surge como urgência de algumas utentes mães que mantiveram uma relação mais ou menos próxima com os filhos, tendo de pagar muitas vezes a mãe. Existem ainda casos cuja justificação é para obter dinheiro para fins específicos (operações de transsexualidade).

Apesar destas necessidades, quase todos os utentes, à excepção de dois, sentem-se desanimados e cansados e gostariam de deixar de se prostituir, apresentando algumas condições, que em praticamente todos os casos envolvem a aquisição de outras fontes de rendimento. Há o caso de uma utente que teria necessidade de deixar de ser toxicodependente.

O desejo de ter outra actividade é comum à maioria dos utentes, até porque quase todos, à excepção de uma utente já exerceram outras actividades profissionais, entre elas: empregados fabris; limpeza; loja; esteticista.

## **4.3.4- O Espaço Pessoa**

### **4.3.4.1 Perspectivas dos Técnicos**

Na generalidade, os técnicos do EP assumem ter outras tarefas para além da especificidade da sua formação, enquanto profissional e consideram-se como elementos de uma **equipa multidisciplinar**, em que é necessário fazer “um bocado de tudo” (Psi2, 5). Assumem exercer as seguintes funções: Animação Social, Educação Social, Enfermagem, Psicologia, para além de outras não específicas.

*“Sou animador social, trabalho nas equipas de rua, dentro do programa de troca de seringas do IDT” (A.S.6);*

*“Sou Educadora Social e estou responsável pelo projecto de Informática.” (E.S1, 7);*

*“ (...) inicialmente entrei para o projecto através do Projecto Isadora, neste momento encontro-me ligada através do projecto Íris.” (E.S2, 11-12);*

*“ (...) para além da função de enfermeiro propriamente dito, tenho a função de promover a saúde deles, que é o mais importante( ...) eu considero-me aqui mais um técnico de saúde, a fazer*

*parte de uma equipa multidisciplinar (...) tento integrá-los numas equipas de saúde da sociedade, tendo também hábitos ou comportamentos de cidadania e por outro lado também saberem relativamente ao sistema nacional de saúde.” (Enf1, 3,8,13);*

*“ (...) estou há 3 anos como enfermeiro, com todas as especificidades de enfermagem e depois com todas as outras funções do Espaço; apoio às mulheres e gestão do espaço em si (...). Desde há um ano para cá sou responsável pelas equipas de rua. Do IDT, na parte da toxicod dependência, troca de seringas, registos e relatórios, tudo para o IDT. Mas nas equipas de rua, não estou como enfermeiro, estou como elemento do Espaço Pessoa.” (Enf2, 4,6);*

*“ Estou aqui há 7 anos e sou psicóloga, embora faça um bocado de tudo.” (Psi1, 4-5);*

*“ Eu sou psicóloga, o meu trabalho aqui vai desde a psicologia, propriamente dita, à orientação de estágios.” (Psi2, 4-5).*

A grande maioria dos técnicos tem formação em áreas que são necessárias ao projecto, tendo outros já também trabalhado em projectos paralelos de apoio à população marginalizada.

*“ Quando estava na APF, fiz um curso sobre sexualidade, sobre atendimento e fiz parte de uma equipa que abriu uma linha de atendimento à sexualidade” (A.S., 11);*

*“ (...) eu já trabalhava nas equipas de rua, no projecto da Vamp(...)” (Enf2, 8);*

*“ (...) eu sou da psicologia dos comportamentos desviante, por isso tenho especial atracção por tudo o que tem a ver com esse âmbito. Desde toxicod dependência, homossexualidade, prostituição, crime, que é onde eu trabalho durante o dia. (Psi1,10-11);*

*“Eu trabalhava, estava já ligada, pela APF” (Psi2, 11).*

As **motivações iniciais** dos técnicos dividem -se em três grandes factores:

a) Interesse e experiência em trabalhar com populações marginalizadas e comportamentos desviantes (A.S, E.S1, E.S2, Psi1, Enf2);

b) Emprego, em alguns casos, como segundo emprego em horário pós – laboral (E.S1, E.S2, Enf1, Psi1, Psi2);

c) Interesse pelo tipo de Projecto e sua organização, referido por um técnico (Enf2), nomeadamente no tipo de organização que o projecto Espaço Pessoa apresentava na área da enfermagem (Anexo B, Quadro 2).

É de notar que os técnicos (Enf1 e Enf2) evidenciam que houve alterações desde que iniciaram o seu trabalho no EP, o que também alterou em parte algumas das suas motivações iniciais.

*“Efectivamente as motivações vão-se alterando.” (Enf1, 45)*

*“É assim, a motivação que eu tenho agora é muito menor que aquela que tinha.” (Enf2)*

Um dos técnicos (Enf2) demonstra alguma desilusão e revolta relativamente ao trabalho que é efectuado pela equipa, pelo facto de não considerar existir uma verdadeiro trabalho de equipa neste tipo de associações:

*“As motivações mudaram devido a muitos factores...um deles são os obstáculos que uma pessoa sente (...) há muita hipocrisia que se vive neste meio, não só na nossa, mas noutras associações (...) não há trabalho conjunto, cada um trabalha para seu lado, nunca concordei e continuo a não concordar.”* (Enf2, 18).

Os técnicos do EP consideram que os principais **objectivos das actividades desenvolvidas com os utentes** são:

**- A redução de riscos e de danos:**

*“ (...) redução de riscos e de danos, na transmissão do HIV e outras doenças víricas e também das bacterianas.”* (A.S. 26).

**- O uso do preservativo:**

*“ (...) conseguirmos que haja homens e mulheres que passem a usar preservativos.”* (A.S. 27).

**- A não partilha seringas:**

*“ (...) e que passem a não partilhar as seringas.”* (A.S., 28).

**- A promoção da saúde:**

*“ (...) é promover a saúde, hábitos de cidadania e de uma forma lenta.”* (Enf1, 21).

**- A integração na sociedade e nos seus sistemas organizados:**

*“ por um lado integrá-los numas equipas de saúde, tendo hábitos ou comportamentos de cidadania e por outro lado, também saberem relativamente ao sistema nacional de saúde.”* (Enf1, 13).

**- A alteração de mentalidades:**

*“Tentar mudar um bocadinho a mentalidade aqui das pessoas, de entrar, estar um bocadinho, levar preservativos, tomar café e sair (...).”* (E.S1, 31).

**- A formação e Bolsas de Formação:**

*“ (...) apoiá-las, dar-lhes alguma forma de rendimento.(...) Com os cursos Isadora, pretendemos ter bolsas de formação, de alguma forma ter ali dinheiro, que as ajude, ao fim do mês, não recorrer tanto à prostituição, ou deixar de vez a prostituição.”* (E.S2, 19);

*“ Poderem ter formação que um dia lhes possa servir, algum dia de alguma forma, poderem ocupar-se de algum tipo de profissão...se for esse o desejo delas.”* (E.S2, 22).

**- A promoção da auto-estima e confiança do utente:**



“ (...) tem a ver com a auto-estima das pessoas, que tem a ver por pô-las a falar, criar um espaço de confiança(...)” (A.S. 30);

“ (...) são daqueles objectivos que não são quantificáveis, que é dar-lhes uma noção de grupo, que elas têm alguns direitos.” (A.S., 291);

“ (...) há uma predominância do social e das carências mais básicas que vão gorando um pouco o trabalho da psicologia(...), nós trabalhamos muito no âmbito da pré – psicologia, se quisermos, do orientar, do caminhar, do ensinar gestão do quotidiano(...)” (Psi1, 20, 22);

“ (...) é um bocadinho dar resposta em situações de crise” (Psi2, 31).

Os técnicos apontam diversos objectivos que vão desde questões mais imediatas de saúde pessoal e pública, passando por objectivos de carácter de desenvolvimento pessoal e social como: a promoção da auto-estima e a formação do próprio utente.

Alguns técnicos referiram que parte dos seus objectivos iniciais se foram alterando ao longo do tempo, procurando uma **adequação à prática e à população em causa**. Podemos observar esta situação no discurso de um dos técnicos:

“ (...) inicialmente as pessoas trabalham muito com os seus objectivos pessoais e pouco com o que são os objectivos das populações.” (Psi2, 19);

“ Também por isso os meus objectivos mudaram, se as pessoas não têm onde dormir, não têm o que comer, estão numa situação gravíssima, em termos familiares, eu não vou tratar a questão existencial, que não é nada prioritário.” (Psi2, 30).

Segundo os técnicos é possível observar algumas **alterações no Projecto EP** que foram acontecendo **ao longo dos anos**. Assim, as alterações centram-se nos seguintes aspectos: tipo de população/utentes; adaptação de estratégias de acordo com a população; mudança de comportamentos sociais dos utentes no centro; níveis de população toxicodependente; serviços solicitados e frequência nas formações.

Os técnicos têm vindo a verificar algumas alterações, no **tipo de população de utentes**, nomeadamente em questão de nacionalidade, idades e género, afirmando que cada vez mais aparecem mulheres estrangeiras: brasileiras, africanas, romenas e de outros países da Europa de Leste.

“ (...) ao centro também vêm mais, sobretudo estrangeiras. É assim, as portuguesas sempre vieram, agora cada vez vêm mais estrangeiras, Europa de Leste, Africanas, as brasileiras (...)” (A.S., 197-198).

Também se tem verificado um aumento de mulheres cada vez mais novas a procurarem o centro.

“ (...) há mulheres muitas mais novas, muito mais.” (E.S1, 196).

Uma outra característica ainda em relação à população de utentes é a **diminuição do número de utentes homens**, relativamente aos primeiros anos do EP. Tal facto, deve-se muito também à própria organização do centro, que foi fechando as portas aos homens, quando se aperceberam que a sua presença poderia intimidar as utentes mulheres e que grande parte dos homens que apareciam não se prostituía. Ou seja, havia o receio de alguns dos homens que frequentavam o centro poderem ter intenções de coação sobre as mulheres ou controlo sobre algumas das prostitutas.

*“ (...) também já tivemos muitos mais rapazes, mas por questões que têm a ver com a evolução do próprio centro, fomos fechando um bocadinho a porta aos elementos do sexo masculino, porque fomos verificando que se calhar não havia assim tantos prostitutas, como se calhar aqueles que diziam.(...)”* (Psi1, 124).

A Educadora Social 1 acrescenta ainda que:

*“ (...) antigamente como havia muitos chulos também rondavam muito aqui(...) elas não podiam permanecer tanto cá dentro. Agora não há tantos (...) elas permanecem mais cá dentro.”* (E.S1, 187-188).

Em relação à **toxicodependência**, a técnica (E.S1) considera que não se têm verificado diferenças significativas, enquanto outra (E.S2) considera que talvez possam ter mais utentes toxicodependentes devido à disponibilização do serviço de troca de seringas, quer no centro quer nas equipas de rua.

*“ (...) Agora temos mais toxicodependentes do que o que tínhamos, também não só por termos agora as equipas de rua.”* (E.S2, 215).

A existência de  **cursos de formação** também tem vindo a alterar a dinâmica do próprio centro, uma vez que as pessoas têm procurado frequentar alguns dos cursos.

*“ Eu acho que devido aos cursos de formação, tem-se procurado muito mais formação (...) Há quem diga: “Então há mais cursos?” (...)”* (E.S2, 214);

*“ (...) durante os cursos Isadora, havia dias em que aquela sala estava repleta de gente(...) havia uma dinâmica muito maior do Espaço(...)”* (E.S2, 215).

Os **serviços solicitados** pelos utentes também foram sofrendo alterações. Sendo actualmente o serviço social o que tem tido mais procura, ao contrário do que acontecia em anos anteriores, em que a enfermagem era o serviço mais solicitado.

*“ (...) houve uma altura, houve aí um período em que a enfermagem era a mais procurada, depois o serviço social e depois a psicologia(...)”* (Psi2, 76);

*“ (...) neste momento o serviço social é o mais procurado, a enfermagem e a psicologia a seguir.”* (Psi2, 75).

Os técnicos julgam que algumas das razões para esta alteração, se poderão dever a:

“ (...) o agravar da situação económica do país em geral, também fez aumentar os pedidos em termos do social.” (Psi1, 131);

“ (...) a questão do rendimento mínimo faz com que as pessoas procurem mais ( a assistência social) porque naquela altura não havia ainda a figura do rendimento mínimo(...)” (Psi2, 179).

Uma outra alteração que os técnicos apontam é a própria **modificação de comportamentos sociais dos utentes no próprio centro**. Estas modificações passaram também pelos próprios técnicos.

“ Antigamente, na sala de convívio toda a gente fumava. Os utentes comiam, bebiam (...). Havia técnicos que fumavam (...)” (Enf1, 183 - 184).

As alterações neste tipo de população, conduzem também a que haja necessidade de se **alterarem e adaptarem estratégias**.

“ (...) temos arranizando estratégias ou planificando, no sentido de ser mais de acordo com eles.” (Enf1, 179).

Para mais exemplos ver Anexo B, Quadro 3.

Na opinião dos técnicos a **importância do Espaço Pessoa para os utentes**, assume três grandes características:

a) A presença de diversos técnicos a quem podem recorrer:

“ (...) porque isto de nós andarmos na rua, de falarmos com as pessoas, darmos preservativos, levarmos enfermeiro, um psicólogo ou assistente social, é muito importante porque as pessoas apercebem-se que estão pelo menos protegidas.” (A.S.,283).

b) as relações afectivas que estabelecem:

“ (...) algumas dizem que sentem às vezes que aqui encontram alguém que é como se fosse da família delas(...)” (E.S2, 237).

c) o Espaço Físico enquanto local de recurso, segurança e apoio:

“ (...) é sempre um sítio em que se pode recorrer, sentar um bocadinho, até podem tomar café, comer uma bolacha, falar até com as restantes mulheres ou com os técnicos, um bocadinho.” (E.S2, 236);

“ (...) depois há a questão de que, em termos de representação, este espaço funciona como uma segunda casa para muita gente.” (Enf2, 147).

### **Síntese:**

Foi possível verificar que os técnicos consideram fazer parte de uma equipa multidisciplinar, em que as várias formações específicas de cada um se

complementam. Para além da formação, a experiência em trabalhar com populações socialmente marginalizadas funcionou como mais uma motivação para integrarem este projecto, assim como, para alguns, a oportunidade de um primeiro ou segundo emprego.

As motivações iniciais destes técnicos foram-se alterando com o tempo, assim como os objectivos, quer pessoais, quer da equipa, que ao longo do tempo tiveram de se adaptar às necessidades da população em causa. Desta forma, os objectivos do Espaço Pessoa relativamente à população passam por questões de carácter prático, como seja a redução de riscos, promoção da saúde, mas também de carácter de desenvolvimento social e pessoal, no caso das oportunidades de formação, promoção da auto-estima e confiança.

A própria população também se foi alterando ao longo do tempo, existindo neste momento muitas mulheres estrangeiras e uma maior população toxicodependente devido também à presença de novos projectos no Espaço Pessoa.

A solicitação dos serviços que o Espaço Pessoa disponibiliza sofreu algumas alterações, pelo que actualmente o serviço de serviço social é o mais procurado, logo seguido do serviço de enfermagem, o que não se verificava no início do projecto, em que era predominantemente o serviço de enfermagem o mais solicitado. Tal facto, poder-se-á dever, segundo os técnicos, ao agravamento da situação económica do país e ao conhecimento por parte da população, da existência de subsídios sociais.

Ainda de acordo com os técnicos, a importância do Espaço Pessoa para esta população apresenta três grandes características: a presença de vários técnicos, de diferentes áreas; as relações afectivas que são estabelecidas entre técnicos e utentes e própria existência de um espaço físico, que serve de recurso e segurança.

#### **4.3.4.2 Perspectiva dos Utentes**

A grande maioria dos utentes entrevistados (Carol, Luís, Marinela, Rui, Sara e Susana) teve **conhecimento do Espaço Pessoa** a partir de colegas e amigos. Uma utente (Elsa) através do médico de família, dois (Maria e Maria João) conheceram através de outras instituições e uma utente (Conceição) não define como conheceu este centro.

As principais **razões** apontadas pelos utentes para **recorrerem ao Espaço Pessoa** estão relacionadas com os seguintes serviços disponibilizados: fornecimento e venda de preservativo; serviço de enfermagem; serviços de balneário e lavandaria; apoio psicológico e convívio; apoio do serviço social e cursos de formação.

Praticamente todos os utentes referem o facto de procurarem o centro para obterem **preservativos**, uma vez que diariamente são distribuídos dois preservativos gratuitos por pessoa, podendo a mesma pessoa comprar mais se assim desejar, a baixo custo.

*“É assim, é uma maneira mais simples de arranjar preservativos.”* (Marinela, 13).

Outras razões também apontadas por alguns utentes são:

**- os serviços de enfermagem**

*“era, tinha os enfermeiros (...) precisava de medicação que muitas vezes estava com febre (...).”* (Susana 18);

**- os serviços de balneário e lavandaria**

*“para tomar banho, para lavar roupa...secar muitas vezes.”* (Susana, 18);

**- o apoio psicológico e o convívio,**

*“porque eu tinha uns problemas psiquiátricos e precisava de apoio psicológico. A minha doutora não me podia dar o apoio psicológico. Aí encaminhou - me para aqui para o Espaço Pessoa.”* (Elsa, 8), *“e vínhamos para conviver.”* (Susana, 20);

**- o apoio do serviço social**

*“Pronto vinha pedir apoio como eu vivia na rua, em casas velhas e assim.”* (Rui, 16);

Percebe-se que as principais razões apontadas dizem respeito a questões materiais, nomeadamente a aquisição de preservativos (Anexo B, Quadro 4).

A **frequência** dos utentes no Espaço Pessoa é alta, uma vez que parte significativa dos utentes entrevistados afirma passar pelo centro todos os dias, e mesmo os restantes entrevistados dizem passar pelo Centro várias vezes por semana.

*“Todos os dias venho cá.”* (Conceição, 27);

*“Se puder tento vir todos os dias (...) estou aqui quase sempre desde as 4 horas.”* (Maria, 29,31);

*“Quase sempre...já vim mais vezes. Porque eu dantes vinha quase sempre, mas agora como isto está assim mal...mesmo a vida...mas venho quase sempre.”* (Luís, 63);

“ *Duas a três vezes por semana.*” (Marinela, 21).

Os utentes referem utilizar os diversos **serviços** que se encontram disponíveis no Espaço Pessoa. No entanto, o serviço de enfermagem, a lavandaria, balneários e distribuição de preservativos são os **mais solicitados**.

- Preservativos:

“ *Só venho mesmo buscar os preservativos*” (Marinela, 55);

“ *(...) venho pedir os preservativos*” (Elsa, 20).

- Lavandaria e balneários:

“ *Usava a lavandaria e os balneários quando estava na rua.*” (Carol, 52);

“ *(...) venho lavar a roupa(...)*” (Elsa, 20);

“ *Em antes era a lavandaria para lavar a roupa.*” (Rui, 49).

- Sala de convívio:

“ *(...) a sala de convívio.*” (Carol, 53);

“ *(...) e a sala de convívio.*” (Rui, 45).

- Enfermagem:

“ *O que mais uso aqui é quando quero ter algum curativo a enfermagem (...)*” (Carol, 53);

“ *(...) é a medicação para a febre, p'ra dor de dentes e mais nada.*” (Marinela, 65);

“ *Antes pedia (à enfermagem) quando andava na rua, agora já não preciso.*” (Rui, 54);

“ *(...) eu costumo usar os enfermeiros nisto...eu sofro muito dos dentes, quando preciso de um comprimido para a dor de dentes ou assim, mas é mesmo só para isso.*” (Susana, 62).

- Serviço de Psicologia:

“ *(...) é mais aí...o coiso...o serviço de psicologia.*” (Luís, 102).

- Serviço de Assistência Social:

“ *Sim, já falei com a assistente social*” (Sara, 22).

- Cursos de Formação:

“ *Agora estou a fazer o curso dos computadores.*” (Elsa, 20).

A principal actividade que os utentes apontaram como sendo a sua preferida no Espaço Pessoa foi o **convívio**, “ *Conviver com as pessoas*” (Elsa, 34) sendo logo de seguida a participação em alguns  **cursos de formação**  que se vão realizando “ *venho duas vezes quando venho aos computadores.*” (Elsa, 28)

#### **Síntese:**

Os utentes conheceram o Espaço Pessoa, sobretudo através de amigos, recorrendo frequentemente, na sua maioria, várias vezes por semana. Como principal objectivo têm a aquisição gratuita ou a baixo custo de preservativos. Os serviços que referem utilizar mais são a distribuição de preservativos, o serviço de enfermagem, a lavandaria e balneário. O convívio e a participação em cursos de formação são as actividades preferidas pelos utentes.

#### **4.3.4.3 Cruzamento de Perspectivas – Técnicos e Utentes**

Da análise dos discursos dos técnicos e dos utentes do EP podemos encontrar alguns pontos convergentes e outros divergentes. Apresentamos de seguida essa comparação.

##### - Melhoria do Espaço Pessoa

##### *Técnicos*

Segundo os técnicos as principais modificações necessárias para melhorar o serviço do Espaço Pessoa, centram-se essencialmente nos recursos humanos, materiais e espaço físico mas também mais formação, mais tempo de atendimento e modificações na organização são considerados aspectos importantes.

No que concerne a **recursos humanos**, os técnicos consideram que se existissem mais técnicos, o trabalho poderia ser mais distribuído e reforçado.

“ *Se a equipa fosse mais alargada, nós conseguíamos, por exemplo que um trabalho de rua fosse mais alargado, por um período de horário mais alargado, que cobrisse mais zonas (...)* (Psi2, 277);

“ (...) *nós não temos recursos humanos para isso, se calhar os recursos financeiros também muito menos, para que nós possamos dar uma acompanhamento às pessoas(...).*” (A.S. 315).

Os **recursos materiais** também são um dos pontos que os técnicos consideram que faltam, nomeadamente o material de enfermagem.

“ (...) devíamos ter um bocadinho mais de apoio material, quer em termos de material informativo para lhes dar, quer em termos de material técnico.” (Enf2, 96);

“ (...) temos umas luvas que são tamanho M, mas que não funcionam para mim.” (A.S. 330).

O **espaço**, enquanto **recurso físico**, segundo os técnicos seria também uma modificação necessária.

“ (...) um espaço físico maior, porque na sala que temos não dá para termos muitas pessoas ao mesmo tempo(...).” (E.S1, 288);

“ (...) alargar o centro, ter mais salas, ter oficinas(...).” (Psi1, 192).

Outras melhorias também apontadas pelos técnicos terão a ver com a necessidade de mais financiamento para os  **cursos de formação, maior tempo de atendimento e modificações na organização** de alguns projectos.

“ (...) termos incentivos, se calhar pagarmos, termos cursos financiados, nem que fosse um subsídio de alimentação, para que isto as levasse a sentir minimamente interessadas e procurar mais.” (E.S1, 286);

“ Distribuição de circuitos, alternar mais a ida aos locais e estar mais tempo nos próprios locais.” (Enf2, 106);

“ (...) devíamos ter um registo, as mulheres entravam e mensalmente fazia-se um registo.” (A.S. 324).

### *Utentes*

As principais modificações necessárias ao Espaço Pessoa, apontadas pelos utentes centram-se no apoio com géneros (roupa e comida) e no horário mais alargado.

#### **Apoio com géneros (roupa e comida):**

“ era bom que houvesse mais umas roupinhas, mas de resto está tudo bem.” (Conceição, 75);

“ Roupa, mais comida.” (Sara, 86);

“ era pôr coisas melhores aqui no centro (...) material melhor.” (Rui, 118, 120);

“ Também quando comecei aqui a parar não davam nada. Não havia nada de comida (...) agora já dão um bocadinho, mas isto também tem de ser aos pouquinhos.” (Rui, 131-132).

#### **Horário mais alargado:**

“ (...) porque isso antes...estava aberto...até às duas horas[duas horas da manhã] (...) óbvio que também eram duas horas, mas estava cá mais gente, agora está sempre às moscas.” (Luís, 139, 141);

“ (...) acho que sim[ horário mais alargado]eu vinha cá muitas vezes...e tinha cá mais colegas com quem falar.” (Luís, 145);



“ *Nos horários devia ser um bocadinho mais alargado, devia começar um bocadinho mais cedo.*” (Sara, 90).

Em menor número são apontadas outras modificações:

### **Horário da carrinha alargado:**

“ (...) *deveria fazer um horário mais tarde , porque antes não era tão aderido por causa do horário...porque a maioria das pessoas vão sempre depois da meia – noite, uma hora e as atrasadas às vezes já não pegam a carrinha.*” (Maria João, 69).

### **Médico mais regularmente:**

“ (...) *sim, devia haver um médico mais tempo.*” (Maria João, 57).

### **Trabalho da carrinha (colheita de sangue):**

“ (...) *e claro, se houvesse enfermeiros a fazer colheita de sangue.*” (Maria João, 70).

### **Permanência dos Técnicos:**

“*Era os técnicos manterem-se mais tempo, mas também alguns são voluntários, não é?*” (Marinela, 86).

### **Maior Controlo das necessidades dos utentes:**

“ (...) *eu acho que há aqui pessoas que vêm buscar roupa e que não precisam(...) eu já disse à doutora, mas também eles não podem fazer nada, coitados.*” (Marinela, 57, 59).

Ao contrário das outras utentes, duas (Susana e Carol) consideraram que estava tudo bem assim, não demonstrando grande vontade de falar sobre a melhoria do Espaço Pessoa.

Os utentes consideram que seria importante que o centro dispusesse de mais material, nomeadamente géneros alimentares e de vestuário. Para além disso consideram que os horários deveriam ser mais alargados, uns preferiam que abrisse mais cedo e outros que fechasse mais tarde.

### **Síntese:**

Realizado um breve cruzamento de perspectivas de técnicos e utentes, relativas ao Espaço Pessoa, podemos verificar que há diversas divergências de opinião.

No que se refere à melhoria do Espaço Pessoa, os técnicos apostam sobretudo na necessidade de mais recursos humanos, materiais e de alargamento do espaço físico. Por seu turno, os utentes apelam sobretudo a que haja mais apoio com géneros

alimentares, roupas e alargamento do horário tanto do centro como da carrinha das equipas de rua.

### 4.3.5 Interações estabelecidas entre Técnicos e Utentes

#### 4.3.5.1 Perspectiva dos Técnicos

Os técnicos referem que os principais problemas que os utentes apresentam são de carácter social, material e afectivo.

Assim, nos problemas de **carácter social e material**, inserem-se problemas relativos:

#### **Rendimento**

*“Situções sociais complicadas, mulheres que ficam doentes e de repente o único rendimento delas foi-se (...)” (A.S. 127);*

*“ (...) é o dinheiro que não se conseguiu fazer ao fim do dia.” (Psi2, 55).*

#### **Falta de clientes**

*“ (...) dizem que está mau lá fora, não trabalham, mas é sempre melhor do que ter um emprego e sentirem-se presas como nunca estiveram.” (E.S1, 171).*

#### **Problemas de habitação e alimentação**

*“ (...) há um grande tema a que nós chamamos organização de condições materiais de vida, que vai desde a habitação, arranjar alimentação, (...). (Psi2,49-50);*

*“ é o quarto que se tem de pagar”(Psi2, 56).*

#### **Problemas de saúde e toxicodependência.**

*“ Questões relacionadas com toxicodependência, gravidez, com a saúde em geral.” (Psi1,66).*

No que se refere a **questões afectivas**, estão na maioria dos casos associados os **problemas familiares e relações amorosas:**

*“ (...) questões familiares, problemas relacionados com a família no seu todo.” (Psi1, 65);*

*“ (...) se numa determinada fase a pessoa anda muito aflita, com uma questão da custódia do filho, se está institucionalizado, se não está, se é preciso informações para o tribunal (...)”(Psi2, 45);*

*“ (...) temos muitos pedidos relacionados com relacionamentos interpessoais(...) normalmente com os companheiros.” (Psi1, 64).*

**A actuação dos técnicos perante os problemas dos utentes**, passa por diversas fases:

- Fase de **avaliação do problema**;

“ (...) *avaliar as necessidades da mulher* (A.S. 101).

- Fase de **contacto e aproximação** – o técnico pretende estabelecer alguma empatia, colocando o utente à vontade. Este à vontade pode passar pela privacidade do local onde conversa com o técnico. De acordo com os técnicos, sempre que pretenda, ou que o técnico julgue ser aconselhável, a conversa é em privado em espaço próprio.

“ (...) *nós até já as conhecemos...já sei quando precisa que pegue um bocadinho com ela, porque está mesmo a precisar que alguém lhe diga alguma coisa, para ela se rir* (...)”(E.S1, 104)

“ (...) *nós já notamos, temos utentes que vêm cá mesmo para desabafar.*” (E.S1, 105);

“ (...) *normalmente entro na brincadeira com elas, tento logo ali quebrar o gelo e tentar criar ali a empatia do início.*” (E.S1, 117);

“ (...) *quando não está muita gente na sala, abre-se espaço à intimidade, desabam, chamam-nos ao corredor, pedem para falar connosco na sala em particular.*” (E.S1, 118-119).

- Fase de **intervenção, orientação e encaminhamento** sobre questões de saúde, familiares, judiciais, muitas vezes feito no próprio EP;

“ (...) *se em determinada altura ela está preocupada com a custódia do filho (...) nós centramo-nos sobretudo naquela questão(...) mas se logo a seguir está com um problema de saúde, andamos à volta, sobre o que é o problema de saúde, o que isso implica, como reagir, dar-lhe apoio(...)*”(Psi1, 45-47);

“ (...) *nós temos de orientar sempre para um médico (...) temos cá duas médicas ...às vezes tem acontecido de virem cá as mulheres e estar cá a médica* (...)”(A.S., 119).

- Fase de **encaminhamento para outros serviços exteriores** – quando necessário, o técnico actua encaminhando para outros serviços ou instituições que julgar adequado;

“ *Há casos mais complicados, situações de urgência, a precisar de hospitalização, situações de overdose.*” (A.S., 126);

“*Não que a gente lhes trate da saúde propriamente, mas para além de encaminhar, ajudamos a lidar melhor com as situações de doença.*” (Psi1, 67);

“ (...) *também é importante que elas falem daquilo que quiserem, mas depois também é necessário que o técnico vai encaminhar para outros serviços.*” (A.S., 133);

“ (...) *e depois esse técnico acaba por se aperceber que não é a sua área de intervenção e encaminha.*” (E.S2, 172).

Ainda, de acordo com os técnicos, muitas vezes é dado aos utentes **apoio e protecção**, facilitando-lhes a entrada em alguns serviços, nomeadamente ao nível da saúde.

*“ (...) dá-se algumas benesses a eles, omitindo, ou seja, não fazendo que eles vão pelo sistema nacional de saúde(...) pedindo a pessoas... que acaba por ser uma cunha, entre aspás. Digamos que é um pequeno brinde, no sentido de eles se prepararem para se integrarem.”* (Enf1, 25);

*“ (...) considero um bocado um porto de abrigo, dou-lhes alguns truques, entre aspás, para lidar com o sistema de saúde e isso é também um pouco gratificante.”* (Enf1, 16-17).

As diferentes fases apresentadas referem-se a diversos momentos e atitudes que os técnicos têm de tomar, consoante as características e necessidades do utente em causa. Nem todos os utentes terão de passar pelas diversas fases indicadas.

#### 4.3.5.2- Perspectivas dos Utentes

Segundo o discurso dos utentes, a **interacção com os colegas** (outros utentes) não é significativa, pois a maioria opta por dialogar individualmente com os técnicos e em alguns casos especificamente com um dado técnico.

Uma das utentes afirma mesmo que:

*“ Quando estamos na sala de convívio e estão mais colegas, tou mais numa de brincadeira, de palhaçada, porque há certas pessoas que não dá para a gente conversar”.* (Marinela, 45).

No que se refere à **preferência e escolha de um técnico específico**, foram verificadas duas situações. Cinco dos utentes (Carol, Maria, Maria João, Rui e Sara) consideraram indiferente a escolha do técnico:

*“ Não, falo com qualquer um.”* (Carol, 91);

*“ Não tenho preferência, não há excepção para mim, tanto tenho uma conversa com o senhor doutor, como com o senhor enfermeiro.”* (Maria, 51);

*“ Não, não tenho preferência.”* (Maria João, 34);

*“ Eu gosto deles todos, são todos bons para mim.”* (Rui, 58);

*“ Se não houver a pessoa que eu quero pode ser outra, desde que possa ajudar não me importa. Tento falar com a Doutora. K, como falo com qualquer um.”* (Rui, 173- 174);

*“ Não, não escolho o técnico. Pode ser qualquer um.”* (Sara, 116).

A utente Susana é a única que diz que não costuma conversar com ninguém, nem mesmo com os técnicos.

Contudo, quatro utentes (Conceição, Elsa, Luís e Marinela) referiram que por **razões, maioritariamente afectivas** estão ligados a um **técnico específico** com quem se sentem mais à vontade para dialogar:

“ (...) depois começaram a vir outras que também são muito boas, não tenho nada que dizer de nenhuma, mas para mim só há aqui uma doutora muito especial...” (Conceição, 17);

“ eu gosto de todos, mas prontos há uns que me ajudaram muito e eu gosto mais de conversas com eles.” (Conceição, 50);

“ Eu venho e pergunto pela Doutora K, ou pelo enf.1. Se não estiverem venho noutra dia. Posso falar com outros, mas há coisas que gosto mais de falar com a Doutora K (Conceição, 97);

“ é a maneira de falar...ai gosto mais de duas pessoas ou três...ai a sério...assim que me sinto mesmo bem.(...) isso, entendem-me melhor.” (Luís, 84, 86);

“ Com um sinto-me à vontade, porque já o conheço há uns anos, claro e sinto-me mesmo à vontade. Agora com o outro, não me sinto nada à vontade...é “ porque não tenho”, se lhe peço qualquer comprimido para as dores de cabeça ou para as dores de dentes...” ai não tenho, vá à farmácia comprar.”, é mesmo assim, a sério.” (Luís, 111);

“ Com a Doutora. X, psicóloga, não é? (...) Deve ser por causa disso que ela me compreende tão bem.” (Marinela, 37, 39);

“ (...) a Doutora X para mim ela é uma amiga. Ela sabe ouvir-me e faz-me bem, sinto-me mais aliviada.” (Marinela, 67).

Uma das utentes (Elsa) refere mesmo que se não estiver a pessoa com quem ela quer falar, volta num outro dia.

“ Procuro outro dia [na ausência do técnico com quem quer falar].” (Elsa, 90).

Em diversos momentos do discurso dos utentes, a **opinião relativa aos técnicos** que os acompanham no EP é bastante positiva, sendo quase sempre referidos aspectos afectivos e relacionais, como se pode observar em alguns exemplos de discurso:

“ (...) e eu então conheci, falei com uma assistente social, muito, muito simpática.” (Luís, 34-35);

“ (...) aqui aparece de tudo e eles têm de ter muita personalidade para conviver com todo o tipo de pessoas, porque há bom, há mau, há de tudo, há pessoas educadas, há pessoas malcriadas.” (Maria, 26);

“ Ele [professor de um dos cursos] também foi uma pessoa que se empenhava muito.” (Maria, 46);

“ Tenho pena é de uma coisa...é assim, vêm uns ...passados uns tempos vão embora...já conheci aqui muitas doutoras (...) Se calhar é por isso que eu estou tão agarrada à doutora X” (Marinela, 82, 84);

“Estão a ajudar-me com as boas conversas, em ouvir-nos, em nos dar conselhos, o carinho deles, sei lá, aquela amizade toda deles, para nós é uma família. Sentimo-nos numa família. Porque

*tudo o que a gente fale eles ouvem-nos e dão-nos as opiniões e respeitam-nos, isso já é muito bom.”* (Maria 94,95);

*“Por vezes elas aliviam a falar sobre os meus problemas familiares.”* (Maria, 57).

#### **4.3.5.3 Cruzamento de Perspectivas – Técnicos e Utentes**

##### - Assuntos de diálogo com os técnicos

###### *Técnicos*

Os técnicos referem que os **temas de que os utentes preferem falar** com eles dizem quase sempre respeito aos filhos e relações amorosas e por vezes a outros assuntos da sua vida mais pontuais.

*“ (...) elas adoram, se for preciso estão meia hora a falar (...) dos namorados, dos filhos(...)”*(A.S. 135);

*“ (...) às vezes estão sem os filhos e não passam o Natal com os filhos ou porque lhes foram retirados da guarda.”* (A.S. 138);

*“ (...) é preciso lembrar- mo-nos que estas pessoas vivem numa situação um bocado de limite (...) vivem sempre uma certa angústia e nós também ouvimos isso.”* (A.S., 141).

###### *Utentes*

De forma idêntica também os utentes referem que os assuntos que habitualmente conversam com os técnicos dizem respeito sobretudo a questões da vida pessoal, nomeadamente saúde, família e outros aspectos da vida particular nem sempre especificados:

*“ (...) gosto de conversar às vezes sobre os meus filhos, quando os vou visitar, gosto de falar disso.”* (Conceição, 54);

*“ (...) aí ...falo de tudo um pouco...também falo dentro da minha doença e falo muito da minha vida privada.”* (Luís, 90);

*“ (...) da vida particular.”* (Marinela, 43).

### **Síntese:**

Os técnicos apontam como **principais problemas dos utentes** as questões sociais, materiais, sobretudo as que envolvem a falta de rendimentos e problemas de saúde; assim como as questões afectivas, no caso dos problemas familiares.

De acordo com os problemas apresentados, os técnicos orientam os utentes no sentido de que haja um acompanhamento adequado a cada situação, podendo passar por encaminhamento para os próprios serviços do Espaço Pessoa ou para outros serviços exteriores, no caso de não ser possível internamente dar uma resposta adequada à situação.

As interacções entre utente/utente, dentro do centro são escassas, uma vez que estes preferem dialogar com os técnicos sobre os seus problemas ou mesmo sobre outros assuntos. Para cerca de metade dos utentes entrevistados, é indiferente o técnico que os atende, no entanto, para a outra metade é fundamental a escolha do técnico, com quem preferem interagir. A principal razão desta preferência tem a ver com relações afectivas e de confiança que se vão estabelecendo entre utente/técnico. Estas questões afectivas e emocionais são muito valorizadas pelos utentes quando apresentam a opinião sobre os técnicos.

No que concerne aos assuntos de diálogo entre técnicos e utentes, ambos os grupos consideram que as questões da vida particular são aquelas que os utentes mais falam com os técnicos.

## **4.3.6 Perspectivas de Saúde**

### **4.3.6.1- Perspectiva dos Técnicos**

Os técnicos consideram que existem algumas diferenças nas razões que podem conduzir a comportamentos de risco **de diferentes grupos na população apoiada** pelo EP. Distinguem cinco grupos, que em muitos casos não se dissociam: Toxicodependentes; Mulheres mais novas e mulheres mais velhas; Mulheres Imigrantes e Transgéneros.

No grupo de **toxicodependentes** as três principais razões que conduzem a comportamentos de risco são a necessidade urgente de dinheiro; a pressão dos clientes e o descontrolo emocional, principalmente em situações de ressaca:

“ *As toxicodependentes, se o cliente quiser pagar mais para não usar o preservativo, elas vão.*” (A.S. 260);

“ *E elas [toxicodependentes] muitas vezes acusam-se na sala umas às outras: “Ai ela, se ele pagar mais...”*” (E.S1, 262);

“ *(...) mulheres novas com consumo [drogas] não têm tanta preocupação (...)*” (E.S2, 247);

“ *a mulher toxicodependente funciona em termos da prostituição, só para obter dinheiro para a droga e aí é que vai prevaricar uma série de coisas, os cuidados.*” (Enf2, 82);

“ *(...) eu acho que mais preocupante é mesmo a população toxicodependente.*” (E.S1 214);

“ *(...) o básico todas sabem, havendo aqui uma pequena ou grande diferença é que uma pessoa a ressacar, uma toxicodependente, perde a noção do risco (...)*” (Enf1, 208 - 209);

“ *(...) a toxicodependência é um factor, é uma problema que direcciona...que faz e que tem a ver com os comportamentos de risco, que faz ter comportamentos de risco (...)*” (Enf1, 246);

“ *(...) se falarmos por exemplo das toxicodependentes, aí entramos num outro factor, que é a questão económica.*” (Psi2, 207).

No grupo de **mulheres**, independentemente de serem toxicodependentes ou não, existem algumas diferenças a nível de cuidados entre as mais novas e as mais velhas. As **mulheres mais novas** quando apresentam comportamentos de risco têm como principal razão a toxicodependência:

“ *As mais novas [mulheres mais novas] estão mais ligadas às drogas, por isso correm mais riscos.*” (A.S., 274-275);

“ *(...) nós ensinamos mas não conseguimos ter controle...porque elas[mulheres mais novas] dizem-nos que utilizam e não utilizam, depois engravidam e dizem que é do companheiro, mas muitas vezes é dos clientes.*” (Enf2, 76);

“ *As mais velhas aos amigos não pedem para usar [preservativo] e as mais novas não [não deixam de pedir para usar preservativo por ser amigo] (...)*” (E.S1, 251);

“ *Nota-se que estão informadas [mulheres mais novas] e que sabem o risco que correm.*” (Psi1, 167);

“ *(...) mas também posso dizer que por exemplo nas mulheres mais novas, a percentagem de toxicodependência é maior, a percentagem das que não usam preservativo também é maior.*” (Psi2, 231).

Os comportamentos de risco que as **mulheres mais velhas** têm, na opinião dos técnicos, devem-se sobretudo ao facilitismo com clientes antigos; às relações de afecto



que estabelecem com companheiros ou clientes mais próximos e ao medo de perder clientes [no caso de lhe pedirem para usar o preservativo]:

“ *As mais velhas têm o problema que têm clientes mais fixos, mais antigos e por aí facilitam mais.*” (A.S., 276);

“ *(...) clientes há 30 ou 40 anos, vão-lhes pedir preservativos, para quê? Não faz sentido, nem eles poriam concerteza.*” (A.S. 278);

“ *eu acho que as mais velhas correm mais riscos, por dizerem*” *Nós já temos clientes amigos, se pedirmos para usar preservativo vão pensar que temos doenças*”(E.S.1, 250);

“ *(...) as mais velhas não fazem tudo, dizem elas, não fazem tudo o que o homem pede, mas mesmo assim facilitam com os amigos*”(E.S1, 252);

“ *no caso dos clientes mais antigos, elas[mulheres mais velhas] quase que já nem usam preservativo, porque há ali uma relação de confiança*”(E.S2, 222);

“ *temos as senhoras mais antigas que com os clientes antigos não usam preservativo, porque acham que é assim e pronto*”(Enf2, 76).

No caso das **mulheres imigrantes**, os técnicos consideram-nas muito mais informadas e conscientes:

“ *eu posso-lhe dizer que os travestis e as imigrantes são mais cautelosos. Essas são daquelas que eu quase tenho a certeza que não fazem sem preservativo.*” (A.S. 257-258);

“ *(...) vou falar das brasileiras e africanas (...).Em África, há uma grande percentagem de população infectada, e já vêm com essa consciência e não é aquela coisa de arriscar (...).*” (A.S., 260, 262);

“ *(...) chegam-me a dizer [mulheres brasileiras e africanas] que não deixam que um cliente lhes faça sexo oral. Só se puser protecção, tipo preservativo, porque sabem que a saliva também potencialmente tem bactérias e pode-se apanhar a hepatite B.*” (A.S., 266- 267).

Em relação aos **Transgéneros** (designados pelos técnicos como Travestis e/ou Transsexuais) que se prostituem, os técnicos consideram que há mais cuidados de saúde, até porque há uma valorização do aspecto e aparência:

“ *(...) travestis são muito mais cautelosos.*” (A.S. 256);

“ *(...) eu acho que os travestis se preocupam muito, acho que sim. (...) Têm muita preocupação com a sua protecção.*” (E.S2, 245, 247);

“ *(...) os travestis são muito mais cuidadosos, muito mais cuidados, cuidados de higiene, bem vestidos. Têm uma preocupação pelo aspecto muito mais que as mulheres.*” (Enf2, 84);

“ *(...) os travestis no geral exprimem alguns cuidados em termos de saúde (...).*” (Psi1, 162);

“ *Eu arriscaria dizer que os travestis e os transsexuais, se calhar se protegem mais ou têm mais cuidado (...).*” (Psi2, 238).

Dos grupos apresentados, há claramente, na opinião dos técnicos, dois grandes grupos que revelam mais comportamentos de risco: os toxicodependentes e as mulheres, não imigrantes. Se por um lado as mulheres mais novas aparentam estar mais informadas e até exigirem mais frequentemente o uso do preservativo, por outro lado são as que se encontram mais dependentes de drogas, incluindo-se no primeiro grupo referido, devido sobretudo à necessidade de dinheiro. As mulheres mais velhas não estão tão associadas a problemas de toxicodependência mas são as que mais facilitam as relações sem preservativos com clientes mais antigos com medo de os perder, assim como nas relações afectivas.

Ainda na opinião dos técnicos as mulheres imigrantes e os utentes transgéneros são os dois grupos da população que apresentam menos comportamentos de risco.

Após uma análise em termos de grupos sociais, passemos a uma análise em termos de **comportamentos**. Os técnicos apontam dois tipos distintos de comportamentos, perante as questões de saúde:

- O **comportamento preventivo**, em que é possível perceber que há utentes conscientes, informados e que aplicam nos seus comportamentos acções preventivas, tais como o uso do preservativo:

*“ (...) há algumas que são muito muito intransigentes e por nada na vida, abdicam do preservativo. Não são muitas como desejaríamos, mas haverá algumas.”* (Enf1, 223-224).

- Os **comportamentos de risco** desta população devem-se a diferentes razões e factores, muitos deles já referidos anteriormente, nas diferenças observadas ao nível de grupos sociais:

**Conformismo** – Muitos utentes, nomeadamente os que contraíram doenças através de contactos sexuais, como o HIV, acabam por não valorizar muito a sua saúde e por conseguinte a dos outros.

*“ Elas pensam: ‘Pronto, já tenho HIV, já tenho hepatite C, para que é que me vou proteger’”* (A.S., 220).

**Facilitismo pelo aspecto exterior** – Muitos utentes facilitam o uso do preservativo, pelo facto do (a) cliente exteriormente aparentar ser saudável.

*“as mulheres depois têm outros mitos: “ pronto vou com este cliente que até tem bom aspecto, e até nem vale a pena usar (...)”* (A.S. 232).

**Afectos** – Por questões afectivas, muitos utentes, segundo os técnicos, abdicam de alguns cuidados, nomeadamente do uso do preservativo, por considerarem que com os/as companheiros/as a relação não é profissional, sendo esta uma forma de distinguir o/a cliente do/a companheiro/a.

*“Elas no seu dia a dia, no trabalho e naquilo que formalmente e racionalmente sabem que é risco, elas usam o preservativo. Se entretanto, começam a entrar noutras questões, nomeadamente afectivas, com os amigos, então já é diferente. E portanto embora tenham consciência, assim como qualquer um de nós, não usam.”* (Psi2, 202- 204).

**Toxicoddependência** – A necessidade de dinheiro para o consumo diário de droga, é muitas vezes um motivo para que alguns utentes não usem o preservativo, no caso de os clientes assim o exigirem, como única forma de lhes pagarem. Os técnicos afirmam que esta necessidade coloca muitas vezes para segundo plano a protecção da própria saúde de quem se prostitui.

*“ (...) com a toxicoddependência elas facilitam mais, não acatam muito bem as indicações que nós damos e assim...o aumento da toxicoddependência vai contra o nosso trabalho..., nós damos o preservativo, mas se o cliente pagar mais, não utiliza o preservativo, porque precisa de dinheiro para a droga.”* (Enf2, 74).

**Pressão dos clientes** – Segundo os técnicos, um dos grandes grupos impulsionadores de algumas atitudes de risco são os próprios clientes que são em alguns casos capazes de pagar mais, para de forma consciente ou inconsciente abdicarem da sua própria saúde, solicitando ou exigindo o não uso do preservativo.

*“ (...) e também não podemos esquecer que quem paga para não usar preservativo, são os clientes, não são as mulheres. Mais uma vez, é o grupo que não seria de risco, que até paga para correr o risco.”* (Psi2, 207- 208).

Poderão ser consultados outros exemplos no Anexo B, Quadro 5.

#### 4.3.6.2 - Perspectiva dos Utentes

A **noção** que os utentes têm da sua **saúde**, é perspectivada ao nível da saúde física, mas também da mental e psicológica.

O factor não “**não ter doenças**” é apontado pelos utentes (Conceição, Rui e Susana), sobretudo em questões de doenças de carácter físico:

*“Eu dou graças a Deus até à data nunca tive nenhuma doença, também não me drogo nem nada. Bebo às vezes, mas não tenho doenças.”* (Conceição, 61);

*“Eu tenho saúde, não tenho doenças.”* (Conceição, 77);

*“Para ter saúde ...é não estar doente (...)”* (Rui, 136);

“ *Sei lá, é não ter doenças.* ” (Susana, 83).

A **alimentação** é outro dos factores que os utentes (Carol e Rui) consideram importante para terem saúde:

“ (...) *ter uma alimentação boa, ter certos cuidados.* ” (Carol, 67);

“ (...) *é alimentar-se bem, ter cuidados com as comidas.* ” (Rui, 136,138).

**Evitar drogas, excesso de bebidas alcoólicas e a utilização sempre do preservativo** nas relações sexuais, também são apontadas por dois utentes (Conceição e Sara):

“ *Eu dou graças a Deus até à data nunca tive nenhuma doença também não me drogo nem nada. Bebo às vezes (...)* ” (Conceição, 61);

“ *Uma pessoa para ter saúde é: drogas nunca, álcool muito menos, quando se estiver nas relações, seja com cliente ou com namorado, usar sempre preservativo, porque não sabemos o que pode surgir.* ” (Sara, 95).

As questões que envolvem a **saúde mental e psicológica** são apontadas por todos os utentes, como fundamentais para se ter saúde:

“ (...) *estar bem da cabeça e as análises estarem bem.* ” (Carol, 69);

“ *Tem de estar bem [a nível psicológico]* ” (Rui, 140);

“ *tem a ver com tudo, com a parte da cabeça também que é muito importante.* ” (Conceição, 79);

“ *Eu penso que uma das coisas mais importantes, é (aponta para a cabeça)* ” (Maria João, 84);

“ *Acho que uma pessoa ter saúde, não é só por exemplo...o meu caso, tenho uma úlcera no estômago, se eu tivesse a operação, não era só isso que me ia por boa. Basta uma pessoa, por exemplo se me acontecesse alguma tragédia na família (...) era o suficiente para uma pessoa ficar doente.* ” (Marinela, 96);

“ *Eu até acho que o mais importante para ter saúde é estar bem disto (aponta para a cabeça)* ” (Marinela, 96);

“ *Tanto psicologicamente como fisicamente. As duas.* ” (Sara, 97);

“ *Sentir-me bem com toda a gente. É bom, porque é assim, se você não está bem com umas pessoas e vai estar com outras a sua saúde se vai baralhar.* ” (Sara, 99);

“ *Tudo.* ” (Susana, 87);

“ *Tem a ver com tudo.* ” (Elsa, 66);

“ *Queria sentir-me mais alegre, queria sentir-me mais feliz.* ” (Luís, 153).

Apenas a utente Maria não refere directamente questões de carácter psicológico ou mental, no entanto o **factor dinheiro**, é para ela um factor importante para que possa ter saúde:

*“ Logo que uma pessoa tenha dinheiro para o dia a dia, já tem saúde e que acorde com os pés a bulir, já tem saúde (...).”* (Maria, 86).

Os utentes apresentaram dois tipos de justificação para o facto de se **considerarem saudáveis**: razões físicas e psicológicas.

Apenas duas utentes (Susana e Maria) referem que se sentem saudáveis por razões de ordem física, baseadas em **análises clínicas**:

*“ Eu tirei exames contra a SIDA e essas coisas todas...hepatites, sífilis ...e tava tudo direitinho.”* (Susana, 93);

*“ O único problema que tenho é a prostituição, mas fui fazer umas análises ao sangue e graças a Deus, o médico disse que tomara a muita gente ter o sangue que eu tenho, tenho um sangue bom.”* (Maria, 67).

Uma só utente (Carol) aponta razões psicológicas para se considerar saudável:

*“ Sim, sinto-me bem a nível psicológico.”* (Carol, 75).

Todos os utentes (excepto a utente Maria) incluindo também duas das utentes referidas anteriormente (Carol e Susana) apontam várias razões que justificam o facto de **não** se sentirem **saudáveis** – Doenças físicas; Problemas de ordem mental, psicológica e sentimental.

As utentes (Carol e Susana) se por um lado apresentam razões para se considerarem saudáveis, ao longo do seu discurso apontam outras razões que justificam o facto de não se considerarem totalmente saudáveis como poderemos verificar.

Cinco dos utentes (Carol, Elsa, Luís Marinela e Rui) referem como razão para não se considerarem saudáveis as **doenças físicas**:

*“Tenho bronquite asmática...e no coração tenho os batimentos muito [faz gesto a indicar batimentos muito rápidos].”* (Carol, 73);

*“ Saudável, eu não sou. Era eu deixar de ser epiléptica que era para ter saúde.”* (Elsa, 70);

*“ Ui! muita coisa, já tive essas doenças.”* (Luís, 162);

*“ Saudável, saudável não sou. Precisava de fazer assim uma certa operação, e não a faço porque não quero, tenho medo.”* (Marinela, 90);

*“ Saudável não sou, tenho este problema na mão.”* (Rui, 142).

Cinco utentes (Luís, Maria João, Rui, Sara e Susana) apontam **razões de ordem mental, psicológica e sentimental**:

“ *Também falta-me um pouco (saúde mental) porque há coisa de dez anos, que eu tive...enfim...com uma coisa (...) um acidente de carro, que nem quero lembrar.*” (Luís, 164,166);

“ (...) *eu não me sinto feliz, ando sempre em baixo e depois muita gente nota em mim.*” (Luís, 171);

“ (...) *então quando a gente se decepciona com as pessoas que estão ao seu lado.*” (Maria João, 94);

“ *Ai, ando às vezes um bocado triste...por causa da minha mãe...já lhe deram duas trombozes.*” (Rui, 155);

“ *Porque a minha cabeça anda muito baralhada ainda. Primeiro quero ser transsexual e segundo sou o travesti mais nova da cidade do Porto!*” (Sara, 105,106);

“ *É a nível da cabeça.*”. (Susana, 97).

De acordo com os dados obtidos verifica-se que há uma relação entre o que os utentes consideram ser importante para terem saúde e as razões que justificam o facto de não se considerarem saudáveis. A questão da saúde mental, o não se sentirem bem psicologicamente, é por diversas vezes apontado pelos utentes como uma das principais razões pela qual não se sentem saudáveis.

Em relação às **infecções sexualmente transmissíveis (IST)**, a maioria dos utentes identifica algumas, sendo referida a SIDA/HIV (Carol, Conceição, Elsa, Luís, Maria, Marinela e Sara); Hepatite (Carol, Conceição, Elsa, Marinela e Sara); Sífilis (Carol, Conceição e Elsa). Por vezes, utilizam outras formas para explicar as infecções que conhecem, utilizando outros termos, nem sempre correctos:

“ *Os esquentamentos que são tipo sífilis.*” (Carol, 103);

“ *Há aquela porcaria dos bichos, também que pegam às mulheres.*” (Maria, 119);

“ *Sim, conheço, esquentamentos, a sida, as tais mulas<sup>69</sup>, que é uns papos que nasce nas virilhas, que é provocado pelas relações sexuais, os resfriamentos<sup>70</sup>, que é quando um homem tem relações sexuais com as mulheres e depois põe os pés no chão, apanha uma doença que é quase idêntica à doença venérea, mas que não é.*” (Maria, 117).

A utente Marinela reflecte sobre as diferenças entre Sida e Hepatite:

---

<sup>69</sup> “mulas” - termo utilizado na gíria referente ao aumento dos gânglios linfáticos, decorrentes de alguma infecção.

<sup>70</sup> “resfriamentos” – termo utilizado na gíria associado à Gonorreia.

“ A doença mais perigosa para mim, nem é a Sida, é a hepatite. Da Sida a gente se souber tratar ainda dura mais uns aninhos, mas da hepatite não, por aquilo que ouço dizer (...)” (Marinela, 129).

Os utentes têm noção que as IST se podem transmitir através de: relações sexuais (Carol, Rui e Maria); relações sexuais com toxicodependentes, sem usar preservativo (Elsa) e pelo contacto com sangue de pessoas infectadas (Carol e Rui).

Um dos utentes, tinha algumas dúvidas relativamente à transmissão através de beijos:

“ Sim, assim penso eu por beijar...eu penso que aí não tem mal, não é? (Luís, 221).

A maioria dos utentes aponta sobretudo as relações sexuais como forma de transmissão deste tipo de doenças, não havendo qualquer referência à transmissão vertical de mãe para filho.

A utente Elsa refere a não utilização do preservativo como risco de contrair infecções, mas apenas no caso de serem parceiros toxicodependentes. Esta afirmação poderá revelar que esta utente considera que o grupo de grande risco são os toxicodependentes, uma vez que não refere que se deve utilizar preservativo com outros parceiros não toxicodependentes.

“ Se não meterem o preservativo e se tiverem relações sexuais com pessoas toxicodependentes, apanham as doenças.” (Elsa, 98).

Após análise da noção que os utentes têm sobre a forma de transmissão das IST, apresentamos os dados relativos às **atitudes e comportamentos assumidos pelos utentes para evitar contrair IST**.

Os principais comportamentos que os utentes assumiram ter foram: uso do preservativo; selecção de clientes; higiene corporal; e acompanhamento médico.

### **Uso do preservativo:**

Como se poderá observar pelos discursos, todos os utentes, referiram utilizar o preservativo como modo preventivo de evitar contrair IST.

“ *Uso sempre o preservativo (...) Agora uso sempre, antes é que era muito inocente.*” (Carol, 109,111);

“ *Eu uso o preservativo (...) Uso sempre (...)*” (Conceição, 113,117);

“ *Uso preservativo.*” (Elsa, 116);

“ *Tenho cuidados porque uso sempre a camisinha...uso sempre. (...)*“ *Sempre...ai há aquele cliente...que às vezes paga mais um pouco...e eu falo já porque fiz já certas asneiras...só que nunca apanhei.*” (Luís, 228, 230);

“ É assim, sem preservativo não vou com ninguém, venha quem vier (...).” (Marinela, 144);

“ É raro ter relações com prostitutas, mas quando tenho uso sempre a camisinha.” (Rui, 188);

“ É uso sempre. Até porque algumas delas...elas é que têm de ter mais cuidado.” (Rui, 190);

“ Sempre, uso sempre (...).” *Mesmo se tiver com namorado. Não, não faço precinho, sempre o preservativo, não gosto de fazer precinho, não.*” (Sara, 165,167);

“ Uso a camisinha para tudo.” (Susana, 115);

“ Pois...e se tem de pagar mais é porque a pessoa já está com doenças e quer lixar as outras pessoas. Eu acho que é assim. Não é por mais um conto ou dois que vou ficar com doenças.” (Susana, 127);

“ Portanto, eu sempre que vou com um cliente, eu embora já tenha clientes certos, pretendo sempre que o cliente use o preservativo e se ele diz que não, eu digo: “ mas você pode estar bom, mas não sabe se eu estou ou não doente.” *Que é para ver se os convenco. Mas mesmo assim muitos recusam-se a usar.*” (Maria, 140-142);

“ Uso sempre...mas já aconteceu de rebentar tantas vezes...tantas vezes não, algumas.” (Maria João, 119).

### **Seleccção de clientes:**

A seleccção de utentes foi referida por uma grande maioria, como atitude preventiva.

“ Não vou com qualquer um, se não me agradar, eu subo muito o preço, mesmo para não ir, eu então digo que não estou a trabalhar.” (Conceição, 115);

“ Com alguns (clientes) eu sei que não andam por aí, não peço para usar, porque sei que eles não andam por aí.” (Conceição, 121);

“ Porque eu, os clientes eu não os conheço de lado nenhum e uma pessoa não sabe. E aquele, eu sei.” (Elsa, 132);

“ Não, (se não tiver bom aspecto) aí já tenho medo, a sério. Mas também já me falaram quem vê caras não vê corações. (Luís, 245);

“ Eu vou, olho para a pessoa, vejo se a pessoa tem bom aspecto, se é limpa, se não é! Mas já me disseram aqui mesmo: “ Luís, mas isso não conta” *Quantas vezes eu já me deixei ir.*” (Luís, 246);

“ Também tenho clientes certinhos e não vou com qualquer pessoa, se vejo que a pessoa está suja, que é uma pessoa assim com a barba, já não vou, não vou porque vou com aquela coisa de receio, que essa pessoa vá com qualquer pessoa, que não escolha uma parceira limpa e que depois me venha contaminar a mim.” (Maria, 68);

“ eu tenho atenção, portanto se espremer o pénis ao homem e vir que o pénis está limpinho, posso ter relações à vontade(...) se espremer e doer é sinal que tem algum problema, porque é sinal que a via urinária está afectada.” (Maria, 121);

“ por exemplo se me aparecer um corpo de um cliente que tenha espinhas, nem que não seja doença, já não vou com ele.” (Maria, 144);

“ Se me aparecer um gajo perdido de bêbado, não vou. Se me aparecer um gajo que a gente fala como é, como não é e ele fica um bocado esquisito, eu não vou.” (Marinela, 160);



“ *Primeiro eu vejo com que tipo de pessoa é que estou a lidar, pelo aspecto. E depois vejo, não só a cara...mas o resto do corpo.*” (Sara, 163);

“ *Não, não vou com gajos que me parecem badalhocos, que é mesmo assim.*” (Susana, 121).

### **Higiene Pessoal:**

A higiene pessoal, foi apenas apontada por 3 utentes:

“ *Tenho muita higiene, às vezes vinha aqui lavar-me, mas agora posso usar também a pensão. E sou muito higiénica.*” (Conceição, 113);

“ *(...) tenho desinfectantes que me lavo em casa.*” (Marinela, 144);

“ *Eu lavo-me todos os dias em casa e sempre que vou à pensão com os clientes eu tento lavar-me. Lavo-me todos os dias.*” (Susana, 117).

### **Acompanhamento médico:**

O acompanhamento médico para 4 dos utentes (Elsa, Maria João, Marinela e Rui), é uma forma de prevenir algumas das infeções sexualmente transmissíveis:

“ *Eu vou ao médico e peço análises e tudo. Sífilis, Sida, hepatite, tudo!* (Elsa, 110);

“ *Eu costumo ir ao médico.*” (Maria João, 109);

“ *(...) vou ao médico*” (Marinela, 144);

“ *(...) fazer análises, de vez em quando. Tiro sangue.*” (Rui, 103).

Pode, no entanto, também ser considerada uma atitude curativa, no caso de já terem contraído alguma dessas doenças, como é o caso da utente Carol.

“ *(...) fui à médica, tive de ir e ela disse para pôr uma pomada e para lavar com um líquido.*” (Carol, 107).

O discurso dos utentes aponta no sentido de que todos consideram imprescindível o uso do preservativo, havendo no entanto um utente (Luís) que admite que por vezes não utiliza com os clientes que pagam mais. O utente Rui, apesar de não se identificar como prostituto, admite que em possíveis relações com prostitutas utiliza o preservativo, não referindo se utiliza ou não nas outras relações que não sejam com prostitutas. Também a utente Maria afirma que há muitos clientes que, apesar de ela insistir, se recusam a usar. Todos os outros utentes admitem usar sempre.

O outro grande comportamento assumido pelos utentes é a selecção de clientes, que é feito através da observação pelo próprio, tendo em consideração o aspecto físico exterior.

Salientamos o discurso exaustivo da utente Maria (121) que pormenoriza a selecção que faz aos seus clientes, explicando os procedimentos que realiza para, na sua opinião, verificar se o cliente está ou não infectado.

Apesar de todos os utentes admitirem que usam sempre o preservativo, como forma de evitarem contrair infecções sexualmente transmissíveis, quando questionados sobre as **situações em que não usam o preservativo**, cinco dos utentes (Luís, Maria; Maria João, Conceição e Elsa) admitiram não usar em algumas situações, justificadas pelas seguintes razões:

- **Pressão do cliente, podendo ou não oferecer mais dinheiro** – O facto do cliente pagar mais para não utilizar o preservativo torna-se motivo para que o utente (Luís) prescindia desta protecção.

“ *“ Tenho receio...só que...não sei...penso logo em que “ Ó que vai pagar mais”. É porque isso...é porque aquilo.”* (Luís, 232).

As utentes (Maria e Maria João) referem que muitos clientes se recusam a usar preservativo, não clarificando se nessas circunstâncias aceitam ou não ter relações sexuais com o cliente.

“ *Portanto, eu sempre que vou com um cliente, eu embora já tenha clientes certos, pretendo sempre que o cliente use o preservativo e se ele diz que não, eu digo: “ Mas você pode estar bom, mas não sabe se eu estou ou não doente.” Que é para ver se os convênço. Mas mesmo assim muitos recusam-se a usar.”* (Maria, 140-142);

“ *A maioria sim, não quer (usar preservativo). Casados e tudo.* (Maria João, 123).

- **Afectividade com os clientes** – A confiança em alguns clientes também é motivo para duas das utentes (Conceição e Elsa) não usarem o preservativo, uma vez que “naquele(s)” confiam.

“ *Com alguns (clientes) eu sei que não andam por aí, não peço para usar, porque sei que eles não andam por aí.”* (Conceição, 121);

“ *Porque eu, os clientes eu não os conheço de lado nenhum e uma pessoa não sabe. E aquele eu sei.”* (Elsa, 132).

- **Relacionamento com o/a companheiro/a** – As relações com os companheiros (as) são outro motivo para não usarem também o preservativo, uma vez que consideram existir um maior conhecimento e confiança na pessoa.

“ *Com o meu companheiro não uso. (...) Sim, confio que ele não tenha doenças.”* (Elsa, 122, 126).

#### 4.3.6.3 Cruzamento de Perspectivas: Técnicos e Utentes

##### - Alterações nos comportamentos de risco com a presença do Espaço Pessoa

###### *Técnicos*

De acordo com os técnicos, o aparecimento do Espaço Pessoa provocou **alterações nos comportamentos dos utentes**. Contudo, é possível observar opiniões divergentes no tempo em que estas alterações ocorreram ou têm vindo a ocorrer. De acordo com o discurso de alguns técnicos, as maiores modificações ocorreram inicialmente, enquanto que para outros, tais modificações só se têm vindo a verificar recentemente.

*“ Eu acredito que na altura em que o centro apareceu tenha havido [influência na alteração de comportamentos]. Eu acho que nos anos em que estive aqui não houve grande evolução. Também há muito o aumento da toxicodependência.” (Enf2,72);*

*“ (...) ao início não se notou tanto, agora nota-se porque não podem passar sem vir buscar o preservativo (...) nota-se uma preocupação em ter os preservativos diários.” (E.S1, 232,234).*

###### *Utentes*

A maioria dos utentes considera que **não alterou os seus comportamentos de risco** e os seus cuidados ao nível da saúde sexual, com o aparecimento do Espaço Pessoa. Referem apenas que passaram a ter mais acesso a preservativos mais baratos e que aprenderam algumas coisas que não sabiam.

*“Nada [não passou a ter mais cuidados] nisso em relação aos preservativos não mudou nada, porque para mim é igual. Só há uma diferença, é que aqui são mais fáceis de arranjar. Na farmácia são mais caros. Com relação aos preservativos é a única diferença.” (Marinela, 151-152);*

*“ Eu tinha, sempre tive os mesmos cuidados, só que pronto, eu vinha aprender coisas que não sabia.” (Susana, 71).*

Apenas duas utentes (Carol e Conceição) dizem ter passado a usar mais o preservativo a partir do momento em que contactaram o Espaço Pessoa. Uma delas refere mesmo que passou a saber usá-lo.

*“Sim, eu antes nem sempre usava, nem sabia que se podia apanhar doenças, agora uso sempre.” (Carol, 113);*

*“ (...) a gente aprendeu a usar o preservativo, por exemplo.” (Conceição, 46).*

### **Síntese:**

Na opinião dos técnicos, existem diferenças entre grupos de utentes, no que diz respeito aos comportamentos de risco. Assim, os toxicodependentes (homens e mulheres) e as mulheres mais novas e mais velhas são os que apresentam menos cuidados.

Os técnicos apresentam como razões para que os utentes tenham comportamentos de risco: a questão da toxicodependência, que está directamente relacionada com a necessidade constante e urgente de dinheiro; a pressão que é exercida pelos clientes, muitas vezes pagando mais para não utilizarem o preservativo; o próprio conformismo do utente, no caso de já ter contraído alguma doença, através de algum cliente; o facilitismo pelo aspecto exterior do cliente e as relações de afectividade com clientes antigos e com os/as companheiros/as.

De todas as razões apontadas pelos técnicos para que alguns utentes tenham comportamentos e atitudes de risco, estes apenas referem: a pressão dos clientes, a afectividade com clientes antigos e os relacionamentos com o/a companheiro/a como razões para não utilizarem sempre o preservativo.

A noção de saúde para os utentes está directamente relacionada com questões físicas, mas também mentais e psicológicas. A grande maioria não se considera saudável por ter doenças físicas ou problemas de carácter psicológico. Todos revelaram algum conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis, identificando algumas delas. São também capazes de referir formas de transmissão, apesar de existirem algumas concepções pouco claras e por vezes confusas e mesmo erradas sobre a transmissão dessas infecções. Os cuidados que dizem ter para evitar as IST são os seguintes: utilização do preservativo, selecção de clientes, higiene pessoal e acompanhamento médico.

Relativamente à alteração de comportamentos de risco, desde o aparecimento do E.P, os técnicos consideram que terá havido alterações nos comportamentos dos utentes apoiados. Em contrapartida, os utentes entrevistados, à excepção de duas utentes que admitem terem passado a usar mais o preservativo, todos os outros afirmaram já ter os mesmos cuidados, não tendo o EP interferido nos seus comportamentos.

### 4.3.7 Abordagens de Promoção de Saúde

#### 4.3.7.1. - No discurso dos Técnicos

Das cinco Abordagens de Promoção da Saúde descritas por Ewles e Simnett (1999) (**Médica; Alteração de Comportamento; Educacional; Centrada no Utente e Alteração Social**) foi-nos possível enquadrar algumas atitudes, explícitas no discurso dos técnicos, nas quatro primeiras Abordagens de Promoção da Saúde. A última abordagem relativa à Alteração Social poderá estar ligeiramente implícita nos próprios objectivos gerais do projecto do EP, não sendo contudo referida explicitamente ao longo do discurso.

Para além disso dada a proximidade da Abordagem Médica e da Alteração de Comportamentos decidimos juntar estas duas abordagens numa só categoria. Assim o presente estudo é analisado em função das seguintes três abordagens da Promoção da Saúde: Abordagem Médica/Alteração de Comportamentos; Abordagem Educacional e Abordagem Centrada no Utente.

#### **Abordagem Médica/ Alteração de Comportamentos**

As abordagens **médica e de alteração de comportamentos** são apontadas no discurso dos técnicos sobretudo quando estes sentem necessidade de ser directivos por se tratarem por vezes de situações de emergência ou quando constatam que do lado do utente não há capacidade de reflexão nem de auto – *empowerment*.

#### Directividade:

*“Claro que também podemos ser directivos, há situações em que não vale a pena...temos de ser directivos ...mesmo até para alcançarmos os nossos objectivos ...da educação para a saúde.”* (A.S. 168);

*“É lógico que há uma certa directividade, mas geralmente, e eu acho que os próprios técnicos estão sempre num sentido de tentar abrir o mais possível.”* (A.S. 169);

*“Aí, a resposta teve de ser muito directiva: “Você vai lá se não tiver vaga naquele dia, volta no dia seguinte” Teve de ser uma posição de força. A sujeita não era capaz de pensar por ela, mas foi capaz de seguir instruções e resultou.”* (Psi2, 100-101);

*“Mas depois posso tentar outra vez amanhã e depois e digo: Então, acha que isso fez bem, não fez, não vê que está a pôr em causa...e depois vai custar mais...o senhor ainda vai sofrer mais”* (Enf1,146).

Este tipo de atitudes mais directivas vão muitas vezes contra o que os próprios técnicos, enquanto promotores da saúde valorizam, no entanto, assumem tomá-las em alguns casos.

*“Mas às vezes tenho aquela função mesmo de técnico que diz “faça isto, isto e aquilo e ponto final.”. Porque e talvez erradamente vejo da outra parte que não há motivação.”* (Enf1, 143-144).

### **Abordagem Educacional**

Uma outra abordagem observada foi a **educacional**, em que os técnicos informam sobre as causas e efeitos dos factores da saúde, explorando valores e atitudes. A informação, reflexão e sensibilização também através da acção são estratégias utilizadas por estes técnicos.

#### Opção informada:

*“ (...) Normalmente não gosto de indicar caminhos “ Olhe faça isto ou faça aquilo” Digo antes: “ Olhe, pode fazer isto, mas se fizer acontece-lhe isto, se fizer aquilo, acontece aquilo.”* (E.S1 136).

#### Informação:

*“ (...) só que nós ensinamos,(...), que há vários tipos de vírus, então a carga viral pode aumentar(...) tentamos explicar quais são os mecanismos.”* (A.S. 223);

*“ (...) mas se houver alguém todos os dias na rua a dar preservativos, dá alertas, ou seja informa a pessoa, educa a pessoa para o uso.”* (A.S. 286);

*“ (...) no fundo é promover a saúde, hábitos de cidadania e de uma forma lenta.”* (Enf1, 21).

#### Sensibilização através da acção:

*“ (...) porque isso não é o simples facto de dar preservativos, porque como alguém às vezes diz, dar por dar, poderia pôr-se uma máquina e era só isso.”* (Enf1, 84).

### **Abordagem Centrada no Utente**

Por último, a abordagem **centrada no utente**, em que se utiliza como estratégia e ao mesmo tempo como objectivo a autonomia do utente. A finalidade será que sejam os próprios utentes a encontrar as soluções para os seus problemas, desenvolvendo assim o *auto-empowerment* do utente.

#### Autonomia:

*“ (...) mas a minha postura é sempre no sentido de pôr-lhes as questões, como é que eles achavam que era a melhor solução,(...)”* (A.S. 164);

*“Queremos que eles consigam encontrar dentro de si as respostas.”* (Psi1, 89);

*“ (...) por uma questão de formação, eu não dou soluções a ninguém , mas isto é a minha formação.” (Psi2, 118);*

*“ (...) tento explorar o maior número de cenários possíveis, dentro daquilo que a pessoa me traz.” (Psi2, 123);*

*“ (...) reconheço às pessoas a capacidade de poder decidir e de se organizar,(...) devemos trabalhar no sentido de promover a autonomia e de não promover a dependência.” (Psi2, 125 - 126);*

*“O EP soube preservar o lugar das mulheres, ou seja, não trabalhar neste sentido de dependência das utentes em relação às instituições (...) quase para justificarem a sua existência, promovem muito a dependência em relação aos serviços.” (Psi2, 247).*

As atitudes tomadas pelos técnicos, que consciente ou inconscientemente se baseiam nesta abordagem, criam muitas vezes alguma ansiedade nos utentes que querem respostas no imediato.

*“ Trabalho no sentido de as autonomizar, podendo às vezes correr o risco das pessoas acharem que eu sou pouco...apoiantes no imediato, ou que podia ser mais concreta, quer dizer com meia dúzia de coisas eu podia resolver a vida à pessoa, mas não é essa a minha função.” (Psi2, 131-132).*

De acordo com análise dos discursos, verificámos que não há uma abordagem única a ser utilizada e que o mesmo técnico é capaz de interagir com os utentes utilizando as abordagens mediante a situação em que é colocado.

#### **4.3.7.2- No discurso dos Utentes**

No discurso dos utentes é também possível identificar **diferentes abordagens de promoção de saúde, no atendimento efectuado pelos técnicos**, mediante a situação e o utente em causa. Assim distinguimos nestes discursos dois pólos de abordagens que abarcam cada um deles, dois modelos muito semelhantes que por se cruzarem, optamos por não os dissociar: por um lado juntámos a Abordagem Médica com a de Alteração de Comportamentos e por outro a Abordagem Educacional com a Centrada no Cliente.

Em alguns discursos, identificámos claramente a abordagem **Médica e a Alteração de Comportamentos**, nomeadamente em situações que o utente se apercebe que o técnico lhe está a indicar que deve fazer algo.

*“ Calho de vir aqui com gripe por causa da bronquite, dão-me medicação.” Carol, 81);*

*“ Quando necessito de medicação, venho aqui, peço ao enfermeiro X e ele desenrasca-me.” (Elsa, 74);*

“ Ah sim...sei que me falam de coisas, para onde devo ir, que me indicam assim.” (Luís, 117);

“ Eles aqui falam mesmo: “ Ai você faça isto, você faça aquilo, você vá ao Espaço T” (Luís, 119);

“ ‘Ó senhor Rui, não quer ir tomar um banhinho?’ E eu fazia a vontade a eles e lá ia tomar banho, também me fazia bem, andava mais limpo.” (Rui, 84);

“Diziam que devia ter cuidado com certas coisas, até fumar droga.” (Rui, 109);

“ (...) É assim, eu desabafo, depois ela dá-me certos conselhos e diz-me o que está mal, pronto e eu gosto de falar com ela.” (Marinela, 69);

“ (...) já me quiseram indicar um, não sei quê de medicina dentária...mas eu sou sincera...tenho mesmo medo, já tirei alguns[dentes] e sei o que é.” (Marinela, 75);

“ Não chego a conversar, porque eles vão-me logo dizer para eu ser operada e eu estou farta de ouvir essa conversa, tou cansada.” (Marinela, 103);

Noutras situações, os utentes referem situações e formas de atendimento por parte dos técnicos que remetem para a Abordagem **Educacional e a Centrada no Utente**, uma vez que implicam reflexão por parte deste.

“ Não, eu até acho bem. Em certas coisas eu até lhe agradei ela não me dar as soluções, porque acho que eu pensando melhor a pessoa resolve melhor as coisas.” (Marinela, 73);

“ Sim, sim, obrigam-me a pensar.” (Luís, 122);

“ Não, eu falo, ainda agora vim falar com o enf. X para lhe pedir um favor, como ele trabalha no Hospital K, pedir para ver se ele fala com a minha neurologista, a ver se me marca uma consulta. (Elsa, 40).

### **Síntese:**

Claramente se observa que a promoção da saúde neste contexto não segue um modelo único, uma vez que se verifica que o mesmo técnico é capaz de ter discursos muito diferentes consoante o utente e a situação em causa. Da mesma forma, os próprios utentes referem que são abordados de formas diferentes, sendo por vezes orientados no sentido de alteração de comportamentos e outras vezes são incentivados a reflectir e encontrar eles próprios as soluções para os seus problemas. Realçamos ainda que a questão da autonomia é muitas vezes referida, sobretudo pelas técnicas psicólogas, todavia as mesmas referem a necessidade de serem directivas em determinadas situações.



#### **4.3.8 Reacção dos utentes às orientações dos técnicos e dificuldades sentidas**

##### Aplicação das orientações dos técnicos

À excepção das utentes (Carol, Conceição e Marinela), que apenas dizem seguir algumas ou poucas vezes, todos os outros utentes afirmam seguir maioritariamente as **indicações que os técnicos sugerem**. (Anexo B, Quadro 6)

*“ Costumo, costumo” [fazer o que o técnico aconselha]. (Maria, 101);*

*“ Sim, sempre (...) Sim...quase sempre” [segue indicações em relação à droga] (Susana, 75, 77).*

Oito dos utentes (Carol, Conceição, Elsa, Luís, Maria Marinela, Rui e Susana) consideram que os técnicos têm razão nas indicações e nos conselhos que lhes dão. (Anexo B, Quadro 7)

*“ (...) tenho só a dizer bem (...) Só nos dizem as coisas para o bem, a gente se não faz as coisas, é porque a gente não quer.” (Conceição, 25);*

*“Sim, têm razão no que dizem.” (Elsa, 94).*

A utente Sara diz que há situações em que os técnicos não têm razão, não concordando com o que eles dizem.

*“ Sim, há situações em que não concordo com o que dizem.” (Sara, 134).*

A utente Maria João não se pronunciou sobre esta questão.

##### Dificuldades dos utentes para não seguirem indicações dos técnicos

###### *Técnicos*

A percepção que os técnicos têm, relativamente às dificuldades dos utentes em seguir as suas indicações, aponta para várias razões.

**- Regras e estruturas de vida muito próprias** – A maioria desta população tem horários muito próprios que não são coincidentes com a maioria dos horários sociais; também as prioridades e necessidades são diferentes, assim como as regras que nem sempre se aplicam.

*“ Pois elas não são pessoas com vida estruturada, não têm horários, ou se têm horários são opostos aos dos serviços.” (A.S., 179);*

*“ elas não estão habituadas a cumprir horários (...)” (E.S1, 161);*

*“ Porque elas vivem em função de outras regras ou seja, sem regras, porque são as regras deles, em função de outros ideais, de outros objectivos e pronto.” (Enf2, 54).*

**- Falta de compromisso** – Raramente cumprem aquilo a que se comprometem com os técnicos, apresentando diversas razões.

*“ o caso de uma mulher que encontrei há uns dias, está muito magra, tem HIV, há muito tempo(...) Não está a tomar medicação contravirica, não vai às consultas e eu tentei, abordá-la na rua, no sentido de a persuadir, de falar com ela, no sentido de vir ao centro. Ela comprometeu-se e não apareceu. Esta é a dificuldade.” (A.S., 186-188);*

*“ se calhar reflectindo um pouco sobre as coisas, mas também depois não querem muito dar seguimento a isso e não avançam muito para além disso.” (Psi1, 85);*

*“ Combinarmos que amanhã de manhã se vai não sei onde marcar uma consulta, que é uma coisa pragmática (...) no dia a seguir ela diz: “ Ó senhora doutora, eu tive a dormir todo o dia”” (Psi2, 143).*

**- Imediatismo** – É uma população que vive em função do imediato, tendo muita dificuldade em planear a médio e longo prazo. Este imediatismo deve-se muito às necessidades básicas diárias que têm de ser satisfeitas.

*“ Em primeiro é o imediatismo, são pessoas que vivem muito no aqui e agora (...)” (A.S., 301);*

*“ (...) elas estão habituadas a ganhar para elas, para o dia a dia. Têm despesas diárias, pagam a pensão, pagam o almoço, jantar, têm de ter dinheiro para o dia a dia.” (E.S1, 162-163);*

*“ (...) como é que nós as podemos obrigar a esperar um mês para ter dinheiro?” (E.S1, 164);*

*“Em momentos de aflição, elas querem a resposta no momento ‘tenho problemas de dinheiro, o que é que me pode fazer hoje?’ (...). Nós tentamos sensibilizar a pessoa para o que vai fazer amanhã, o que vai fazer daqui a um ano, como será a sua vida nessa altura. Mas elas não vivem muito nisso, vivem aquele dia, é o dinheiro, é fazer uma quantia de dinheiro para os consumos de droga para aquele dia, para acabar com aquela ressaca, e às vezes têm de pagar a ama que ficou com o miúdo, há a pensão que têm de pagar naquele dia, porque muitas delas têm as despesas por dia e não por mês.” (E.S2 196-198).*

**- Falta de confiança** – A maioria desta população não tem auto-confiança, desistindo facilmente daquilo a que se propõe fazer.

*“É muito raro, infelizmente é muito raro, ou porque adormecem, ou porque perderam o autocarro. Dão muitas desculpas, mas depois se me meter com elas e elas acabam por dizer: “É verdade, mas sabe se eu fosse eu não ia arranjar o emprego, não me iam dar.” (E.S1, 275-277);*

*“ Desistem logo à primeira dificuldade já é uma desculpa para não avançarem ‘Ai, não. Eu depois chegava lá e não sabia falar, não me sabia explicar, depois não fazia nada, mais vale não ir.’” (E.S1, 279);*

“A Dona C. andava no computador (...) mas depois chegava à rua e não nos podemos esquecer que ela já ultrapassa os 50, e então ela gabava-se e era logo motivo de riso e gozo.” (E.S1, 299-300).

- **Falta de respostas sociais** – Uma outra dificuldade reside na falta de respostas sociais, ou nas respostas desadequadas às suas necessidades imediatas.

“Depois em termos daquilo que elas encontram no exterior, as respostas não são muitas, nem sempre são as mais adequadas em termos de emprego. Mesmo os CATs, embora não tenham uma lista de espera muito grande, mas já se sente a questão de ter bilhete de identidade, de ter os documentos todos em dia, de cumprir as consultas, para eles muitas vezes não é fácil aderir.” (Psi1, 173- 174);

“(…) a questão da retaguarda social, que às vezes eles até estão no ponto bom de motivação para entrar, mas depois há a questão de não ter as necessidades básicas satisfeitas (...)” (Psi1, 175).

Há também a questão do **receio** dos utentes procurarem **outras instituições** fora do centro, pelo facto de não conhecerem os procedimentos e de poderem ser mal recebidos ou mal tratados.

“Se calhar em algumas instituições com as quais não se sentem bem porque nunca lá foram ou se foram não sabem muito bem os procedimentos.” (E.S2, 260);

“Elas não recorrem muito a médicos, porque queixam-se de serem mal tratadas nos hospitais.” (E.S1, 221).

- **Falta de continuidade no acompanhamento do utente** – Os técnicos sentem também por vezes que não há uma continuidade nem um acompanhamento adequado à situação do utente, uma vez que as necessidades e os problemas colocados pelos utentes são flutuantes e se num determinado momento a situação era um problema grave, noutro momento quase imediato pode deixar de o ser. Estas situações, em que o utente se preocupa mais com o imediato do que com o médio e longo prazo, não permitem que este seja acompanhado mais sistematicamente pelo técnico. Isto porque pensando ter o problema resolvido, de imediato e logo deixa de procurar o técnico.

“Outra das coisas para os psicólogos, é um bocadinho esta falta de continuidade, em relação à nossa actuação, ou seja, hoje somos muito precisas para aquela pessoa e amanhã não interessamos minimamente.” (Psi2, 146-147).

As dificuldades acima referidas partiam muitas vezes de situações vividas pelos utentes e o que dificultavam a acção dos técnicos. No entanto, os técnicos entrevistados referiram outras dificuldades que partem dos próprios técnicos. Assim:

- **Adequação da Linguagem** – Alguns técnicos têm consciência que é necessário adequar a linguagem à população em causa, correndo-se o risco, de não o fazendo, não

serem compreendidos pelos utentes. Para além disso as atitudes de empatia fomentam a confiança dos utentes nos técnicos.

*“ (...) não tanto por mim, mas mais pelos estagiários que eu vejo, é que às vezes há alguma dificuldade na adequação da linguagem, ou seja, nós técnicos, não estamos preparados nas diferentes áreas para em termos de linguagem simplificar as coisas (...).” (Psi, 151-152);*

*“ (...) só com o tempo e com alguma segurança pessoal e profissional é que a gente vai percebendo que de uma forma muito básica (...) coisas muito básicas” Então, hoje está muito bonita, essas calças são um máximo, onde é que as comprou?”, é que a gente consegue passar ao outro que está interessado nele que o está a elogiar, que reparou nele e portanto que estamos disponíveis se ele quiser.” (Psi2, 166).*

**- Compreender as motivações e expectativas do utente** – Uma outra dificuldade de que os técnicos se apercebem é da necessidade de compreenderem as diferenças entre as suas motivações e expectativas e as dos utentes.

*“ (...) a grande dificuldade é de nós irmos sempre afinando o que são as minhas expectativas em relação às pessoas e aquilo que elas realmente querem. E todos os dias é uma batalha para nós (...) “ para quê que eu vou insistir que ela vá ao centro de emprego, se isto é uma perspectiva minha, que ela consiga integrar-se profissionalmente e não é dela.” (Psi2, 262-263);*

*“ É a dificuldade de nós sermos capazes de aceitar que as pessoas não tenham as mesmas motivações que nós.” (Psi2, 265).*

*Utentes*

As **dificuldades que os utentes percebem para não seguirem algumas das indicações dos técnicos** são as seguintes: Falta de força de vontade; Falta de autoconfiança e medo; Orientações complexas e outras razões.

### **Força de Vontade:**

*“ É a força de vontade. Há alturas que dá logo vontade de ir, há outras...” (Carol, 89);*

*“ (...) mas se tiver de ir a alguma lado, às vezes já não faço. Não tenho vontade (...)” (Conceição, 92);*

*“ Não é a ajuda das pessoas que vale às vezes no meio disto tudo, é as pessoas que nem sempre têm vontade.” (Marinela, 138).*

### **Medo e Auto – Confiança:**

*“ Porque sinto que não sou capaz (...) e acho mesmo que não consigo.” (Luís, 199, 211);*

*“ (...) às vezes é mais medo.” (Marinela, 114);*

*“ Eu tenho medo de operações. (...)” (Marinela 105);*

*“ Eu não posso deixar assim de um dia para o outro [droga] ...a frio...por amor de Deus.” (Susana, 81).*

### **Orientações complexas:**

*“ Se for muito complicado, tenho dificuldade em seguir.”* (Sara, 118).

### **Outras razões (transportes, distâncias longas, diferença de horários):**

*“Não tenho paciência para estar à espera. Se tiver de ir a algum sítio mais longe, já não vou.”* (Conceição, 93);

*“ A nível de transportes, porque é assim, eu trabalho de noite, não é de dia.”* (Sara, 120);

*“ (...) por exemplo hoje, vou trabalhar normalmente às 23.30. Às 8.30 tenho de estar lá levantadinha bem cedinho para estar no Cenai, que é o centro de apoio ao emigrante.”* (Sara, 122);

*“ Sei lá”* (Susana, 79).

### **Síntese:**

A maioria dos utentes julga que as orientações dos técnicos têm todo o sentido e quase todos afirmam segui-las, no entanto consideram que existem dificuldades que por vezes os impedem de realizar aquilo que lhes parece mais correcto. Também os técnicos apontam várias razões para que os utentes não sigam as suas orientações, no sentido da promoção da sua saúde e da valorização pessoal. A falta de confiança, o medo, a falta de vontade e a reduzida auto-estima são algumas das razões apontadas tanto pelos técnicos como pelos utentes como dificuldades que os impedem de realizar alguns objectivos. Contudo, os técnicos apontam outras razões: **i)** a questão do imediatismo, o facto de a maioria dos utentes não ter objectivos a médio e longo prazo, necessitando de tudo no imediato; **ii)** as estruturas de vida próprias, em que não há muitas vezes cumprimento de horários; **iii)** a falta de compromisso que poderá estar directamente relacionada a todos os factores anteriormente referidos. Para além das situações directamente relacionadas com os utentes, existem outras dificuldades, sobretudo: **i)** ao nível das respostas sociais, que nem sempre são as mais adequadas à situação dos utentes. Os técnicos consideram também que da sua parte podem ser criados inconscientemente entraves que dificultam a acção do utente: **ii)** o discurso do técnico que poderá nem sempre ser perceptível ao utente e **iii)** a compreensão das motivações e expectativas do utente, que muitas vezes são muito diferentes das dos técnicos.

#### 4.3.9 Balanço do Trabalho Efectuado pelos Técnicos

Os técnicos fizeram um pequeno balanço do seu trabalho no Projecto Espaço Pessoa. Havendo algumas divergências nos discursos, uma vez que se por um lado há técnicos que fazem um balanço positivo, outros porém sentem-se um pouco frustrados. Cinco dos técnicos fazem um **balanço positivo**, apesar de algumas dificuldades sentidas (A.S, ES1, ES2, Psi1 e Psi2):

*“ Nunca faço um balanço negativo, nunca faço porque consegui ter utentes lá em cima nossas [sala dos computadores] a fazer cursos. Naturalmente que é um curso básico que não é para aspirarem a...mas consegui. O facto de conseguir com que elas estivessem uma hora, lá em cima nos computadores, para algumas que estarem 15 minutos cá dentro eras muito tempo, já foi muito positivo (...) Mas faço um balanço positivo, no contacto com elas e com eles, o à vontade, a empatia criada, a conversa que já consigo estabelecer com algumas.” (E.S1, 292-293,295);*

*“ (...) acho que estou num momento de transição de um projecto para o outro, faço um balanço muito positivo do projecto Isadora(...)”(E.S2, 285);*

*“ (...) acho que aprendi muito, acho que é uma actividade rica, apesar de tudo não estou cansada do trabalho que aqui faço, embora haja situações que nos exasperem.” (Psi1, 194);*

*“o balanço é excelente(...) porque acho que foram e continuam a ser anos de muita aprendizagem(...)”(Psi2, 282-283);*

*“ acho que os poucos casos de sucesso que vão havendo nos vão dando ânimo para continuar.” (Psi2, 197).*

O técnico (A.S.) considera também que o balanço é positivo, uma vez que já tem alguma experiência com este tipo de população:

*“ (...) eu já tinha muita experiência de falar com as pessoas, portanto mais ou menos dei-me bem nesse contexto”(A.S., 334)*

O Enf1 não se pronuncia se o balanço é ou não positivo, insistindo apenas na necessidade de dar **continuidade ao trabalho**:

*“ há muito trabalho, há muito trabalho para fazer. Isto é uma obra inacabada.” (Enf1, 261)*

O único técnico que claramente faz um **balanço negativo** é o Enf2, pelas razões abaixo citadas:

*“ (...) saio um bocadinho frustrado(...)estou assim um bocadinho frustrado porque havia coisas que eu gostaria de fazer, mesmo em termos de equipa de rua e não consegui”(Enf2, 100);*

*“Era mais uma questão de orgânica da carrinha, e mesmo o modo como nós atendemos os utentes. Eu não concordo com a maneira como é feito o trabalho de rua, e não consigo mudá-lo, há muitas resistências. E pronto, não consigo mudar e é uma frustração muito grande. Ou bem era o que eu esperava...mas foi mesmo com as equipas de rua que eu saí mais frustrado. Pode ser que agora como voluntário, consiga fazer mais alguma coisa.” (Enf2, 102).*

**Síntese:**

Se por um lado a maioria dos técnicos faz um balanço positivo, sobretudo pelas aprendizagens que fez e pelos objectivos que foi alcançando, apesar de algumas dificuldades; numa outra perspectiva, há um técnico que sente não ter conseguido concretizar os seus objectivos, sentindo-se por isso frustrado. Esta frustração demonstrada deve-se não só a questões de carácter pessoal, mas também a questões de organização da equipa. Numa perspectiva intermédia, alguns técnicos consideram que o trabalho efectuado ainda não está concluído, sendo uma obra ainda com muito a ser feito.

## V – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Dos dados obtidos da análise de documentos, da observação efectuada e das entrevistas realizadas permite-nos proceder à triangulação da informação e discutir os resultados que foram apresentados no capítulo anterior. Também as nossas questões e objectivos iniciais vão ser alvo de reflexão e discussão ao longo do presente capítulo. Recordamos uma vez mais que o estudo se reporta a um estudo de caso, com uma amostra restrita de utentes e uma amostra de técnicos que apesar de ser a sua maioria não é a totalidade. Considerando a situação, não é possível realizar generalizações, mas apenas produzir algumas inferências que em alguns casos se podem alargar a outros contextos idênticos.

### 5.1 UTENTES E SUAS CONDIÇÕES SOCIAIS

Os utentes, que participaram no nosso estudo, são na sua maioria mulheres, contando com dois homens e dois transgéneros que se identificavam com o género feminino. O número de utentes do sexo feminino é muito superior aos utentes do sexo masculino, não só na nossa amostra da população entrevistada, como na que foi alvo de observação na sala de convívio, o que se verifica igualmente na população apoiada pelo centro. Werzer-Lang *et al* (1994)<sup>71</sup> refere também em estudos anteriores que o número de mulheres que se prostituí é muito superior ao de homens.

As idades encontram-se compreendidas entre os 18 e 55 anos, são na maioria de nacionalidade portuguesa com a excepção das duas utentes transgéneros que são de nacionalidade brasileira. O nível de habilitações é baixo, situando-se entre o 4º e o 6º ano de escolaridade, à excepção das duas utentes brasileiras que frequentaram o ensino secundário. Também no estudo realizado por Manita e Oliveira (2002) com uma amostra de 124 prostitutas de rua da cidade do Porto e Matosinhos, cerca de 60% têm apenas o 1º ciclo.

Vivem, maioritariamente sozinhos, quase sempre em quartos ou casas alugadas. Há alguns casos de utentes que vivem com companheiros, familiares (nunca

---

<sup>71</sup> In Martins (2004)



família directa – pais e/ou filhos) ou amigos. O consumo de drogas, actual, é apenas evidenciado por 3 utentes.

### 5.1.1 - Prostituição e algumas condicionantes

As **disfunções familiares** são apontadas por muitos autores, entre eles, Dolnick e Lever (2000)<sup>72</sup> como uma das características da prostituição de rua. Os utentes em estudo, tanto homens como mulheres apresentam percursos de vida, durante a sua infância e adolescência complexos, uma vez que alguns deles foram abandonados à nascença, outros, institucionalizados, outros ainda saíram de casa, relativamente cedo por conflitos familiares ou por não terem as condições que desejavam.

As **relações familiares** que estabeleceram com pais e irmãos, ou que ainda, em alguns casos, continuam a estabelecer, são na sua maioria **conflituosas** ou então mesmo inexistentes. Tal facto poder-se-á dever em muitos casos a saídas precoces de casa, a abandono, a maus-tratos, a entradas na toxicodependência ou na prostituição, maioritariamente não aceites familiarmente. A orientação sexual (sobretudo a homossexual) poderá também ser um factor que determina algumas destas relações familiares conflituosas.

A gravidez é uma regularidade assinalada neste estudo para todas as utentes do sexo feminino. Para muitas utentes, o facto de terem filhos foi um factor que influenciou a entrada na prostituição. Para outras terá sido, um acontecimento da sua vida, condicionado por vezes pela prática prostitucional desprotegida, uma vez que algumas admitem que os filhos são de clientes.

Todas as utentes, do sexo feminino tiveram **filhos**, à excepção de uma que abortou o único filho que teve. Contudo, apenas num dos casos a utente permaneceu com os filhos até à idade adulta. As restantes, devido às suas condições de vida, acabaram por entregar para adopção ou ao cuidado de familiares, quase sempre avós.

Ainda no plano familiar, a relação que estabelecem com os filhos é distinta das relações que estabelecem com os restantes familiares, sobretudo pais e irmãos, uma vez que, principalmente as mais velhas, fazem questão de falar sobre os filhos, em alguns casos demonstrando orgulho. Todavia, pretendem esconder dos mesmos a sua situação, enquanto prostitutas. Tal atitude poder-se-á dever à carga negativa e

---

<sup>72</sup> In Oliveira (2004)

desprestigiante que associam à actividade que exercem, referida por algumas utentes durante os seus discursos. Os assuntos relacionados com os filhos surgem várias vezes como temas de conversa, preferidos dos utentes, sobretudo com os técnicos. Este facto é apontado por ambos os sujeitos (utentes e técnicos) e comprovado tanto nas observações realizadas na sala de convívio, como nas observações de rua.

As razões apontadas por alguns dos utentes entrevistados verbalizam-se em: *“umas amigas diziam-me que a prostituição dava muito dinheiro e tal”*; *“Um amigo dizia-me para eu ir com ele, porque se ganhava bem.”*; *“e eu queria...pronto via as outras raparigas também (...) não queria depender de ninguém.”*; *“Era para ir para discoteca, ter dinheiro para a discoteca, para ir aos fins-de-semana curtir.”* No caso de alguns utentes a vontade de aumentar o seu rendimento, influenciados, em alguns casos, por amigos terá sido um factor que condicionou a entrada na prostituição, na sua maioria ainda em idades muito jovens. As **razões económicas** são também indicadas pelos utentes toxicodependentes do nosso estudo, que procuram na actividade de sexo comercial, o modo de obter dinheiro para adquirir os estupefacientes que necessitam consumir. As necessidades de carácter económico, parecem aprisionar os utentes à actividade da prostituição, uma vez que muitos deles conferem no seu discurso desânimo e cansaço, desejando **abandonar a situação** em que se encontram, sobretudo no caso das mulheres, desde que garantidas outras fontes de rendimento para a manutenção do seu nível económico de vida. Os nossos resultados corroboram os de outros anteriores de Benjamim e Masters (1964)<sup>73</sup> em que consideram as “vantagens comparativas da carreira prostitucional”, como o caso dos altos rendimentos, como importante factor de atracção para a entrada na prostituição. Também num estudo efectuado no nosso país, “De Rua em Rua” (Manita e Oliveira, 2002), cerca de 86% das mulheres indicavam as razões económicas para terem entrado na prostituição e 14% dão outras razões, como sendo a influência do grupo de pares, abuso sexual ou ainda sendo obrigadas ou persuadidas por um proxeneta. No nosso estudo nunca foram apontadas razões explicitamente associadas a experiências sexuais anteriores, de natureza traumática como a violação e/ou abuso, mas a persuasão por amigos foi referida.

---

<sup>73</sup> In Manita e Oliveira (2002)

## 5.2 - ESPAÇO PESSOA E EQUIPA TÉCNICA

### 5.2.1 - Projecto multidisciplinar

Todo o projecto que envolva a promoção da saúde e por sua vez do indivíduo deve ter em atenção as questões sociais e pessoais não só dos sujeitos alvo da acção como dos próprios promotores dessa mesma acção.

O projecto Espaço Pessoa (EP), integrado na Associação para o Planeamento da Família (APF), inicia a sua actividade nos finais de 1997. Enquanto projecto de promoção social (incluindo a promoção da saúde) de prostitutas/as de rua, enquadra uma **equipa multidisciplinar de técnicos** que abarcam as áreas da saúde, psicologia e intervenção social. No momento do estudo conta com um coordenador, dois enfermeiros, uma médica voluntária, duas educadoras sociais, um animador social, duas psicólogas, uma assistente social e ainda quatro estagiários, três da área da educação social e um de psicologia. Para além dos técnicos, dispõe também de uma funcionária de limpeza. Todos os técnicos que passaram por este estudo, encontram-se ligados ao projecto há pelo menos 2 anos e apresentam motivações iniciais, que apesar de serem distintas se cruzam em alguns casos: **a oportunidade de um primeiro ou segundo emprego; a experiência e o interesse em trabalhar com populações marginalizadas e o interesse no tipo e organização do Projecto.** Contudo, consideram que as suas expectativas iniciais e os seus objectivos se foram alterando, tendo de se **adaptar à população em causa.**

Tal como outros projectos na área da promoção da saúde e social, este apresenta objectivos muito próprios, que não se remetem apenas à **redução de danos e de riscos**, sob o ponto de vista da **saúde individual e pública.** As oportunidades de formação, a promoção da auto-estima, a (re)integração social, a promoção da qualidade de vida dos utentes que se prostituem são também objectivos de carácter **social e relacional**, apontados pela equipa. Em diversas situações foi explícito o trabalho em torno destes objectivos, sobretudo nos projectos desenvolvidos e nas relações de confiança que se iam estabelecendo entre técnicos e utentes.

### 5.2.2 - Serviço à população

Os utentes indicaram que conheceram o Projecto EP, sobretudo através de colegas e amigos, ou em alguns casos através do médico de família. Foi nossa intenção identificar as motivações que levaram os utentes a procurar o EP. As **razões** apontadas, por ordem decrescente, para a sua **frequência no centro**, na maioria dos casos, quase sempre diária, são: a obtenção gratuita ou compra de preservativos; a utilização dos serviços de enfermagem, balneário e lavandaria, apoio psicológico e convívio, serviço social e formações.

A grande maioria sublinha a aquisição de preservativos, os serviços de enfermagem, a lavandaria e os balneários, como os serviços mais utilizados por si próprios. No entanto, os técnicos referem que os serviços mais solicitados pela população em geral são sobretudo, a aquisição de preservativos e o serviço de intervenção social, actualmente com solicitação superior ao serviço de enfermagem, o que não se verificava no início do Projecto. Esta perspectiva divergente pode ser interpretada pelas amostras em estudo, técnicos *versus* utentes, em que os primeiros respondem quanto aos serviços mais utilizados pela população em geral, enquanto que os utentes respondem sobre quais os serviços que cada qual utilizava mais e não os serviços mais utilizados pela população. Para além disso, os objectivos e necessidades dos utentes são em muitos casos diferentes, daí recorrerem a diferentes serviços.

O aumento significativo do serviço de intervenção social, apontado pelos técnicos como um serviço em contínua ascensão, ultrapassando mesmo o serviço de enfermagem foi comprovado pelos relatórios referentes ao ano de 2003. Contudo, no ano de 2004, ano de actividades, imediatamente antecedente ao período em que se realizaram as entrevistas, o serviço de intervenção social voltou a registar um decréscimo no número de atendimentos, sendo de novo a enfermagem, enquanto serviço, o mais solicitado, para além da distribuição de preservativos.<sup>74</sup>

Manita e Oliveira (2002) revelam também que os serviços mais procurados noutros projectos similares ao EP são: a procura de preservativos; procura de algo para comer ou beber e a possibilidade de dialogar com os técnicos e/ou a existência de um espaço de convívio, no Projecto Vamp (VP). Os cuidados médicos e o apoio psicológico aparecem em níveis inferiores. Já no projecto Auto-Estima (AE), a

---

<sup>74</sup> As informações fornecidas pelos técnicos dizem respeito aos serviços mais solicitados de acordo com o relatório do ano de 2003, uma vez que à data das entrevistas (de Janeiro a Março de 2004), o relatório de 2004 ainda não se encontrava concluído.

procura de preservativos volta a ser o serviço mais solicitado, logo seguido de consulta médica/ginecológica e a possibilidade de dialogar com os técnicos ou ter um espaço de convívio.

O espaço de convívio é em muitos projectos um serviço muito procurado (Manita e Oliveira, 2002). No nosso estudo, apesar deste serviço não ser muitas vezes apontado pelos utentes como um dos mais solicitados, é indicado nas suas actividades preferidas, realizadas no centro.

Uma outra divergência, entre técnicos e utentes são as **modificações que consideram necessárias no EP**. Se por um lado, os técnicos apontam para a necessidade de mais recursos humanos, materiais e de alargamento do espaço físico, por seu turno, os utentes referem a necessidade de mais apoio com géneros alimentares, roupas e alargamento do horário, tanto do centro como das equipas de rua. O facto de exprimirem a necessidade de mais apoio com géneros alimentares, poderá dever-se ao facto de existir este tipo de serviço noutros projectos, como é exemplo da Vamp.

As diferenças observadas nas necessidades sentidas pelos técnicos e utentes podem ser entendidas como necessidades e prioridades distintas e daí perspectivas divergentes.

### **5.3 - UTENTES E TÉCNICOS: QUE INTERACÇÕES?**

As interacções que se estabelecem, entre os diferentes sujeitos de estudo, foram alvo de observação, dada a relevância para a investigação em causa.

As interacções verbais que os utentes estabelecem com outros utentes, sobretudo na sala de convívio, são escassas uma vez que a **maioria dos assuntos são dialogados com os técnicos**.

A escolha de um técnico para cerca de metade dos utentes entrevistados é **indiferente**, pois aceitam conversar com qualquer um, no entanto, para outra metade desta amostra essa **escolha é fundamental**, uma vez que criaram com esse técnico laços de confiança, que lhes dão alguma estabilidade e segurança emocional no diálogo que estabelecem. As principais **razões da preferência** por determinado técnico têm a ver com **questões relacionais e afectivas**, motivos esses que são extremamente valorizados, sendo verbalizados várias vezes no discurso dos utentes,

quando se referem aos técnicos. Contudo, poderemos considerar outros aspectos, nomeadamente o facto do utente não ter necessidade de explicar a sua situação ou de se expor várias vezes a diversos técnicos a sua situação, uma vez que o técnico já conhece a sua história de vida.

Os temas que os utentes habitualmente abordam com os técnicos dizem respeito a **situações particulares da sua vida**, sobretudo **relações familiares e amorosas** e as **questões de saúde**. Outros assuntos, de carácter mais geral são dialogados não só com técnicos mas também por vezes com outros utentes. Esta situação é referida pelos técnicos e utentes e registada nas observações na sala de convívio e de rua.

A necessidade dos utentes conversarem com os técnicos sobre questões particulares e de saúde poderá traduzir-se em carências afectivas por parte dos utentes e ao mesmo tempo num estabelecimento de relações de confiança com os técnicos ou com determinado técnico.

As questões de carácter mais pessoal eram quase sempre efectuadas em privado, contudo durante algumas observações registámos diálogos de carácter pessoal entre técnicos e utentes na sala de convívio, daí lançarmos esta questão para estudos posteriores:

*Que consequências poderão surgir quando se estabelecem diálogos de foro íntimo na sala de convívio, entre utentes e utentes/técnicos, na presença de outros utentes ou técnicos?*

#### **5.4 - SAÚDE: PERSPECTIVAS E COMPORTAMENTOS ASSUMIDOS E OBSERVADOS**

A noção de saúde pública surge diversas vezes nos estudos relacionados com o fenómeno da prostituição. Foi nosso propósito conhecer as noções de saúde, mas não exclusivamente a saúde sexual para posteriormente interpretar as possíveis atitudes preventivas ou de risco, nos seus diversos comportamentos, nomeadamente de carácter sexual.

Os utentes incluem na sua concepção de saúde a questão física, mental e psicológica. Contudo as suas verbalizações iniciais quando questionados sobre o que é ter saúde passam por “*não ter doenças*”; “*ter uma alimentação boa*”; “*evitar drogas e bebidas alcoólicas*”; “*usar sempre o preservativo*”. Sob o ponto de vista **psicológico e mental**, tentam explicar através de expressões como: “*tem de estar*

*bem*”; “ *tem a ver com tudo, com a parte da cabeça também que é muito importante.*”. Para uma das utentes (Maria), o factor dinheiro surge também como condicionante para a mesma ter ou não saúde. Assim também quanto ao facto de se sentirem ou não saudáveis, os utentes apontam quase sempre **razões** tanto de carácter **físico**, como **mental**, **psicológico** e **sentimental**. Esta análise permite-nos considerar que estes utentes apresentam uma noção relativamente clara e coincidente com o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) que define saúde como sendo “*estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade*”.

Conhecer a noção dos utentes sobre **Infecções Sexualmente Transmissíveis** era também um objectivo deste estudo. O **VIH/Sida**, **sífilis** e **hepatites** foram algumas das infecções referidas para além de outras com termos não científicos. As **relações sexuais**, o **contacto com sangue de pessoas infectadas** e o **não uso de preservativo**, com **pessoas toxicodependentes** são os meios de transmissão apontadas pelos utentes. A última noção, do não uso do preservativo com pessoas toxicodependentes, é no nosso entender uma ideia de associação da toxicodependência às IST. A **transmissão vertical**, ou seja a transmissão de mãe para filho nunca foi mencionada pelos utentes. Em diversos discursos dos utentes são apresentadas várias concepções erradas sobre algumas IST e modos de transmissão. Talvez seja necessário reflectir sobre o modo como a informação/formação de projectos como o EP é recebido pelos utentes, uma vez que existem ainda utentes com concepções confusas e mesmo erradas.

A **utilização do preservativo**, a **selecção dos clientes**, a **higiene pessoal** e o **acompanhamento médico** são os comportamentos que os utentes assumem praticar para evitar contrair IST. Apesar da informação, em alguns casos com lacunas, relativa às IST, estes utentes continuam, na sua maioria, a efectivar comportamentos de risco, quando em determinadas situações admitem não utilizar o preservativo: pressão dos clientes, a afectividade com clientes antigos e os relacionamentos com o/a companheiro/a são apontadas pelos técnicos e pelos próprios utentes como razões para os utentes não utilizarem sempre o preservativo. Esta última situação é também referida por Warr e Pryett (1999)<sup>75</sup> demonstrando que, sobretudo, as mulheres prostitutas utilizam muito mais o preservativo nas suas relações comerciais do que nas

---

<sup>75</sup> In Manita e Oliveira (2002)

suas relações com os seus companheiros, alegando que assim é feita a distinção do tipo de relações que estabelecem, tornando-se esta última mais genuína.

Todavia, os técnicos acrescentam mais algumas razões para não utilizarem o preservativo: a questão da **toxicoddependência**, relacionada com a necessidade constante e urgente de dinheiro, o próprio **conformismo do utente**, no caso de ter contraído alguma doença, através de clientes e o **facilitismo pelo aspecto exterior do cliente**.

No que diz respeito à **pressão dos clientes** para a não utilização do preservativo também Marques (2001), num estudo realizado sobre condutores de longo curso, refere que muitos destes clientes da prostituição assumem condutas de risco por considerarem que o comportamento de protecção está associado às mulheres, podendo colocar em causa a sua identidade masculina. Da mesma forma Pedrolla, Roca e Sierra (1993), num projecto de prevenção da Sida na *cidade vella* (Barcelona), concluem também que muitos dos clientes da prostituição oferecem grande resistência à utilização de medidas preventivas, sobretudo o uso do preservativo, sendo estes, frequentemente por razões económicas, a determinar o tipo de acto sexual e por conseguinte o uso ou não do preservativo. Neste entendimento, seria necessário dirigir campanhas de informação e prevenção também aos clientes, que acabam por determinar muitas vezes a não utilização do preservativo.

Do nosso estudo tornou-se muito claro que outra razão para a não utilização do preservativo é a afectividade com clientes antigos e os relacionamentos com o/a companheiro/a. No entender de Campbell (1991)<sup>76</sup> e Caravano, (1991)<sup>77</sup> há distinção entre o sexo como trabalho sexual (uso do preservativo) e o sexo afectivo (não uso do preservativo).

Num estudo realizado em Belo Horizonte, Brasil, 1999 (MUSA- Mulher e Saúde, 2000) também se constatou que tal situação se verificava, tendo sido registada a afirmação de uma das entrevistadas: “*só tinha sexo com ele*”, falando do seu namorado. Para algumas das mulheres entrevistadas, sexo é apenas a relação que têm com o seu companheiro fixo, não considerando sexo a actividade que têm com o cliente.

---

<sup>76</sup> In MUSA – Mulher e Saúde (2000)

<sup>77</sup> *Ibid*



O investigador Giffen (1999)<sup>78</sup> refere que as campanhas de prevenção de VIH/SIDA focalizadas apenas no “empowerment” das mulheres em negociarem o uso do preservativo com os seus companheiros, ignoram as diferenças de género nos sentidos que são atribuídos às relações sexuais e à sexualidade, e sobretudo também à importância que as mulheres conferem ao lado afectivo, à sua sexualidade e contexto relacional.

Estudos ulteriores poderão dar resposta às questões que emergiram do presente estudo:

*Será possível alterar estas concepções na maioria das vezes associadas a questões e crenças pessoais e culturais? A equipa de técnicos terá presente, no seu trabalho estas questões? Será possível realizar a promoção da saúde sem que haja interferência nos sentimentos e crenças pessoais dos indivíduos?*

Os comportamentos de risco são na opinião dos técnicos adoptados a um nível diferente, consoante os grupos de população que apoiam, apesar de não ser possível uma generalização. As más condições de vida, a necessidade urgente de dinheiro para o consumo do quotidiano conduzem à adopção de comportamentos de risco sobretudo da população **toxicodependente**, normalmente associada também às **mulheres mais jovens**, que todavia são as que se encontram mais informadas no que diz respeito às IST. Por outro lado, as **mulheres mais velhas** revelam concepções sobre as IST e sobre os seus modos de transmissão confusas e por vezes erradas e abdicam de usar o preservativo, nomeadamente com clientes mais antigos, quase sempre por questões afectivas.

As **mulheres imigrantes** e os **transgéneros** são os grupos de utentes que, mais uma vez no entender dos técnicos poderão expor-se a um menor risco por estarem mais informados e conscientes dos perigos. Os utentes transgéneros, ainda no entender dos técnicos, expõe-se a menor risco pelo facto de se preocuparem com a sua aparência. Porém, julgamos que será necessário salientar no que diz respeito às intervenções hormonais e estéticas que estas nem sempre realizadas em condições controladas por especialistas o que poderá colocar em risco a própria saúde destes indivíduos.

---

<sup>78</sup> *Ibid*

As diferenças dos comportamentos nos diversos grupos sociais leva-nos a reflectir sobre os diversos projectos de promoção de saúde que são necessários levar a cabo, considerando as distintas situações em que se encontram os utentes.

A **alteração de comportamentos** por parte dos utentes com o aparecimento do Espaço Pessoa, é perspectivada divergentemente entre técnicos e utentes. Se por um lado, os técnicos consideram que houve alteração de comportamentos, passando aqueles a ter mais cuidados, os utentes, por seu turno, consideram que o aparecimento do EP não veio influenciar as atitudes e condutas sexuais adoptadas, uma vez que já teriam os mesmos cuidados, à excepção de duas utentes (Carol e Conceição) que assumem ter passado a saber, e a utilizar mais, o preservativo. Segundo os dados dos relatórios anuais do EP, o número de pedidos de preservativos tem vindo a aumentar bastante, o que pode ser interpretado como uma valência bem aceite pela população apoiada.

Questão que nos surge do presente trabalho:

*O facto dos utentes não considerarem que houve alterações nos seus comportamentos será resultado do insucesso das acções levadas a cabo pelo projecto ou poderá ser encarado como uma afirmação pessoal por parte dos utentes que não pretendem admitir que tinham menos cuidados com a sua saúde, antes do aparecimento do EP?*

## 5.5 - PROMOÇÃO DA SAÚDE: ABORDAGENS E DIFICULDADES DE ACÇÃO

A promoção da saúde é um dos objectivos contemplados pela equipa técnica do Projecto Espaço Pessoa. Ewles e Simnett (1999) apontam cinco abordagens diferentes relativas à **promoção da saúde** (Médica, Alteração de Comportamentos, Educacional, Centrada no Utente Alteração Social), das quais nos servimos como referência para o nosso estudo. Através das observações realizadas e dos dados obtidos por via das entrevistas é claramente notório o cruzamento destas abordagens nas diversas interacções entre técnicos e utentes. Constatou-se a **não existência de uma abordagem única**, nem tão pouco o seguimento de um determinado modelo ou por um técnico ou grupo de técnicos, de uma área específica. A aplicação dos modelos, nem sempre explícitos varia de acordo com cada utente e situação.

As abordagens **Médica** e de **Alteração de Comportamentos** que têm como principal objectivo o término das doenças com a modificação de comportamentos, assumindo estilos de vida mais saudáveis, num ambiente já existente, são sobretudo detectados nos casos em que os técnicos, enquanto promotores de saúde e sociais, verificam que os utentes não têm condições para agir autonomamente, por razões sociais, psicológicas ou por razões momentâneas, sobretudo em algumas situações de toxicoddependência. Poderão ainda estar associadas as questões de emergência e de risco elevado, ou seja, situações em que há necessidade de actuar de imediato para evitar riscos maiores. Nestes casos, os técnicos adoptam **atitudes directivas**, e o próprio utente apercebe-se que o técnico lhe está a indicar aquilo que deve fazer. Contudo, apesar da **directividade** apresentada, surgem dificuldades que têm a ver, não só com o próprio, mas com todas as circunstâncias que o rodeiam.

A **abordagem Educacional**, que tem por função **informar e formar** os utentes das causas e consequências das suas atitudes, deixando-os **optar livremente**, foi também observado em muitas situações. Os técnicos dão informações sobre determinados assuntos, sobretudo através do diálogo formal ou informal, nas formações que propõem, na organização e disponibilização de materiais informativos, sobretudo na sala de convívio ou nos atendimentos particulares. Também a abordagem **Centrada no Utente**, que visa por objectivo a autonomização do cliente, o técnico vê no utente a capacidade de tomar decisões e de resolver os seus problemas, potencializando desta forma assim o **auto-empowerment** do utente. Esta perspectiva, centrada no utente, em que o técnico tenta não dar respostas ou soluções imediatas, se por alguns é bem aceite, para outros, poderá ser entendida, na opinião dos técnicos, como falta de apoio no imediato.

Numa visão mais alargada do Projecto EP, consideramos a possibilidade da existência, apesar de diluído nas acções dos técnicos, da abordagem **de alteração social**, uma vez que o projecto tem também objectivos e acções sociais, embora não seja seu objectivo terminar com a prostituição, mas sim melhorar as condições de vida dos utentes e permitir uma re(inserção) social, no caso destes o desejarem.

A interacção estabelecida entre técnicos e utentes tem sobretudo por base relações de empatia e confiança, o que nem sempre é suficiente para que as indicações que os técnicos transmitem aos utentes, sejam concretizadas. Os utentes são da opinião, na sua maioria, que tudo o que os técnicos lhes indicam, é para o seu bem e

deve ser praticado, contudo os **problemas** de carácter **pessoal, psicológico, social e económico** surgem diversas vezes como entraves a essas orientações.

A **falta de confiança**, o **medo**, a **falta de vontade** e a **reduzida auto-estima** são os principais motivos que os utentes apresentam para não seguir as indicações dadas pelos técnicos. Todas estas razões estão intimamente ligadas a questões psicológicas e emocionais do próprio sujeito. Todavia, os técnicos apresentam na sua perspectiva externa, outros motivos que não são apontados pelos utentes, uma vez que são classificações de sujeitos externos: o **immediatismo**; as **estruturas de vida próprias** e a **falta de compromisso**. Para além destas razões, existem ainda as dificuldades extrínsecas aos utentes, no que diz respeito às **respostas sociais**, que nem sempre são as mais adequadas à sua situação. Da parte dos técnicos podem ser criados inconscientemente obstáculos que bloqueiam o próprio utente como sejam **o discurso utilizado**, nem sempre compreendido pelo receptor utente, e as **divergentes visões das motivações e expectativas** de técnicos e utentes.

Como já referido anteriormente, a questão das motivações e expectativas divergentes entre técnicos e utentes tem vindo a ser reflectida desde a entrada dos técnicos no projecto, uma vez que os próprios admitiram que as suas expectativas e os seus objectivos tiveram de se adaptar à população em causa.

## 5.6 REFLEXÕES FINAIS

O estudo efectuado teve sobretudo a função de permitir o levantamento de algumas questões e reflexões relativas ao tipo de trabalho que é efectuado ao nível da promoção da saúde e social em projectos que apoiam prostitutas/as de rua. Após esta primeira discussão dos resultados, na qual já fomos colocando algumas questões em aberto, fruto da nossa reflexão, cabe-nos neste momento registar algumas das nossas dificuldades sentidas, alguns apontamentos finais que nos parecem importantes, deixando, por último, em aberto outras questões e propostas de continuidade deste ou outros estudos:

### ➤ Dificuldades sentidas

Ao longo do tempo fomos-nos deparando com algumas **dificuldades**, entre as quais:

- O pouco conhecimento do tipo de trabalho efectuado em projectos que apoiam prostitutas/os de rua e a reduzida informação disponível.
- A falta de disponibilidade de alguns utentes e também de alguns técnicos, nomeadamente da médica voluntária e da assistente social, cujas entrevistas enriqueceriam o nosso estudo.
- Nem sempre nos ser possível acompanhar as equipas de rua, dado o número limitado de lugares na carrinha disponível.
- Nem sempre nos ser possível identificar se a prostituição exercida pelos utentes, nomeadamente dos utentes transgéneros, era exclusivamente com homens ou se haveria algum caso em que também se prostituíssem com mulheres.
- Não termos tido a possibilidade de entrevistar utentes que tivéssemos conhecimento que se prostituíam exclusivamente com mulheres.

➤ Apontamentos e Questões Finais

Alguns aspectos emergentes do presente estudo que nos parecem mais relevantes:

- A promoção da saúde, em qualquer contexto, mas sobretudo num contexto em que os sujeitos revelam diversos problemas económicos, sociais e também, muitas vezes emocionais, é necessário ser trabalhada mais com os sujeitos e não tanto para os sujeitos.
- É necessário considerarem-se os antecedentes, as vivências e as expectativas dos sujeitos no sentido de não haver confronto ou choque do que é considerado essencial e prioritário na perspectiva dos utentes e na dos técnicos, promotores da acção.
- Verificou-se neste estudo que os utentes, revelam interesse e valorizam a capacidade relacional e de comunicação prestada pelos técnicos. As relações estabelecidas, sobretudo de empatia e confiança, entre técnico/utente poderão ser condicionantes para a promoção da qualidade de vida do utente a ser acompanhado.

- Apesar das noções, em muitos casos, relativamente claras sobre IST, alguns utentes continuam a adoptar comportamentos de risco, em determinadas situações que envolvem questões económicas, mas sobretudo afectivas.
- A adopção de modelos de promoção da saúde, deverá ter em atenção cada indivíduo, perspectivando ao máximo a sua autonomização, que poderá revelar-se a níveis diferentes. Assim, de acordo com os dados deste estudo, deparamo-nos com situações em que o mesmo técnico age de forma diferente, mediante o utente e a sua condição económica, social e emocional. Parece-nos correcto uma tentativa inicial de colocar sempre o utente como determinador da sua trajectória de vida, no sentido do seu *auto-empowerment*.
- As dificuldades sentidas pelos utentes, devem também ser analisadas pelos técnicos que os acompanham de modo a trabalhar com eles estratégias que lhes permitam ultrapassar essas mesmas dificuldades, numa perspectiva de valorização e auto-promoção social.
- Quais as razões para que diversas vezes, os técnicos, durante o seu discurso se referirem aos utentes no feminino? Esta situação terá a ver com o facto da maioria dos utentes atendidos pelo EP serem mulheres, ou será consequência de uma concepção, dos técnicos, da prostituição numa vertente feminina? Ou haverá outra explicação?
- As concepções dos utentes, muitas vezes erradas relativas às IST poderão se indicadores de insucesso da educação sexual que tenha sido feita, ou serão indicadores de concepções fortemente enraizadas num determinado tipo de população?
- Terão os técnicos conhecimento destas concepções alternativas frequentemente erradas, dos utentes, relativas às IST?
- Seriam diferentes os resultados, se as respostas dos utentes e dos técnicos fossem recolhidos através de inquéritos anónimos?
- Seriam diferentes as respostas dos utentes, no caso de serem entrevistados na rua, em vez de o serem em privado, no centro do Espaço Pessoa?

➤ Continuidade...outros estudos:

Na sequência deste trabalho diversas são as possibilidades de percorrer novos trilhos de investigação:

- Entrevistar de novo, sobretudo os técnicos, conduzindo-os a uma reflexão sobre as perspectivas apresentadas pelos utentes em determinados assuntos.
- Alargar o estudo a uma amostra de utentes superior, para que fosse possível mais claramente comparar a opinião dos técnicos na sua visão geral da população com a opinião dos utentes, na sua visão pessoal.
- Entrevistar utentes que se prostituíssem com mulheres e verificar se existem ou não diferenças nas concepções, relativamente aos utentes que se prostituem com homens.
- Aprofundar o estudo a alguns dos grupos sociais que foram sendo apontados: prostitutas mais novas e prostitutas mais velhas, prostitutas cujos clientes são homens e/ou mulheres; toxicodependentes; transgéneros, prostitutas/os imigrantes.
- Alargar o estudo a outros utentes que pratiquem outro tipo de prostituição, que não a de rua.
- Alargar o estudo, contemplando possíveis clientes, que se disponibilizassem a responder a algumas questões.
- Aprofundar a relação que se estabelece entre os utentes e os filhos e entre utentes/companheiros/as

Enquanto docentes e investigadores, considerámos necessário conhecer algumas das realidades sociais de determinados sujeitos. Não apenas enquanto membros de grupos estigmatizados, mas como cidadãos com características próprias da sua actividade, e, sobretudo, como cidadãos com concepções, acções, comportamentos, perspectivas e dificuldades semelhantes a todos os outros, em contextos e actividades diferentes, mas, simultaneamente, com outras tantas concepções, acções, comportamentos, perspectivas e dificuldades únicas e exclusivas

do próprio, às quais é preciso atender, sem no entanto incorrer em generalizações desajustadas.



## BIBLIOGRAFIA

- APA - American Psychological Association (2006). *Sexual Orientation Development in Just the Facts About Sexual Orientation & Youth: A Primer for Principals, Educators and School Personnel*,  
<http://www.apa.org/pi/lgbcp/publications/justthefacts.html#1>. (2006.07.29).
- APF - Associação para o Planeamento da Família (2005a). *Propostas e Recomendações da APF in Educação Sexual nas escolas: Posições da APF sobre os pareceres do CNE e do GTES*,  
[http://www.apf.pt/educacao/cme\\_gtes.html](http://www.apf.pt/educacao/cme_gtes.html). (2006.07.29).
- APF - Associação para o Planeamento da Família (2005b). *Relatório de Actividades do ano 2004*, [http://www.apf.pt/pdf/rc\\_2004.pdf](http://www.apf.pt/pdf/rc_2004.pdf). (2006.07.20).
- APS- Australian Psychological Society (2006). *Sexual orientation and homosexuality: What is sexual orientation?*  
[http://www.psychology.org.au/publications/tip\\_sheets/12.5\\_10.asp#what](http://www.psychology.org.au/publications/tip_sheets/12.5_10.asp#what). (2006.07.27).
- Barbosa, A. (2000). *Sedução e sexualidade*, in Barbosa, A. e Gomes-Pedro, J. (orgs). *Sexualidade*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Biklen, S. e Bogdan, R. (2003). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e ao método*. Porto: Porto Editora.
- Bullough, B. e Bullough, V. (1998). *Female prostitution: current research and changing interpretation*, in Elias, J., Bullough, V., Elias V. e Brewer, G. (eds). *Prostitution. On whores, hustlers, and johns*. New York: Prometheus Books.
- Burgess, R. (2001). *A pesquisa de terreno: Uma introdução*. Lisboa: Celta Editora.

- Butler, P. (2004). What constitutes sexual health *in Progress in Reproductive Health Research*. pp 2. Organização Mundial de Saúde.
- Caetano, M. (2003). Educação da sexualidade: na prevenção da SIDA *in Sá, E.(org). Quero-te: Psicologia da Sexualidade*. Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, G.S. (2003). *Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis*. Braga: IEC – Universidade do Minho.
- Chapkis, W. (1997). *Live sex acts: women performing erotic labour*. Londres: Cassell.
- Clapier-Valladon, S., Poirier, J. e Raybaut, P. (2004). *Histórias de vida: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Cohen, L. e Manion, L. (1998). *Research Methods in education*. London: Routledge.
- Costa, A.F. (1999). A pesquisa de Terreno em Sociologia *in Silva, A.S. e Pinto, J.M. (orgs). Metodologia das Ciências Sociais*. Edições Afrontamento: Porto.
- Cruz, F. (1984). *Da Prostituição da cidade de Lisboa*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- D´Azevedo, F.P. (1864). *História da Prostituição e policia Sanitária no Porto*. Porto: Casa de F. Gomes da Fonseca.
- Duarte, F. (2000). *Prostituição e Tráfico de Mulheres e Crianças: Colectânea de textos legais e de instrumentos internacionais*. Lisboa: CIDM.
- Desmet, H. e Poutois, J. (1997). *Épistemologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelas: Pierre Mardaga.
- EP - Projecto Espaço Pessoa (1999). *Relatório de Actividades de 1998*. Porto
- EP - Projecto Espaço Pessoa (2000). *Relatório de Actividades de 1999*. Porto

- EP - Projecto Espaço Pessoa (2001). *Relatório de Actividades de 2000*. Porto
- EP - Projecto Espaço Pessoa (2002). *Relatório de Actividades de 2001*. Porto
- EP - Projecto Espaço Pessoa (2003). *Relatório de Actividades de 2002*. Porto
- EP - Projecto Espaço Pessoa (2004). *Relatório de Actividades de 2003*. Porto
- EP - Projecto Espaço Pessoa (2005). *Relatório de Actividades de 2004*. Porto
- Ewles, L. e Simnett, I. (1999). *Promoting health - A practical guide*. London: Baillière Tindall.
- Guba, E.G. e Lincoln, Y.S. (2000). Competing paradigms in qualitative reaserch, in Denzin, N.K. e Lincoln, Y.S. (eds). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guerreiro, R. (2002). Uma experiência de aconselhamento em Testes Anónimos para o VIH, *Revista Sexualidade e Planeamento Familiar*, 33, 11-14.
- F.R. e H.P. (2005). Candidatos Preocupados com a Saúde Pública, *Jornal Público*, 9.
- Hébert, M. (1994). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lombroso, C. (1991). *La femme criminelle et la prostituée (1895)*. Grenoble: Editions Jérôme Millon.
- Lopez, F. (1988). A sexualidade e mudanças sociais, *Revista Sexualidade e Planeamento Familiar*, 39, 2-4.
- Manita, C. e Oliveira, A. (2002). *Estudo da caracterização da prostituição de rua nas ruas do Porto e Matosinhos*. Porto: CIDM.

- Marshall, C. e Rossman, G.B. (1999). *Designing qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Marques, M. (1984). *Estudo de Casos: Prostituição e Espaço Social*. Lisboa: C.E.C.L. Universidade Nova de Lisboa.
- Marques, A. (2001). *Dimensões de caracterização da masculinidade: estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/ SIDA na população de condutores de longo curso*. Lisboa: APF.
- Martins, J. (2004). *Prostituição: Percursos (com) sentidos. Tese de Mestrado*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia.
- Mauss, M. (1993). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* in Mauss, M. (ed). *Sociology et Anthropologie*. Paris: Quadrige, Presses Universitaires de France.
- Medero, F. (1997). *La educación sexual : guía teórica y práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Merton, R. (1970). *Sociologia: Teoria e Estrutura*. S. Paulo: Editora Mestre Jou.
- Morse, J.M. (2000). *Designing funded qualitative research* in Denzin, N.K. e Lincoln, Y.S. (eds). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- MUSA – Mulher e Saúde (2000). *Práticas sexuais e reprodutivas de profissionais do sexo da " Zona Grande " de Belo Horizonte e a prevenção às DST/HIV/Aids: Relatório Final de Pesquisa*. Belo Horizonte: MUSA.
- Oliveira, A. (2004). *As Vendedoras de Ilusões – Estudo sobre prostituição, alterne e striptease*. Lisboa: Editorial Noticias.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (1946). *Constituição da OMS*. Genebra, 1946.

- OMS - Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*, <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf>. (2006.06.19).
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2005). *Guiás para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión sexual*, [http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt\\_stis/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/index.html). (2005.07.15).
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2006) *Sexual health*, [http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual\\_health.html](http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html). (2006.08.10).
- Parsons, T. (1984). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pedrola, J., Roca, X., Sanguesa, L e Sierra, C. (1993). El proyecto de prevención del sida en ciutat vella (Barcelona). Un abordatge comunitari in Vidal, A.S. (org). *Programas de prevención e intervenció comunitaria*. Barcelona: PPU.
- Perrow, F. (2003). *O Caminho para a Saúde Reprodutiva Global: Saúde e Direitos Reprodutivos na Agenda Internacional 1968 – 2003*. APF, [http://www.apf.pt/pdf/brochura\\_reproducao\\_.pdf](http://www.apf.pt/pdf/brochura_reproducao_.pdf). (2006.08.10).
- Pilisú, M. (1995). *A Mulher, a Luxúria e a Igreja na Idade Média*. Lisboa: Editorial Estampa.
- QSR Nud\*ist 4 – User Guide (1997). Austrália: Qualitative Solutions and Research PTy, LTd.
- Quivy, R. (2003). *Manual de investigação em ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rede Europeia para a Prevenção do VIH/DST na prostituição (2001). *Cuidar da Saúde: desenvolver serviços para as pessoas que se prostituem na Europa*. Lisboa: Europap.

- Ribeiro, M., Silva, M. *et al.* (2005). *Prostituição Feminina em Regiões de Fronteira: Actores, Estruturas e Processos. Relatório Final*. Vila Real: UTAD, UM e UBI.
- Roberts, N. (1996). *A prostituição através dos tempos, na sociedade ocidental*. Lisboa: Editorial Presença.
- Silva, M.J. (2006). Educação Sexual: Não é Possível Não Fazer, *Revista 2 Pontos*, 8.
- Soares, F.M. (1999). Qualificação profissional para a educação sexual *Revista Sexualidade e Planeamento Familiar* 23/24, 24-26.
- Streubert, H. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançado o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Timóteo, I. (2002). *Relatório de Estágio – EP*. Porto: ESE/IPP.
- Vasconcelos, T. (2000). Sexualidade e educação: desafios para a educação *in* Barbosa, A. e Gomes-Pedro, J. (orgs). *Sexualidade*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Vaz, J.M. (2000). Antropologia médica, sexualidade e clínica *in* Barbosa, A. e Gomes-Pedro, J. (orgs). *Sexualidade*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Vaz, J.M. (2003). Sexualidade e História *in* Gomes, F., Albuquerque, A. e Nunes, J.(orgs). *A Sexologia*. vol. 2. Coimbra: Quarteto.
- West, D. (1998). Male homosexual prostitution, *in* Brewer, G., Bullough, V., Elias, J. e Elias, V. (eds). *Prostitution. On whores, hustlers, and johns*. New York: Prometheus Books.
- Wikipédia (2006a). Origin of the term, <http://en.wikipedia.org/wiki/Transvestism>. (2006.07.15).

Wikipédia (2006b). *Defining transsexualism*,  
<http://en.wikipedia.org/wiki/Transsexual>

(2006.07.15).

Wikipédia (2006c). *Transgender Identity*,  
<http://en.wikipedia.org/wiki/Transgender>. (2006.07.15).

Yin, R. (2003). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.