



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Francisca Sueli da Silva Lima

**Violência contra as mulheres trabalhadoras do sexo e vulnerabilidade
ao HIV/AIDS em 10 cidades brasileiras.**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador:

Prof. Dr. Edgar Merchán-Hamann

Co-orientador:

Prof. Dra. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez

Brasília, 2015

FRANCISCA SUELI DA SILVA LIMA

Violência contra as mulheres trabalhadoras do sexo e vulnerabilidade para o HIV/AIDS em 10 cidades brasileiras.

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 07 de abril de 2016

BANCA EXAMINADORA

Edgar Merchán-Haman
Presidente

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

Célia Landmann Szwarcwald
Examinador Externo

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

Daphne Rattner
Examinador Interno

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

Muna Muhammad Odeh
Examinador Interno

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

Natan Monsores de Sá
Examinador Interno

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

Helena Eri Shimizu
Suplente

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

*Dedico esse trabalho à memória de meu querido e saudoso irmão, que
foi tirado prematuramente da vida entre nós.*

*“Então sonhei um sonho tão bom: sonhei assim: na vida nós somos artistas de uma peça de teatro
absurdo escrita por um Deus absurdo. Nós somos todos os participantes desse teatro: na verdade nunca
morreremos quando acontece a morte. Só morremos como artistas. Isso seria a eternidade?”*

Clarice Lispector

AGRADECIMENTOS

“Um sonho que sonhes sozinho é apenas um sonho”.

John Lennon

Aos meus orientadores, Margarita e Edgar, pela dedicação ao longo desse caminho que escolhemos trilhar.

À minha filha, Maria Clara, por trazer tanta luz, amor e gosto para minha vida.

Aos meus pais, Rita e Edmundo, por minha formação pessoal, por infundirem-me coragem para realização de meus sonhos.

Aos meus saudosos avós, Inácia e Zacarias, que com amor e dignidade me ensinaram a sonhar.

À professora Célia e a Giseli, por dedicarem parte de seu tempo a esse estudo.

Aos colegas da Gerência de Vigilância Epidemiológica e da Escola Superior de Ciências da Saúde da SES/DF, que me incentivaram e supriram meu afastamento para realização desse trabalho.

Às mulheres trabalhadoras do sexo brasileiras por tonarem possível a realização desse estudo.

PROSTITUTA

Cora Coralina

*Mulher da Vida, minha Irmã.
De todos os tempos.
De todos os povos.
De todas as latitudes.
Ela vem do fundo imemorial das idades e
carrega a carga pesada dos mais
torpes sinônimos, apelidos e apodos:
Mulher da zona,
Mulher da rua,
Mulher perdida,
Mulher à-toa.
Mulher da Vida, minha irmã.
Pisadas, espezinhadas, ameaçadas.
Desprotegidas e exploradas.
Ignoradas da Lei, da Justiça e do Direito.
Necessárias fisiologicamente.
Indestrutíveis.
Sobreviventes.
Possuídas e infamadas sempre por
aqueles que um dia as lançaram na vida.
Marcadas. Contaminadas,
Escorchadas. Discriminadas.
Nenhum direito lhes assiste.
Nenhum estatuto ou norma as protege.
Sobrevivem como erva cativa dos caminhos,
pisadas, maltratadas e renascidas.
Flor sombria, sementeira espinhal
gerada nos viveiros da miséria, da
pobreza e do abandono,
enraizada em todos os quadrantes da Terra.
Um dia, numa cidade longínqua, essa
mulher corria perseguida pelos homens que
a tinham maculado. Aflita, ouvindo o
tropel dos perseguidores e o sibilo das
pedras,
ela encontrou-se com a Justiça.
A Justiça estendeu sua destra poderosa e
lançou o repto milenar:
Aquele que estiver sem pecado atire a
primeira pedra;
As pedras caíram e os cobradores deram as
costas.
O Justo falou então a palavra de equidade:*

*Ninguém te condenou, mulher... nem eu te
condeno;
A Justiça pesou a falta pelo peso do sacrifício
e este excedeu àquela.
Vilipendiada, esmagada.
Possuída e enxovalhada, ela é a muralha que
há milênios detém
as urgências brutais do homem para que na
sociedade possam coexistir a inocência, a
castidade e a virtude.
Na fragilidade de sua carne maculada esbarra
a exigência impiedosa do macho.
Sem cobertura de leis
e sem proteção legal,
ela atravessa a vida ultrajada
e imprescindível, pisoteada, explorada,
nem a sociedade a dispensa
nem lhe reconhece direitos
nem lhe dá proteção.
E quem já alcançou o ideal dessa mulher,
que um homem a tome pela mão,
a levante, e diga: minha companheira.
Mulher da Vida, minha irmã.
No fim dos tempos.
No dia da Grande Justiça
do Grande Juiz.
Serás remida e lavada
de toda condenação.
E o juiz da Grande Justiça
a vestirá de branco em
novo batismo de purificação.
Limpará as máculas de sua vida
humilhada e sacrificada
para que a Família Humana
possa subsistir sempre,
estrutura sólida e indestrutível
da sociedade,
de todos os povos,
de todos os tempos.
Mulher da Vida, minha irmã.*

**Poesia dedicada, por Coralina, ao
Ano Internacional da Mulher em
1975.**

“Enquanto atitudes e discursos machistas forem considerados como simples força de expressão pela sociedade, a violência contra as mulheres será tolerada como força de hábito.”

(Mariana Mullich)

RESUMO

A violência contra mulher é um tema explorado por estudiosos do mundo inteiro e embora seja há décadas reconhecida por órgãos internacionais como um problema de saúde pública global e uma violação aos direitos humanos, a violência contra as mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) permanece à margem ou oculta na maioria dos estudos sobre a violência contra a mulher. A associação entre violência contra a mulher e HIV nos últimos anos despertou maior interesse de pesquisadores. Nessa perspectiva vêm sendo produzidos estudos com MTS em diversas partes do mundo e tem revelado que a violência praticada por distintos autores em suas mais variadas manifestações, bem como, a interface com outras vulnerabilidades presentes no mercado do sexo, como o uso de drogas lícitas e ilícitas, constituem barreiras para a prática de sexo seguro. As consequências incluem o risco de HIV, além de sequelas físicas, psicológicas e mortes. Este estudo tem por objetivo caracterizar a violência contra as MTS brasileiras e verificar possível associação com fatores de vulnerabilidade ao HIV. O método utilizado foi um estudo transversal com base em dados de 2.523 MTS de dez cidades brasileiras, recrutadas pelo método *Respondent-Driven Sampling* (RDS). Os resultados mostraram que a prevalência de violência verbal nos últimos 12 meses foi 59,5%; violência física (VF) nos últimos doze meses 38,1% e violência sexual na vida 37,8%. VF por parceiro íntimo, 25,2%; por clientes, 11,7%. Dentre os fatores associados à VF, encontram-se: idade < 30 anos (OR= 2,27; IC 95%=1,56-3,29); uso de drogas (OR= 2,02; IC 95%=1,54-2,65); valor do programa até R\$ 29,00 (OR= 1,51; IC95%=1,07-2,13). Entre os fatores associados à violência física por parceiro íntimo estão: o uso inconsistente do preservativo (OR= 1,99, IC95%= 1,27-3,11, p= 0,00) e idade < de 30 anos (OR=1,92, IC95%=1,23-2,99, p=0,00). Ter menos de 30 anos também se mostrou associado à violência física cometida por cliente (OR=2,24, IC95%=1,24-3,75, p=0,00); valor do programa até R\$ 29,00 está entre os fatores associados a este tipo de violência (OR=2,09, IC95%=1,29-3,38, p=0,00). O uso de drogas foi associado de forma significativa com todos os tipos de violência e perpetradores, entre tais, a violência física por policial (OR=2,54, IC95%=1,61-3,39, p=0,00) Conclui-se que as MTS brasileiras vivenciam uma carga desproporcional de violência e que além da própria violência, a maioria dos fatores associados a esta se

constituem em possíveis barreiras para práticas de sexo seguras e consequentemente pode torná-las mais vulneráveis ao HIV.

Palavras-chave: violência; violência de gênero; prostituição; vulnerabilidade; HIV.

ABSTRACT

Violence against women is a topic explored by scholars worldwide. Although it has been recognized for decades by international bodies as a global public health problem and a violation of human rights, violence against female sex workers (FSW) remains marginalized or hidden in most studies on the topic. The association between violence against women and HIV in recent years aroused great interest of researchers. From this perspective, many studies with FSW were conducted in different parts of the world revealing that violence perpetrated by different social actors and their various manifestations, as well as other vulnerabilities present in the commercial sex scene, as the use of legal and illegal substances, altogether constitute barriers to safer sex. Consequences include the risk of HIV, as well as physical and psychological sequelae, and eventually deaths. This study aims to characterize violence against Brazilian FSW and verify possible association with factors of vulnerability to HIV. As a method, we used a cross-sectional design based on data from 2,523 FSW in ten Brazilian cities, recruited by *Respondent-Driven Sampling* (RDS). Results showed that the prevalence of verbal violence in the last 12 months was 59.5%; physical violence in the last 12 months (PhV) 38.1%. Sexual violence in the life-time was reported by 37.8%. Prevalence of PhV perpetrated by intimate partner was 25.2% and by clients, 11.7%. Factors associated to PhV were: age <30 years old (OR 2.27, 95% CI = 1.56 - 3.29); drug use (OR= 2.02, 95% CI = 1.54 to 2.65); price of sex work <US\$ 13.20 (OR= 1.51, 95% CI 1.07 - 2.13). Factors associated to PhV by an intimate partner were: inconsistent condom use (OR = 1.99, 95% CI = 1.27-3.11, p = 0.00) and age <30 years old (OR= 1.92, 95% CI = 1.23 - 2.99, p = 0.00). Age under 30 years old was also associated to PhV perpetrated by a customer (OR= 2.24, 95% CI = 1.24-3.75, p=0.00) as well as sex work price less than US\$ 13.20 (OR= 2.09, 95% CI 1.29 - 3.38, p=0.00). Drug consumption was associated significantly with all types of violence and to PhV perpetrated by policemen (OR = 2.54, 95% CI = 1.61-3.39, p = 0.00). We conclude that the Brazilian FSW have a disproportionate burden of violence and that beyond the violence itself, most of the factors associated to it constitute potential barriers to safe sex practices and therefore may render them more vulnerable to HIV.

Keywords: violence; gender violence; prostitution; vulnerability; HIV

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Prevalência de violência perpetrada contra mulheres profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras.....	70

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro1. Relação de questões, variáveis e categorias selecionadas para o estudo da violência contra mulheres profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras.....	59

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Características sociodemográficas, reprodutivas e práticas sexuais das trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras.	66
Tabela 2. Motivos de discriminação referidos pelas trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras	69
Tabela 3. Prevalência de violência contra mulheres trabalhadoras do sexo de 10 cidades brasileiras	70
Tabela 4. Prevalência de violência verbal nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo em 10 cidades do Brasil, segundo fatores sociodemográficos e fatores individuais.	71
Tabela 5. Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência verbal contra profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras	72
Tabela 6. Prevalência de violência física perpetrada por qualquer agressor nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores individuais.	73
Tabela 7. Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física perpetrada por qualquer agressor contra mulheres profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras	75
Tabela 8. Prevalência de violência física perpetrada por parceiro íntimo nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores individuais	76
Tabela 9. Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física perpetrada por parceiro íntimo contra mulheres profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras	77

Tabela 10. Prevalência de violência física perpetrada por familiar ou conhecido nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores individuais	78
Tabela 11. Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física perpetrada por familiar/conhecido contra mulheres trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras	79
Tabela 12. Prevalência de violência física perpetrada por cliente nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores individuais	80
Tabela 13. Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física perpetrada por cliente contra mulheres profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras	81
Tabela 14. Prevalência de violência física perpetrada por policial nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores individuais.	82
Tabela 15. Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física perpetrada por policial contra mulheres profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras	83
Tabela 16. Prevalência de violência sexual contra mulheres profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras segundo fatores sociodemográficos e fatores individuais	84
Tabela 17. Soropositividade para HIV e violência contra mulheres profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras	85
Tabela 18. Uso inconsistente do preservativo e violência contra mulheres profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACASI - Audio Computer Assisted Self Interview

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CAGE –Cutdown, Annoyed by criticism, Guilty, Eye-opener

CONATRAE - Comissão Nacional para Erradicação do Trabalho Escravo

DF- Distrito Federal

DST – Doença Sexualmente Transmissível

DDST/Aids – Departamento de DST, Aids e hepatites virais do Ministério da Saúde

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

GMEL- Grupo Feminista Mulher, Ética e Libertação.

HSH- Homens que fazem sexo com homens

HIV- Human Immunodeficiency Virus (Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana)

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

MTS-Mulheres Trabalhadoras do Sexo

MS- Ministério da Saúde

NEP- Núcleo de Estudo sobre Prostituição de Porto Alegre

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

ORa- Odds Ratio Ajustada

PI- Parceiro Íntimo

PN/DST/AIDS - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS

PS- Profissional do Sexo

RDS-Respondent-Driven Sampling

RP- Razão de Prevalência

RPa - Razão de Prevalência Ajustada

RRa - Razão de Risco Ajustada

SAVA - Sindemia de Abuso de Substâncias, Violência e HIV/AIDS

WHO-World Health Organization

UnB- Universidade de Brasília

VCFM - Violência Conjugal Física Contra a Mulher

VPI- Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO.....	17
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
2.1. Considerações sobre violência.....	26
2.2. Violência contra a mulher.....	28
2.3. Concepções sobre violência contra mulheres trabalhadoras do sexo.....	36
2.3.1. Magnitude da violência contra mulheres trabalhadoras do sexo e vulnerabilidade ao HIV.....	43
3. OBJETIVOS.....	54
4. MÉTODOS.....	55
5. RESULTADOS.....	65
5.1. Caracterização das participantes da pesquisa.....	65
5.1.1. Características sociodemográficas.....	64
5.1.2. Práticas sexuais.....	67
5.1.3. Inserção em movimento social.....	67
5.1.4. Conhecimento sobre transmissão do HIV.....	67
5.1.5. Autopercepção de risco de infecção pelo HIV.....	67
5.1.6. Uso de álcool e de drogas.....	68
5.2. Antecedentes de violência.....	68
5.2.1. Discriminação.....	68

5.2.2. Prevalência de violência segundo tipo e perpetrador.....	70
5.2.3. Violência verbal.....	71
5.2.3. Violência física por qualquer agressor.....	73
5.2.5. Violência física por parceiro íntimo.....	75
5.2.6. Violência física por familiar e/ou conhecido.....	78
5.2.7. Violência física por cliente.....	80
5.2.8. Violência física por policial.....	82
5.2.9. Violência sexual.....	84
5.3. Violência e vulnerabilidade ao HIV.....	85
5.3.1. Violência e <i>status</i> sorológico para HIV.....	85
5.3.2. Violência e uso inconsistente do preservativo.....	85
6. DISCUSSÃO.....	87
7. FORTALEZAS ELIMITAÇÕES.....	106
8. CONCLUSÃO e RECOMENDAÇÕES.....	109
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116
10. APÊNDICE A- Artigo- Fatores associados à violência contra mulheres trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras.....	130

1. INTRODUÇÃO

A violência contra mulheres profissionais do sexo está inserida no contexto e construto histórico da violência contra a mulher, já há décadas considerada por organismos internacionais como uma violação aos direitos humanos e um problema mundial de saúde pública. É manifestada por diversas formas de opressão, de dominação e de crueldade, como abusos sexuais, físicos e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial, assassinatos dentre outras. Perpetrada por parceiros íntimos, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado¹.

Embora, desde os anos 1980, a violência contra a mulher venha sendo explorada em pesquisas e debates nas diversas áreas do saber científico, raramente esses estudos ou discussões incluem as experiências de violência vivenciadas por o segmento de mulheres do comércio sexual que, além de sofrerem violência em suas vidas privadas e do meio externo, são vulneráveis à violência advinda das especificidades da atividade, que é por definição ilícita, estigmatizada, social e politicamente marginalizada².

Mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) que praticam suas atividades nas ruas têm 12 vezes mais probabilidades de serem assassinadas do que as outras mulheres na mesma faixa etária que não estão no comércio sexual³.

Os estudos sobre abusos contra as MTS vêm demonstrando que a extensão e natureza da violência vivenciada por estas são diversificadas e relacionadas a fatores macro estruturais e tipo de inserção das mesmas no comércio sexual, pois as vulnerabilidades e os riscos baseados no trabalho dependem do ambiente em que o sexo é vendido^{4, 5}.

Revisão internacional da literatura que avaliou a produção científica sobre trabalho sexual na década de 1990 a 2000 concluiu que os estudos se voltam mais para o sexo do que para o trabalho e que apesar do número crescente de autores que criticam a predominância da perspectiva que desvia prostituição de trabalho, a literatura ainda revela muitas características de estigmatização: associar determinados aspectos do trabalho sexual à natureza do próprio trabalho ao invés de ao estigma ligado a ele ou a outras circunstâncias negativas específicas; associação entre prostituição e características negativas particularmente ao HIV e vitimização precoce. Em geral, os autores não diferenciam adequadamente entre os

tipos de profissionais do sexo, com base em características específicas e situações de trabalho (contextos, práticas, relações, condições), especialmente no que diz respeito às questões de saúde e bem-estar⁶.

Em tempos mais recentes vêm surgindo um interesse global e crescente no que diz respeito à natureza e extensão da violência contra trabalhadoras do sexo, resultando em estudos em todo mundo⁷ estimulados principalmente por possíveis associações da violência com as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV. O foco está no potencial de transmissão dessas infecções das MTS para seus clientes e parceiros e conseqüentemente a saúde de outros.

De acordo com Church e colaboradores⁴, características da prostituição feminina que têm um impacto direto sobre a saúde das mulheres, mas não a saúde alheia, tendem a ser negligenciadas. No contexto da violência perpetrada por clientes abusivos, a saúde sexual é apenas um elemento de necessidade de serviços que devem ser mais abrangentes incluindo outras áreas, a fim de reduzir os níveis de morbimortalidade.

Esses estudos trazem à tona os discursos conflitantes sobre violência e prostituição que desembocam em dois polos: abolição versus legalização. A primeira posição considera que a venda de serviços sexuais constitui violência física e simbólica para as mulheres que a praticam, é sempre opressiva, pois perpetua o patriarcado, subjugando as mulheres ao sofrimento e vitimização. Para os defensores desse discurso, a violência é intrínseca na prostituição, sendo quase sempre consequência do contexto no qual a violência contra a mulher foi historicamente construída, baseada nas diferenças entre os sexos e nas relações de poder – violência de gênero.

Nessa perspectiva, a prostituição é inerentemente violenta; fruto da miséria e dos abusos - a maioria das mulheres que se prostituem foi abusada física e/ou sexualmente quando crianças, o que justificaria em parte sua entrada precoce (13-14 anos de idade) no comércio sexual, onde a maioria ingressa enganada ou forçada por cafetões e traficantes. Além das péssimas condições de trabalho a que são submetidas, desenvolvem toxicod dependência e sofrem violência rotineiramente por parte dos clientes. A prostituição em si e por si já constitui violência contra as mulheres⁸. Para alguns autores esse discurso alimenta permanentemente a posição

e práticas abolicionistas, para a qual a prostituição é um mal que deve ser erradicado da sociedade⁷.

A linguagem usada por muitos defensores é dramática (escrava sexual, estupro pago e etc.) e descrevem os casos mais chocantes que apresentam como típicas retóricas projetadas para alimentar a indignação pública. As imagens da opressão e vitimização excluem as mulheres autônomas e que trabalham em agências, além de impedir qualquer organização do trabalho sexual⁹.

Esse argumento de que a violência é estrutural na prostituição é um dos principais pontos de discórdia entre os abolicionistas e seus opositores, que são defensores e ativistas dos direitos das MTS e lutam pela descriminalização e/ou legalização do sexo pago. Entre estes, o discurso, vai além da vitimização, consideram toda a complexidade existente no universo do trabalho sexual que contradiz mitos e generalizações - a venda do corpo pode ser uma forma de trabalho, para o qual a mulher pode fazer suas escolhas, tendo em vista os diversos tipos, a variedade de condições e práticas de comércio sexual¹⁰.

Nessa ótica¹¹, a mulher é percebida não como vítima paralisada pelo poder masculino e sim independentemente de sua situação, prostitutas ou não, como sujeitos atuantes, autodeterminados e posicionados de formas diferentes, capazes tanto de concordar e negociar, quanto de opor-se conscientemente e transformar relações de poder, onde quer que estejam enraizadas: nas instituições de escravidão, prostituição, casamento, lar ou mercado de trabalho. Nessa concepção, a atuação e atividade feminina podem apresentar-se de diversas formas - às vezes reinscrevendo e às vezes contestando a dominação e controle masculino sexualizados, dependendo de condições, histórias e contextos culturais específicos. Dessa forma, o envolvimento na indústria e comércio sexual, inclusive no exterior, aparece como possibilidade escolhida voluntária ou conscientemente, essa atuação pode ser estratégia de sobrevivência ou de geração de renda, que envolve energia e partes do corpo sexualizados, comparáveis a outros tipos de trabalhos produtivos e, como tais, definidos como trabalho sexual.

Nessa perspectiva, são considerados como violadores dos direitos das mulheres - as condições de vida e de trabalho a que podem ser submetidas no comércio sexual, bem como a violência e terror que cercam esse trabalho num setor

informal ou subterrâneo, e não a prostituição em si como uma violência inerente contra as mulheres¹¹.

A partir dessa perspectiva, há um crescente número de estudiosos que vêm explorando todas as dimensões do trabalho sexual em diferentes contextos, revelando a variação substancial na forma como a prostituição é organizada e vivenciada pelas trabalhadoras, clientes e gerentes. Esses estudos abalam alguns mitos profundamente enraizados sobre prostituição e desafiam estudiosos e ativistas que a retratam monoliticamente⁹.

O fato de muitas mulheres se envolverem no comércio sexual por extrema necessidade, sem outras opções, muito jovens, submetendo-se a trabalhar nas ruas sob péssimas condições, a serem exploradas e abusadas por cafetões, vulneráveis a outras violências (assalto, roubo, assassinato), risco de contrair e transmitir doenças sexuais, essa realidade não é generalizada a todas as mulheres que trabalham no comércio sexual. O autor exemplifica citando alguns trabalhos: um estudo realizado com prostitutas de Miami constatou que apenas 7% tinham cafetões; quanto à idade de entrada entre 13-14 anos, essa não é a norma: um estudo britânico revelou que 48% da amostra ingressaram no mercado do sexo após os 19 anos de idade, enquanto que 20% antes dos 16 anos.

Quanto ao abuso na infância (negligência, violência, incesto), este é de fato parte da história de vida de muitas prostitutas, porém os estudos que comparam amostras pareadas de prostitutas de rua e não prostitutas mostram resultados mistos: alguns apontam uma diferença estatisticamente significativa na experiência de abuso familiar, enquanto outros não apontam nenhuma diferença. No que diz respeito à infecção por HIV, as taxas são mais altas entre as prostitutas de rua que usam drogas injetáveis⁹.

Para o referido autor, embora a prostituição de rua represente um maior risco e mais grave violência para as mulheres, é caricaturada pelo discurso abolicionista para caracterizar a prostituição em geral, assim, dá menos atenção ao mundo oculto da prostituição que ocorre em interiores e que representa uma grande participação no mercado do sexo: como bordéis, bares, casas de massagem, ou em serviços prestados por agências de acompanhantes e mulheres autônomas, dentre outros. Embora esse tipo de prostituição seja menos explorado por estudos, alguns

disponíveis revelam que, em comparação com as prostitutas de rua, estas apresentam taxas mais baixas de abuso na infância, entram no comércio do sexo em idade mais avançada, por decisão consciente e têm maior nível de escolaridade. São mais propensas ao uso de maconha e menos dependentes de drogas mais pesadas, os ganhos são maiores e raramente contraem DSTs. São mais seguras no trabalho: menor risco de prisão e de violência por clientes. Comparados os dois tipos de comércio sexual: de rua - 39% assaltadas, 37% roubadas e 37% estupradas, enquanto entre garotas de programa e trabalhadoras de sauna 1% espancada, 2% estuprada e 10% roubada⁹.

Com base em algumas pesquisas sobre o comércio sexual em locais reservados (interiores), essa opinião é compartilhada por outros autores⁷, que refletem sobre possíveis evidências de maior adesão por parte dos homens que compram sexo nesses locais às regras estabelecidas, como o pagamento antecipado e uso do preservativo sem violência física ou sexual. Entendem que há uma resistência histórica de intolerância e hostilidade para com as prostitutas de rua promovidas por uma cultura geral de repugnância e desrespeito para com as mulheres que vendem sexo.

Weltzer destaca uma representação oposta à opressão, que romantiza a prostituição por meio de músicas, filmes (“Uma linda mulher”), programas de televisão e textos acadêmicos, retratando-a como agradável e lucrativa, o que considera tão unidimensional e empiricamente limitado quanto o discurso da vitimização. Ressalta a perspectiva alternativa para a qual a prostituição varia muito de acordo com o tempo, lugar e tipo⁹.

Shah analisou vários textos produzidos de 1975 a 2001 nos múltiplos terrenos feministas, nos quais foram debatidas questões de trabalho sexual, prostituição, agenciamento e violência. Segundo a autora, essa produção ilustra algumas das principais tendências dos defensores progressistas e ativistas que priorizam a descriminalização e/ou legalização de sexo pago, ao contrário da criminalização ou abolição. Assim, concluiu que há uma mudança emblemática sobre as noções de violência e vulnerabilidades que são expressas de forma consistente, por meio dos discursos, nos quais os autores sugerem uma definição mais ampla de violência, incluindo questões estruturais e um entendimento menos binário de “força” e

“escolha”, além de vislumbrar a necessidade de voz e participação ativa das mulheres enquanto sujeitos¹⁰.

Desyllas, ao realizar uma revisão da literatura sobre o comércio sexual focalizando nas formas como as mulheres estão representadas, enfatiza que as pesquisas acadêmicas vêm sendo feitas em profissionais do sexo ao invés de com profissionais do sexo - as experiências subjetivas e vozes das mulheres raramente são ouvidas e as suas necessidades são sempre definidas e representadas por outros trabalhadores que não vivenciam a realidade do comércio sexual. Segundo o autor, isso ocorre ao longo da história, na sociedade e no meio acadêmico e essas representações históricas contribuíram para os estereótipos e estigmatização das trabalhadoras do sexo¹².

No Brasil, os discursos sobre violência e prostituição seguem o padrão internacional. As correntes feministas abolicionistas apresentam perspectivas distintas quanto à prática da prostituição, por um lado, a prostituta é vista como escrava sexual e por outro, como agente subversivo dentro de uma ordem social sexista¹³. As feministas abolicionistas do século XIX se concebiam como defensoras das prostitutas e/ou libertadoras de escravas, vítimas de um sistema imoral; já a partir de meados da década de 1970, o discurso da moralidade arrefece e surgem os fortes argumentos voltados ao combate da violência contra essas mulheres. Assim, o abolicionismo contemporâneo percebe a prostituição como violência sexista, resultante de abusos físicos e sexuais sofridos na infância, sendo, portanto incompatível com os direitos humanos universais¹⁴.

Para Swain, a prostituição é uma violência social contra a mulher, não devendo, portanto, ser confundida com trabalho, pois seria dotá-la de uma dignidade inexistente no *“imaginário e na materialidade social”*. Aqui a autora diferencia descriminalização de profissionalização, segundo esta - descriminalizar significa proteger as mulheres prostituídas do arbítrio legal e da exploração dos cafetões, enquanto profissionalizar é integrá-la ao funcionamento do mercado de trabalho, banalizando e normalizando a apropriação das mulheres pelos homens, reafirmando assim o sistema patriarcal¹⁵.

De Souza aponta o Grupo Feminista Mulher, Ética e Libertação (GMEL) como exemplo do abolicionismo contemporâneo no Brasil, cuja formação se deu em 2006,

a partir do encontro nacional da Pastoral da Mulher Marginalizada, por mulheres “em situação de prostituição” – termo adotado para afirmar a condição de transitividade na prática da prostituição. A posição do GMEL é contra projetos de regulamentação da prostituição, descrita em cartilha lançada em 2009 pelo grupo, como um dispositivo de controle. Essa posição sobre o regulamentarismo desconsidera a crescente participação de prostitutas na formulação de projetos que visam regulamentar a prostituição como forma de garantir o reconhecimento da mesma como profissão e direitos trabalhistas¹⁶.

No Brasil, os discursos sobre a prostituição estiveram predominantemente moldados pelo controle policial, jurídico, penal, médico e higienista que relacionavam os corpos das prostitutas ao perigo¹⁷.

O comércio sexual no Brasil não é proibido nem regulado. Apesar de classificada como ocupação desde o ano de 2002, na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego– CBO- Nº 5198 – 05, não há um amparo legal para riscos associados à prática do comércio sexual. Isso demonstra que embora a prostituição não seja criminalizada, apenas o são suas formas de exploração; a moralidade é um componente de coerção levando a constrangimentos e, conseqüentemente, à negação de alguns direitos das prostitutas brasileiras.^{18,19}

Embora a violência tenha sido a mola propulsora para a organização das mulheres trabalhadoras do sexo, tanto internacional quanto nacionalmente foi o advento da AIDS no final do século passado que impulsionou o surgimento de movimentos sociais de prostitutas com vistas ao reconhecimento de direitos e da condição de cidadãs. A epidemia repercutiu diretamente sobre essa categoria, ao mesmo tempo em que na área da saúde foi incluída no centro do debate e das linhas de atenção, houve o aumento da discriminação e preconceito e da repressão policial²⁰.

Com base na frequência da doença que desde o início da epidemia apresenta níveis mais altos nos subgrupos populacionais sob maior risco,²¹ o Ministério da Saúde dá início a um conjunto de ações que se revelaram importantes no combate à estigmatização da prostituição e à defesa dos direitos e cidadania das mulheres que sobrevivem do comércio sexual. No entanto, o fato dessas ações terem como

objetivo principal a prevenção do HIV/AIDS provocou um redimensionamento na questão da violência que ficou secundarizada, apesar da magnitude.²²

De acordo com Guimarães e colaboradores²³, vários estudos demonstram vulnerabilidades específicas das profissionais do sexo no que se refere ao HIV/AIDS, e em menor proporção à violência, porém a quase totalidade dessas pesquisas são permeadas por múltiplos vieses de seleção, pois a maioria aborda a situação de mulheres mais pobres que exercem sua profissão mediante a negociação de programas no âmbito público (rua, praças, parques, cinemas e outros locais de lazer). Há um amplo comércio sexual que foge ao padrão referido, não identificado nesses estudos.

Pesquisa realizada com trabalhadoras do sexo em duas diferentes partes do Brasil abordou todas as necessidades de saúde das trabalhadoras do sexo, não apenas de DST/HIV, evidenciando, então, que o temor ao estigma e a discriminação faz com que essas mulheres ao tentar acessar os serviços de saúde pública, muitas vezes ocultem seu trabalho, o que impede os profissionais de saúde de realizar e ofertar ações específicas para prática de sexo seguro e formas de se protegerem da violência física e sexual.²⁴

Quanto à associação da violência com o risco de HIV, os estudos apontam para a necessidade de ampliação dos olhares, considerando as diversas formas de violência vivenciadas por mulheres que trabalham no comércio sexual, incluindo a violência por parceiro íntimo e por policiais que as tornam tão vulneráveis quanto aquela cometida por clientes. Estudo realizado com profissionais do sexo na Índia revelou que tanto a violência por cliente (sexo grupal forçado, coerção sexual), quanto à incapacidade das mulheres de negociar com seus parceiros íntimos o uso do preservativo, em razão das tradicionais normas de gênero, constituem barreiras para a prática de sexo seguro.²⁵

De acordo com Shannon e colaboradores²⁶, a violência contra as mulheres no comércio sexual se acentua em decorrência do fato de que alguns ou todos os aspectos da prostituição serem criminalizados em muitas partes do mundo, fazendo com que as mulheres tenham poucas proteções legais, o que as torna facilmente exploradas, ameaçadas/violentadas por clientes, policiais e agenciadores (cafetões) criando assim, barreiras para negociação do uso do preservativo e

consequentemente, aumentando o risco para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

O presente estudo justificou-se pela ausência de pesquisas epidemiológicas de abrangência nacional com amostragem complexa de modo a garantir maior validade externa, em se tratando de uma população de difícil acesso. A partir dessa perspectiva, poderá contribuir para a compreensão da violência nessa população e fornecer subsídios para a implementação de estratégias de intervenção junto a esse segmento especificamente vulnerável no contexto da epidemia de HIV/AIDS no Brasil.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A VIOLÊNCIA

O termo violência é um termo polissêmico, muito trabalhado por estudiosos de diversas áreas, seu uso denota uma grande abrangência de nomeações, desde as formas mais cruéis de torturas e assassinatos em massa, aos aspectos mais sutis considerados opressivos no cotidiano da vida moderna²⁷.

Por seu caráter multidimensional, perpassa todas as áreas do conhecimento humano, inserindo-se na interdisciplinaridade, o que permite uma maior compreensão do fenômeno, que atinge governos e populações em todo mundo. De acordo com Minayo²⁸, a violência é um fenômeno histórico e social, multidimensional, que apresenta diversos formatos nas diferentes sociedades, conforme os valores culturais e concepções que as influenciam e que vão se alterando ao longo do tempo. Portanto, seu conceito é abrangente e mutável, ainda que determinados aspectos que a caracterizam estejam presentes e se perpetuem nas diversas sociedades e culturas.

Comportamentos e atitudes num determinado momento, percebidos como não violentos passam a ser considerados como tal e configuram-se em novas formas de violência, de acordo com contextos e dinâmicas sociais. Embora presente em toda a história da humanidade, a violência só se tornou um problema central no final do século XX. Domenach²⁹, ao atentar para este fato, ressalta que tornar algumas práticas sociais uma questão de violência está em conformidade com os valores da cidadania e dos direitos humanos no mundo moderno, como liberdade e felicidade. Assim, ações consideradas inevitáveis ou até desejáveis passam a ser combatidas e indesejáveis nessa nova ordem mundial.

Estudiosos da violência dentre outros Minayo³⁰, a definem de forma ampla considerando o contexto social - “violência estrutural”. Já em 1994, ao definir o campo de estudo da violência para a Saúde Pública, a autora atenta para a violência invisível, determinada pela apropriação desigual de bens e informações, que formaria uma rede menos perceptível de violência, sendo “visíveis” apenas as consequências explicitadas, como a violência física. Segundo a mesma, essa rede em seu todo é composta, articulada e conectada pela delinquência, em seus

aspectos imediatamente reconhecidos como violência: assassinatos e ferimentos; pela violência estrutural do Estado e das instituições que reproduzem as condições geradoras da violência; e pela resistência às condições de desigualdade, que algumas vezes se expressa pela agressão física.

Um marco importante no movimento internacional que tornou público e mundial o problema e unificou a violência enquanto questão central a ser enfrentada foi o 1º Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como seguimento à resolução de 1996 da Assembleia Mundial de Saúde que declarou a violência um problema de saúde pública, definida como: *O uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação*³¹.

Essa definição da OMS relaciona a intencionalidade com a execução do ato, independentemente do resultado produzido; a natureza do ato violento é ampliada com a palavra “*poder*” que inclui ameaças e intimidação, além de negligência ou atos de omissão. Assim, todos os tipos de abusos estão incluídos: físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos auto infligidos.

O referido relatório analisou os diferentes tipos de violência, incluindo o abuso infantil e negligência, a violência juvenil, violência por parceiro íntimo, violência sexual, maus-tratos, violência auto infligida e violência coletiva. Para todos estes tipos de violência, explorou a magnitude dos efeitos sociais e de saúde, o risco e os fatores de proteção, e as iniciativas de prevenção, além de reorientar os diagnósticos, destacando, das mortes por causas externas, as causadas pela violência - os homicídios e suicídios e associá-los a dados de morbidade^{31, 32}.

2.2.VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.

A expressão “*violência contra a mulher*” foi adotada pelo movimento feminista a partir da década de 60 e refere-se a diversas situações de violência vivenciadas pelas mulheres como: violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos; o estupro, o abuso sexual de meninas, o assédio sexual no local de trabalho, a homofobia, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, a mutilação genital feminina, a violência e os assassinatos ligados ao dote, o estupro em massa nas guerras e em conflitos armados²⁷.

Em 1993, a Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres a define como: “Qualquer ato de violência baseada no gênero que resulte, ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico às mulheres”.

No Brasil, a definição de violência contra as mulheres fundamenta-se na Convenção de Belém do Pará (1994), segundo a qual a violência contra a mulher constitui “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”³³.

O fenômeno passou a ter maior visibilidade na categoria sociológica denominada violência de gênero – entendida como construção social, material e simbólica do masculino e do feminino e como categoria de análise das relações desiguais entre homens e mulheres. Para Scott³⁴, gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e uma forma primeira de significar as relações de poder.

Os estudos que se tornaram referência sobre a violência contra mulher e a violência de gênero no Brasil ancoraram-se em três correntes teóricas distintas, assim denominadas: Dominação Masculina, a primeira corrente, na qual a violência contra a mulher é expressada pela dominação do homem sobre esta, que tem anulada sua autonomia e é vítima e cúmplice ao mesmo tempo de tal dominação. Já a segunda corrente, afinada com a perspectiva feminista marxista - Dominação Patriarcal onde a violência é a manifestação do patriarcado, a mulher é concebida como sujeito social autônomo, porém vitimada historicamente pelo controle social masculino; e a terceira

corrente é a Relacional que relativiza as anteriores de dominação masculina e vitimização feminina e concebe a violência como um jogo e uma forma de comunicação no qual a mulher é cúmplice e não vítima³⁵.

A perspectiva teórica que vincula a opressão das mulheres ao sistema patriarcal vem sendo criticada pelos estudos de gênero por sua tendência universalizante³⁶. Para esses autores, a noção de dominação patriarcal é insuficiente para responder as mudanças que vêm ocorrendo nos diversos papéis assumidos pelas mulheres em situação de violência. Assim, defendem uma abordagem da violência contra as mulheres como uma forma dinâmica e relacional de poder, tanto de homens quanto de mulheres, ainda que exercido de forma desigual, e não o poder reproduzido de forma idêntica, absoluta e estática, exercido pelo homem sobre a mulher, pois há variações na forma como o poder patriarcal se institui e se legitima, bem como nas formas de resistências das mulheres nos diferentes contextos sociais³⁶.

Esses autores consideram importante uma ampliação do objeto das pesquisas para que a perspectiva de gênero não exclua diferentes categorias sociais das análises sobre violência contra as mulheres no Brasil. Ressaltam ainda a necessidade de compreensão do papel exercido pelos homens nas relações de violência, já que ambos participam na produção dos papéis sociais que a legitimam.

As práticas de violência contra a mulher vão além da conjugal: violência policial contra MTS, violência contra mulheres negras, violência contra lésbicas etc. As respostas dadas pelos agentes do Estado e pela sociedade também podem estar relacionadas não apenas a questões de gênero, como também de classe social, raça/etnia e orientação sexual, entre outras categorias socialmente construídas.

Em razão de sua magnitude em todo mundo, a violência contra a mulher, a partir dos anos 90, passa a se consolidar internacionalmente como um problema de saúde e de direitos humanos, onde encontra novas linguagens de expressões. Nas últimas três décadas vêm sendo cada vez mais reconhecida por órgãos internacionais como violação dos direitos humanos, barreira ao desenvolvimento econômico e um sério problema de saúde pública.

No mundo, pelo menos uma em cada três mulheres sofre algum tipo de violência durante sua vida; a violência doméstica é a principal causa de morte e

deficiência entre mulheres de 16 a 44 anos de idade e causa mais mortes do que o câncer e acidentes de trânsito, atingindo as mulheres indistintamente de classes sociais, raças/etnias, religiões e culturas; mais de 40% das ações violentas resultam em lesões corporais graves decorrentes de socos, tapas, chutes, amarramentos, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos; as consequências emocionais produzidas pela violência impactam na saúde mental, sexual e reprodutiva da mulher; a violência ou o medo desta aumenta a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS e outras DSTs, uma vez que leva a mulher a se submeter a relações sexuais desprotegidas.^{37,38}

A morte de mulheres pela violência ocorre de forma direta (homicídio) ou indireta (suicídio, causas maternas e AIDS). Além de ser uma importante causa de morbidade, está associada a fatores de risco para a saúde, como o tabagismo, o uso de álcool e drogas e sexo inseguro. Durante a gravidez está associada a um risco aumentado de aborto espontâneo, parto prematuro e bebês de baixo peso. Dentre os inúmeros exemplos estão: a Cidade do México, onde estupro e violência por parceiro íntimo (PI) foi estimado como a terceira mais importante causa de morbidade e mortalidade de mulheres, sendo responsável por 5,6% de todos os anos de vida perdidos; e Victoria, Austrália, onde esse tipo de violência representou 7,9% da carga global de doenças entre as mulheres em idade reprodutiva e um risco maior para a saúde do que fatores como hipertensão arterial, tabagismo e obesidade.³⁷

De acordo com revisão sistemática da literatura mundial, a prevalência de violência física e sexual cometida contra as mulheres por parceiro íntimo e não parceiro foi de 35,6% e a prevalência de violência sexual por não parceiros foi de 7,2%; já a prevalência global de violência física e/ ou sexual praticada por parceiro íntimo foi de 30%. As mais altas estão no Sudeste da Ásia (Bangladesh, Timor-Leste, Índia, Myanmar, Sri Lanka, Tailândia); no Mediterrâneo Oriental (Egito, Iran, Iraque, Jordânia e, Palestina) e África (Botswana, Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Moçambique, Namíbia, Ruanda, África do Sul, Suazilândia, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe). Nessas Regiões, aproximadamente 37% das mulheres relataram ter vivenciado violência física e/ou sexual cometida por PI em algum momento de suas vidas³⁹.

A segunda maior prevalência está na Região das Américas (Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Paraguai, Peru e Bolívia), cuja estimativa foi de 30%. A menor prevalência foi na região de alta renda (Austrália, Canada, Croácia, República Checa, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Hong Kong, Islândia, Irlanda, Israel, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Polônia, Coréia do Sul, Espanha, Suécia, Suíça, Reino Unido da Grã-Bretanha, Irlanda do Norte e Estados Unidos da América), com prevalência de 23%, seguida da União Europeia (Albânia, Azerbaijão, Geórgia, Lituânia, República da Moldávia, Romênia, Federação Russa, Sérvia, Turquia e Ucrânia) e Regiões do Pacífico Ocidental (Camboja, China, Filipinas, Samoa e Vietnã), onde 25% das mulheres relataram experiência de violência por parceiro íntimo. As regiões estão assim definidas pela OMS no referido relatório, países de alta renda são classificados pelo Banco Mundial com base no rendimento nacional bruto per capita calculado pelo método Atlas do World Bank³⁹.

Das mulheres que foram abusadas fisicamente e/ou sexualmente por um PI, 42% apresentaram lesões resultantes da violência. Estas mulheres apresentam vários problemas de saúde e comportamentos de risco em comparação com mulheres que não sofreram violência por parceiro:

- Têm 16% mais chance de ter um bebê com baixo peso ao nascer;
- São mais de duas vezes mais propensas a ter um aborto induzido;
- São mais de duas vezes mais propensas a ter depressão;

Em algumas regiões são 1,5 vezes mais propensas a adquirir o HIV, e 1,6 vezes mais propensas a ter sífilis, em comparação com mulheres que não sofrem violência por PI.

Já as mulheres que vivenciaram violência sexual por não parceiros são 2,3 vezes mais propensas a ter transtornos por uso de álcool e 2,6 vezes mais propensas a ter a depressão ou a ansiedade do que as mulheres que não vivenciaram tal violência.

Quanto aos homicídios, a nível global, 38% de todos os assassinatos de mulheres são relatados como sendo cometidos por PI.

Os autores destacam que estudos da Região do Pacífico Ocidental mostram taxas muito altas de prevalência de violência física e/ou sexual por PI, variando entre 60% e 68%³⁹.

Entre os anos de 2000 a 2003 foi realizado pela OMS o primeiro estudo de base populacional: *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women*⁴⁰, cujo propósito foi estimar a prevalência da violência doméstica: física, sexual e emocional contra a mulher, especialmente a violência cometida por PI. Foi realizado em 15 cidades de 10 países representando diversos contextos geográficos, culturais, urbanos e rurais: Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Peru, Namíbia, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e República Unida da Tanzânia, em que foram entrevistadas 24.097 mulheres.

Os resultados indicaram que a violência contra as mulheres cometidas por PI, é generalizada em todos os países participantes da amostra e demonstrou ainda que há variações entre países e dentro do mesmo país. A prevalência de violência física, ao menos uma vez na vida, variou de 13%, em Okahama, Japão, até 61%, em Cuzco, Peru; nas demais cidades, a média foi entre 23% e 49%. O Brasil compõe este grupo majoritário: São Paulo apresentou taxa de 27% e a Zona da Mata em Pernambuco de 34%.

A prevalência de violência física grave (uma mulher ser atingida com um soco, chutada, arrastada, amarrada, asfixiada, queimada de propósito, ameaçada com uma arma, ou ter uma arma usada contra ela) variou de 4% no Japão a 49% no Peru. A grande maioria das mulheres abusadas fisicamente por PI vivenciou atos da violência mais de uma vez.

A prevalência de lesões físicas entre as mulheres que foram abusadas fisicamente por seus PI variou de 19% na Etiópia a 55% no Peru e foi associada com a gravidade da violência. No Brasil, Peru, Samoa, Sérvia/ Montenegro e na Tailândia, mais de 20% das mulheres que sofreram lesões relataram que tinham sido feridas muitas vezes. Destas, cerca de 20% das mulheres na Namíbia, Peru, Samoa, Tailândia e República Unida da Tanzânia relataram lesões nos olhos e ouvidos.

Na maioria dos países, as mulheres que sofreram violência por PI foram significativamente mais propensas a relatar saúde ruim ou muito ruim (problemas

para caminhar realizando as atividades rotineiras, dor, perda de memória, tonturas e corrimento vaginal), do que as mulheres que nunca tinham experimentado violência por PI. As mulheres que vivenciaram violências físicas ou sexuais, ou ambas, por PI relataram níveis significativamente mais elevados de estresse emocional e tinham mais probabilidade de ter pensado e/ou tentado suicídio, do que as mulheres que nunca sofreram violência por PI.

A proporção de mulheres grávidas abusadas fisicamente durante pelo menos uma gravidez foi superior a 5% em 11 dos 15 cenários pesquisados. Entre um quarto e metade das mulheres abusadas fisicamente na gravidez foram chutadas ou socadas no abdômen. Em todos os locais, mais de 90% foram agredidas pelo pai biológico da criança que a mulher esperava. A maioria das espancadas durante a gravidez tinham vivenciado violência física antes. Relatos de que a violência piorou durante a gravidez variaram entre 8% e 34%. Cerca de 50% (Brasil, Sérvia e Montenegro) e 13% (Etiópia) foram espancados pela primeira vez durante a gravidez.

A prevalência de violência sexual por PI variou entre 6% (Japão, Sérvia e Montenegro) e 59% (Etiópia), na maioria dos locais foi entre 10% e 50%. O abuso sexual foi menos frequente do que a violência física na maioria dos sítios pesquisados. Foi mais frequente em províncias de Bangladesh e Etiópia e cidade da Tailândia.

A prevalência de violência física e sexual ou de ambas por parceiros íntimos foi de 15% a 71%; na maioria dos locais variou de 30% a 60%. As mulheres no Japão foram menos propensas a sofrer violências físicas e sexuais ou ambas, enquanto mulheres que vivem (maioria em área rural) em Bangladesh, Etiópia, Peru e República Unida da Tanzânia relataram maior frequência desses episódios. Com relação à violência atual – definida como um ou mais atos de violência física ou sexual no ano anterior à entrevista - a prevalência foi entre 3% (cidade Sérvia e Montenegro) e 54% (província da Etiópia), na maioria dos locais foi entre 20% e 33%.

Quanto à violência psicológica, foram considerados comportamentos abusivos e controladores por parceiros íntimos: insulto ou fazer a mulher sentir-se mal sobre si mesma, ser humilhada na frente de outros, ser intimidada propositadamente e ser

ameaçada direta ou indiretamente. Esse tipo de abuso foi constatado em todos os países, entre 20% e 75% das mulheres vivenciaram um ou mais desses atos, a maioria nos 12 meses anteriores à realização do estudo. Os comportamentos de controle dos parceiros, como: a tentativa rotineira de restringir o contato da mulher com a sua família ou amigos, insistência em saber onde ela está em todos os momentos, e controlar seu acesso aos cuidados de saúde foram associados significativamente com o risco de violência física, sexual ou ambas.

Além da violência perpetrada por parceiros íntimos, a OMS estendeu essa investigação para abuso físico e sexual cometido por agressores - masculino e feminino- não ex - parceiro ou parceiro íntimo. A violência física praticada por não parceiro e vivenciada por as mulheres desde os 15 anos de idade variou muito, a frequência maior foi relatada em Samoa (62%), menos de 10% das mulheres na província da Etiópia, em cidades do Japão, Sérvia e Montenegro e Tailândia relataram violência física por não parceiros íntimos. Os agressores mais citados foram os pais e outros familiares (masculino ou feminino). Em alguns contextos (Bangladesh, Namíbia, Samoa, e a República Unida da Tanzânia), os professores foram frequentemente mencionados como agressores.

Quanto à violência sexual praticada contra as mulheres por não parceiros (estranhos, namorados, familiares masculinos excluindo pais e amigos do sexo masculino da família), desde a idade 15 anos, os mais altos níveis - entre 10% e 12 % - foram registrados no Peru, Samoa, e na República Unida da Tanzânia. Níveis abaixo de 1% foram notificados nas províncias de Bangladesh e da Etiópia. Comparando violência perpetrada por PI e não parceiro desde os 15 anos de idade, o estudo demonstrou que as mulheres estão em maior risco de violência com seus parceiros. Na maioria das localidades mais de 75% foram abusadas fisicamente ou sexualmente por estes. Apenas em dois países, Brasil e Samoa, 40% das mulheres relataram abusos por não parceiros.

A prevalência de abuso sexual antes dos 15 anos de idade variou de 1% (província de Bangladesh) a 21% (cidade Namíbia). Os autores mais citados do que pai ou padrasto foram outros membros masculinos da família.

Em 10 dos 15 cenários, mais de 5% das mulheres relataram a sua primeira experiência sexual como forçada, com mais de 14% em Bangladesh, Etiópia, Peru e

República Unida da Tanzânia. Na maioria dos cenários, mais de 30% das mulheres que relataram a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade, descreveu a experiência sexual como forçada⁴⁰.

No Brasil, a amostra foi constituída por mulheres da cidade de São Paulo e de 15 municípios da Zona da Mata em Pernambuco. O resultado demonstrou episódios de violência por PI ao menos uma vez na vida: violência psicológica (São Paulo 41,8% e Pernambuco 48,9%), física (São Paulo 27,2% e Pernambuco 33,7%); sexual (São Paulo 10,1% e Pernambuco 14,3%). Os tipos de violência foram sobrepostos, o que indica está relacionada às formas mais graves de violência. A violência psicológica exclusiva apresentou a maior prevalência, São Paulo 17,5% e Pernambuco 17,3%, a violência sexual exclusiva apresentou as taxas mais baixas (0,2% e 1,0%) respectivamente⁴¹.

Tendo em vista que a violência por parceiro íntimo (VPI) é um importante problema de saúde pública que vêm sendo associada com a infecção pelo VIH em numerosos estudos, Kouyoumdjian e colaboradores⁴², realizaram uma revisão sistemática da literatura mundial sobre a temática, com o objetivo de verificar as relações entre VPI e HIV, a partir de 10 bancos de dados eletrônicos e listas de referência de estudos qualitativos e quantitativos. Foram elegíveis 101 artigos para o estudo cujo propósito foi descrever a prevalência de VPI em pessoas com HIV, a prevalência de HIV em pessoas que experimentam VPI, a associação entre VPI e HIV, bem como, as evidências sobre os mecanismos de risco e de intervenções.

Segundo os autores, os resultados quanto aos potenciais mecanismos que associam VPI e HIV foram variados, as experiências de VPI e infecção pelo HIV tendem a ser associadas em análises não ajustadas. A existência de uma relação causal entre a experiência VPI e infecção pelo HIV não está clara, portanto a investigação deve se concentrar na definição de parâmetros para VPI que são relevantes para a infecção pelo HIV, incluindo o tipo de VPI e o período de exposição.

Estudo brasileiro incluído na referida revisão, realizado com mulheres em São Paulo revelou que a prevalência de VPI foi de 59,8%. A violência grave e frequente apresentou maior associação de infecção confirmada para o HIV (RP = 1,91). A violência independente da gravidade e da recorrência dos episódios apresentou

maior associação para a suspeita de infecção por HIV (RP = 1,29). Os autores concluíram que a VPI contra mulheres tem papel relevante nas situações de suspeita e confirmação da infecção pelo HIV o que torna essencial incluir sua detecção, controle e prevenção na atenção integral à saúde das mulheres⁴³.

Outro estudo brasileiro realizado em Embu, São Paulo, como componente do projeto multicêntrico internacional *World Studies of Abuse in the Family Environment (World SAFE)*, estimou a prevalência de violência conjugal física contra a mulher ao longo da vida (VCFM) e avaliou o seu impacto imediato na saúde, trabalho e vida familiar. Os resultados revelaram a prevalência de VCFM de 26,0% para algum tipo de violência e de 18,5% para violência grave. Entre as vítimas de algum tipo de VFCM, 38,7% julgaram necessitar cuidados médicos, 4,4% foram hospitalizadas, 18,1% ficaram incapacitadas para o trabalho (remunerado ou doméstico), 51,5% separaram-se devido às agressões e em 66,7% os filhos testemunharam a violência. De acordo com os autores, os impactos da VFCM diminuem a capacidade da vítima de buscar socorro e dificultam a interrupção do ciclo da violência⁴⁴.

2.3. CONCEPÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES TRABALHADORAS DO SEXO (MTS)

No estudo ora apresentado concebe-se o trabalho sexual como uma forma de serviço remunerada, que se dá a partir da negociação para a prestação de serviços sexuais por mulheres adultas, em troca de pagamento. Nessa perspectiva, a investigação se volta para a violência que vivenciam as MTS, tanto no âmbito de suas atividades relacionadas ao comércio sexual, quanto em outros espaços, enquanto fator de vulnerabilidade ao HIV. A partir da percepção de que a prostituição é um fenômeno social complexo e multidimensional, produto da conjunção de uma multiplicidade fatores sociais, econômicos, culturais e individuais onde se insere a violência, não será, portanto vista aqui a partir de um modelo explicativo único.

Discorrer brevemente sobre concepções ideológicas se faz necessário para contextualizar o fenômeno; não há, portanto pretensão de aprofundar e discutir tais concepções.

Um dos discursos sobre violência contra MTS parte de uma corrente feminista, na qual a prática de prostituição é por si só uma forma de violência sobre as mulheres que a praticam. Para seus defensores¹⁵, o discurso da “*profissão mais antiga do mundo*” é uma tentativa de legitimar historicamente a prática da prostituição como condição natural da mulher e mascarar as expressões de violência que perpassam a prostituição, escamoteando de sua violência constitutiva.

Nessa perspectiva, a prostituição é um crime contra as mulheres e tem suas raízes no patriarcado. As mulheres são levadas ao exercício da prostituição por fatores diversos, nos quais a violência é intrínseca, seja ela implícita ou explícita, como o abandono familiar e do Estado, abuso e estupro que são encontrados frequentemente no trajeto da prostituição.

Essa linha de discurso ancora-se dentre outros, em Goldman⁴⁵ em “*The Traffick in Women*”, onde afirma: “*Quer os nossos reformadores o admitam ou não, a inferioridade econômica e social da mulher é a responsável pela prostituição*” e De Beauvoir⁴⁶, que apontava como causas da prostituição o abandono das meninas pelos pais, maridos ou amantes, a falta de capacitação e de oportunidade de trabalho, medo, sedução, exploração e escravidão sexual. Na visão da autora, a mulher em condição de prostituição se “*coisifica*”: pela opressão sexual e econômica, pela submissão ao arbítrio policial e pela humilhante vigilância médica, além dos caprichos dos clientes e de sua exposição a doenças.

Para os defensores desse discurso, a profissionalização da prostituição é vista como uma forma de legalizar a violência da apropriação material e simbólica dos corpos das mulheres. A visão marcada da “*venda do corpo*” implica numa ausência de autonomia sobre si mesma e ratifica a ideia de hierarquização dos sexos, “*a mulher prostituta é nivelada numa escala abaixo e a violência a ela impingida desmascara o poder patriarcal*”¹⁵.

Pheterson⁴⁷, ao discutir o estigma “puta”, indica a vulnerabilidade a que estas mulheres estão expostas, como fator que leva a construção do estigma, sendo este um mecanismo de opressão social e psicológica direcionada a este grupo. Esta construção se dá a partir da ideologia patriarcal onde a mulher, sobretudo a prostituta, é vista pela sociedade sob a ótica machista, seja pelos próprios homens

e/ou por parte de mulheres, que usam a violência moral e psicológica para menosprezá-las.

Nessa linha de pensamento, violência, prostituição e exclusão social estão entrelaçadas e a violência compõe a trajetória de exposição da mulher ao poder do homem, numa relação mediada pelo desejo e compra do corpo para satisfação dos prazeres sexuais⁴⁸. Na prostituição os códigos sociais se traduzem no funcionamento de uma sociabilidade com base na mercantilização do sexo, na qual os sujeitos envolvidos são vistos como “homens de bem” e “mulheres públicas” evidenciando assim, a desigualdade entre os gêneros, a opressão feminina e a violência que são intrínsecas e subjacentes⁴⁹.

Alvarez e Rodrigues, ao comentarem sobre as representações sociais referentes às prostitutas que se refletem nos discursos, os classificam em moralista e economicista. O primeiro, advindo de critério moral sociocultural onde estas mulheres são vistas como perigosas por atentarem contra a natureza sexual, segundo a moral judaico-cristã para a qual o sexo visa primordialmente à reprodução. Assim, as mulheres são estigmatizadas como vilãs que atentam contra as famílias e põem em risco a honra e os “valores” da sociedade. Em determinadas situações aparecem como “mal necessário”, no entanto, devem ser marginalizadas, não podem ultrapassar determinados limites construídos sem risco de serem perseguidas, punidas e encarceradas²⁰.

No segundo, são identificadas como vítimas do sistema socioeconômico e da desestruturação familiar, portanto a sociedade deve assumir atitude protecionista e abolicionista, também moralista – tirá-las da vida de prostituição.

Outra linha de abordagem também reconhece que a entrada de mulheres no comércio sexual tem raízes nas desigualdades de gênero e sociais, mas sai da ideia estereotipada da prostituição. Extrapola o discurso da vitimização e lança um olhar multidimensional sobre o fenômeno, amplia os olhares sobre a problemática que envolve uma multiplicidade de questões: de gênero, forma de inserção no comércio sexual, diversidade de ofertas, tipos de prostituição para além da feminina, perigos e riscos advindos do trabalho sexual, no contexto da sociedade contemporânea⁵⁰.

Reduzir a prostituição a um determinismo econômico significa desconsiderar outros fatores que concorrem para tal escolha, tais como: necessidade de uma

maior liberdade, a possibilidade de ganhar mais sem pressão de patrões e o próprio prazer erótico-sexual. Estudo realizado com mulheres que trabalham em casas noturnas na zona sul de São Paulo revelou que, em 66% dos relatos quanto à escolha pelo trabalho sexual, este se deu por necessidade enquanto 20% relatou ter escolhido por gostar^{49, 51}.

De Fáveri, ao estudar os códigos urbanos, na perspectiva do mercado do sexo, observa que nas últimas décadas a oferta de serviços sexuais se intensificou em todos os grandes centros urbanos revelando comportamentos sexuais e mercadológicos de sociedades urbanas contemporâneas, nas quais se convive com apelos comerciais agraciados por recursos tecnológicos e midiáticos, por todos os lados, onde se vende de tudo, do visível ao invisível. As negociações ocorrem nas ruas em horário diurno, feitas por propagandistas com anúncios das próprias mulheres em panfletos, em sites especializados onde também as imagens das mulheres e os serviços oferecidos são divulgados. Essas estratégias facilitam a mobilidade das mesmas no mercado do sexo com horários e preços diferenciados⁵².

Segundo essa autora, nesse contexto, se evidenciam códigos perceptíveis na dinâmica das relações de poder e de gênero no espaço urbano, bem como, a constituição de subjetividades na cultura do consumo.

Nessa mesma linha de pensamento, outros autores percebem a prostituição de hoje como um fenômeno muito diferente do que tem sido no passado. Tecnologia da informação (internet), a globalização, a crescente disparidade de riqueza, a crise econômica, a dívida do estudante, e as mudanças nos hábitos sexuais e representações têm desempenhado um papel na natureza inconstante da indústria do sexo. A *web* tornou a prostituição de rua menos visível em grandes centros urbanos, enquanto a publicidade *online* está se tornando mais e mais prevalente no mercado do sexo em todo o espectro econômico. A prostituição de então se adapta aos novos formatos e configurações sociais do mundo globalizado, no qual as relações em suas mais diversas formas não encontram fronteiras^{53, 54}.

As mudanças advindas dos padrões de desenvolvimento desigual refletem essas novas configurações sociais, tanto nos processos de trabalho, como nos mercados, nos produtos e padrões de consumo. Nessas configurações, o mercado

do sexo cria ou acrescenta tipos específicos de prostituição de acordo com as novas demandas, com os diversos perfis de clientes e classes sociais.

Esse contexto requer uma perspectiva que implica no reconhecimento das transformações identitárias ocorridas no tempo. Alguns estudos apontam rumo à desconstrução dos anátemas da prostituição partindo de uma visão de que a entrada no exercício do comércio sexual se dá assumidamente por opção de vida ou de trabalho: ao invés de optar por outros serviços ao alcance opta-se por trabalhar temporariamente ou não, em tempo integral, parcial ou de forma ocasional na prostituição; e do pressuposto de que na sociedade contemporânea a prostituição não pode ficar refém de uma forma de abordagem onde dominam sentimentos de piedade⁵⁰.

Este discurso está presente e é defendido por algumas mulheres militantes que exercem ou exerceram atividades no comércio sexual Monique Prada, ativista do Núcleo de Estudos sobre Prostituição (NEP) de Porto Alegre, em entrevista ao *Sul 21* em 17 de março de 2013⁵⁵, quando questionada sobre os objetivos de seu ingresso no comércio sexual, respondeu o seguinte: *Ofereciam um salário mínimo e meio por dia. Eu ganhava um salário mínimo, mais 10%, por mês. Foi uma escolha fácil, comecei a trabalhar em uma das primeiras agências do ramo.*

No debate que ocorreu no IX Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/AIDS em 2012⁵⁶, durante a “*Conversa Afiada*” que abordou o tema “*Prostituição, Direitos e Enfrentamento de Vulnerabilidade no contexto da América Latina*”, na qual participaram Angela Villòn, da Asociación Miluska Vida y Dignidad do Peru; Gabriela Leite, da ONG Davida do Brasil, a discussão apontou rumo à mudança do discurso político sobre a prostituição que segundo a visão dessas mulheres constitui passo fundamental para a garantia de direitos e promoção de ações de prevenção. Em suas afirmações, referem que o discurso que *vitimiza ou estigmatiza* as profissionais do sexo precisa ser superado para que elas possam entrar de fato na agenda pública.

Segundo Gabriela Leite, pioneira no movimento pela regulamentação da profissão de prostitutas no Brasil, o único espaço do governo federal ocupado por mulheres profissionais do sexo no Brasil é no Departamento de DST/AIDS do Ministério da Saúde, enfatizando a não presença em outros espaços como Direitos Humanos, Secretaria de Mulheres etc⁵⁶.

De acordo com Villòn, o preconceito e o desconhecimento são os principais entraves para o avanço das ações voltadas às prostitutas: *“os governos confundem prostituição com exploração sexual infanto-juvenil”*. Esse cenário contribui para a ausência de dados sobre a realidade dessas mulheres e dificulta ações de proteção ou promoção de direitos. Villòn aponta a violência *“consequente do machismo”* como um dos principais problemas vivenciados pelas mulheres profissionais do sexo:

“Nós estamos invisibilizadas nos dados sobre feminicídio que há em nosso país”. *“Num contexto de violência, não tem como trabalhar com prevenção às DST e AIDS”*⁵⁶.

No que diz respeito à observação feita por Gabriela Leite, quanto à presença de MTS apenas no Departamento de DST/Aids, vale ressaltar aqui o papel do Ministério da Saúde que se destacou desde o início da epidemia no Brasil, pois fundamentou a prevenção de DST / Aids em um paradigma de reconhecimento dos direitos humanos passando a ser pioneiro na abordagem de temas complexos e polêmicos tais como a redução de danos como estratégia de controle da transmissão via injeção de drogas, no final da década de 1990. Nesse campo se antecipou à própria Secretaria Nacional Antidrogas da Presidência da República que só uma década depois inclui a redução de danos como uma estratégia de prevenção. Outro tema polêmico foi justamente o comércio sexual. O segmento de MTS foi incluído na política nacional de prevenção de HIV/Aids no âmbito do Projeto Previna em 1989 e, posteriormente, em articulação com segmentos organizados da sociedade civil, deu-se continuidade a ações de promoção e inclusão social⁵⁷. Houve elaboração de material de educação sexual dirigido especificamente a esse público, apoiado ativamente pelo Ministério da Saúde junto a ONGs que agiam pela promoção da saúde e reconhecimento dos direitos das MTS. Uma dessas campanhas, traduzida entre outros, em cartazes foi motivo da substituição do Diretor do Departamento de DST/Aids em 2013, expressando pressões sobre a efetivação das políticas de prevenção por parte de setores conservadores e fundamentalistas cristãos. O MS aderiu também às estratégias de prevenção combinada e à proposta 90-90-90 que determinou novas inflexões nas estratégias de prevenção ao incluir a prevenção pós-exposição (PEP) e a ampliação do âmbito da testagem nas estratégias de controle da problemática HIV-Aids⁵⁸. Soma-se a esse universo de medidas, a preparação no Brasil para a incorporação de tecnologias biomédicas de

prevenção como a profilaxia pré-exposição (PREP) e autotestagem, além de investimento em pesquisas.

A violência enfrentada pelas MTS está de acordo com os atos operacionalmente definidos e validados em métodos de pesquisa da OMS⁵⁹ sobre violência contra as mulheres:

Violência física: ser submetida à força física que pode potencialmente causar ferimentos ou danos e morte. Inclui, mas não está limitado a ter um objeto atirado, ser golpeada, empurrada, batida com o punho ou com qualquer outra coisa que poderia machucar, ser chutada, arrastada, espancada, engasgada, deliberadamente queimada, ameaçada com uma arma ou ter uma arma usada contra si (pistola, faca ou outra arma), ser mordida, apertada, cutucada, ter o cabelo puxado e ser fisicamente restringida.

Violência sexual: estupro, estupro coletivo (ou seja, por mais de uma pessoa), o assédio sexual, ser forçada fisicamente ou psicologicamente intimidada a praticar sexo ou submetida a atos sexuais contra a sua vontade (penetração indesejada tocar, oral, anal ou vaginal com pênis ou com um objeto) ou que se encontra degradante ou humilhante.

Violência emocional ou psicológica: inclui, mas não está limitado a, ser insultada (nomes pejorativos) ou fazer sentir-se mal sobre si mesma; ser humilhada ou menosprezada na frente de outras pessoas; ser ameaçada com a perda da guarda dos filhos; estar confinada ou isolada da família ou amigos; ser ameaçada de dano a si mesma ou alguém próximo; falar gritando, induzindo o medo através de palavras ou gestos intimidante; controlar o comportamento; e destruição de bens.

Violações dos direitos humanos que devem ser considerados em conjunto com a violência contra os trabalhadores do sexo são:

Ter dinheiro extorquido, ter comida ou outras necessidades básicas negadas, ser enganada no pagamento de salário, ou dinheiro que é devido, ser forçada a consumir drogas ou álcool, ser arbitrariamente parada, submetida a revistas corporais invasivas ou detida pela polícia, ser arbitrariamente detida ou encarcerada em delegacias, centros de detenção e centros de reabilitação sem o devido processo, ser presa ou ameaçada de prisão devido ao transporte de preservativos, ter negado serviços de saúde, ser submetida a procedimentos de saúde coercivas,

tais como teste de HIV forçado, esterilização, aborto, ser humilhada publicamente ou degradada (despojada, acorrentada, cuspidada, colocada atrás das grades) e ser privada de sono pela força.

2.3.1. Magnitude da violência contra mulheres trabalhadoras do sexo e vulnerabilidade ao HIV

Embora a violência de gênero seja reconhecida pela OMS desde os anos 90 como um grave problema de direitos humanos e um dos principais problemas de saúde pública do mundo, Watts e Zimmerman⁶⁰, observaram que a violência física e sexual contra MTS raramente era foco de interesse público ou acadêmico e chamaram a atenção para a importância do tema por meio de dois estudos que começavam a mostrar algumas formas de violência contra essas mulheres, cometidas por clientes, cafetões, donos de clubes e policiais. Assim, as evidências da alta carga de violência contra MTS e seu impacto observado quanto ao risco de infecção pelo HIV tem alimentado um crescente interesse internacional na prevenção e resposta à violência contra essas mulheres⁶¹.

No Canadá, um estudo com mulheres profissionais do sexo que trabalhavam nas ruas evidenciou que 30% sofreram violência perpetrada por clientes; destas, 100% referiu agressão verbal; 67% agressão física ou espancamento; 49% estupro ou agressão sexual; 44% assalto com arma; 27% estrangulamento; 26% rapto ou sequestro; 21% tentativa de agressão sexual; 20% expulsa de carro em movimento; e 16% outras violências. Os autores deste estudo concluíram que há uma prevalência alarmante da violência baseada no gênero potencializada e correlacionada à vulnerabilidade social que estas cidadãs estão expostas como: a falta de moradia, criminalidade e dificuldade de acesso a tratamento para as toxicod dependentes⁶².

Na Argentina, Pando e colaboradores, no período de 2006 a 2009 realizaram um estudo com profissionais do sexo de 10 cidades, incluindo Buenos Aires; este explorou quatro categorias de violência: abuso sexual, percepção de rejeição, violência física (espancamento) e prisão pela polícia. Os resultados revelaram que cerca de 70% das participantes tinham vivenciado pelo menos uma dessas situações de violência em suas vidas. Das participantes, 21,9% relatou ter sido

espancada por causa de seu trabalho sexual; 46,8% por desconhecidos, 30,4% por parceiros íntimos, 28,8% por clientes e 23,6% por a polícia. Quase metade das mulheres (45,4%) afirmou ter sido presa por causa de sua atividade como profissional do sexo⁶³.

Abuso sexual foi relatado por 24,1% das mulheres, 7,3% sofreram abuso em sua primeira relação sexual, 20% foram abusadas sexualmente em outros momentos de suas vidas, e 3,4% relataram ambas as situações. Das mulheres que foram abusadas durante seu primeiro encontro sexual, 59% dos agressores foram membros da família e 18% foram indivíduos conhecidos, os autores desconhecidos foram 21%. Entre aquelas que relataram abuso sexual em outros momentos de suas vidas, a maioria também identificou familiares (42,6%) e conhecidos (20,1%) como seus agressores. As que relataram abusos por clientes foram 18,3% e por desconhecidos 15,4%⁶³.

Estudo que investigou⁶⁴ a influência do abuso de álcool e as vivências de violência entre mulheres trabalhadoras do sexo que exercem o comércio sexual em estabelecimentos (bares, hotéis e discotecas), sobre o uso inconsistente do preservativo com parceiros regulares, não pagantes, na cidade de Adama, na Etiópia, revelou que 51% faziam uso abusivo de álcool (de acordo com os relatos e com base na avaliação do instrumento de triagem para pessoas com dependência de álcool – CAGE); 96% costumavam beber álcool, principalmente no local de trabalho; com novos clientes 49% e com clientes regulares 45%; apenas 2% relataram beber principalmente com um namorado.

Quanto às vivências de violência no local de trabalho, esta foi relatada por 59% das entrevistadas (ameaças 39%, violência física 33%, abuso emocional 26%, perigo físico por 17% e sexo forçado 8%). Quanto ao uso do preservativo, 38% das entrevistadas relataram o uso inconsistente com parceiros regulares, enquanto apenas 3% relataram uso inconsistente do preservativo com os clientes regulares e 1% com clientes não regulares.

Das mulheres que relataram experiências de violência, 60% referiram abuso de álcool e 40% relataram não ingerir bebida alcoólica ($p < 0,0001$). O uso inconsistente do preservativo foi mais prevalente entre as mulheres que sofreram violência relacionada ao trabalho (49,7%, em comparação com 20,3%, $p < 0,0001$).

Os resultados das análises multivariadas, estratificados por abuso de álcool indicaram que o uso inconsistente do preservativo com parceiros regulares, não pagantes, foi fortemente associado com vítimas de violência relacionada ao trabalho, tanto no grupo abuso de álcool (ORa= 6,34 IC 95%= 2,43-16,56) como no grupo de referência (ORa= 2,98, 95% CI=1,36-6,54). Ganhar uma renda média ou alta também foi associado com o resultado em ambos os grupos (grupo abuso de álcool: renda média= ORa: 8,33, IC 95%: 2,96-23,45, renda alta= ORa: 8,51, 95% CI= 2,58-28,10); grupo de referência: (renda média =ORa 5,51, 95% CI= 1,62-15,76; renda alta =ORa 7,27, IC 95%= 1,63-32,52).

Os autores concluíram que as trabalhadoras do sexo dos estabelecimentos em Adama na Etiópia apresentaram altas taxas de violência e abuso de álcool. A violência relacionada ao trabalho e maior renda foram associados com o uso inconsistente do preservativo com parceiros regulares, não pagantes⁶⁴. Em Baltimore, Estados Unidos, estudo⁶¹ com MTS revelou que 42,9% sofreram alguma forma de violência física ou sexual no mês anterior à pesquisa. Os clientes foram os autores principais (14,3% abuso físico; 20% abuso sexual e 28,6% ambos, físico e sexual). Das entrevistadas, 11,4% relataram violência física e 8,6% sexual por parceiros íntimos. Além destes, 5,7% das mulheres tinham sido pressionadas ou forçadas a ter relações sexuais com policiais.

Os abusos cometidos por clientes, tanto físicos quanto sexual, foram considerados graves, com armas de fogo e brancas (ferimentos graves) que ocorreram geralmente quando os mesmos alteraram os termos do acordo inicial e no processo de negociação do ato sexual. Os clientes ameaçaram ou tornaram-se violentos quando a mulher se recusou a praticar determinados atos, como o sexo anal, e não uso do preservativo. Segundo os autores, a gravidade dos abusos torna as mulheres vulneráveis a práticas sexuais de risco, uma vez que tira destas a capacidade de decretar o sexo seguro por temor à própria vida.

Quanto à violência física e sexual cometida por parceiros íntimos, observou-se o mesmo padrão de gravidade. O trabalho sexual às vezes é a justificativa para os abusos, mesmo quando têm conhecimento da situação e exploram ou compartilham dos ganhos advindos do trabalho da mulher.

Das entrevistadas, 14% estavam trabalhando ativamente com cafetões (definido como alguém que recebe uma parte dos lucros para fornecer segurança). Descritos por estas, como namorados e como gerentes. Essa relação incluía sexo, e para algumas a relação com o cafetão começou como íntima e se desenvolveu em relação de trabalho para apoiar os dois. Estes homens também são perpetradores de violência grave por ciúme, por controle sexual e pela garantia dos lucros, além da prática de sexo desprotegido. A violência perpetrada por cafetões também foi relatada por mulheres que já haviam trabalhado com estes, o que demonstra que os mesmos controlam as mulheres explorando a vulnerabilidade social destas e ameaçando-as com armas.

No que diz respeito à violência policial, para os autores, esta denota a ilegalidade tanto do trabalho quanto dos diversos aspectos relacionados às drogas que muitas das mulheres estão envolvidas. A principal forma de abuso sexual cometido por policiais foi o sexo coercitivo sob ameaças de prisão implícitas ou explícitas⁶¹.

Com o propósito de identificar os fatores estruturais de risco para HIV e DSTs entre profissionais do sexo da Europa, foi realizada uma revisão sistemática da literatura para identificar as estimativas de prevalência e esses fatores estruturais de risco. As incidências de violência foram altas em toda a região, com mais de 20% das amostras que referiram violência física ou sexual nos últimos 12 meses, algumas estimativas alcançando 76% na Rússia. Na Sérvia (Kosovo) 16% das MTS relataram ser forçada a ter relações sexuais contra a sua vontade nos últimos 12 meses. Na Armênia, 30% das profissionais do sexo de rua relataram experiência de sexo forçado e na Moldávia 54% já sofreram violência ou foram ameaçadas por clientes. As trabalhadoras do sexo mais jovens foram mais vulneráveis à violência; na Romênia, 46% de uma amostra de MTS (com idade entre 16-24 anos) haviam sido forçadas a ter relações sexuais nos últimos 12 meses⁶⁵.

A prevalência do HIV entre MTS na Europa Ocidental foi baixa, em 1% ou menos. Foi mais alta na Itália e na Espanha, entre as amostras de rua, que incluiu as migrantes e as trabalhadoras do sexo transgêneros. Nos países da Europa Central a prevalência de HIV é baixa, entre 1% e 2%. O Leste da Europa apresenta as maiores prevalências, entre 2,5% e 8% no Azerbaijão (Baku), 4,6% na Moldávia (Chisinau) e 7,6% na Estônia (Tallinn). A menor prevalência foi relatada na Geórgia

e Armênia, em menos de 2% e 0% na Lituânia e Belarus. A maior prevalência foi identificada em Minsk (Bielorrússia) de 6,4%, onde 15,5% da amostra relatou uso de drogas injetáveis. Tanto na Federação Russa quanto na Ucrânia, a prevalência variou significativamente nas cidades, de 2% a 62% em Tomsk e Togliatti, Rússia, e entre zero em Uzhgorod, Kharkov e Chernitz e 42 % em Donetsk, Ucrânia. Na Holanda, a prevalência de HIV foi relatada em 3,8% do total, maior entre as mulheres com histórico de uso de drogas injetáveis (13,6%) em comparação com aqueles sem (1,5%). Na Espanha, Portugal e Reino Unido, pequenas amostras de MTS sugeriram maior prevalência de HIV, entre 4% e 24%, entre usuárias de heroína ou crack. No entanto, no Oriente, no Azerbaijão (Baku), Moldávia (Chisinau) e Estônia (Tallinn) alta prevalência de HIV foi relatada (2,5-8%), apesar de níveis relativamente mais baixos de consumo de droga injetável (<10%).

Os autores concluíram que a prevalência de HIV permanece baixa entre MTS que não usam drogas injetáveis, sendo o uso de drogas o principal fator de risco a nível individual para o HIV entre MTS na Europa. É mais alta no Oriente, onde a prevalência entre pessoas que injetam drogas também é alta. Porém, em todos os países onde as estimativas foram dadas, a prevalência de violência foi maior do que o HIV⁶⁵.

Estudo transversal realizado com trabalhadoras do sexo de três cidades da Rússia - Kazan, Krasnoyarsk e Tomsk, cujo objetivo foi analisar os fatores de risco no contexto do trabalho sexual, a prevalência de HIV e o acesso a serviços de prevenção, constatou uma prevalência de HIV de 3,9%. Na análise ajustada para os fatores de riscos significativos foram: uso de drogas injetáveis (ORa= 5,85, CI 95% 2,47- 14,43); a violência física perpetrada por cliente (ORa= 2,52, IC 95%= 1,41- 4,51) e violência sexual perpetrada por cliente (vaginal ORa= 3,77, IC 95% 1,73 - 8,22; anal ORa= 4,80, IC 95%= 1,89-12,19). Os autores concluíram que as MTS do núcleo da Rússia é uma população de risco ao HIV e apontam para a necessidade de apoiar os serviços de prevenção do HIV orientados para esse grupo específico, com ênfase na violência contra essas mulheres⁶⁶.

Na China, estudo que investigou a relação entre violência por parceiro e angústia psicossocial entre MTS, evidenciou que a violência por parceiro íntimo estável foi significativamente associada com depressão (ORa = 2,00), com a solidão (ORa = 2,08), intoxicação por álcool (ORa= 2,27) e comportamento suicida (ORa=

2,91). Da mesma forma, a violência cometida por clientes foi significativamente associada com depressão (ORA = 1,76), com solidão (ORA = 1,61), intoxicação por álcool (ORA = 1,87), uso de drogas (ORA = 1,99) e comportamento suicida (ORA = 1,93). Outros fatores de risco para a angústia psicossocial incluíram idade mais jovem e trabalhar em locais inferiores de sexo comercial⁶⁷.

O outro estudo com MTS da China, que investigou a relação entre violência por parceiros e risco de HIV entre essas mulheres, demonstrou que 58% tinham vivenciado situações de violência por seus parceiros estáveis (55,5% violência emocional, 20,1% violência física e 16,2% violência sexual) e 45% relatou violência pelos clientes (39,7% violência emocional, 17,1% violência física, e 16,8% violência sexual). Os autores concluíram que a violência perpetrada por ambos os parceiros estáveis ou clientes foi fortemente associada com a maioria dos fatores de risco para HIV⁶⁸.

No Brasil, há um limitado número de estudos epidemiológicos sobre essa temática e estudos descritivos exploratórios com abordagem quantitativa apresentam resultados compatíveis com a literatura internacional. Ximenes e colaboradores, com o objetivo de identificar os tipos de violência que as profissionais do sexo do município de Sobral – CE sofrem durante seu trabalho e as atitudes tomadas por estas após serem violentadas, referiu que parte das entrevistadas referiram ter sofrido algum tipo de violência; 30% relatou violência física, 12,5% violência sexual e 10% violência psicológica. Quanto à frequência dos episódios 38% referiu “sempre” e 62% “às vezes”. Indagadas sobre as atitudes após violência, 33% relataram que, ao serem violentadas, revidam com violência física, 19% fogem e 48% não reagem⁶⁹.

Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizada com MTS do município de Picos no Piauí revelou que 40,8% delas foram vítimas de algum tipo de violência nos mais diversos ambientes de convivência. A violência psicológica (ameaças, gritos, humilhações, insultos) se mostrou mais frequentemente relatada por 60,5% das mulheres, enquanto 30,2% relatou violência física. Quanto ao último episódio de agressão, também a violência psicológica foi mais prevalente (61,3%), seguida de violência física (22,6%). Violência sexual foi relatada por 3,2%. Das participantes, 9,7% relatou violência física e psicológica e 3,2% física, psicológica e sexual. O local de maior ocorrência foi na rua (54,5%); o espancamento foi a forma

de violência física mais frequente. Quanto aos agressores, 36,4% eram clientes; ex-namorado 36,4%; namorado 18,1% e amigos/conhecidos 9,1%⁷⁰.

Estudo qualitativo realizado em Teresina - PI revelou que a violência é vivenciada por essas mulheres em seus cotidianos, manifestada por espancamentos, xingamentos, humilhações, roubos, quebra de acordo, ameaças de morte, acusações de ser portadora de doenças sexualmente transmissíveis e outras tantas manifestações que escancaram a violência de gênero nas formas física, sexual e psicológica. Além da violência cometida por clientes, as mulheres relataram sentimentos de desprezo, discriminação e acusações da sociedade, de autoridades policiais, estudantes universitários e outros.

As entrevistadas descreveram o mundo da prostituição como de risco e gerador de medo, consideram as ruas um espaço ruim, de exposição, onde diariamente são xingadas de vagabundas, desocupadas e retiradas de seus pontos pela polícia. Para algumas a relação prostituta/cliente é um encontro permeado de humilhação e repulsa, pois, “além ser agredida, é obrigada a fazer “coisas” contra sua vontade e aceitar qualquer cliente”⁷¹.

Foi realizado estudo semelhante em Feira de Santana-BA, os discursos das mulheres expressaram as mais diversas formas de violências a que são submetidas no dia a dia do seu trabalho como profissional do sexo, conforme relatos: os clientes transam e depois não querem pagar usando de violência física para tal fim; muito presente nas falas das mulheres a preocupação com o HIV, mediante os clientes que se recusam a usar preservativo, ou o tiram durante o ato sexual, se sentem como mercadoria, “o cliente acha que por que está pagando pode fazer o que quiser”. Nesses discursos é perceptível o sentimento de ofensa, de discriminação, principalmente quando são chamadas de “putas”, quer seja em recinto fechado ou nas ruas onde recebem tapas na bunda, puxões de cabelo. Há relatos de violência grave, como estupro, tentativa de asfixia, ameaça com arma de fogo, espancamento, soco no rosto: “quebrou o nariz”. Relatam que na rua estão mais expostas, onde as agressões inclusive físicas são mais frequentes⁷².

Uma das formas de violência internacionalmente reconhecida que causa maior vulnerabilidade ao HIV e outras DSTs, é o tráfico de mulheres e meninas para a prostituição. Segundo Gupta⁷³, o aumento alarmante desse tipo de tráfico

alimentou a propagação da infecção por HIV no sul da Ásia, representando uma grave ameaça não só para a saúde da comunidade, mas para outros aspectos necessários ao desenvolvimento humano, como a redução da pobreza. Vários estudos demonstram o tráfico sexual como forma de entrada de mulheres no trabalho sexual, bem como a associação entre experiências recentes de violência e vulnerabilidade ao HIV entre trabalhadoras do sexo traficadas.

Estudo que investigou⁷⁴ os mecanismos e contextos relacionados ao tráfico para fins sexuais, de mulheres e meninas do sul da Ásia resgatadas de bordéis em Mumbai, na Índia, evidenciou que 51,9% das vítimas foram traficadas como menores e por pessoas previamente conhecidas por elas (59,7%). Foram atraídas pelos traficantes por meio de promessas de oportunidades econômicas (55,0%); ou sequestradas via uso de drogas ou de força (26,3%). Aproximadamente metade (49,4%) relatou ligação de algum tipo de ruptura familiar para serem traficadas; violência envolvendo maridos ou outros membros da família (38,0%) e separação conjugal ou abandono (32,9%) foram as formas mais comuns de ruptura relatadas.

A fim de explorar qualitativamente mecanismos potenciais que crescem o risco para a infecção pelo HIV foi estudada uma amostra de mulheres e meninas sobreviventes do tráfico sexual na Índia, que relataram estupros violentos como forma de coação para iniciação no trabalho sexual, incapacidade de recusar sexo, incapacidade de negociar o uso de preservativos, uso de substâncias como uma estratégia de enfrentamento, e acesso inadequado aos cuidados de saúde. Essa amostra foi testada para HIV e 45,8% eram soropositivas⁷⁵.

Estudo realizado com profissionais do sexo da Tailândia revelou que 10% das mulheres teve sua entrada no comércio sexual pelo tráfico e, em comparação com as não traficadas apresentaram maior probabilidade de ter sofrido violência sexual na iniciação ao trabalho sexual (RRa= 2,29, IC 95% =1,11- 4,72), violência no trabalho recente ou maus-tratos (RRa= 1,38, IC 95%= 1,13-1,67), não uso do preservativo (RRa= 3,35, IC 95% 1,49-7,52) e aborto (RRa= 2,83, IC 95%= 1,48 a 5,39)⁷⁶.

Pesquisa com trabalhadoras do sexo de 18 a 25 anos de idade, residentes em Andhra Pradesh, na Índia, demonstrou que 50,5% entraram no trabalho sexual através do tráfico. As traficadas tiveram um risco aumentado de sofrer violência

sexual (ORa= 2,09, IC 95% -1,42-3,06); violência física/sexual (ORa= 1,93, IC 95%= 1,24-3,01); relatos de mais clientes (ORa= 2,25, IC 95%= 1,56-3,22) e mais dias de trabalho por semana (ORa= 1,48, IC 95%= 1,09-2,02)⁷⁷.

Braga e colaboradores, em "*O reconhecimento da exploração sexual humana como forma contemporânea de trabalho escravo e suas consequências*" discorre sobre a íntima relação entre o tráfico de pessoas, a prostituição e o trabalho escravo, que os três elementos no mundo contemporâneo são interligados e na maioria das vezes são interdependentes, uma vez que o tráfico estimula a prostituição e esta por sua vez aumenta os lucros dos "ofensores", sobretudo quando em condições de escravidão⁷⁸.

Os autores destacaram um caso do Brasil, no qual adolescentes exploradas sexualmente na Usina de Belo Monte, no Pará, tinham seus documentos retidos e dívidas contraídas junto aos exploradores (mais de R\$ 14,000). Após a descoberta em fevereiro de 2013, a Comissão Nacional para Erradicação do Trabalho Escravo (CONATRAE) reconheceu a exploração sexual como forma contemporânea de trabalho escravo no Brasil⁷⁸.

Kempadoo¹¹, em "*Mudando o debate sobre o tráfico de mulheres*" apresenta as principais perspectivas e abordagens presentes no debate internacional sobre o tráfico de pessoas e destaca alguns pontos que considera críticos no referencial contemporâneo hegemônico, influenciado, segundo esta, por dois discursos feministas claramente distintos: o "*feminismo radical*" e "*feminismo transnacional*". A seu ver, muito do que se busca na guerra ao tráfico traz sérias consequências para comunidades pobres ao redor do mundo, além de implicações em termos de raça e gênero.

A autora considera ainda que as mudanças nos discursos sobre o tráfico mudaram e mudarão ao longo da história em função de novas pesquisas empíricas, interesses políticos, análises feministas, antirracistas, justiça social, e mudanças nas condições econômicas globais. O que foi definido como um problema de "*tráfico de escravas brancas*" (mulheres na prostituição) é agora definido como um problema de migração internacional do trabalho e exploração do trabalho, que estão além do controle/alcance do Estado¹¹.

Em razão do uso de trabalho como um problema de crime organizado transnacionalmente, há uma vigilância e policiamento globais acentuados dos mundos das massas pobres e negras, o que reforça a hegemonia dos mais poderosos do mundo. No entanto, problemas estruturais globais que produzem o tráfico – globalização, patriarcado, racismo, conflitos e guerras étnicas, devastação ecológica e ambiental e perseguição política e religiosa – são raramente tocados no paradigma hegemônico sobre o tráfico. São esses problemas estruturais que permanecem como fenômenos globais importantes para analisar, desconstruir e combater¹¹.

Alguns autores consideram a legislação que regula o trabalho sexual um determinante chave estrutural de violência e risco de HIV, uma vez que a prática de criminalizar as atividades relacionadas a esse trabalho dificulta a comunicação entre as profissionais do sexo, influencia as atitudes condenatórias e de violência da comunidade com relação a essas mulheres e estimula a violência por parte da polícia, além de aumentar a concentração de mulheres trabalhando nas ruas⁷⁹.

Esse fato foi demonstrado por vários estudos que evidenciaram aumento do risco de HIV associado com o trabalho na rua bem como maior risco de violência⁶⁵.

Shannon e colaboradores⁸⁰, ao examinarem os aspectos estruturais e ambientais que são obstáculos para a negociação do uso do preservativo com cliente, entre profissionais do sexo de British Columbia e Vancouver no Canadá concluíram que várias barreiras estruturais e ambientais elevam significativamente o risco de HIV sexual entre as mulheres profissionais do sexo que são pressionadas por clientes a ter relação sexual desprotegida. Dentre essas barreiras está o deslocamento de MTS para áreas de trabalho longe das ruas principais por causa de policiamento local, MTS com restrições de zoneamento (por causa da solicitação anterior ou porte de drogas), entre essas foi observada a probabilidade três vezes maior de serem pressionadas a ter relação sexual desprotegida.

Estudo realizado com trabalhadores de sexo com base nas ruas (mulheres e travestis) nas cidades de Belgrado e Pancevo na Sérvia, a fim de explorar suas percepções de risco no ambiente de trabalho, demonstrou que a violência, incluindo a violência policial, foi relatada como a principal preocupação em relação ao risco. A violência estava ligada a relações sexuais desprotegidas e a capacidade reduzida de

negociação. As participantes relataram que o sexo coagido foi rotineiramente fornecido à polícia em troca da liberdade de detenção, prisão ou multa, e foi realizado por ameaça e/ou concretização da violência física e sexual⁸¹.

No Brasil, pesquisa que examinou a atuação da polícia na esfera da prostituição feminina constatou que a intervenção dos policiais se dava, frequentemente, em virtude de conflitos interpessoais, não relacionados, necessariamente, à existência de qualquer delito. O alvo da intervenção policial, muitas vezes, era a própria prostituição e não sua exploração – que o Código Penal Brasileiro tipifica como crime de lenocínio. A atuação da polícia estava marcada pela arbitrariedade, fortemente influenciada pelo estigma, pelo imaginário de gênero e pela abordagem moralista da prostituição²².

Estudo realizado no Canadá a fim de avaliar o impacto das políticas que criminalizam os clientes que compram sexo, adotada pelo departamento de polícia em janeiro de 2013, sugere que a estratégia de criminalizar e policiar os clientes reproduz os mesmos danos advindos da criminalização do trabalho sexual, especialmente, no que diz respeito à vulnerabilidade à violência e ao HIV/DSTs, uma vez que provoca o deslocamento do trabalho sexual para áreas periféricas onde há maior risco de violência, incluindo o sexo forçado sem proteção. Para os autores, os resultados apoiam a descriminalização do trabalho sexual como forma de garantir as condições de trabalho, tendo em vista a saúde e segurança dos trabalhadores do sexo tanto no Canadá quanto em todo mundo⁸².

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Caracterizar a violência infringida às mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) de 10 cidades do Brasil e verificar sua contribuição para o aumento da vulnerabilidade ao HIV/AIDS nesse grupo.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de relatos de violência no segmento de mulheres trabalhadoras do sexo;
- Estimar a prevalência de antecedentes de violência nas trabalhadoras do sexo, segundo características sociodemográficas, natureza da violência, tipo de inserção no comércio sexual, *status* sorológico para HIV, uso de álcool e drogas e uso inconsistente do preservativo nas práticas sexuais;
- Identificar possíveis fatores associados à violência contra trabalhadoras do sexo, tais como: características sociodemográficas, tipo de inserção no comércio sexual, *status* sorológico para HIV, uso de álcool e drogas;
- Identificar possíveis associações entre a violência e a vulnerabilidade ao HIV (uso inconsistente do preservativo e o *status* sorológico para HIV).

4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, apropriado para estimar a prevalência de desfechos de interesse, descrever características das populações referentes a determinadas variáveis e seus padrões de distribuição, bem como, para fazer associação entre essas variáveis⁸³.

A amostra foi constituída por 2.523 mulheres trabalhadoras do sexo de 10 cidades brasileiras: Brasília, Rio de Janeiro, Salvador, Santos, Itajaí, Belo Horizonte, Manaus, Recife, Curitiba e Campo Grande, que participaram entre agosto de 2008 a julho de 2009 de um estudo do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DDST/Aids) do Ministério da Saúde, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), responsável pelo desenho metodológico da pesquisa, e pesquisadores dos dez sítios, responsáveis pela operacionalização e coleta de dados. O objetivo do estudo foi estimar as taxas de prevalência de HIV e sífilis e estabelecer o conhecimento, atitudes e práticas relacionadas à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres trabalhadoras do sexo⁸⁴.

O tamanho da amostra foi calculado com base em uma estimativa de prevalência de HIV de 5,0% com erro bi-caudal de 1,3%, erro I de $p < 0,05$ e efeito de desenho de 2⁸⁴.

O método de amostragem utilizado foi o de Amostragem Conduzida pelos Participantes (*Respondent-driven sampling* – RDS), idealizado por Heckathorn que é uma variante das amostragens baseadas em cadeia e, sendo assim, admite que componentes de uma população de difícil acesso são melhores em recrutar pares de sua população do que outros, como os pesquisadores, por exemplo. Um modelo matemático é utilizado para ponderar a amostra e compensar o viés de seleção (não aleatória) dos indivíduos, bem como a super-representação de alguns subgrupos da população em estudo, pressupondo que a amostra final é representativa do grupo de convívio ou da rede em que as pessoas estão inseridas. Para tanto, os autores do método RDS propuseram um fator de expansão baseado no inverso da probabilidade de seleção, proporcional ao tamanho da rede de cada participante^{85, 86}.

Com o desenvolvimento da rede, as probabilidades marginais dos estados de Markov alcançariam o equilíbrio, fornecendo uma amostra final independente dos

primeiros indivíduos selecionados de maneira não aleatória, reduzindo os problemas típicos de outros métodos de amostragem em cadeia, como o “bola-de-neve”⁸⁶.

As participantes foram selecionadas segundo a padronização dessa técnica (RDS), na qual, primeiramente, escolhem-se indivíduos da população-alvo, chamados de “sementes” para participarem do estudo. Para essas sementes pede-se que recrutem um número fixo de pares conhecidos, que por sua vez recrutarão por meio de sucessivos ciclos de recrutamento, ou ondas, até que o tamanho de amostra estipulado seja atingido e seja observado o equilíbrio com respeito às variáveis mensuradas. Um código único é atribuído a cada participante da pesquisa, o qual permite a identificação de quem o recrutou e dos pares recrutados por ele.

O RDS prevê uma recompensa para todos os indivíduos pela participação, “incentivo primário”, recebido ao completar a entrevista e uma recompensa adicional, “incentivo secundário” por cada par recrutado elegível e que completa a entrevista.

Nessa pesquisa foram utilizadas duas perguntas para mensurar o tamanho da rede:

1. “Quantas trabalhadoras do sexo que você conhece pessoalmente?” e;
2. “Quantas trabalhadoras do sexo que você conhece pessoalmente você poderia convidar para participar dessa pesquisa?”

Cada unidade executora do projeto escolheu de 5 a 10 sementes e para estas foi fixado o número de 3 (três) convidadas (recrutadas). Assim, cada semente recebeu três convites não falsificáveis e únicos, para dar às suas conhecidas, estas convidadas que participaram constituíram a primeira “onda” do estudo. Após conclusão da entrevista receberam três novos convites para convidarem suas conhecidas e assim, sucessivamente, até atingir o tamanho da amostra estabelecido, que foi de 2.500 entrevistas válidas distribuídas entre as 10 cidades escolhidas pelo Programa Nacional de DST/AIDS:

- Rio de Janeiro - 600;
- Brasília - 300;
- Salvador – 300;
- Belo Horizonte – 300;

- Recife -200;
- Manaus – 200;
- Curitiba – 200;
- Campo Grande -150;
- Santos -150 e;
- Itajaí 100.

Antes da fase de coleta dos dados, cada cidade realizou uma pesquisa formativa, a fim de observar aspectos importantes, tais como: mapeamento dos principais pontos de prostituição, diversidade de tipos de trabalhadoras do sexo, escolha da unidade de saúde para realização da pesquisa e identificação de prováveis sementes, além de testar o instrumento de coleta dos dados.

Os critérios de elegibilidade foram:

- Ter 18 anos ou mais;
- Trabalhar como mulher trabalhadora do sexo em um dos municípios do estudo;
- Ter tido pelo menos uma relação sexual em troca de dinheiro nos últimos quatro meses;
- Não ter participado do estudo anteriormente;
- Aceitar participar nas condições do estudo;
- Aceitar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido antes do preenchimento do questionário e;
- Apresentar um convite válido para participar do estudo.

A realização de testes para o HIV e/ou para a sífilis, oferecidos a todas as participantes, não foi critério de elegibilidade para o estudo. Estes, quando realizados, foram feitos por meio de testes rápidos (coleta de sangue capilar), obedecendo aos protocolos recomendados pelo Programa Nacional de DST e AIDS.

A coleta de dados foi realizada mediante autopreenchimento de questionário, com o *software* ACASI, (*Audio Computer Assisted Self Interview*), aplicativo de computador com áudio, para o qual houve um rápido treinamento, prévio ao preenchimento do questionário composto dos seguintes módulos:

- Informações sociodemográficas;
- Conhecimento sobre a transmissão do HIV e outras DST;
- Comportamento sexual;
- Teste anterior de HIV – na vida e no último ano;
- Histórico de DST e acesso às atividades de prevenção, tratamento e controle nos serviços de saúde;
- Discriminação e violência.
- Uso de álcool e drogas ilícitas.

Além do ACASI, para o controle da geração dos convites foi utilizado um programa elaborado em ACCESS e composto pela Ficha de Identificação e pela Ficha de Resultados dos Testes, denominado “Gerenciador de Convites” no qual eram gerados os novos convites.

Para o presente estudo foram utilizados os dados referentes aos 2.523 questionários preenchidos pelas MTS e, para a análise, foram utilizadas as questões do módulo - “Discriminação e Violência” e variáveis selecionadas referentes às características sociodemográficas, tipo de inserção no comércio sexual, status sorológico para HIV, uso de álcool e drogas e uso inconsistente do preservativo nas práticas sexuais. A descrição das variáveis utilizadas encontra-se detalhada no Quadro1.

Após descrição das características das MTS por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), foi estimada a prevalência de relato da violência segundo tipo e perpetrador, assim como dos fatores possivelmente associados, com seus IC de 95%.

Quadro 1– Relação de questões, variáveis e categorias para o estudo da violência contra mulheres profissionais do sexo de 10 cidades brasileiras

Pergunta	Variável	Categorias	Recategorização
Como você se classifica com relação à sua cor ou raça?	Raça/cor	<ul style="list-style-type: none"> • Branca • Negra • Amarela • Parda • Indígena • Outra 	<ul style="list-style-type: none"> • Pretas (Negras e pretas) • Não pretas (Branca, amarela, parda, indígena e outras)
Qual o seu grau de escolaridade?	Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta ou menos de um ano de instrução • Elementar incompleto (1ª a 3ª série) • Elementar completo e fundamental incompleto (4ª a 7ª série) • Fundamental completo e médio incompleto • Médio completo e superior incompleto • Superior completo e mais 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamental incompleto • Fundamental completo e mais
Qual sua Idade?	Idade	Resposta em anos	<ul style="list-style-type: none"> • 18 a 29 anos • 30 a 39 anos • 40 e mais anos
Quanto você ganha aproximadamente por mês?	Renda mensal	<ul style="list-style-type: none"> • Não tem rendimentos • R\$ 1 a 299,00 • R\$ 300 a 599 • R\$ 600 a 899 • R\$ 900 a 1199 • R\$ 1200 a 1499 • R\$ 1500 a 1999 • R\$ 2000 a 2999 • R\$ 3000 a 4999 • R\$ 5000 e mais 	<ul style="list-style-type: none"> • Até R\$ 899,00 • R\$ 900,00 e mais

		<ul style="list-style-type: none"> • Não sabe • Não quero responder 	
Quanto você cobra por programa?	Valor cobrado pelo programa	<ul style="list-style-type: none"> • R\$ 1 a 5 • R\$ 6 a 10 • R\$ 11 a 19 • R\$ 20 a 29 • R\$ 30 a 39 • R\$ 40 a 49 • R\$ 50 a 99 • R\$ 100 a 149 • R\$ 150 a 199 • R\$ 200 a 299 • R\$ 300 a 499 • R\$ 500 a 699 • R\$ 700 a 999 • R\$ 1000 ou mais 	<ul style="list-style-type: none"> • Até R\$ 29,00 • R\$ 30,00 a 99,00 • R\$ 100 e mais
Por favor, marque todos os locais que você trabalha como profissional do sexo (pode marcar mais de uma opção)	Local de trabalho como TS	<ul style="list-style-type: none"> • Ponto de rua • Boate/bar • Hotel/motel • Terma ou casa de massagem • Agência • Bordel • Cinema • Sua casa • Outros 	<ul style="list-style-type: none"> • Ponto de rua • Ambiente interno
Nos últimos 12 meses marque todos os motivos que a fizeram se sentir discriminada (tratada pior) por alguma pessoa ou instituição (pode marcar mais de uma opção)	Discriminação	<ul style="list-style-type: none"> • Sua cor ou raça • Ser mulher • Falta de dinheiro ou condição social • Sua preferencia sexual • Sua profissão ou ocupação • Ter infecção de HIV, se for o caso • Doença ou incapacidade 	Foram usadas as mesmas categorias

		<ul style="list-style-type: none"> • Sua idade • Sua aparência física • Nenhum desses motivos 	
Nos últimos 12 meses, com que frequência alguém xingou, humilhou ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	Violência verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma vez • Uma vez • Poucas vezes • Muitas vezes 	Não= nenhuma vez Sim= demais opções
Nos últimos 12 meses, você apanhou ou foi ferida com algum objeto por seu companheiro (marido ou namorado ou parceiro fixo)	Violência física por parceiro íntimo	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma vez • Uma vez • Poucas vezes • Muitas vezes 	Não= nenhuma vez Sim= demais opções
Nos últimos 12 meses, você apanhou ou foi ferida com algum objeto por familiar ou outra pessoa conhecida?	Violência física por familiar e ou conhecido	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma vez • Uma vez • Poucas vezes • Muitas vezes 	Não= nenhuma vez Sim= demais opções
Nos últimos 12 meses, você apanhou ou foi ferida com algum objeto por clientes?	Violência física por cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma vez • Uma vez • Poucas vezes • Muitas vezes 	Não= nenhuma vez Sim= demais opções
Nos últimos 12 meses, você apanhou ou foi ferida com algum objeto por autoridades policiais?	Violência policial	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma vez • Uma vez • Poucas vezes • Muitas vezes 	Não= nenhuma vez Sim= demais opções
Alguma vez na vida alguém forçou você a ter relações sexuais contra sua vontade?	Violência sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma vez • Uma vez • Poucas vezes • Muitas vezes 	Não= nenhuma vez Sim= demais opções
Por favor, marque todas as situações em que você aceitaria fazer sexo sem preservativo (pode marcar mais de uma opção)	Uso consistente do preservativo	<ul style="list-style-type: none"> • Com companheiro ou parceiro fixo • Quando já conhece o cliente • Quando precisa muito de 	Consistente= em nenhuma situação e inconsistente

		dinheiro <ul style="list-style-type: none"> • Quando faz muitos programas no mesmo dia • Quando não esta consciente por uso de drogas ou álcool • Em outras situações • Em nenhuma situação 	
Resultado do teste de HIV	Soropositividade para HIV	Positivo e negativo	Positivo (Sim) Negativo (Não)
Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Consumo de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Uma vez por mês ou menos • Duas a 4 vezes por mês • Mais ou menos uma vez por semana • Varias vezes por semana • Todos os dias 	Não = nunca e menos de uma vez por mês Sim= demais opções
Com que frequência você consome drogas (maconha, crack, merla, cocaína e outras)?	Consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Uma vez por mês ou menos • Duas a 4 vezes por mês • Mais ou menos uma vez por semana • Varias vezes por semana • Todos os dias 	Não = nunca e menos de uma vez por mês Sim= demais opções

Para a identificação de fatores associados à violência segundo tipo e perpetrador (desfecho), foram estabelecidos cruzamentos com fatores sociodemográficos (idade, escolaridade, raça/cor, renda mensal); tipo de inserção no comércio sexual, aferido como o local de trabalho – ponto de rua ou local de trabalho interno; preço cobrado por programa; *status* sorológico para HIV; práticas de sexo seguro (uso inconsistente de preservativo definido como o não uso ou uso irregular em qualquer tipo de prática sexual e com qualquer tipo de parceiro); e uso de álcool e de outras drogas.

Os desfechos analisados foram: violência verbal; violência física por qualquer agressor, por parceiro íntimo, por cliente, por familiar e por policial, nos últimos 12 meses. Referente à violência sexual, apenas estimou-se a prevalência e algumas análises bivariadas, esta não foi incluída no plano de análises multivariadas em razão da questão investigativa referir-se apenas a “alguma vez na vida”, o que impossibilita identificar a ocorrência relacionada ao trabalho sexual e ao marco temporal estabelecido para os outros tipos de violência, além de não ter identificado o agressor, diferindo, portanto dos demais tipos de violência analisados.

A fim de verificar possíveis associações entre a violência e a vulnerabilidade ao HIV, foram incluídas como variáveis independentes ou fatores de risco os diversos tipos de violência e perpetradores e, como variáveis dependentes ou de desfecho, o uso inconsistente do preservativo em qualquer situação e o *status* sorológico para HIV.

Para as análises bivariadas utilizou-se a prevalência como medida de frequência e a razão de prevalência como medida de associação, considerando os intervalos de confiança de 95%. Um valor de p inferior a 0,05 foi considerado significativo.

Os modelos de regressão logística foram construídos para ajustar o efeito de fatores de confusão entre aqueles identificados como significativos nas análises bivariadas. Além disso, foi realizado o controle do efeito de homofilia por meio da inclusão, entre as variáveis independentes, da variável de desfecho correspondente à da recrutadora ou semente. O efeito homofilia é

a tendência de uma pessoa selecionada para o estudo recrutar indivíduos com características semelhantes a ela.

Nas análises multivariadas, a renda foi substituída por valor do programa devido à colinearidade (existência forte de correlação entre duas ou mais variáveis independentes). A idade foi categorizada em três faixas (18 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 e mais anos). Quanto à questão raça/cor, foi categorizada como preta (pretas e negras) e não preta (brancas, pardas e outras).

O software utilizado para as análises bivariadas e multivariadas foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), já com o banco de dados devidamente ponderado e adequado à técnica RDS.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz sob o número 395-07e referendado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização das participantes da pesquisa

5.1.1. Características sociodemográficas

De acordo com os resultados, 81% das participantes tinham menos de 40 anos de idade e o maior percentual (34%) estava na faixa etária de 18 a 24 anos. Quanto à escolaridade, 59,2% das mulheres referiram não ter completado o ensino fundamental; destas 5% são analfabetas. No que se refere à raça/cor, a maioria se autodeclarou parda (38,1%), seguido por aquelas que se declararam negras (28,4%) e brancas (23,9%). Com relação ao estado conjugal, 52,8% das entrevistadas referiu ser solteira (nunca foram casadas), 21,6% separada ou divorciada, enquanto 20,3% informaram ser casadas ou viver com companheiro (a), e 5,2% era viúva, a maioria referiu ter filhos (80,2%) (Tabela 1).

Com relação aos rendimentos, 86,5% das MTS respondeu essa questão. Destas o maior percentual (30,5%) referiu ganhar mensalmente entre R\$ 300,00 a 599,00, valor próximo ao salário mínimo da época de realização da pesquisa, quando em 2009 era de R\$ 465,00 e em 2010 de R\$ 510,00. Um percentual considerável (19,7%) informou ganhar mensalmente entre R\$ 1,00 a R\$ 299,00. Quanto à situação de moradia, 34,2% informou residir em casa/apartamento próprio; 31,9% moravam em casa/apartamento alugado e 33,9% referiu residir em cômodo, hotel/pensão ou local de trabalho (Tabela 1).

Das entrevistadas, 35,4% referiu ter outro trabalho além de trabalhadora do sexo (Tabela 1); destas, 58,7% trabalham por conta própria, 28,6% referiu ser empregada sem carteira de trabalho e 12,7% empregada com carteira de trabalho.

Quanto à obrigatoriedade de passar parte dos ganhos com programa para alguém, 80,3% responderam que não e 4,1% não quiseram responder. Das 393 que responderam positivamente, 71% (13% do total) são obrigadas a pagar para o dono do estabelecimento onde trabalham; 13,5% (2,2% do total) para o cafetão ou cafetina e 7,7% (1,3% do total) para o marido ou companheiro (dados não informados na tabela).

Tabela 1. Características sociodemográficas, reprodutiva e práticas sexuais das trabalhadoras do sexo de 10 cidades brasileiras- Brasil, 2009

Características sociodemográficas	Número (=2523)	Prevalência	IC (95%)
Idade			
18 a 24 anos	858	34,0	31,3 - 36,9
25 a 39	1200	47,6	44,7 - 50,5
40 e mais	465	18,4	16,2 - 20,8
Escolaridade			
Analfabeta a fundamental incompleto	1493	59,2	56,2 - 62,1
Fundamental completo e médio incompleto	599	23,7	21,3 - 26,3
Médio completo e mais	431	17,1	15,0 - 19,4
Raça			
Branca	604	23,9	21,6 - 26,4
Preta	717	28,4	25,8 - 31,2
Parda	962	38,1	35,5 - 40,9
Amarela, indígena e outras	240	9,5	
Estado conjugal			
Solteira (nunca casada, separada e viúva)	2010	79,7	77,1 - 82,0
Casada/vive companheiro	513	20,3	18,0 - 22,9
Situação de moradia			
Casa ou apartamento próprio	863	35,4	31,5 - 37,0
Casa ou apartamento alugado	804	31,9	29,2 - 34,7
Outros (cômodo/hotel/pensão, local de trabalho barraco)	856	33,9	31,1 - 36,9
Rendimento mensal			
Até R\$ 299,00	472	21,6	19,0 - 24,5
R\$ 300,00 - R\$ 599,00	665	30,5	27,8 - 33,4
R\$ 600,00 – R\$ 1.199,00	600	27,5	24,8 - 30,4
R\$ 1.200,00- R\$ 2.999,00	373	17,1	15,0 - 19,4
R\$ 3.000,00 e mais	72	3,3	2,4 - 4,6
Não respondeu/não informou	341	13,5	
Tem filhos			
Sim	2022	80,2	77,7 - 82,4
Não	501	19,8	17,6 - 23,3
Idade primeira relação sexual			
< de 10anos	26	1,0	0,6 - 1,9
10 a 12 anos	313	12,4	10,6 - 14,5
13 a 15 anos	1125	44,6	41,7 - 47,5
16 a 18 anos	829	32,9	30,1 - 35,8
19 a 24 anos	211	8,4	6,9- 10,1
25 e mais anos	19	0,7	0,4 -1,3
Tempo como MTS			
< de 1 a 3 anos	1213	48,1	45,2 - 51,0
4 a 9 anos	797	31,6	29,0 - 34,3
10 e mais anos	513	20,3	17,9 - 23,0
Local de trabalho como MTS			
Ponto de rua	966	38,3	35,4 - 41,2
Local interno (bar/boate, bordel, hotel/motel e outros)	1557	61,7	58,8 - 64,6
Outro trabalho além de MTS			
Sim	893	35,4	32,7 - 38,2
Não	1630	64,6	61,8 - 67,3

5.1.2. Práticas sexuais:

A maioria das entrevistadas (44,6%) informou ter tido sua primeira relação sexual entre 13 e 15 anos de idade que, somadas àquelas que relataram a iniciação sexual entre 16 e 18 anos (32,9%), totalizam 77,5%. Referiram a primeira relação sexual com idade de 10 a 12 anos 12,4% e com menos de 10 anos de idade 1,0%. Quanto ao tempo como profissional do sexo, a maioria referiu ter menos de 10 anos no comércio sexual. No que se refere ao local de trabalho como trabalhadora do sexo, a maioria (61,7%) informou trabalhar em locais fechados (bar, boate, hotel/motel, bordel) e 38,3% referiu trabalhar em ponto de rua (Tabela 1).

5.1.3. Inserção em movimento social

Quanto à participação e/ou conhecimento enquanto TS em movimentos sociais organizados, a maioria das entrevistadas, cerca de 80% desconhece algum grupo organizado ou ONG de promoção da cidadania e defesa dos direitos das mulheres e de profissionais do sexo. Indagadas quanto ao reconhecimento da prostituição como uma ocupação pelo Ministério do Trabalho: 45,6% discordam; 34,2% concordam e 20,2% não sabem. Quanto ao conhecimento de algum grupo organizado ou ONG que trabalhe com HIV/Aids, 75% das entrevistadas desconhecem tal existência.

5.1.4. Conhecimento sobre transmissão do HIV:

A maioria das entrevistadas conhecem as formas de transmissão do HIV: 95,8% concordam que compartilhar seringa é um dos modos de transmissão; 97,9% que o não uso do preservativo é outra forma de transmissão do HIV e 92,2% concordam que uma pessoa com aparência saudável pode está infectada com o HIV.

5.1.5. Autopercepção do risco de infecção por HIV:

Indagadas sobre percepção do risco de se infectarem com HIV, 4% considerou que tem grande chance de se infectar; 17,9% nenhuma chance; 29,9% pouca chance; 13,8% consideraram nem grande e nem pequena chance; 16,5% não sabiam.

5.1.6. Uso de álcool e de drogas

Quanto ao uso de álcool e drogas 73,7% referiu consumo de álcool; destas, 27,7% consome várias vezes por semana e todos os dias; 30,9% consome alguma droga (maconha, cocaína, crack, merla etc.).

Indagadas sobre o uso de álcool antes ou durante as relações sexuais 15% referiu que bebe sempre; 14% na maioria das vezes; 20% algumas vezes; 6,9% raramente e apenas 7,3% referiu nunca beber.

E no que diz respeito ao uso de drogas na mesma situação (antes ou durante as relações sexuais), 5,0% referiu usar sempre; 4,0% na maioria das vezes; 8,7% algumas vezes; 6,3% responderam que usaram raramente e 8,6% nunca usaram.

5.2. Antecedentes de violência

5.2.1. Discriminação

Nesta questão, as mulheres tiveram 10 opções de motivos que as fizeram se sentir discriminadas por pessoa e/ou instituição nos últimos 12 meses, na qual poderiam marcar mais de um motivo. Os quatro principais motivos foram: a discriminação pela profissão (21,3%), a falta de dinheiro e condição social (19,5%), cor/raça (11,8%) e por ser mulher (4,9%). Como segundo motivo referido, profissão e falta de dinheiro também aparecem como principais (12,5% e 8,7%), respectivamente. Ainda para o terceiro principal motivo de discriminação, aparece profissão (6,7%), seguida por aparência física (4,7) e falta de dinheiro e condição social (3,9%).

Cerca de 10% das MTS referiu até quatro motivos pelos quais se sentiram discriminadas, percentual que decresce progressivamente até o nono motivo (0,2%); aparência física, idade, doença/incapacidade e *status* sorológico positivo para HIV aparecem como principais motivos. A partir do sétimo motivo apontado por cerca de 1% do total de entrevistadas, doença ou incapacidade e ter infecção por HIV foram os principais motivos para discriminação. Para o 8º motivo foi referido apenas idade como fator de discriminação e para o 9º somente a aparência física. Na tabela 2 estão apresentadas as frequências dos três principais motivos de discriminação referidos pelas MTS.

Tabela 2- Motivos de discriminação referidos pelas mulheres trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras - Brasil, 2009

Discriminação	Número (=2523)	Prevalência (%)	IC 95%
1° Motivo			
Profissão MTS	537	21,3	19,1 – 23,6
Falta de dinheiro/condição social	492	19,5	17,2 – 22,0
Cor/raça	298	11,8	10,1 - 13,7
Ser mulher	123	4,9	3,8 – 6,2
Preferencia sexual	78	3,1	2,4 – 4,1
Idade	78	3,1	2,1 – 4 5
Aparência física	55	2,2	1,6 – 3,1
Ter HIV	08	0,3	0,1 – 0,7
Doença/ incapacidade	07	0,3	0,1 – 0,6
Nenhum desses motivos	847	33,6	31,0 - 36,4
2° Motivo			
Profissão MTS	315	12,5	10,7 – 14,5
Falta de dinheiro/Condição social	219	8,7	7,2 – 10,4
Ser mulher	102	4,0	3,1 – 5,2
Idade	81	3,2	2,4 – 4,3
Preferência sexual	79	3,1	2,3 – 4,3
Aparência física	67	2,7	1,9 – 3,8
Cor/raça	48	1,9	1,3 - 2,9
Doença/ incapacidade	18	0,7	0,4 – 1,5
Ter HIV	07	0,3	0,1 – 0,6
Nenhum desses motivos	23	0,9	0,4 – 1,9
Não referiu	1563	62,0	59,2 – 64,7
3° Motivo			
Profissão MTS	169	6,7	5,5 - 8,2
Aparência física	120	4,7	3,5 - 6,3
Falta de dinheiro/Condição social	99	3,9	3,0 - 5,2
Idade	70	2,8	2,0 - 3,8
Preferência sexual	40	1,6	1,0 - 2,4
Cor/raça	22	0,9	0,4 - 1,8
Ser mulher	11	0,4	0,2 - 0,8
Doença/ incapacidade	10	0,4	0,1 - 0,6
Ter HIV	3,0	0,1	0,0 - 0,4
Nenhum desses motivos	0,4	0,0	0,0 - 0,1
Não referiu	1979	78,4	75,9 - 80,7

5.2.2. Prevalência de violência segundo tipo e perpetrador

Os resultados ora apresentados demonstram que a maioria das MTS sofreu violência verbal, quase um quarto sofreu violência física por qualquer agressor nos últimos doze meses e percentual semelhante sofreu violência sexual alguma vez na vida (Figura1). Os parceiros íntimos foram os principais agressores de violência física, seguidos por familiares ou conhecidos. Os clientes foram identificados por 11,7% das MTS como perpetradores de violência física, enquanto 7,9% sofreu violência física por policiais, conforme Figura 1 e Tabela 3.

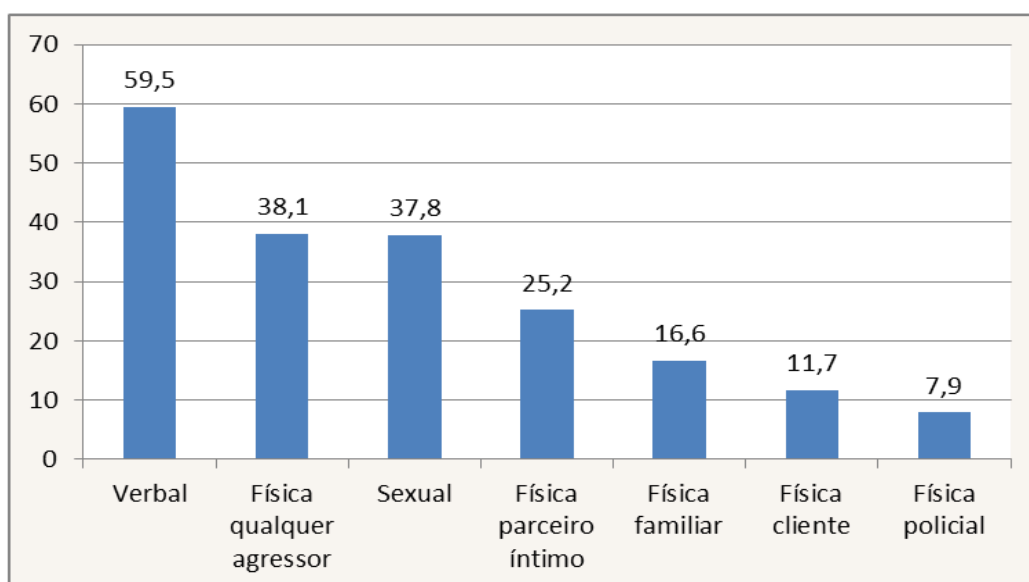


Figura 1- Prevalência de violência perpetrada contra mulheres trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras - Brasil, 2009

Tabela 3- Prevalência de violência contra mulheres trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras - Brasil, 2009

Violência	Número (2523)	%	IC95%
Verbal	1500	59,5	56,6-62,2
Sexual	954	37,8	35,0-40,7
Física geral	961	38,1	35,4-59,1
Física parceiro íntimo	636	25,2	22,8-27,8
Física familiar	419	16,6	14,6-18,8
Física cliente	295	11,7	10,0-13,7
Física policial	199	7,9	6,6-9,4

5.2.3. Violência verbal

Das entrevistadas, 59,5% referiu xingamento, humilhação ou alguém fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma nos últimos 12 meses. A prevalência desse tipo de violência segundo fatores sociodemográficos e individuais ou comportamentais estão apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Prevalência de violência verbal nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo de 10 cidades brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores individuais - Brasil, 2009

Fatores Sociodemográficos	Número		Violência verbal	
	(2523)	n	Prevalência (%)	IC 95%
Idade				
18 a 29 anos	1372	849	61,9	58,0-65,6
30 e mais	1151	651	56,5	52,4-60,6
Raça/Cor				
Preta	717	443	61,8	56,6-67,0
Não Preta	1806	1057	58,5	55,2-61,8
Escolaridade				
Fundamental incompleto	1493	883	59,1	55,3-62,9
Fundamental completo e mais	1030	617	59,9	55,6-64,0
Renda mensal				
Até R\$ 899	1488	921	61,9	58,2-65,5
R\$900 e mais	694	410	59,1	53,6-64,3
Fatores individuais				
Local de trabalho				
Rua	966	541	56,1	51,5-60,5
Interior	1557	959	61,6	57,8-65,2
Consumo álcool				
Sim	1860	1147	61,6	58,4-64,8
Não	663	353	53,2	47,6-58,8
Uso de drogas				
Sim	778	549	70,6	65,6-75,0
Não	1745	951	54,5	51,0-58,8
Uso consistente preservativo				
Sim	436	217	49,7	42,8-56,6
Não	2087	1283	61,5	58,3-64,5
Status sorológico HIV				
Positivo	126	75	60,0	47,1-71,7
Negativo	2397	1413	59,4	56,6-62,2

Nas análises não ajustadas observou-se associação desse tipo de violência com baixo valor do programa, consumo de álcool, uso de drogas e uso inconsistente do preservativo em qualquer situação. Já nas análises multivariadas permaneceram associados o baixo valor do programa (até R\$ 29,00), consumo de álcool, o uso de drogas e uso inconsistente do preservativo em qualquer situação, além, da idade de 18 a 29 anos e de 30 a 39 anos e o valor do programa de R\$30,00 a R\$ 39,00 (Tabela 5).

Tabela 5-Análise bivariada e multivariada dos fatores sociodemográficos e individuais associados à violência verbal contra as mulheres trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras - Brasil, 2009

Violência verbal						
Fatores sociodemográficos	RP	Bivariada			Multivariada	
		IC95%	Valor p	ORA	IC95%	Valor p
Raça						
Preta	1,06	0,95-1,17	0,314	1,04	0,79-1,37	0,785
Não preta	1,00					
Idade						
18 a 29 anos	1,09	0,99-1,20	0,063	1,73	1,22-2,45	0,002
30 a 39	0,92	0,83-1,02	0,121	1,88	1,30-2,71	0,001
40 e mais	1,00					
Escolaridade						
Fundamental/incompleto	0,99	0,89-1,09	0,797	0,94	0,73-1,22	0,663
Fundamental/completo +	1,00					
Valor/programa						
Até R\$ 29,00	1,14	1,03-1,27	0,016	2,16	1,52-3,08	0,000
R\$ 30,00- 99,00	0,96	0,87-1,06	0,405	1,52	1,15-2,01	0,003
R\$ 100 +	1,00					
Fatores individuais						
Local de trabalho						
Rua	0,91	0,82-1,00	0,070	0,83	0,63-1,08	0,164
Interior	1,00					
Consumo de álcool						
Sim	1,16	1,03-1,30	0,010	1,31	1,11-1,55	0,002
Não	1,00					
Uso de drogas						
Sim	1,29	1,18-1,42	0,000	1,64	1,24-2,17	0,001
Não	1,00					
Usa preservativo /todas						
Não	1,24	1,07-1,44	0,002	1,44	1,03-2,02	0,036
Sim	1,00					
Status sorológico/HIV						
Positivo	1,01	0,74-1,40	0,926	0,96	0,51-1,82	0,899
Negativo	1,00					

Legenda: RP= Razão de Prevalência; ORA= Odds Ratio Ajustada; IC= Intervalo de Confiança

5.2.4. Violência física por qualquer agressor

Das entrevistadas, 38,1% referiram ter sofrido agressão física nos últimos doze meses. A prevalência desse tipo de violência segundo fatores sociodemográficos e individuais ou comportamentais estão apresentados na tabela 6.

Tabela 6 - Prevalência de violência física por qualquer agressor nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores individuais - Brasil, 2009

Fatores Sociodemográficos	Violência física			
	Número (2523)	n	Prevalência (%)	IC 95%
Idade				
18 a 29 anos	1372	595	43,4	39,4-47,3
30 e mais	1151	367	31,9	28,2-35,7
Raça/Cor				
Preta	717	323	45,1	39,5-50,9
Não Preta	1806	638	35,3	32,3-38,5
Escolaridade				
Fundamental incompleto	1493	603	40,4	36,6-44,3
Fundamental completo e mais	1030	351	34,8	30,9-38,8
Renda mensal				
Até R\$ 899	1488	644	43,3	39,6-47,1
R\$900 e mais	694	218	31,5	26,9-36,5
Fatores Individuais				
Local de trabalho				
Rua	966	372	38,6	34,2-43,1
Interior	1557	589	37,8	34,3-41,4
Consumo álcool				
Sim	1860	744	41,6	38,5-44,8
Não	663	589	28,2	23,7-33,2
Uso de drogas				
Sim	778	430	55,2	50,0-60,4
Não	1745	531	30,5	27,3-33,8
Uso consistente preservativo				
Sim	436	127	29,2	23,7-35,5
Não	2087	834	40,0	36,9-46,1
Status sorológico HIV				
Positivo	126	63	50,3	37,7-62,7
Negativo	2397	890	37,4	34,6-40,3

Em análises não ajustadas, a violência física por qualquer agressor mostrou-se associada com raça/cor preta; baixa escolaridade; idade (18 a 29 anos), com consumo de álcool, consumir drogas e uso inconsistente do preservativo em todas as situações. Nas análises multivariadas, apenas o uso inconsistente do preservativo perdeu a associação, as demais se mantiveram associadas incluindo raça/cor, escolaridade e idade que foram recategorizadas: raça em pretas e não pretas, a categoria preta refere-se as MTS autodeclaradas como pretas ou negras; escolaridade recategorizada em fundamental incompleto (inclui as analfabetas) e fundamental completo e mais; e idade que foi recategorizada em 18 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 e mais anos. Além da idade de 18 a 29 anos, a idade de 30 a 39 anos também mostrou associação; baixo valor cobrado pelo programa (substituiu renda) e uso de drogas e de álcool (Tabela 7).

Tabela 7- Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física por qualquer agressor contra as mulheres trabalhadoras do sexo brasileiras-Brasil, 2009

Violência física por qualquer agressor						
Fatores sociodemográficos	Bivariada			Multivariada		
	RP	IC95%	Valor p	ORa	IC95%	Valor p
Raça						
Preta	1,28	1,09-1,49	0,002	1,37	1,03-1,83	0,031
Não preta	1,00					
Idade						
18 a 29 anos	1,49	1,27-1,73	0,000	2,27	1,56-3,29	0,000
30 a 39	1,04	0,88-1,22	0,650	1,72	1,16-2,55	0,007
40 e mais	1,00					
Escolaridade						
Fundamental/incompleto	1,16	1,00-1,35	0,045	1,32	1,01-1,73	0,044
Fundamental/completo +	1,00					
Valor/programa						
Até R\$ 29,00	1,18	1,00-1,39	0,048	1,51	1,07-2,13	0,019
R\$ 30,00- 99,00	1,05	0,91-1,21	0,510	1,13	0,85-1,50	0,415
R\$ 100 +	1,00					
Fatores individuais						
Local de trabalho						
Rua	1,01	0,92-1,11	0,796	1,15	0,88-1,49	0,306
Interior	1,00					
Consumo álcool						
Sim	1,48	1,23-1,77	0,000	1,48	1,24-1,77	0,000
Não	1,00					
Uso de drogas						
Sim	1,81	1,58-2,09	0,000	2,02	1,54-2,65	0,000
Não	1,00					
Usa preservativo/todas						
Não	1,18	1,07-1,30	0,003	1,37	0,96-1,94	0,079
Sim	1,00					
Status sorológico/HIV						
Positivo	1,26	0,97-1,64	0,050	1,59	0,88-2,89	0,128
Negativo	1,00					

Legenda: RP= Razão de Prevalência; ORa= Odds Ratio Ajustada; IC= Intervalo de Confiança.

5.2.5. Violência física por parceiro íntimo

Quando indagadas sobre a autoria da violência física, 63,4% das entrevistadas referiram esse tipo de agressão e os respectivos perpetradores. Os parceiros íntimos foram os principais agressores (25,2%), seguidos por familiares ou conhecidos (16,6%). Os clientes aparecem em terceiro lugar (11,7%) e a polícia em quarto (7,9%).

A prevalência de violência física por parceiro íntimo, segundo fatores sociodemográficos e individuais está apresentada na tabela 8.

Tabela 8 – Prevalência de violência física por parceiro íntimo nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores comportamentais ou individuais – Brasil, 2009

Fatores sociodemográficos	Violência parceiro íntimo			
	Número (2523)	n	Prevalência (%)	IC 95%
Idade				
18 a 29 anos	1372	387	28,2	24,8-31,9
30 e mais	1151	248	21,6	18,6-25,0
Raça/Cor				
Preta	717	207	28,8	24,1-34,0
Não Preta	1806	430	23,8	21,2-26,7
Escolaridade				
Fundamental incompleto	1493	407	27,2	24,1-30,6
Fundamental completo +	1030	230	22,3	18,9-26,2
Renda mensal				
Até R\$ 899	1488	431	29,0	25,2-32,5
R\$900 e mais	694	140	20,2	16,3-24,8
Fatores individuais				
Local de trabalho				
Rua	966	246	25,5	21,8-29,5
Interior	1557	391	25,1	22,0-28,4
Consumo álcool				
Sim	1860	516	27,8	25,0-30,7
Não	663	120	18,1	14,3-22,5
Uso de drogas				
Sim	778	288	37,0	32,2-42,0
Não	1745	349	20,0	17,4-22,9
Uso consistente preservativo				
Sim	436	65	14,8	10,6-20,3
Não	2087	572	27,4	24,7-30,3
Status sorológico HIV				
Positivo	126	42	33,7	23,0-46,4
Negativo	2397	589	24,7	22,3-27,4

Nas análises não ajustadas a violência por parceiro íntimo mostrou-se associada com idade de 18 a 29 anos, consumo de álcool e de drogas e uso inconsistente do preservativo em qualquer situação. Nas análises multivariadas se mantiveram todas as associações, além da idade de 30 e 39 anos (Tabela 9).

Tabela 9-Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física perpetrada por parceiro íntimo contra as mulheres trabalhadoras do sexo de 10 cidades brasileiras - Brasil, 2009

Fatores	Violência física por parceiro íntimo					
	Bivariada			Multivariada		
	RP	IC95%	Valor p	ORa	IC95%	Valor p
Raça						
Preta	1,21	1,99-1,49	0,071	1,16	0,85-1,58	0,343
Não preta	1,00					
Idade						
18 a 29 anos	1,30	1,07-1,59	0,008	1,92	1,23-2,99	0,000
30 a 39	0,98	0,79-1,21	0,875	1,63	1,04-2,55	0,032
40 e mais	1,00					
Escolaridade						
Fundamental/incompleto	1,22	0,99-1,49	0,053	1,33	0,98-1,79	0,067
Fundamental/completo +	1,00					
Valor/programa						
Até R\$ 29,00	1,21	0,97-1,51	0,096	1,33	0,90-1,97	0,152
R\$ 30,00- 99,00	1,05	0,86-1,28	0,623	1,11	0,80-1,54	0,524
R\$ 100 +	1,00					
Local de trabalho						
Rua	1,01	0,83-1,24	0,085	1,11	0,83-1,48	0,479
Interior	1,00					
Consumo álcool						
Sim	1,53	1,20-1,99	0,000	1,47	1,21-1,80	0,000
Não	1,00					
Uso de drogas						
Sim	1,85	1,53-2,24	0,000	1,68	1,25-2,26	0,001
Não	1,00					
Usa preservativo/todas						
Não	1,85	1,30-2,60	0,000	1,99	1,27-3,11	0,003
Sim	1,00					
Estatus sorológico/HIV						
Positivo	1,36	0,94-1,97	0,119	1,46	0,80-2,68	0,218
Negativo						

Legenda: RP= Razão de Prevalência; ORa= Odds Ratio Ajustada; IC= Intervalo de Confiança.

5.2.6. Violência por familiar ou pessoa conhecida

A violência física, perpetrada por familiares ou conhecidos foi a segunda mais referida pelas MTS desse estudo. A prevalência desse tipo de violência segundo fatores sociodemográficos e individuais ou comportamentais estão apresentados na tabela 10.

Tabela 10 – Prevalência de violência física por parceiro íntimo nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores comportamentais ou individuais- Brasil, 2009

Fatores sociodemográficos	Número (2523)	Violência Familiar		IC 95%
		n	Prevalência (%)	
Idade				
18 a 29 anos	1372	281	20,5	17,5-23,9
30 e mais	1151	138	12,0	9,5-14,9
Raça/Cor				
Preta	717	150	20,9	16,7-25,9
Não Preta	1806	269	14,9	12,7-17,4
Escolaridade				
Fundamental incompleto	1493	279	18,7	15,9-21,7
Fundamental completo +	1030	139	13,5	10,8-16,8
Renda mensal				
Até R\$ 899	1488	322	21,6	18,7-24,9
R\$900 e mais	694	67	9,7	7,0-13,4
Fatores individuais				
Local de trabalho				
Rua	966	158	16,4	13,3-20,0
Interior	1557	260	16,7	14,1-19,7
Consumo álcool				
Sim	1860	330	17,7	15,4-20,3
Não	663	60	13,4	10,0-17,7
Uso de drogas				
Sim	778	194	24,9	20,8-29,6
Não	1745	225	12,9	10,7-15,3
Uso consistente preservativo				
Sim	436	60	13,8	9,6-19,4
Não	2087	358	17,2	14,9-19,7
Status sorológico HIV				
Positivo	126	29	23,0	14,1-35,2
Negativo	2397	389	16,3	14,3-18,6

Os fatores associados à violência perpetrada por familiar ou pessoa conhecida nas análises bivariadas foram: raça/cor preta, idade de 18 a 29 anos, baixa escolaridade e uso de drogas. Nas análises multivariadas exceto raça, os demais se mantiveram associadas. Além destes, a idade de 30 a 39 anos também se mostrou associada como demonstrados na tabela 11.

Tabela 11- Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física por familiar/conhecido contra as mulheres trabalhadoras do sexo de 10 cidades brasileiras - Brasil, 2009

Violência física familiar						
Fatores sociodemográficos	Bivariada			Multivariada		
	RP	IC95%	Valor p	ORa	IC95%	Valor p
Raça						
Preta	1,41	1,07-1,85	0,015	1,34	0,94-1,90	0,101
Não preta	1,00					
Idade						
18 a 29 anos	1,71	1,30-2,26	0,000	2,80	1,71-4,61	0,000
30 a 39	1,19	0,87-1,63	0,279	1,83	1,08-2,09	0,024
40 e mais	1,00					
Escolaridade						
Fundamental/incompleto	1,38	1,05-1,83	0,022	1,62	1,11-2,36	0,012
Fundamental/completo +	1,00					
Valor/programa						
Até R\$ 29,00	1,04	0,76-1,43	0,793	1,05	0,67-1,64	0,834
R\$ 30,00- 99,00	1,01	0,78-1,31	0,934	1,04	0,72-1,51	0,825
R\$ 100 +	1,00					
Fatores individuais						
Local de trabalho						
Rua	0,91	0,75-1,28	0,891	1,06	0,76-1,48	0,789
Interior	1,00					
Consumo álcool						
Sim	1,32	0,97-1,81	0,075	1,20	0,95-1,51	0,126
Não	1,00					
Uso de drogas						
Sim	1,94	1,50-2,49	0,000	1,72	1,21-2,43	0,002
Não	1,00					
Usa preservativo/todas						
Não	1,25	0,85-1,83	0,253	1,10	0,69-1,77	0,690
Sim	1,00					
Estatus sorológico/HIV						
Positivo	1,41	0,86-2,29	0,184	1,52	0,75-3,09	0,243
Negativo	1,00					

Legenda: RP= Razão de Prevalência; ORa= Odds Ratio Ajustada; IC= Intervalo de Confiança.

5.2.7. Violência física perpetrada por clientes

A prevalência de violência física perpetrada por clientes foi de 11,6%. A tabela 12 apresenta a prevalência segundo fatores sociodemográficos e individuais ou comportamentais estimada nesse tipo de violência.

Tabela 12- Prevalência de violência física por cliente nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores comportamentais ou individuais, Brasil 2009

Fatores sociodemográficos	Violência Cliente			
	Número (2523)	n	Prevalência (%)	IC 95%
Idade				
18 a 29 anos	1372	283	13,7	10,8-16,4
30 e mais	1151	112	9,7	7,7-12,1
Raça/Cor				
Preta	717	107	15,1	11,5-19,6
Não Preta	1806	186	10,3	8,6-12,3
Escolaridade				
Fundamental incompleto	1493	197	13,2	10,9-16,0
Fundamental completo +	1030	97	9,5	7,3-12,2
Renda mensal				
Até R\$ 899	1488	206	13,8	11,4-16,7
R\$900 e mais	694	67	9,6	7,2-12,7
Fatores individuais				
Local de trabalho				
Rua	966	147	15,3	12,1-19,1
Interior	1557	147	9,4	7,7-11,6
Consumo álcool				
Sim	1860	237	12,8	10,7-15,1
Não	663	57	8,7	6,0-12,3
Uso de drogas				
Sim	778	137	17,6	14,2-21,7
Não	1745	157	9,0	7,2-11,3
Uso consistente preservativo				
Sim	436	41	9,6	6,4-14,2
Não	2087	253	12,1	10,2-14,3
Status sorológico HIV				
Positivo	126	25	20,0	11,5-32,5
Negativo	2397	267	11,2	9,5-13,2

Nas análises bivariadas, a violência física cometida por cliente foi associada à maioria dos fatores sociodemográficos (cor preta, idade de 18 a 29 anos, baixa escolaridade e valor do programa até R\$ 29,00) e individuais (trabalhar nas ruas, consumir álcool e drogas e ser HIV positivo). Nas análises multivariadas se mantiveram associados: idade de 18 a 29 anos, trabalhar em ponto de rua, valor do programa até R\$ 29,00, uso de álcool e uso de drogas, conforme demonstra tabela 13.

Tabela 13-Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física perpetrada por cliente contra as mulheres profissionais do sexo de 10 cidades brasileiras - Brasil, 2009

Fatores sociodemográficos	Violência física por cliente					
	RP	Bivariada			Multivariada	
		IC95%	Valor p	ORa	IC95%	Valor p
Raça						
Preta	1,47	1,00-1,99	0,016	1,38	0,95-2,01	0,093
Não preta	1,00					
Idade						
18 a 29 anos	1,38	1,01-1,87	0,040	2,24	1,24-3,75	0,002
30 a 39	1,08	0,78-1,50	0,643	1,60	0,94-2,72	0,081
40 e mais	1,00					
Escolaridade						
Fundamental/incompleto	1,39	1,02-1,91	0,034	1,30	0,88-1,93	0,193
Fundamental/completo +	1,00					
Valor/programa						
Até R\$ 29,00	1,86	1,36-2,54	0,000	2,09	1,29-3,38	0,003
R\$ 30,00- 99,00	1,22	0,91-1,63	0,178	1,13	0,75-1,71	0,546
R\$ 100 +	1,00					
Fatores individuais						
Local de trabalho						
Rua	1,07	1,02-1,11	0,002	1,86	1,31-2,66	0,001
Interior	1,00					
Consumo álcool						
Sim	1,47	1,00-2,15	0,042	1,57	1,19-2,06	0,001
Não	1,00					
Uso de drogas						
Sim	1,95	1,44-2,65	0,000	1,47	1,02-2,18	0,041
Não	1,00					
Usa preservativo/todas						
Não	1,26	0,82-1,94	0,283	1,22	0,74-2,01	0,443
Sim	1,00					
Status sorológico/HIV						
Positivo	1,79	1,04-3,08	0,043	1,67	0,79-3,54	0,183
Negativo						

Legenda: RP= Razão de Prevalência; ORa= Odds Ratio Ajustada; IC= Intervalo de Confiança.

5.2.8. Violência policial

A prevalência de violência física perpetrada por policiais foi de 7,9 %. A tabela 14 apresenta a prevalência segundo fatores sociodemográficos e individuais ou comportamentais estimada para esse tipo de violência.

Tabela 14-Prevalência de violência física por policial nos últimos doze meses contra trabalhadoras do sexo brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores comportamentais ou individuais - Brasil, 2009

Fatores sociodemográficos	Violência Policial			
	Número (2523)	n	Prevalência (%)	IC 95%
Idade				
18 a 29 anos	1372	123	9,0	7,1-11,3
30 e mais	1151	66	4,2	5,1-8,5
Raça/Cor				
Preta	717	78	10,9	8,2-14,5
Não Preta	1806	120	6,7	5,3-8,3
Escolaridade				
Fundamental incompleto	1493	151	10,1	8,3-12,3
Fundamental completo +	1030	48	4,6	3,2-6,7
Renda mensal				
Até R\$ 899	1488	139	9,3	7,5-11,6
R\$900 e mais	694	35	5,0	3,6-7,1
Fatores individuais				
Local de trabalho				
Rua	966	100	10,4	8,1-13,1
Interior	1557	99	6,3	4,9-8,2
Consumo álcool				
Sim	1860	135	8,9	7,3-10,8
Não	663	34	5,1	3,5-7,2
Uso de drogas				
Sim	778	114	14,6	11,8-18,0
Não	1745	85	4,9	3,6-6,5
Uso consistente preservativo				
Sim	436	33	7,5	4,7-11,8
Não	2087	166	7,9	6,6-9,6
Status sorológico HIV				
Positivo	126	17	13,7	8,0-22,6
Negativo	2397	179	7,5	6,3-9,1

Nas análises bivariadas, os fatores associados à violência física perpetrada por policiais foram: raça/cor preta, baixa escolaridade, trabalhar em ponto de rua, consumir álcool, usar drogas e ser HIV positivo. Nas análises multivariadas se mantiveram associados baixa escolaridade, trabalhar em ponto de rua e uso de drogas. Além desses também se mostrou associada com idade de 18 a 29 anos (Tabela 15).

Tabela 15- Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física perpetrada por policial contra as mulheres profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras - Brasil, 2009

Fatores sociodemográficos	Violência física por policial				Multivariada	
	Bivariada RP	IC95%	Valor p	ORa	IC95%	Valor p
Raça						
Preta	1,64	1,15-2,36	0,007	1,51	0,98-2,34	0,063
Não preta	1,00					
Idade						
18 a 29 anos	1,36	0,96-1,94	0,084	2,03	1,09-3,79	0,026
30 a 39	0,99	0,67-1,46	0,962	1,72	0,92-3,20	0,089
40 e mais	1,00					
Escolaridade						
Fundamental/incompleto	2,17	1,43-3,31	0,000	2,21	1,34-3,51	0,001
Fundamental/completo +	1,00					
Valor/programa						
Até R\$ 29,00	1,39	0,96-2,01	0,081	0,97	0,57-1,66	0,905
R\$ 30,00- 99,00	1,23	0,86-1,76	0,262	0,83	0,51-1,37	0,465
R\$ 100 +	1,00					
Fatores individuais						
Local de trabalho						
Rua	1,64	1,15-2,34	0,006	1,80	1,15-2,82	0,010
Interior	1,00					
Consumo álcool						
Sim	1,75	1,16-2,62	0,006	1,32	0,99-1,75	0,052
Não	1,00					
Uso de drogas						
Sim	2,99	2,07-4,31	0,000	2,54	1,61-3,99	0,000
Não	1,00					
Usa preservativo/todas						
Não	1,06	0,64-1,74	0,834	0,88	0,49-1,57	0,656
Sim	1,00					
Estatu sorológico/HIV						
Positivo	1,82	1,05-3,16	0,036	1,57	0,78-3,13	0,205
Negativo	1,00					

Legenda: RP= Razão de Prevalência; ORa= Odds Ratio Ajustada; IC= Intervalo de Confiança.

5.2.9. Violência sexual

Das entrevistadas, 38,1% referiu ter sido forçada fisicamente alguma vez na vida a ter relações sexuais contra sua vontade. Para esse tipo de violência foram realizadas apenas análises bivariadas, nessas análises, a maioria dos fatores mostrou-se associados: renda mensal até R\$ 899,00, trabalho em ponto de rua, consumo de álcool e consumo de drogas e soropositividade para HIV (Tabela 16).

Tabela 16-Prevalência de violência sexual alguma vez na vida contra trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras, segundo fatores sociodemográficos e fatores comportamentais ou individuais, Brasil 2009

Violência sexual alguma vez na vida					
Fatores sociodemográficos	Número	Prev.	RP	IC 95%	Valor p
Raça					
Preta (n=717)	291	40,6	1,10	0,94-1,239	0,234
Não preta (n=1806)	663	36,7			
Idade					
18 a 29 anos (n=1372)	489	35,7	0,88	0,77-1,02	0,094
30 e mais (n=1151)	464	40,4			
Escolaridade					
Fundamental incompleto (n=1493)	577	38,6	1,03	0,94-1,13	0,484
Fundamental completo e mais (1030)	377	36,6			
Renda mensal					
Até R\$ 899 (n=1488)	613	41,2	1,27	1,07-1,51	0,005
R\$900 e mais (n=694)	225	32,4			
Fatores individuais					
Local de trabalho					
Rua (n=966)	406	42,1	1,20	1,03-1,38	0,016
Interior (1557)	547	35,1			
Consumo álcool					
Sim (n=1860)	734	39,5	1,19	1,00-1,42	0,043
Não (n=663)	219	33,1			
Uso de drogas					
Sim (n=778)	398	51,2	1,61	1,39-1,87	0,000
Não (n=1745)	555	31,8			
Usa preservativo/todas					
Inconsistente (n=2087)	824	39,5	1,16	1,05-1,27	0,005
Consistente (n=436)	130	29,8			
Estatus sorológico/HIV					
Positivo (n=126)	65	51,7	1,40	1,09-1,81	0,021
Negativo (2397)	61	48,3			

Legenda: Prev.=Prevalência; RP=Razão de Prevalência; IC=intervalo de confiança.

5.3. Violência e Vulnerabilidade ao HIV

5.3.1. Violência e *status* sorológico para HIV

Destaca-se que estudo realizado anteriormente, estimou a taxa de prevalência nessa amostra de MTS investigadas no estudo ora apresentado em 4,8% (IC de 95%: 3,4-6,1), e um efeito de delineamento de 2,63⁸⁴.

Nas análises bivariadas evidenciou-se associação significativa de soropositividade para HIV com violência sexual, violência física por cliente e violência física por policial. Nas análises multivariadas não houve associação de nenhum tipo de violência com soropositividade para HIV (Tabela 17).

Tabela 17-Violência contra Mulheres Trabalhadoras do Sexo de 10 cidades brasileiras e soropositividade para HIV. Brasil, 2009

Violência	RP	Soropositividade para HIV				
		Bivariada		ORa	Multivariada	
		IC 95%	Valor p			IC 95%
Verbal	1,01	0,81-1,25	0,93	0,71	0,41-1,23	0,22
Sexual	1,40	1,09-1,81	0,02	*		
Física geral	1,34	1,02-1,76	0,05	1,39	0,56-3,42	0,47
Física PI	1,36	0,94-1,97	0,11	1,13	0,51-2,52	0,76
Física familiar	1,41	0,86-2,29	0,18	1,04	0,64-2,22	0,91
Física cliente	1,79	1,03-3,08	0,04	1,50	0,64-3,50	0,34
Física policial	1,82	1,05-3,16	0,03	1,19	0,52-2,72	0,67

Legenda- RP=razão de prevalência; ORa= Odds Ratio ajustada. * Não entrou no modelo multivariado.

5.3.2. Violência e uso inconsistente do preservativo

Nas análises bivariadas, o uso inconsistente do preservativo foi associado com violência verbal, violência sexual, violência física por qualquer agressor e violência física por PI. Nas análises multivariadas permaneceu associada apenas violência física por parceiro íntimo (Tabela 18).

Tabela 18- Uso inconsistente do preservativo e violência contra mulheres profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras. Brasil, 2009

Violência	Uso inconsistente do preservativo					
	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	RP	IC 95%	p	ORA	IC 95%	p
Verbal	1,09	1,03-1,15	0,02	1,34	0,95-1,87	0,90
Sexual	1,07	1,02-1,13	0,06	*		
Física qualquer agressor	1,08	1,03-1,14	0,03	0,95	0,49-1,81	0,75
Física P. Íntimo	1,12	1,06-1,18	0,00	1,98	1,12-3,51	0,01
Física familiar	1,04	0,98-1,11	0,25	0,93	0,52-1,64	0,80
Física cliente	1,04	0,97-1,12	0,28	0,86	0,48-1,55	0,62
Física policial	1,01	0,92-1,10	0,83	0,76	0,40-1,42	0,39

Legenda- RP=razão de prevalência; ORA= odds ratio ajustada. * Não entrou no modelo multivariado.

6. DISCUSSAO

Este estudo revelou que mais de um terço das MTS de 10 cidades brasileiras comercializavam o sexo nas ruas (38,7%); mais da metade era jovem, com menos de 30 anos de idade (54,4%), solteiras (79,7%), com menos de 10 anos no comércio sexual (70,7%), com baixo nível de escolaridade (59,2%), com renda mensal inferior a R\$ 600 (45,0%), morava de aluguel ou no local de trabalho (65,8%), com filhos (80,1%) e autorreferidas como pardas e negras (73,1%). O perfil desta amostra de MTS já foi detalhado em estudos anteriores^{84,87,88,89}.

Quanto à prevalência de violência nos últimos doze meses, a maioria das mulheres se sentiu discriminada (72,0%) e os principais motivos apontados foram discriminação pela profissão e falta de dinheiro ou condição social; 59,5% foram agredidas verbalmente e mais de um terço sofreu abuso físico (38,1%), tanto no ambiente do trabalho sexual, por clientes (11,7%) e policiais (7,9%), como no âmbito doméstico, por parceiros íntimos (25,2%) e familiares / conhecidos (16,6%), demonstrando assim, que os parceiros íntimos e familiares foram os principais agressores. Além disso, 37,8% referiram abuso sexual em algum momento da vida.

Em que pese o limitado número de estudos epidemiológicos, especialmente no Brasil e América Latina, direcionados a caracterizar este segmento de mulheres e estimar a prevalência de desfechos como a violência, estes resultados ratificam a literatura quanto à alta prevalência de violência contra mulheres trabalhadoras do sexo. Revisão da literatura mundial⁷⁷ sobre prevalência global de qualquer tipo de violência contra essas mulheres evidenciou que esta varia de 45,0% a 75,0% e em relação à violência nos últimos 12 meses de 32,0% a 55,0%.

Em Abuja, Nigéria, estudo que examinou a frequência de violência nos últimos seis meses contra MTS que trabalhavam em bordéis evidenciou uma prevalência de qualquer violência de 52,5%; violência física 35,7%, psicológica 31,9%; e sexual 41,9%. Na maioria dos abusos (68,1%), os clientes foram os

principais perpetradores⁹⁰. Investigação com MTS da Argentina revelou que 34,7% foram rejeitadas por serem profissionais do sexo; 21,9% foram espancadas, 24,1% sofreram abuso sexual em algum momento da vida e 45,4% foram presas por causa do trabalho sexual⁶³.

No Brasil, estudo com MTS no Rio de Janeiro evidenciou que 15,6% haviam experimentado violência nos últimos quatro meses relacionada ao trabalho sexual. Em Picos, no Piauí, estudo descritivo identificou uma prevalência de qualquer violência contra MTS, em algum momento na vida, de 40,8%; física em 30,2%; psicológica em 60,5% e sexual em 9,2%. Estudo semelhante realizado em Sobral, no Ceará, evidenciou uma prevalência de violência física de 30,0%, sexual de 12,5% e psicológica de 10,0%^{91,69,70}.

Quanto à prevalência de fatores de risco e associação destes com a violência, ressalta-se o limitado número de estudos epidemiológicos na literatura nacional e internacional que investigaram diretamente os fatores associados à violência contra MTS. A quase totalidade se volta para investigação dos fatores de risco associados à infecção por HIV, especialmente o uso de substâncias psicoativas. Em muitos estudos, a violência se mostra associada às altas prevalências da infecção nesse segmento, sendo assim, identificada como um dos principais fatores a ser enfrentado no controle da pandemia^{92, 93,94}.

O estudo ora apresentado, ao investigar tal associação evidenciou uma pluralidade de fatores relacionados às vivências de violência por parte das MTS brasileiras. Em todas as formas de violências investigadas, os fatores socioestruturais e individuais (baixo nível socioeconômico, idade (mais jovem), raça/cor (preta), baixa escolaridade, trabalhar nas ruas, uso de álcool e de drogas e uso inconsistente de preservativo) se mostraram associados, variando a força da associação de cada um desses fatores com o tipo de violência e de agressor. Entretanto, a idade 18 a 29 anos, o uso drogas e de álcool mostraram-se associados de forma estatisticamente significativa nas duas formas de análises: bivariadas e análises multivariadas; com os diversos tipos

de violência investigados (verbal, física e sexual) e com todos os perpetradores (parceiros íntimos, familiares ou conhecidos, clientes e policiais).

Esses resultados são consistentes com outros estudos e refletem a violação aos direitos humanos fundamentais, a mesclagem das desigualdades sociais e de gênero entrelaçadas com a discriminação e estigmatização do trabalho sexual, formam um contexto que impõe vulnerabilidades diversas e marcam perversamente todas as formas de violência direcionadas às MTS⁶¹, 62,642,79,88, 91.

Nosso estudo demonstrou que a maioria das MTS se sentiu discriminada, foi xingada e humilhada nos últimos 12 meses. O consumo de álcool e de drogas e o uso inconsistente do preservativo em qualquer situação foram associados de forma significativa com esse tipo de violência nas duas formas de análise. Embora difícil de mensurar quantitativamente, por manifestar-se em atitudes mascaradas sem a ocorrência de contato físico, a violência verbal (psicológica) pode repercutir diretamente na suscetibilidade dessas mulheres a vários problemas de saúde. Sentimentos de discriminação e humilhação, misturados ao medo provocado pela convivência com constantes ameaças à integridade física e psicológica, podem causar stress emocional, depressão e baixa autoestima podendo interferir na capacidade de negociar práticas sexuais seguras^{95,59}.

Para alguns autores, indivíduos marginalizados ou estigmatizados quando na condição de vítimas de violência são frequentemente responsabilizados, isso pode ser internalizado como culpa e levá-los a negligenciar a autoproteção. Além disso, o medo de vitimização constitui uma das principais barreiras para negociação do uso do preservativo e induz ao uso de álcool e de drogas, o que leva a mais exposição a situações de violência e práticas sexuais desprotegidas, formando um ciclo que se retroalimenta e se perpetua: trabalho sexual, uso de álcool e de drogas, violência e doenças sexualmente transmissíveis^{96,64,65}.

O abuso de substâncias psicoativas no exercício do trabalho sexual pode ocorrer antes e/ou durante a relação sexual e/ou em uso compartilhado com os clientes. A princípio, para aumentar a coragem de encarar o trabalho e na crença de melhorar o desempenho sexual; posteriormente, essa rotina pode levar à dependência, que é um dos fatores que leva à venda do sexo para aquisição das mesmas, condicionando as mulheres a serem menos seletivas com os clientes, a envolverem-se com potenciais agressores, a se exporem em ambientes inseguros (ruas escuras, casa dos clientes, matas, carros com mais de um homem) e aceitar práticas sexuais de risco. Portanto, está entre os preditores da vitimização das MTS e pode ser um marcador de risco importante para o aumento da violência entre as trabalhadoras do sexo^{97,98}.

Nosso estudo demonstrou que a prevalência de violência física entre as MTS que consumiram drogas foi de 55,0% e entre as que ingeriram álcool a prevalência foi de 42%. Esses achados foram evidenciados em outros estudos. Investigação sobre o uso de álcool e de drogas entre MTS que trabalhavam nas ruas de Miami evidenciou que nos últimos 30 dias (anteriores ao estudo), 75,4% das mulheres haviam consumido álcool, 57,8% maconha, 38,4% cocaína, 74,4% crack, 19,4% heroína e 13,8% referiu estar (atualmente) em uso de drogas injetáveis. Experiência de violência no mês anterior ao estudo foi referida por 20,9% dessas mulheres; 16,6% foram rasgadas; 5,5% referiu ter sido ameaçada com arma; 10,8% foram espancadas e 4,0% estupradas⁹³.

Em Vancouver, Canadá, a prevalência de violência contra MTS usuárias de drogas que comercializavam o sexo nas ruas foi 57,0%, com predomínio da violência física (38,0%) e estupro (25,0%). Os clientes representaram 30,0% dos agressores e 100% das MTS que relataram abusos por estes perpetradores referiram ter sofrido violência verbal⁶².

Essas e outras evidências demonstram que o uso de substâncias psicoativas é um dificultador na negociação do uso do preservativo, uma vez que propicia comportamentos mais agressivos, levando as mulheres a

sofrerem violência e/ou ao medo desta. Além disso, denotam a importância da violência estrutural e da desigualdade de gênero que se cruzam com fatores individuais, como o uso dessas substâncias aumentando, assim, o risco de violência nesse segmento de mulheres^{98, 99,100,101}.

Em nossos achados, os parceiros íntimos foram os principais perpetradores de agressão física contra as MTS, a prevalência foi de 25,2%. Entre os fatores de risco associados a este tipo de violência nas duas formas de análises (bivariada e multivariada) foram: uso inconsistente do preservativo em qualquer situação ORa=1,99, IC 95%1,27-3,11, p=0,00; ter menos de 30 anos de idade – ORa= 1,92, IC 95%1,23-2,99, p=0,00; o uso de álcool – ORa= 1,47, IC 95%1,21-1,80, p=0,00 e; o uso de drogas- ORa1,68, IC 95%1,25-2,57, p=0,00; além destes, a idade de 30 a 39 anos também se mostrou associada - ORa 1,63, IC 95%1,04-2,55, p=0,03.

Essas evidências são consistentes com a literatura mundial, pois resultados divulgados no Relatório da OMS de 2013 sobre estimativas globais de violência contra a mulher apontam a violência por parceiro íntimo como a principal forma de violência, afetando 30% das mulheres em todo mundo⁵⁷. De acordo com revisão da literatura que investigou a sindemia (sindemia é um termo cunhado da antropologia para definir problemas de saúde e sociais concorrentes e entrelaçados, que se reforçam mutuamente) do abuso de substâncias, violência e HIV/AIDS -“SAVA”, entre mulheres nos Estados Unidos, das que relataram agressão física e estupro na idade adulta, 76% foram vítimas de seus parceiros íntimos. Investigação realizada com mulheres inscritas em programas de tratamento de manutenção com metadona em Nova York revelou uma prevalência de 46% de violência (física e sexual) cometida pelos parceiros íntimos^{102, 100}.

No Brasil, investigação com mulheres atendidas em unidades do Sistema Único de Saúde da Grande São Paulo que examinou a violência por parceiro íntimo identificou uma prevalência de 59,8%⁴³. Na China, estudo com MTS que investigou violência perpetrada por parceiro estável evidenciou que 57,9% das mulheres já haviam sofrido pelo menos um tipo de violência por

seus parceiros: 55,5% foram vítimas de violência emocional, 20,1% de violência física e 16,2% vítimas de violência sexual¹⁰³.

Os fatores associados à VPI no segmento de MTS identificados em nosso estudo foram evidenciados em outros trabalhos, que investigaram a VPI em mulheres de forma geral e entre MTS, os quais constataram associação consistente com uso de álcool, de drogas e com fatores sociodemográficos como idade e baixa escolaridade, entre outros. Estudo realizado em oito estados norte-americanos, que analisou fatores de risco para VPI, constatou que as mulheres mais jovens estão em maior risco de violência física e sexual por seus parceiros íntimos do que as mulheres de mais idade, ORa=3,07. Da mesma forma, estudo com MTS na China demonstrou associação de VPI com idade, com menos educação (71,6% versus 62,7%, $p < 0,05$) e consumo de drogas (violência física 24,3% versus 16,9%, $p < 0,05$) e sexual (25,8% versus 16,8%, $p < 0,05$)^{104,103}.

Em investigação sobre fatores de risco para VPI numa coorte de mulheres em Uganda, de 2000 a 2009, foi evidenciado que beber álcool antes do sexo e ter um parceiro que utiliza álcool antes do sexo foram associados de forma significativa, respectivamente: ORa=1,21, IC 95%:1,10-1,32, $p < 0,001$ e ORa=1,46, IC 95%:1,34 - 1,60, $p < 0,001$). Além disso, mulheres com educação secundária e níveis mais elevados de educação foram significativamente menos propensas a sofrer VPI do que as mulheres com menos de cinco anos de escolaridade ORa=0,65, IC95%:0,48-0,89, $p=0,008$ ⁴².

Estudo realizado com MTS em Tijuana e Ciudad Juarez, duas cidades fronteira México-EUA, que investigou a VPI nesse segmento evidenciou associação significativa com injeção frequente de drogas ilícitas pelo cônjuge/parceiro fixo ORa= 1,78, IC 95%: 1,04-3,05. Na China, investigação que examinou a relação de violência por parceiros íntimos com angústia psicossocial em MTS, além da associação significativa com comportamento suicida (ORa=2,91), depressão (ORa=2,00) e solidão (ORa=2,08) evidenciou associação com intoxicação alcoólica cuja ORa foi de 2,27^{105,106}.

Argento e colaboradores, ao examinarem a prevalência de violência física e sexual cometida por parceiro íntimo contra MTS e os fatores a esta relacionados, em Vancouver, Canadá constatou que 21,5% vivenciou violência no início do estudo e 26,2% durante os dois anos de acompanhamento. Foi evidenciada associação com uso inconsistente do preservativo no sexo anal e / ou vaginal com parceiro íntimo: ORa= 1,84, IC 95%: 1,07-3,16, de modo semelhante aos nossos achados: ORa= 1,99 IC 95%: 1,27-3,11. Além disso, observaram associação com a dependência financeira (ORa= 1,65, IC 95%: 1,05-2,59) e para o abastecimento de drogas (ORa= 1,62, IC 95%: 1,02-2,26) por parte desses parceiros que exploram os rendimentos provenientes do trabalho sexual das MTS¹⁰⁷.

Estas evidências demonstram o papel desses homens enquanto perpetuadores da violência contra as mulheres explicitando, portanto, a necessidade do olhar a violência contra MTS para além daquela cometida pelos clientes, tendo em vista que as vivências de violências por parceiros íntimos podem ser extensões das desigualdades de gênero e do desequilíbrio de poder nos relacionamentos contribuindo diretamente para a manutenção de práticas sexuais de risco, como o sexo forçado e não uso do preservativo. Além disso, a presença de fatores estruturais e o consumo de álcool e de drogas muitas vezes se entrelaçam nessas relações favorecendo ainda mais o controle dos homens sobre as mulheres.

Investigação com MTS chinesas revelou que 73,6% das mulheres eram ameaçadas de perder moradia ou assistência financeira por seus parceiros íntimos, 56,6% tiveram propriedades danificadas, 41,5% foram ameaçadas de ter seus entes queridos prejudicados, 28,3% foram roubadas e 13,5% eram ameaçadas de ter sua profissão exposta para o público¹⁰⁸.

A violência por parceiro íntimo é um dos principais contribuintes para problemas de saúde dessas mulheres. As consequências para a saúde são tanto imediatas, como contínuas e em longo prazo. Entre as de curto prazo estão os desfechos irremediáveis como a morte, lesões e sequelas irreversíveis como cegueira, membros amputados consequente de agressões

físicas, além de gravidez indesejada, aborto, infecção por DST incluindo o HIV e sofrimento psicológico. Em longo prazo estão associados à VPI: as dores crônicas, transtornos de stress pós-traumáticos, problemas gastrointestinais, depressão (as mulheres vítimas de VPI são quase duas vezes mais propensas a ter depressão quando comparadas àquelas que não sofreram esse tipo de violência), ansiedade, abuso de álcool e de drogas para lidar com as experiências de violência, deficiência física e suicídio. Além disso, afeta toda família e conseqüentemente a sociedade^{59, 39, 109,110}.

De acordo com a OMS, o conhecimento dos fatores de risco específicos para a violência por parceiro íntimo é fundamental para prevenção e controle da mesma, no entanto enfatiza que, especialmente nos países de baixa e média renda há uma carência de estudos longitudinais sobre a identificação de tais fatores. Conforme avaliação da própria OMS, os fatores de risco para VPI são classificados em uma estrutura ecológica de quatro níveis:

Nível individual, no qual se destaca a idade mais jovem, baixo nível de escolaridade, uso abusivo de álcool e de drogas ilícitas;

Nível de relacionamento (disparidade educacional, maior número de filhos, discórdia, insatisfação conjugal);

Nível comunitário e nível social, caracterizados por altas taxas de analfabetismo feminino, aceitação dos papéis tradicionais de gênero, desemprego, pobreza, aceitação da violência, baixa proporção de mulheres com alto nível de autonomia e com ensino superior, carência de sanções legais, falta de acesso a serviços de apoio, falta de legislação específica sobre VPI, normas sociais e de gênero arraigadas na sociedade¹¹¹.

A violência física cometida por familiares foi a segunda mais referida pelas MTS em nosso estudo, e os fatores associados nas análises multivariadas foram: idade de 18 a 29 anos, baixa escolaridade e uso de drogas. Após o ajuste, a idade de 30 a 39 anos também se mostrou associada.

Nessas relações, além das normas e desigualdades de gênero, os motivos que levam parceiros e familiares a violentarem essas mulheres são ambíguos e contraditórios entre si; as mulheres são violentadas para trazerem o dinheiro para o sustento de outros e ao mesmo tempo são punidas por se prostituírem e se relacionarem sexualmente com outros homens a fim de prover tal sustento. Esse tipo de relacionamento abusivo pode ser de difícil rompimento por parte das mulheres, especialmente quando os perpetradores controlam a situação, sob ameaça, de perda da guarda dos filhos, de bens, da moradia, entre outros.

Autores como Wechsberg¹¹² e colaboradores identificaram que muitas mulheres, principalmente jovens que se envolveram no trabalho sexual e uso de drogas dependiam dessa atividade como sua principal fonte de renda e ainda apoiavam outros membros da família. Essas mulheres relataram agressões por parte de homens, fossem clientes, namorados, parceiros ou familiares e principalmente, as mais jovens referiram grande medo de futura vitimização.

No Brasil, em que pese o limitado número de estudos que abordem a violência doméstica no contexto das trabalhadoras do sexo, alguns estudos quantitativos descritivos demonstraram a alta carga de violência que elas sofrem em seus recintos domiciliares. Estudo realizado com trabalhadoras do sexo em Fortaleza-CE identificou que 47,6% das mulheres foram vítimas de algum tipo de violência no domicílio, enquanto 40,5% vivenciaram abusos em ambiente de trabalho¹¹³. Outro estudo realizado com profissionais do sexo no Rio de Janeiro evidenciou que as mulheres que sustentavam membros da família com os rendimentos advindos do trabalho sexual eram menos propensas a usar preservativos com seus clientes¹¹⁴.

Os clientes foram identificados como autores de violência física por 11,7% das MTS em nosso estudo. Nas análises multivariadas, fatores estruturais e individuais se mostraram associados aos abusos cometidos pelos clientes: idade (18 a 29 anos), trabalho sexual nas ruas, baixo valor cobrado pelo programa, uso de álcool e uso de drogas.

Embora vários estudos realizados em outros contextos identifiquem os clientes como principais agressores das MTS, diferentemente do estudo em questão, no qual a prevalência desse tipo de violência foi inferior à perpetrada por parceiros íntimos e familiares, os resultados são compatíveis com os de outras investigações, principalmente no que diz respeito aos fatores associados a este tipo de violência.

Vários estudos apontam o trabalho de rua como um potencializador da violência contra MTS, tanto pelos clientes, como por policiais e criminosos, além da intrínseca relação com o consumo de drogas. Estudo com MTS no Reino Unido demonstrou que as que trabalhavam nas ruas eram mais jovens, relataram mais uso de drogas ilícitas e as experiências de violência por parte de seus clientes foram mais frequentes do que aquelas que trabalhavam em ambientes fechados (81% versus 48%). As MTS que trabalhavam nas ruas em Glasgow tinham seis vezes mais probabilidade de ter sofrido violência recente por clientes do que aquelas que trabalhavam em ambientes internos em Edimburgo. No Canadá foi evidenciada associação da violência perpetrada por cliente com a prática de atendê-los em espaços públicos e/ou carros (ORa= 2,00; IC95% = 1,65, 5,73)^{4,94}.

Katsulis e colaboradores¹¹⁵ demonstraram em análise bivariada associação estatisticamente significativa entre a violência no local de trabalho e variáveis preditoras selecionadas: idade, o uso de drogas, troca de sexo por bens, abordar clientes nas ruas e em situação insegura de habitação. Nas análises multivariadas, os preditores que permaneceram estatisticamente significantes para a violência no local de trabalho foram: abordar clientes nas ruas (ORa= 3.52, p = 0.03) associado com violência sexual e insegurança de habitação (ORa=3,74;p=0.01) associado com qualquer forma de violência.

Vale destacar que estudos que examinaram a prevalência da violência em diferentes contextos (rua e ambiente fechado) concluíram que a vitimização ocorre em todos os ambientes, o que difere é a frequência e a gravidade, ou seja, a extensão e a natureza da violência perpetrada contra as MTS diferem

entre ambientes internos e externos, e a vulnerabilidade surge das condições ambientais dentro dessas configurações⁷.

Raphael & Shapiro¹¹⁶ identificaram que as MTS que trabalhavam nas ruas em Chicago sofreram mais agressão física, enquanto as mulheres em espaços interiores foram mais vítimas de violência sexual e ameaças com armas. Os principais perpetradores nos dois ambientes foram os clientes. A frequência variou de acordo com o tipo de violência de 62% até 100%, que incluiu: bater, perfurar, puxar o cabelo, beliscar, espancar, chutar, rasgar roupas, atirar algo, ameaçar com arma, ameaça de estupro e sexo forçado.

Revisão sistemática sobre violência contra MTS no mundo identificou quatro estudos que examinaram o papel do ambiente de trabalho sexual em promover ou reduzir o risco de violência contra os trabalhadores do sexo: na Índia, as MTS que trabalhavam em suas casas eram menos propensas a experimentar violência sexual por clientes do que as que trabalhavam em bordéis, alojamentos, ou em locais públicos; na Grã-Bretanha, as MTS que trabalharam ao ar livre tinham seis vezes mais chances de sofrer violência pelos clientes do que as que trabalham em ambientes internos; no Canadá, MTS que atendiam clientes em carros ou lugares públicos foram mais propensos a vivenciar violência do que as que atendiam em ambientes internos; na Rússia, MTS que trabalhavam nas ruas foram mais propensas a sofrer violência sexual por policiais⁷⁹.

As diferenças nas taxas de exposição à violência nos diferentes ambientes do trabalho sexual provavelmente são influenciadas por uma pluralidade de fatores de risco e circunstâncias. Katsulis e colaboradores¹¹⁷, ao estudarem o contexto social da violência no trabalho sexual em Tijuana no México identificaram uma prevalência de violência perpetrada por cliente de 27%, mesmo com a existência de normas legais para o trabalho sexual em locais determinados.

O uso de substâncias psicoativas constitui outro importante fator de risco para a violência e práticas sexuais não seguras entre as MTS. No contexto do

trabalho sexual, o uso de álcool e de drogas como a cocaína é visto por muitas mulheres como um meio de conseguir maior rendimento e interação com os clientes e ao mesmo tempo é um mecanismo de fuga do próprio trabalho e do estigma por este imposto^{118, 94,59,119}.

Estudo realizado com MTS de Tijuana e Ciudad Juárez demonstrou que a prevalência de abusos cometidos por clientes nos últimos seis meses foi maior entre as consumidoras de drogas injetáveis, enquanto entre as não consumidoras a violência emocional foi relatada por 26%, a física por 18% e a sexual por 10%, entre as consumidoras as prevalências foram: 38%, 26% e 21% respectivamente¹⁰⁵.

Estudo realizado em Vancouver, Canadá apontou o compartilhamento de drogas ilícitas entre MTS e seus clientes como um marcador de risco importante para violência e práticas sexuais de risco. A probabilidade de sofrer abuso verbal, físico e / ou sexual foi quase três vezes maior entre as MTS que compartilham essas substâncias com os clientes (ORa = 2,71; IC 95%: 1,17-6,32; p = 0,02) e mais de três vezes de exposição a práticas sexuais de risco (ORa = 3,17; IC 95%: 1,48-6,77; p=0,00)⁹⁸.

No presente estudo, a violência física cometida pela polícia foi referida por 7,9% das MTS que identificaram os autores desse tipo de violência. Nas análises multivariadas os fatores associados foram: idade de 18 a 29 anos, baixa escolaridade, trabalho nas ruas e uso de drogas.

A violência policial contra MTS é um fenômeno mundial que ocorre onde o trabalho é criminalizado, onde aspectos do trabalho são criminalizados e onde é legalizado. Estudo constatou que 6% das MTS de Tijuana no México (onde o trabalho sexual é legalizado em determinadas áreas) referiram violência policial, as MTS que exerciam o trabalho nas ruas, consideradas fora das normas da legalidade do trabalho sexual referiram experiências de abusos exacerbados por parte dos policiais¹¹⁷.

Estudos diversos associam a violência cometida pela polícia contra MTS com o uso de drogas e de álcool. As mulheres que abusam dessas substâncias

bem como aquelas que trabalham nas ruas estão mais vulneráveis a esse tipo de violência ^{120,5}.

Revisão sistemática citada anteriormente identificou investigações com MTS na Índia e Bangladesh. Na primeira, 6,6% das mulheres que sofreram violência no ano anterior foram violentadas pela polícia e em Bangladesh 6,8%. Dessas, 49% referiam estupro e 59% espancamento por policiais⁷⁹.

Essa revisão constatou que as práticas de policiamento consequentes também da criminalização e de aspectos criminalizados do trabalho sexual (prisão, violência ou coerção) foram independentemente associadas com o aumento da violência contra as MTS: na Grã-Bretanha, as MTS com história de prisão foram mais propensas a sofrer violência física por parte dos clientes (ORa=2,60, IC 95%= 2,24-5,71); no Canadá, as vivências de violência policial nos últimos seis meses, como o confisco de parafernália de droga, foi associado com a violência física por qualquer agressor, exceto clientes (ORa=1,50, IC 95%=1.02-2.41); ter sofrido assalto pela polícia foi associado com violência física por qualquer perpetrador, exceto clientes (ORa= 2,61, CI 95%=1.32 - 5.16) e com violência física e sexual por clientes (ORa= 3,45,IC 95%=1.98 - 6.02)⁷⁹.

Na Índia, foram associados com qualquer tipo de violência (física e sexual): sexo coercitivo com policiais (ORa= 3.06, CI=1.89-4.93); suborno policial (ORa=3.16, IC 95%= 2,00-4,98); ter os preservativos tomados por policiais (ORa=5.62,IC 95%= 3.22-9.82); ter locais de trabalho invadidos por policiais (ORa=4.64,IC 95%= 3.16 - 6.81) e ter sido presa (ORa= 7.14,IC 95%= 4.45-11.44) foi associado de forma independente com aumento da violência física e sexual por clientes^{121,79}.

No Brasil, relatório sistematizado da Rede Nacional de Prostitutas apresentou as violações dos direitos humanos mais recorrentes vivenciadas por trabalhadoras do sexo e apontou a violência policial e de traficantes de drogas: extorsão, assédio e expulsão dos espaços públicos, violações no local de trabalho incluindo multas excessivas, além de acesso restrito a cuidados

médicos de emergência; violência física e verbal de transeuntes como frequentes em todas as regiões do Brasil⁹¹.

Essas evidências demonstram que os abusos policiais (agressão verbal, física, extorsão, estupro, roubo, multas, prisão ou ameaças) agregam mais elementos de vitimização no universo do trabalho sexual, uma vez que coíbe as mulheres de denunciar clientes agressores e de acessar outros serviços públicos (saúde e serviços sociais). Além disso, as obrigam a se deslocarem para áreas desertas e escuras (ruas, becos), a utilizar o carro dos clientes onde ficam à mercê de atos abusivos, tanto por parte dos clientes, como de criminosos, potencializando a violência e riscos à saúde⁷⁹.

No que se refere à associação da violência contra MTS com soropositividade para HIV, nosso estudo evidenciou nas análises bivariadas associação significativa de violência sexual, violência física por cliente, e violência física por policial com soropositividade para HIV. Nas análises multivariadas essas associações não se mantiveram. No entanto, a prevalência de HIV identificada na amostra de MTS brasileiras ora explorada foi de 4,8%, mais de 10 vezes maior do que a prevalência de HIV na população geral de mulheres que no mesmo período foi estimada em 0,4%^{84,122}.

A violência contra as MTS já é um reconhecido fator de vulnerabilidade ao HIV, de acordo com a OMS, interfere diretamente na capacidade de negociar o uso do preservativo nas práticas sexuais, sendo assim, fator contribuinte para vulnerabilidade à infecção¹²³.

As evidências de associações entre as experiências de violência e exposição ao risco de HIV entre as MTS são cada vez mais exploradas na literatura. Os estudos de abordagem qualitativa, bem como estudos quantitativos, têm demonstrado que MTS que sofreram abusos físicos, sexuais e psicológicos são mais suscetíveis ao uso inconsistente do preservativo e conseqüentemente às DSTs, incluindo o HIV^{124,125}.

Na Argentina, um estudo revelou uma maior frequência de uso inconsistente do preservativo com os clientes entre as profissionais do sexo

que tinham experiência de abuso sexual na vida (ORa=1,5, IC95%=1,2-1,8); abuso sexual na primeira experiência (ORa=1,5, IC95%= 1,2-1,8) e; rejeição por ser profissional do sexo (ORa= 1,4, IC95%=1,1-1,6). Foi observada maior propensão de ser HIV positivo (ORa=1,8, IC95%= 1,1-3,0); e ter infecção por *T. Pallidum* (ORa= 1,5, IC95%= 1,3-1,7) entre as MTS que relataram terem sido presas pela polícia. Com relação ao uso inconsistente do preservativo com os parceiros íntimos, evidenciou-se uma maior propensão entre aquelas que sofreram abuso sexual na vida (ORa=1,4, IC95%= 1,0-1,9)⁶³.

Estudo que investigou as práticas de risco associadas à prevalência de HIV nessa mesma amostra de MTS brasileiras do presente estudo revelou que entre as práticas de maior risco estão: trabalhar em pontos de rua, cuja prevalência de 7,2% foi duas vezes maior do que entre as mulheres que comercializavam o sexo em ambientes internos (3,6%), e consumo de drogas, além da associação com menor nível sócio-econômico⁸⁷. Em nossas análises todos esses fatores foram associados com a violência, o que demonstra a interrelação com estes.

A associação entre violência contra as MTS e uso de drogas e de álcool evidencia o adicional de risco a práticas sexuais desprotegidas, imposto pelo uso e dependência dessas substâncias, tanto nas relações com seus parceiros íntimos e familiares, quanto nas relações comerciais.

Revisão sistemática e meta-análise de estudos brasileiros sobre prevalência de HIV em determinadas populações, incluídas as MTS, cuja prevalência foi de 6,2%, identificou dentre as co-variáveis associadas de forma independente a esta prevalência: o uso de inalantes, o uso de drogas injetáveis e ter um parceiro usuário de drogas injetáveis¹²⁶.

Estudo semelhante sobre prevalência de HIV entre MTS dos países de baixa e média renda evidenciou uma prevalência global de 11,8%. No entanto, este estudo destaca que nos países da América Latina e Caribe onde a prevalência de HIV entre todas as mulheres é baixa ou muito baixa, as MTS

apresentaram maior probabilidade de infecção do que nos países com média e alta prevalência de HIV entre as mulheres. No caso do Brasil, o estudo identificou uma prevalência entre todas as mulheres de 0,47%, enquanto entre as MTS foi de 6,7%. Os autores desse estudo consideram necessárias intervenções voltadas para o enfretamento e combate do estigma, da discriminação e da violência contra as MTS como forma de prevenir o HIV⁹².

De acordo com Meyer et al¹⁰², a combinação de epidemias como a sindemia SAVA” (abuso de substâncias, violência e HIV/AIDS) é um contribuinte importante para a carga desproporcional de doenças em mulheres pobres e urbanas e ao mesmo tempo, uma barreira para as ações de combate ao HIV, uma vez que as três epidemias interagem de forma sinérgica, cada uma contribuindo de forma independente para a saúde das mulheres. A crescente epidemia de HIV/Aids agrava outras condições de comorbidades crônicas (diabetes, hipertensão entre outras) vivenciadas pelas mulheres. Da mesma forma, a epidemia de violência impacta diretamente na saúde destas.

Pesquisa Nacional de Violência Contra as Mulheres, nos Estados Unidos revelou que 52% foram agredidas fisicamente quando crianças ou adultas, e 18% das mulheres pesquisadas vivenciaram estupro ou tentativa durante a sua vida. De forma semelhante às epidemias de HIV/Aids e violência, a epidemia de abuso de substâncias afeta cada vez mais as mulheres. Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas nos Estados Unidos revelou que as taxas de uso de drogas ilícitas entre as mulheres com idades ≥ 12 crescem rapidamente, enquanto permanecem estagnadas na população masculina correspondente.

No presente estudo o uso inconsistente do preservativo, nas análises multivariadas, mostrou-se associado apenas com a violência física por parceiro íntimo (ORa= 1,98, IC 95% 1,12-3,50, p=0,01).

Estes resultados corroboram outros estudos, como o de Zhang e colaboradores⁶⁶ que demonstraram associação dos três tipos de violência perpetrada por parceiros estáveis com a maioria dos fatores de risco para HIV: as mulheres abusadas fisicamente eram mais propensas ao uso inconsistente

do preservativo com esses parceiros, do que as não abusadas (na vida sexual 85,9% versus 78,0%, $p=0,01$) e durante as três últimas relações sexuais (70,4% versus 60,4%, $p= 0,001$). As que sofreram violência emocional por esses parceiros foram quatro vezes mais propensas a ter histórico de infecção sexualmente transmissível (IST) (12,4% versus 2,7%, $p=0,0001$). As MTS abusadas sexualmente foram mais propensas a nunca terem sido testadas para HIV (62,4% versus 49,4%, $p= 0,01$). As que sofreram violência física e/ou sexual por parte desses parceiros foram mais propensas ao uso de drogas: violência física (24,3% versus 16,9%, $p= 0,05$) e sexual (25,8% versus 16,8%, $p= 0,05$).

De forma semelhante aos nossos resultados nas análises multivariadas foram mantidas as associações de uso inconsistente do preservativo com parceiro estável/intimo (na vida sexual $ORa= 1,76$, $IC\ 95\%= 1,19-2,61$), durante as três últimas relações sexuais ($ORa= 1,56$, $IC95\% =1,13-2,14$), além da associação com histórico de IST ($ORa = 4,58$, $IC95\%= 2,21-9.51$).

Chama a atenção em nossos achados a não associação do uso inconsistente do preservativo com cliente e violência perpetrada por estes, bem como os achados de Damacena e colaboradores⁸⁶ que identificaram, nessa mesma amostra de MTS, entre os mais importantes fatores de risco associados à prevalência de infecção por HIV, o não uso de preservativo a “*pedido do cliente*” ($ORa= 3,73$; $IC\ 95\%= 1,44-9,66$). Esses resultados apontam para a necessidade de investigações mais aprofundadas com metodologias diversificadas que abordem, dentre outras variáveis, a percepção de violência das MTS brasileiras, pois de acordo com a literatura, o medo como consequência da vitimização interfere diretamente na capacidade das MTS de negociar o uso do preservativo nas práticas sexuais com seus clientes⁵⁹.

No Rio de Janeiro, experiências de violência vivenciadas por MTS foram associadas significativamente com uso inconsistente do preservativo com clientes ($ORa= 1,79$, $IC\ 95\%= 0,95-3,38$) e as mulheres mais velhas (> 30 anos) foram mais propensas a esta prática¹¹⁴. Estudo qualitativo que investigou violência contra MTS em Baltimore-USA constatou que a violência perpetrada

por clientes, física e sexual era grave e ocorria principalmente no contexto da negociação das práticas sexuais e uso do preservativo, muitas vezes com uso de armas de fogo ou facas resultando em ferimentos graves⁶¹.

De acordo com Shannon & Csete¹²³, compreender a relação entre a violência contra MTS e uso do preservativo pode ser o elemento chave para o entendimento do “por que” algumas populações de MTS são particularmente vulneráveis a taxas mais altas de HIV/DST em comparação com a população em geral. Estudo transversal, realizado com MTS de dois países da África Ocidental, Togo e Burkina Faso, evidenciou que história de sexo forçado foi independentemente associada com não uso recente de preservativo com cliente no sexo vaginal (RP= 1,49, IC 95%= 1,18-1,88); com mediação parcial por dificuldade de negociação do preservativo com clientes regulares (ORa=1,83; IC= 95%: 1,43-2,34) e com novos clientes (ORa= 1,60; IC 95%= 1,13 - 2,29)¹¹⁹.

Estudo que avaliou a capacidade de negociação do uso do preservativo e de recusa do programa sexual com clientes que se negavam a usar preservativo entre MTS de estados da Índia com alta prevalência de HIV evidenciou que 60% das MTS foram capazes de recusar sexo com clientes que se recusavam a usar o preservativo e apenas 17% foram capazes de ter êxito na negociação. Dentre os fatores associados com maior capacidade de negociação e recusa do sexo desprotegido foram: não ter experimentado qualquer tipo de violência (18% versus 14%, ORa= 1,5; IC 95%=1,2-1,8); idade, as mais jovens (< de 24 anos) e mais velhas (> de 32 anos); maior nível de escolaridade; não ter usado álcool e ter sido exposta a programas de prevenção do HIV¹²⁷.

Kerrigan⁹¹ e colaboradores demonstraram por meio de modelagem matemática que projetou o impacto da redução da violência contra MTS na redução da frequência de HIV para os próximos cinco anos que, na Ucrânia, onde há uma epidemia concentrada, a redução da violência poderia evitar mais de 1.400 novas infecções pelo HIV entre MTS, e mais de 4.000 na população adulta; no Quênia, onde há uma epidemia generalizada, reduções na violência

contra MTS poderia evitar mais de 5.300 novas infecções entre MTS e 10.000 entre todos os adultos.

Shannon e colaboradores⁹⁹ a fim de explorar o efeito potencial de determinantes estruturais na epidemia, utilizaram um modelo de transmissão determinista para simular potenciais infecções pelo HIV evitadas através de mudanças estruturais em regiões com concentrada e generalizada epidemia e alta prevalência de HIV entre as MTS. Nessa modelagem, somente a eliminação da violência sexual evitaria 17% de infecção por HIV no Quênia e 20% no Canadá por meio do seu efeito imediato e sustentado no uso do preservativo entre MTS e seus clientes na próxima década. A descriminalização do trabalho sexual teria o maior efeito sobre o curso da epidemia do HIV em todas as configurações, evitando 33-46% das infecções por HIV na próxima década.

7. FORTALEZAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados desse estudo são consistentes com a literatura no que concerne aos fatores associados à violência, que é apontada como um dos principais fatores de vulnerabilidade ao HIV entre MTS em todo mundo bem como aos perpetradores desta violência.

O RDS constituiu ponto forte nesse estudo, uma vez que é uma estratégia metodológica apropriada para estudo com MTS que, em termos populacionais representa baixa magnitude e está vinculada a comportamentos estigmatizados e atividade ilegal, sendo, portanto considerada de difícil acesso. O método possibilita a chance de alcançar indivíduos com essa característica e as redes mais longas alcançam aqueles mais ocultos⁸⁴.

O fato de o estudo ser executado em unidades de saúde é apontado como outra vantagem do método, uma vez que essa forma de inserção da pesquisa oportuniza o uso dos serviços de saúde e conseqüentemente intervenções e realização dos testes sorológicos nos subgrupos vulneráveis.

Em que pese essas características do método, o perfil das MTS deste estudo denota que as redes não alcançaram todas as formas de comércio sexual, especialmente a prostituição de luxo e/ou serviços de acompanhantes destinados a clientes das classes média e alta, para os quais é exigido um padrão diferenciado de mulheres: estética física, boa educação, discricção e até conhecimentos de etiqueta e idiomas para serem acompanhantes em viagens e eventos sociais¹³.

Esta fração de mulheres faz parte de um mercado crescente de comércio sexual, que alimenta uma economia que vai além dos lugares tradicionais de prostituição. Financia investimento em clínicas de beleza, cirurgias estéticas, consumo de roupas, cosméticos, linhas telefônicas eróticas, sexo virtual através da internet, aplicativos de celular, casas de massagem, serviços de acompanhantes, agências matrimoniais, hotéis, motéis, cinemas e revistas pornô, filmes e vídeos, serviços de dominação e submissão/sadomasoquismo, sites especializados e todo um circuito que atende a esse comércio sexual¹²⁸.

Este mercado é organizado em redes, a propaganda das garotas se faz por “sites de acompanhantes” e outros; casas especializadas para atender a essa clientela e agenciadores de “modelos”. Em sites como as “coelhinhos do Brasil” e “garota nacional” são disponibilizados books (fotos) das garotas nuas e seminuas contendo informações sobre o valor do cachê, o telefone para contato, características físicas, preferências sobre locais para atendimento e tipo de cliente; tipo de sexo ofertado; disponibilidade para viagem ou festas e os outros idiomas que fala¹²⁸.

Questiona-se, portanto, se essa parcela de MTS, mesmo em estudos com métodos como o RDS, por ser de fato tão diferenciada não se identifica como MTS e por suas próprias características incluída a descrição, dificilmente será acessada em estudos dessa natureza, independentemente da metodologia.

Com relação ao método destaca-se ainda a não observação do efeito homofilia em nenhuma das variáveis investigadas em nosso estudo. Esse efeito é considerado uma das limitações do método, como exemplo, nessa amostra de MTS brasileiras, Damacena et al⁸⁹, identificaram homofilia com relação ao padrão de recrutamento por local de trabalho, a probabilidade de uma mulher que trabalhava em local fechado ser recrutada por outra mulher que também trabalhava em local fechado foi de 65,4% e apenas de 34,6% de ser recrutada por uma mulher que trabalhava em ponto de rua.

Quanto ao instrumento de coleta de dados:

A ausência de uma pergunta que avalie de forma geral se a participante sofreu qualquer violência: psicológica, sexual ou física, nos últimos 12 meses impossibilitou estimar a prevalência de violência de forma geral;

Houve dificuldade de relacionar a violência sexual com diversos fatores de exposição e de estimar a prevalência, tendo em vista que a questão no instrumento refere apenas a "alguma vez na vida", que é diferente das formas verbal e física que se referem aos últimos 12 meses. Além disso, não se identificam os perpetradores de tal violência. A ausência de uma pergunta

específica sobre abuso sexual na infância impediu a análise dessa variável, que constitui um dos preditores para vitimização das MTS.

Além disso, as análises deste estudo foram feitas a partir de respostas sobre questões sensíveis: práticas sexuais que são estigmatizadas e de foro íntimo e experiência de violência. A primeira é suscetível ao viés de desejabilidade social, no qual há uma tendência do entrevistado a responder da forma que considera ser “bem visto”¹²⁹. E a segunda, à própria percepção de violência. No Brasil, um projeto com MTS evidenciou que estas só se consideravam vítimas de violência se as lesões que sofressem fossem graves o suficiente para necessitar de tratamento hospitalar⁹⁶. Portanto, os relatos de violência podem ter sido subestimados, ainda que a forma de coleta tenha sido desenhada para minimizar esses vieses.

A janela de recordação aliada à percepção subjetiva e banalizada de violência é outro aspecto que pode contribuir para subestimar os abusos vivenciados por estas mulheres.

Além destes, há vieses característicos dos estudos transversais, como o viés de sobrevivência, no qual, os casos prevalentes excluem os óbitos não presentes no momento da seleção, e que tende a super-representar os casos de mais longa duração. Neste caso esse tipo de viés é de extrema relevância considerando as situações de vulnerabilidade das MTS à violência que incluem os homicídios. Outra limitação refere-se à impossibilidade de avaliar a temporalidade que limita a força das evidências¹³⁰.

8. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Este estudo demonstra que as MTS brasileiras sofrem uma carga desproporcional de violência, tanto verbal, quanto física e sexual. Além da violência perpetrada por clientes e policiais são violentadas, principalmente, no âmbito doméstico quando sofrem abusos por parceiros íntimos, familiares e conhecidos. Nossos achados denotam que a violência contra essas mulheres pode ser potencializada pela confluência e sobreposição de fatores estigmatizantes e de exclusão que se inter cruzam e estão intrinsecamente relacionados às desigualdades de gênero e social e ao próprio trabalho sexual, que é antagônico às normas sociais, sejam estes fatores de caráter macroestruturais ou de natureza individual. Portanto, há uma necessidade de investigar a complexidade de fatores sócioestruturais e individuais inter cruzados no universo do trabalho sexual e suas correlações, a fim de enfrentá-los em seus mais diversos contextos.

Ainda que estes resultados representem uma fração limitada da realidade vivenciada pelas MTS brasileiras, podem contribuir para a compreensão da violência contra essas mulheres, a partir da identificação de fatores estruturais e individuais como prováveis preditores dos diversos tipos de abusos contra estas e conseqüentemente, contribuir para o entendimento da associação entre as vivências de violência e exposição ao risco de infecção por HIV nesse segmento de mulheres. Além disso, se intercomplementam com resultados de estudos anteriores (aqui referenciados), que analisaram outros aspectos relacionados à prevalência de HIV nessa amostra de MTS.

Tais resultados sugerem que pode haver um nexo de causalidade entre o uso de substâncias psicoativas, escolaridade baixa, baixa renda/baixo valor cobrado pelo programa, trabalho nas ruas, ser mais jovem e uso inconsistente do preservativo, com experiências de violência. Ou seja, é provável que um conjunto complexo de fatores aumente o risco de violência, enquanto a violência e risco de HIV estão diretamente relacionados. Nosso estudo demonstrou que fatores de risco importantes para HIV foram associados de

forma consistente com os diversos tipos de violência e perpetradores, como o uso de álcool e de drogas e uso inconsistente do preservativo.

Os estudos sobre violência contra MTS em nível global são limitados quanto à magnitude, gravidade e tipo de violência perpetrada contra essas mulheres que são vitimizadas dentro e fora do contexto do trabalho sexual, o que impõe a necessidade de investigações com métodos mistos de pesquisas, a fim de pesquisar os determinantes e processos de mediação envolvidos no complexo fenômeno da violência contra esse grupo específico. Para tanto, o diálogo entre a epidemiologia e as ciências sociais é de fundamental importância. No tocante aos estudos epidemiológicos, ressalta-se a necessidade de realizar estudos de coorte que permitem estimar o risco e o risco atribuível populacional que apontam para as melhores estratégias de intervenção sobre fatores teoricamente modificáveis. Por outro lado, nesse tipo de estudo não se apresentam a ambiguidade temporal e o viés de sobrevivência.

De forma semelhante aos nossos achados, outras investigações apontam fatores estruturais e individuais como possíveis potencializadores da violência contra MTS. As diferenças na magnitude dos fatores, no tipo violência e de agressor podem ser atribuídas aos contextos econômicos, sociais, culturais e políticos, bem como aos métodos utilizados nas diversas investigações. Esses achados nas mais distintas realidades demonstram que as mulheres profissionais do sexo em qualquer contexto são vitimizadas pela violência e, portanto, mais vulneráveis ao HIV, e evidenciam a necessidade de identificar e abordar os fatores econômicos e socioculturais, bem como as desigualdades de gênero que promovem uma cultura de violência contra a mulher em todo mundo. Todos esses fenômenos são multifacetados, com raízes histórico-sócio-culturais que perpassam por questões de classe, étnico-raciais e de geração, e necessitam ser compreendidos de forma multidimensional, a fim de que o problema possa ser enfrentado na complexidade dos fatores instigadores da violência, nos diversos contextos do trabalho sexual.

Frente aos nossos achados e a realidade epidemiológica no que se refere à prevalência de HIV entre as MTS brasileiras, segmento estimado em 1% da população feminina de 15 a 49 anos, no qual a prevalência de HIV de 4,8% o coloca entre os grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade no Brasil, bem como a associação da violência com essa vulnerabilidade, consideramos que esses achados podem contribuir para o desenvolvimento de intervenções de prevenção e controle da violência e conseqüentemente, do HIV, no contexto do comércio sexual nos cenários brasileiros.

A associação de fatores sócios estruturais com a violência contra as MTS de nosso estudo, muitos dos quais fogem ao controle imediato destas mulheres (baixa escolaridade, baixa renda mensal, trabalhar nas ruas, raça/cor), tornam explícitas as desigualdades sociais e de gênero, além da discriminação, indicando, portanto, a necessidade de promoção à proteção plena dos direitos humanos básicos das trabalhadoras do sexo, tais como: acesso a educação, trabalho com condições justas; não discriminação; ambientes de trabalho seguros, além da promoção da igualdade de gênero.

Nosso estudo demonstrou que o consumo de substâncias psicoativas foi um dos fatores associado significativamente com todos os tipos de violência e perpetradores investigados. Já há um reconhecimento de que o uso dessas substâncias está intrinsecamente relacionado com outros fatores sócio-estruturais, dentre estes, a própria violência. Portanto, estratégias que visem à sustentabilidade devem focalizar não apenas em mudanças de comportamento individual, mas no contexto sócio-estrutural que influencia tais comportamentos, por meio da distribuição de recursos sociais e relações de poder mais equitativas entre as trabalhadoras do sexo e outros da comunidade em geral.

Nessa perspectiva, as intervenções devem focalizar o contexto e a integração de todos os componentes estruturais, incluindo os ambientes do comércio sexual. Na Ucrânia, a eliminação da violência policial entre MTS usuárias de drogas injetáveis foi uma estratégia para prevenir as infecções por HIV, modificando o ambiente de risco a partir da remoção de barreiras às

práticas de injeção segura e permitindo o acesso às drogas, troca de seringas e programas de tratamento.

Conforme nossos achados, as intervenções que objetivam o combate à violência contra as MTS brasileiras devem ultrapassar os lócus onde se dão as práticas relacionadas ao comércio sexual, uma vez que os parceiros íntimos e familiares foram identificados como mais agressores que os clientes. Esta forma de violência, além das questões de gênero, pode está relacionada à estigmatização do trabalho sexual que leva parceiros e membros da família a sentirem-se no direito, por pensarem que é aceitável, usar a violência para "*punir*" uma mulher que faz sexo com outros homens, ainda que dependam ou explorem os recursos advindos de tal prática.

De acordo com a OMS, lidar com a violência contra as MTS requer trabalhar programas de intervenções com base em valores e princípios, a fim de garantir a pertinência do programa e construir habilidades duradouras para o sucesso e sustentação deste:

Entre os valores centrais estão: *promoção da igualdade de gênero*, na qual os papéis de gênero desiguais e as normas sociais devem ser desafiados, a fim de promover relações mais equitativas; *proteção plena dos direitos humanos e contra a violência* (não discriminação, reconhecimento e igualdade perante a lei, direito à saúde e emprego, participação pacífica em associações, liberdade de prisões e detenção arbitrárias, proteção contra tratamento cruel); além do *respeito quanto às suas escolhas* conscientes, a fim de favorecer as denúncias sobre violência sofrida, busca por serviços de proteção e rompimento de relacionamentos abusivos.

A OMS aponta ainda os seguintes princípios para programas de intervenção da violência:

Obtenção de informação sobre padrões locais de violência contra os trabalhadores do sexo e a relação da violência com o HIV. Nesse sentido vale destacar que o Brasil tem uma política de vigilância de eventos violentos desde o ano de 2006, constituindo um agravo de notificação compulsória desde 2011, em que pese as MTS ainda se encontrarem invisibilizadas enquanto categoria de trabalho (ocupação);

Trabalhar com métodos participativos, a fim de envolver as trabalhadoras do sexo como donas de suas decisões, a partir da identificação de seus problemas e prioridades, das análises de causas e desenvolvimento de soluções;

Conceber a intervenção com base em abordagem integrada por meio de parcerias e ações intersetoriais (saúde, justiça, trabalho, comunidade, comunicação/informação etc.), com vistas a um maior impacto sobre a violência e risco de HIV entre profissionais do sexo. No Brasil, dispõe-se de uma Política Nacional de Promoção à Saúde na qual a prevenção da violência e promoção da cultura da paz são eixos fundamentais. Nessa perspectiva, houve investimento para criação dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde que prevê ações intersetoriais no enfrentamento da violência. Quanto à justiça destaca-se a promulgação recente da Lei contra o feminicídio, Lei Nº 13.104, de 09 de março de 2015, que inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos, almejando coibir o homicídio por gênero com aumento da pena para os perpetradores. Além da implantação e ampliação de serviços para a realização de ações que visam o cumprimento do Objetivo 3 - *igualdade entre os sexos e valorização da mulher*, constante dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio – ODM Brasil, por meio do “Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher”, que abrange as dimensões da prevenção, assistência, combate e garantia de direitos às mulheres.

Outro princípio apontado pela ONU diz respeito a *Capacitar os trabalhadores dos programas de intervenção* no sentido de entender e abordar os vínculos entre a violência e HIV entre as profissionais do sexo e responder com sensibilidade, sem tentativas de resgate e reações estigmatizantes ou culpando-as pela experiência de violência.

A partir dessas perspectivas, algumas intervenções bem sucedidas têm buscado coesão social e ampliação das redes sociais, a fim de assegurar a participação da comunidade para promoção da cidadania, dos direitos humanos básicos das trabalhadoras do sexo. Como exemplo tem-se o projeto de mobilização comunitária entre profissionais do sexo em Sonagachi na Índia⁸⁹, cujo foco é a prevenção de HIV/DST, que vêm demonstrando que mudanças sócio-estruturais podem melhorar os resultados de saúde.

Tal projeto, em execução há mais de 20 anos, utiliza uma abordagem multidimensional a partir das necessidades econômicas, sociais e de saúde das trabalhadoras do sexo e suas famílias. Assim, inclui a educação de pares, clínicas médicas, cooperativas bancárias, serviços de advocacia, de apoio para trabalhadoras do sexo infectadas pelo HIV, escolas para filhos de trabalhadoras do sexo, grupos de teatro e dança; e a nível individual, capacitação de MTS para adoção de práticas sexuais seguras com clientes e agenciadores e para defesa de seus direitos. Entre os resultados obtidos consta: o uso consistente do preservativo entre profissionais do sexo passou de 27% em 1992 para 82% em 1995 e para 86% em 2001. A prevalência de HIV entre profissionais do sexo em 2001 era de 11% e em 2004 reduziu para 4%.

No Brasil, foi realizado um estudo de intervenção com profissionais do sexo do Rio de Janeiro, a fim de testar a aplicabilidade do referido projeto “*Sonagachi de Kolkata*”, fora do contexto do sul asiático e, embora alguns componentes de desenvolvimento comunitário, como a coesão social e ajuda mútua se mostrassem significativamente associados com o uso consistente do preservativo entre profissionais do sexo e seus clientes pagantes na pré-intervenção, apenas uma minoria das mulheres foram ativamente engajadas em atividades de construção da cidadania durante o período de estudo de 18 meses. As mudanças com relação ao componente de desenvolvimento da comunidade foram limitadas e não houve aumentos significativos nas práticas comportamentais de proteção relacionadas ao HIV / DST. Para os autores, estes resultados indicam que o estigma interiorizado e pressões socioeconômicas podem ter limitado o alcance e o ritmo da mobilização da comunidade neste ambiente durante o período de observação do estudo.

Tais resultados reforçam a necessidade do desenvolvimento e adaptação de intervenções baseadas em evidências que incorporem prevenção da violência e gestão da vitimização, considerando códigos e/ou classificações existentes no cenário do comércio sexual a fim de atingir este vulnerável segmento de mulheres promovendo, assim, resultados mais satisfatórios para a saúde.

Nesse sentido, vale destacar a importância das pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde, como a pesquisa nacional que originou esse estudo e as próximas que ocorrerão ao longo do ano corrente, que além de um novo estudo RDS com MTS, serão contemplados os segmentos de homem que fazem sexo com homens (HSH), travestis e transexuais com estudos semelhantes, estas iniciativas do MS compõem o conjunto de estratégias junto às populações vulneráveis ao HIV a fim de direcionar as ações de prevenção e controle adequadas a cada segmento específico.

BIBLIOGRAFIA

1. OEA. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: Convenção de Belém do Pará. São Paulo, CLADEM/IPÊ, 1996.
2. Campbell R, Kinnell H. "We Shouldn't Have to Put Up with This": Street Sex Work and Violence. *Criminal Justice Matters* 2000; Volume 42, Issue 1- Special Issue: Violence.
3. Kinnell H. "Demonizing Clients: How Not to Promote Sex Workers' Safety." Cullumpton: Willan 2006.
4. Church S, Henderson M, Barnard M, Hart G. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *Bmj* 2001; 322 (7285), 524-525.
5. Shannon K, Kerr T, Allinott S, Chettiar J, Shoveller J, Tyndall PM. Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Social science & medicine* 2008; 66 (4), 911-921.
6. Vanwesenbeeck I. Another decade of social scientific work on sex work: a review of research 1990–2000. *Annual review of sex research* 2001; 12 (1), 242-289.
7. Sanders T, Campbell R. Designing out vulnerability, building in respect: violence, safety and sex work policy. *The British journal of sociology* 2007; 58(1), 1-19.
8. Jeffreys S. *The idea of prostitution* - Spinifex Press 2009; [Acesso em 14/10/2013]. Disponível em: <http://books.google.com.br/>.
9. Weltzer R. Prostitution: facts and fictions. *Contexts* 2007; 6(4), 28-33.
10. Shah SP. Prostitution, sex work and violence: Discursive and political contexts for five texts on paid sex, 1987–2001. *Gender & History* 2004; 16 (3), 794-812.
11. Kempadoo K. Mudando o debate sobre o tráfico de mulheres. *Cadernos Pagu* 2005; 25,55-79.

12. Desyllas MC. Representations of sex workers' needs and aspirations: A case for arts-based research. *Sexualities* 2013; 16(7), 772-787.
13. Piscitelli A. Dossiê gênero no mercado do sexo. *Cadernos Pagu* 2005; 25, 7-23.
14. Piscitelli A. Feminismos e prostituição no Brasil: uma leitura a partir da antropologia feminista. *Cadernos de Antropologia Social* 2012; 36, 11-31
15. Swain TN. Banalizar e naturalizar a prostituição: violência social e histórica. *Unimontes Científica* 2004; 6(2), 23.
16. De Sousa FR. Feminismos e autodeterminação de prostitutas: diferentes percepções acerca da prestação de serviços sexuais. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10* 2013; *Anais Eletrônicos*. [Acesso em 31/03/2014]. Disponível em:
<http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384791427>
17. Moraes AF. Corpos normalizados, corpos degradados: os direitos humanos e as classificações sobre prostituição de adultas e jovens. In *Anais do XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais*. Salvador 2011; 1-22.
18. Brasil. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupação. [Acesso em 10/06/2013]. Disponível em:
<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais>.
19. Rodrigues JR, Santana IJ. Garotas de programa e cidadania. *Anais do Sciencult*, 2013; 5(2), 37-50.
20. Alvarez GO, Rodrigues MT. Prostitutas cidadãs: movimentos sociais e políticas de saúde na área de HIV/Aids. *Revista SER Social* 2001; (8), 187-208.
21. Barbosa Jr A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Jr PRB. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25:727-37.
22. Rodrigues MT. Polícia e prostituição feminina em Brasília - um estudo de caso. Brasília. Tese [Doutorado em Sociologia] - Universidade de Brasília; 2003. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/1585>.

23. Guimarães K, Godoi AMM, Merchán-Hamann E, Andrade JMJ. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras. Série Estudos Pesquisas e Avaliações nº 7, Ministério da Saúde, Brasil 2004.
24. Chacham AS, Diniz SG, Maia MB, Galati AF, Mirim LA. Sexual and reproductive health needs of sex workers: two feminist projects in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2007; 15(29), 108-118.
25. Panchanadeswaran S, Johnson SC, Sivaram S, Srikrishnan AK, Latkin C, Bentley ME et al. Intimate partner violence is as important as client violence in increasing street-based female sex workers' vulnerability to HIV in India. *International Journal of Drug Policy* 2008; 19 (2), 106-112.
26. Shannon K, Csete J. Violence, condom negotiation, and HIV/STI risk among sex workers. *JAMA* 2010; 304 (5), 573-574.
27. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface Comun Saúde Educ* 1999; 3(5), 11-27.
28. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
29. Domenach JM. 'La violencia'. Em A. Joxe (org.), *La violencia y sus causas* 1981; Paris, Unesco, 33-46.
30. Minayo MC. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública* 1994; 10 (1), 07-18.
31. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
32. Couto MT, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40, 112-120.
33. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília; 2011.
34. Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educ. e Realidade* 1995; 20 (2).

35. Santos CM, Izumino WP. Violência contra as mulheres e violência de gênero: Notas sobre estudos feministas no Brasil. *EIAL: Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe* 2005; 16(1), 147-164.
36. Araújo MDF. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicologia para América Latina* 2008; (14), 0-0.
37. Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. *Bulletin of the World Health Organization* 2011; 89 (1), 2-2.
38. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet* 2008; 371(9619), 1165-1172.
39. Garcia-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stockl H, Watts CH, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO; 2013.
40. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368(9543):1260-9.
41. Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, Valença O, Couto MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista Saude Publica* 2007; 41(5), 797-807.
42. Kouyoumdjian FG, Findlay N, Schwandt M, Calzavara, LM. A Systematic Review of the Relationships between Intimate Partner Violence and HIV/AIDS. *PloS one* 2013; 8(11), 81044.
43. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Revista Saúde Pública* 2011; 45(2), 365-72.
44. Miranda MPDM, Paula CSD, Bordin IA. Life-long domestic violence against women: prevalence and immediate impact on health, work, and family. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2010; 27(4), 300-308.

45. Goldman E, Shulman AK. The traffic in women and other essays on feminism. Ojai, CA: Times Change Press; 1970.
46. De Beauvoir S. Le Deuxième Sexe. L'expérience vécue Paris: Gallimard; 1966; 379-389.
47. Pheterson G. The whore stigma: Female dishonor and male unworthiness. Social Text 1993; (37), 39-64.
48. Poulin, R. Quinze thèses sur le capitalisme et le système prostitutionnel mondial. J.-M. Tremblay; 2011.
49. Rago M. Os Prazeres da Noite: Prostituição e Códigos da Sexualidade Feminina em São Paulo, 1890–1930. São Paulo: Companhia das Letras; 1991.
50. Coelho AFF. Prostituição: A Desconstrução dos seus Anátemas. Dissertação [Mestrado em Serviço Social] - Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal; 2010. [Acesso 11/11/2013]. Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/xmlui/handle/123456789/203>.
51. De Alencar SN, Pessoa TAM. Profissionais do sexo: perfil socioepidemiológico e medidas de redução de danos. Acta Paul Enfermagem 2012; 25(4), 549-54.
52. De Fáveri M. Mercado do sexo e códigos urbanos no tempo presente - Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH São Paulo 2011.
53. Bernstein E. The sexual politics of the “new abolitionism.” Differences 2007; 18(3), 128-151.
54. Harvey D. Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Rio de Janeiro: Loyola; 2007. [acesso em 05 de maio 2013]. Disponível em <http://books.google.com.br/>.
55. Sul 21 Notícias Geral. “Regulamentação da prostituição nos tira debaixo do tapete”, diz Monique Prada Data:17/mar/2013. [Acesso 11/12/2013]. Disponível em: <http://www.sul21.com.br/jornal/regulamentacao-da-prostituicao-nos-tira-debaixo-do-tapete-diz-monique-prada>.

56. Brasil. Ministério da Saúde –IX Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/AIDS-2012. [Acesso 10/10/2013]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2012/prostituicao-direitos-e-vulnerabilidade-sao-tema-de-debate>.
57. Corrêa S, Pimenta C, Maksud I, Deminicis S, Olivar JM. Sexualidade e Desenvolvimento: A política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA, 2011.
58. Grangeiro A, Kuchenbecker R, Veras MA. Novos métodos preventivos para o HIV: reconhecendo as fronteiras entre a autonomia dos indivíduos e as políticas públicas. Revista Brasileira de Epidemiologia 2015; 18 (suplemento 1): 1-4.
59. OMS. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence. WHO 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf.
60. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. The Lancet 2002; 359 (9313), 1232-1237.
61. Watts Decker MR, Pearson E, Illangasekare SL, Clark E, Sherman SG. Violence against women in sex work and HIV risk implications differ qualitatively by perpetrator. BMC public health 2013; 13(1), 876.
62. Shannon K, Kerr T, Strathdee SA, Shoveller J, Montaner JS, Tyndall MW. Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. BMJ: British Medical Journal 2009; [Acesso em 15/10/2013]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b2939>
63. Pando MA, Coloccini RS, Reynaga E, Fermepin MR, Vaulet LG, Kochel TJ et al. Violence as a barrier for HIV prevention among female sex workers in Argentina. PloSone 2013; 8 (1), e 54147.
64. Mooney A, Kidanu A, Bradley HM, Kumoji EK, Kennedy CE, Kerrigan D. Work-related violence and inconsistent condom use with non-paying

- partners among female sex workers in Adama City, Ethiopia. *BMC public health* 2013; 13(1), 1-10.
65. Platt L, Jolley E, Rhodes T, Hope V, Latypov A, Reynolds L et al. Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe: a systematic review and ecological analysis. *BMJ open* 2013; 3(7).
66. Decker MR, Wirtz AL, Moguilnyi V, Peryshkina A, Ostrovskaya M, Nikita M et al. Female sex workers in three cities in Russia: HIV prevalence, risk factors and experience with targeted HIV prevention. *AIDS and behavior* 2014; 18(3), 562-572.
67. Hong Y, Zhang C, Li X, Liu W, Zhou Y. Partner violence and psychosocial distress among female sex workers in China. *PloSone* 2013; 8 (4), e 62290.
68. Zhang C, Li X, Hong Y, Chen Y, Liu W, Zhou Y. Partner violence and HIV risk among female sex workers in China. *AIDS and Behavior* 2012; 16 (4), 1020-1030.
69. Ximenes Neto FRG, Oliveira JDS, Rocha J. Violência sofrida pelas profissionais do sexo durante seu trabalho e as atitudes tomadas após serem vitimadas. *REME rev. min. Enferm* 2007; 11(3), 248-253.
70. Penha JCD, Cavalcanti SDC, Carvalho SBD, Aquino PDS, Galiza DDFD Pinheiro AKB. Caracterização da Violência física sofrida por prostitutas do interior piauiense. *Revista brasileira de enfermagem* 2012; 65(6), 984-990.
71. Moreira ICC, Monteiro CFD. A violência no cotidiano da prostituição das mulheres: invisibilidade e ambiguidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2012; 20 (5), 954-960.
72. Moreira VD, Silva MDL, Macedo ELDN, Vasconcelos MLL. MULHERES QUE NÃO SÓ DIZEM SIM: violência sexual contra prostitutas de Feira de Santana-Bahia. *Revista LEVS* 2011; (3).
73. Gupta J, Reed E, Kershaw T, Blankenship KM. History of sex trafficking, recent experiences of violence, and HIV vulnerability among female sex workers in coastal Andhra Pradesh, India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2011; 114(2), 101-105.

74. Silverman JG, Decker MR, Gupta J, Maheshwari A, Patel V, Willis BM, Raj A. Experiences of sex trafficking victims in Mumbai, India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 97(3), 221-226.
75. Gupta J, Raj A, Decker MR, Reed E, Silverman JG. HIV vulnerabilities of sex-trafficked Indian women and girls. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009; 107(1), 30-34.
76. Decker MR, McCauley HL, Phuengsamran D, Janyam S, Silverman JG. Sex trafficking, sexual risk, sexually transmitted infection and reproductive health among female sex workers in Thailand. *Journal of epidemiology and community health* 2011; 65(4), 334-339.
77. George A, Sabarwal S. Sex trafficking, physical and sexual violence, and HIV risk among young female sex workers in Andhra Pradesh, India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2013; 120 (2): 119-23.
78. Braga ES, Medeiros AA, Penna JB. O reconhecimento da exploração sexual humana como forma contemporânea de trabalho escravo e suas consequências. [Acesso em 13 de novembro de 2013]. Disponível em: <http://www.netpdh.com.br/anais/artigo24.pdf>.
79. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *American journal of public health* 2014; 104 (5), e42-e54.
80. Shannon K, Rusch M, Shoveller J, Alexson D, Gibson K, Tyndall MW. Mapping violence and policing as an environmental–structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. *International Journal of Drug Policy* 2008;19(2), 140-147.
81. Rhodes T, Simic M, Baroš S, Platt L, Žikić B. Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study. *BMJ: British Medical Journal* 2008; 337.
82. Krüsi A, Pacey K, Bird L, Taylor C, Chettiar J, Allan S, et al. Criminalisation of clients: reproducing vulnerabilities for violence and poor health among

- street- based sex workers in Canada—a qualitative study. *BMJ open* 2014; 4(6), e005191. [Acesso em 01/09/2014]. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/6/e005191.full>.
83. Francisco PMSB, Donalizio MR, Barros MBDA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008; 11(3), 347-55.
84. Szwarcwald CL, Souza Jr. PRB, Damacena GN, Barbosa Jr. AB, Kendall C. Analysis of Data Collected by RDS Among Sex Workers in 10 Brazilian Cities, 2009: Estimation of the Prevalence of HIV, Variance, and Design Effect. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2011; 57 (Supplement 3): S129-S135.
85. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social problems* 1997; 174-199.
86. Salganik MJ & Heckathorn DD. Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling. *Social Methodology* 2004; 34(1):193-240.
87. Damacena GN, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A. Implementation of Respondent-driven sampling among female sex workers in Brazil, 2009. *Cadernos de Saúde Pública* 2011; 27, 45-55.
88. Damacena GN, Szwarcwald CL, de Souza PR, Dourado I. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J Acquir Immun Defic Syndr* 2011; 57: S144–52.
89. Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Júnior, PRBD. Práticas de risco ao HIV por mulheres profissionais do sexo. *Rev. Saúde Pública* 2014; 48 (3), 428-437.
90. Fawole OI, Dagunduro AT. Prevalence and correlates of violence against female sex workers in Abuja, Nigeria. *African health sciences* 2014; 14(2), 299-313.

91. Kerrigan D, Wirtz A, Baral S, Stanciole A, Butler J, Oelrichs R, et al. The global HIV epidemics among sex workers. World Bank Publications 2012.
92. Baral S, Beyrer C, Muessig K, Poteat T, Wirtz AL, Decker MR, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet infectious diseases* 2012; 12(7), 538-549.
93. Surratt HL, Inciardi JA, Kurtz SP, Kiley MC. Sex Work and Drug Use in a Subculture of Violence. *Crime e Delinquência* 2004; 50(1), 43-59.
94. Shannon K, Strathdee SA, Shoveller J, Rusch M, Kerr T, Tyndall PM. Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: implications for HIV- prevention strategies and policy. *American Journal of Public Health* 2009; 99 (4), 659-665.
95. World Health Organization. Violence against sex workers and HIV prevention. Geneva: WHO; 2005.
96. Greenall M. Sex work violence and HIV: a guide for programmes with sex workers. Alliance International HIV/ AIDS 2008. Disponível em: www.genderandaids.org/index.php?sex.a-guide-for Programmes with sex workers.
97. Kurtz SP, Surratt HL, Inciardi JA, Kiley MC Sex work and “date” violence. *Violence Against Women* 2004; 10(4), 357-385.
98. Shannon K, Kerr T, Brilhante V, Gibson K, Tyndall, MW. Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers. *AIDS care* 2008; 20 (2), 228-234.
99. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet* 2014; 385(9962), 55-71.
100. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J. HIV and intimate partner violence among methadone-maintained women in New York City. *Soc Sci Med* 2005; 61: 171–183.

101. Lazarus L, Chettiar J, Deering K, Nabess R, Shannon K. Risky health environments: women sex workers' struggles to find safe, secure and non-exploitative housing in Canada's poorest postal code. *Social Science & Medicine* 2011; 73(11), 1600-1607.
102. Meyer JP, Springer SA, Altice FL. Substance abuse, violence, and HIV in women: a literature review of the syndemic. *Journal of Women's Health* 2011; 20(7), 991-1006.
103. Zhang C, Li X, Hong Y, Chen Y, Liu W, Zhou Y. Partner violence and HIV risk among female sex workers in China. *AIDS Behav* 2012; 16(4): 1020–1030. doi: 10.1007/s10461-011-9968-0.
104. Vest JR, Catlin TK, Chen JJ, Brownson RC. Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *American journal of preventive medicine* 2002; 22(3), 156-164.
105. Ulibarri MD, Strathdee SA, Ulloa CE, Lozada R, Fraga MA, Magis-Rodríguez C, et al. Injection Drug Use as a Mediator Between Client-perpetrated Abuse and HIV Status Among Female Sex Workers in Two Mexico-US Border Cities. *AIDS and Behavior* 2011; 15 (1), 179-185.
106. Hong Y, Zhang C, Li X, Liu W, Zhou Y. Partner violence and psychosocial distress among female sex workers in China. *PLoSone* 2013; 8 (4), e 62290.
107. Argento E, Muldoon KA, Duff P, Simo A, Deering KN, Shannon K. High Prevalence and Partner Correlates of Physical and Sexual Violence by Intimate Partners among Street and Off-Street Sex Workers *PLoSone* 2014; 9 (7): e102129. doi: 10.1371 / journal.pone.0102129
108. Hail-Jares K, Chang RCF, Choi S, Zheng H, He N, Huang ZJ. Intimate-Partner and Client-Initiated Violence among Female Street-Based Sex Workers in China: Does a Support Network Help? *PLoSone* 2015; 10(9): e0139161 doi:10.1371/journal.pone.0139161.
109. Chang EC, Kahle ER, Hirsch JK. Understanding How Domestic Abuse Is Associated With Greater Depressive Symptoms in a Community Sample of Female Primary Care Patients Does Loss of Belongingness Matter?. *Violence against women* 2015; 1077801215576580.

110. Ellsberg M, Emmelin M. Intimate Partner Violence and Mental Health. *Global Health Action*. 2014;7:10.3402/gha.v7.25658.
111. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010.
112. Wechsberg WM, Luseno WK, Lam WK. Violence against substance-abusing South African sex workers: intersection with culture and HIV risk. *AIDS care* 2005; 17 (S1), 55-64.
113. Aquino PS. Desempenho da atividade de vida por prostitutas. Fortaleza. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem; 2007.
114. Kerrigan D, Telles P, Torres H, Overs C, Castle C. Community development and HIV/STI-related vulnerability among female sex workers in Rio de Janeiro, Brazil. *Health Education Research* 2008; 23(1), 137-145.
115. Katsulis Y, Durfee A, Lopez V, Robillard A. Predictors of workplace violence among female sex workers in Tijuana, Mexico. *Violence against women* 2014; 1077801214545283.
116. Raphael J, Shapiro DL. Violence in indoor and outdoor prostitution venues. *Violence against women* 2004; 10(2), 126-139.
117. Katsulis Y, Lopez V, Durfee A, Robillard A. Female sex workers and the social context of workplace violence in Tijuana, Mexico. *Medical anthropology quarterly* 2010; 24(3), 344-362.
118. Meneses FC. Consecuencias del uso de cocaína em las personas que ejercen la prostitución. *GacSanit* 2007;21(3):191-6.
119. Wirtz AL, Schwartz S, Ketende S, Anato S, Nadedjo FD, Ouedraogo HG, et al. Sexual violence, condom negotiation, and condom use in the context of sex work: results from two West African countries. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2015; 68, S171-S179.

120. Odinkova V, Rusakova M, Urada LA, Silverman JG, Raj A. Police sexual coercion and its association with risky sex work and substance use behaviors among female sex workers in St. Petersburg and Orenburg, Russia. *International Journal of Drug Policy* 2014; 25(1), 96-104.
121. Deering KN, Bhattacharjee P, Mohan HL, Bradley J, Shannon K, Boily MC, et al. Violence and HIV risk among female sex workers in Southern India. *Sexually transmitted diseases* 2013;40(2), 168-174.
122. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2011; Ano VII N°01.
123. World Health Organization. Violence against sex workers and HIV prevention. Geneva: WHO; 2005.
124. Okal J, Chersich MF, Tsu S, Sutherland E, Temmerman M, Luchters S. Sexual and physical violence against female sex workers in Kenya: a qualitative enquiry. *AIDS care* 2011; 23(5), 612-618.
125. Shannon K, Csete J. Violence, condom negotiation, and HIV/STI risk among sex workers. *JAMA* 2010; 304 (5), 573-574.
126. Malta M, Magnanini MM, Mello MB, Pascom ARP, Linhares Y, Bastos FI. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2010;10(1), 1.
127. Bharat S, Mahapatra B, Roy S, Saggurti N. Are female sex workers able to negotiate condom use with male clients? The case of mobile FSWs in four high HIV prevalence states of India. *PloSone* 2013; 8(6), e68043.
128. Ribeiro FMV. Casas de prostituição e o circuito sexual das prostitutas de luxo no Nordeste. Trabalho apresentado XI Congresso Luso-Afro-Brasileiro, UFBA, 7 a 10 de agosto de 2011, Salvador/BA. [Acesso em 06/06/2015].
- Disponível em:
<http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/site/anaiscomplementares>.
129. Meston C, Heiman J, Trapnell P, Paulhus D. Socially desirable responding and sexuality self-reports. *The Journal of Sex Research* 1998; 35, 148-157

130. Pereira, M.G. (1995). *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

APÊNDICE

1. APÊNDICE A- ARTIGO

Fatores associados à violência contra mulheres trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras.

Factors associated with violence against female sex workers in 10 Brazilian cities.

Los factores asociados con la violencia contra las trabajadoras sexuales en 10 ciudades brasileñas.

Autores: Francisca Sueli da Silva Lima, Edgar Merchan-Hamann, Margarita Urdaneta, Giseli Nogueira Damacena e Célia Landmann Szwarcwald.

Resumo

No Brasil há um limitado número de estudos sobre violência contra mulheres trabalhadoras do sexo (MTS), tema que vem instigando pesquisadores em todo o mundo, estimulados principalmente por possíveis associações desta com o HIV. Este estudo objetiva estimar a prevalência de violência contra MTS, segundo natureza e perpetrador, e identificar os fatores associados. Foi realizado um estudo transversal com dados de 2.523 MTS de dez cidades brasileiras, recrutadas pelo método *Respondent-Driven Sampling* (RDS). Os resultados mostraram que a prevalência de violência verbal foi 59,5%; violência física (VF) 38,1%; sexual: 37,8%. VF por parceiro íntimo, 25,2%; por clientes, 11,7%. Dentre os fatores associados à VF, encontram-se: idade < 30 anos (ORA 2,27; IC 95%=1,56-3,29); uso de drogas (ORA 2,02; IC 95%=1,54-2,65); valor do programa até R\$ 29,00 (ORA 1,51; IC95%=1,07-2,13). Conclui-se que as MTS brasileiras vivenciam uma carga desproporcional de violência. Identificar fatores de vulnerabilidade é fundamental para intervenções que garantam direitos humanos e controle do HIV.

Palavras-chave: trabalhadoras do sexo; violência no trabalho; violência contra a mulher; HIV.

Abstract

In Brazil there is a limited number of studies on violence against female commercial sexual workers (FCSW), an issue which is prompting researchers worldwide, mainly stimulated by the possible association with HIV. Our objective was to estimate the prevalence of violence in FCSW according to type and perpetrator and to identify associated factors. Regarding methods, we conducted a cross-sectional study based on data collected from 2,523 FCSW in ten Brazilian cities, recruited by the Respondent-Driven Sampling (RDS) technique. Results show that the prevalence of verbal violence was 59.5%; physical violence (PV), 38.1%; sex violence: 37.8%. PV by intimate partner: 25.2%; PV by clients: 11.7%. Adjusted associated factors were: age <30 years (AOR 2.27; CI 95%=1.56-3.29); drug use (AOR 2.02; CI 95%=1.54-2.65); program value up to R \$ 29.00 (AOR 1.51; CI 95%=1.07-2.13). Conclusion: FCSW Brazilian experience a disproportionate burden of violence. Identifying vulnerability factors is critical to interventions that ensure human rights and control of HIV.

Key Words: female commercial sexual workers (FCSW); workplace violence; violence against women; HIV.

Resumen

En Brasil el número de estudios sobre la violencia contra las trabajadoras sexuales (TS) es limitado. Mundialmente, el tema ha instigado a los investigadores, estimulado principalmente por la posible Asociación conel VIH. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de violencia en TS según tipo y agresor e identificar factores asociados. En lo tocante a métodos, fue realizado un estudio transversal, con datos de 2.523 MTS en 10 ciudades brasileñas, reclutados por el método Respondent-Driven Sampling (RDS). Los resultados muestran que la prevalencia de violencia verbal es 59,5%; violencia física (VF) 38,1%; sexual: 37,8%. VF por la pareja: 25,2%; VF por clientes: 11,7%. Factores asociados: edad <30 años (AOR 2,27; 95% CI=1,56-3,29); consumo de drogas (AOR 2,02; 95% CI=1,54-2,65); valor del programa hasta R\$ 29,00 (AOR 1,51; IC 95%=1,07- 2,13). Concluimos que las TS brasileñas tienen una vivencia de una carga desproporcionada de violencia. Identificar los

factores de vulnerabilidades crítico para las intervenciones que garanticen los derechos humanos y el control del VIH.

Palabras-clave: Trabajadoras Sexuales, Violencia Laboral; Violencia contra la Mujer; VIH.

Introdução

Embora a violência baseada no gênero seja reconhecida e discutida há décadas como um problema global de saúde pública e de direitos humanos, que causa altas taxas de morbidade e mortalidade de mulheres em todo o mundo, raramente são incluídos nessas discussões violações de direitos e abusos vivenciados por mulheres trabalhadoras do sexo (MTS). Além de sofrerem violência em suas vidas privadas, essas mulheres são vulneráveis à violência advinda das especificidades da atividade, percebida pela sociedade como ilícita, sendo estigmatizada e sócio politicamente marginalizada¹.

A violência contra as MTS não é desvinculada da violência contra a mulher, ancorada, sobretudo, na desigualdade de gênero, na qual se destaca o patriarcado, as relações de poder e as construções hierárquicas da masculinidade e feminilidade como motores predominantes e generalizados do problema. Além disso, o fardo imposto pelo estigma e estereótipos construídos historicamente e atribuídos às prostitutas perpetuam as mais diversas expressões de violência vivenciadas por essas mulheres no seu cotidiano, desde insultos a assassinatos².

Em tempos mais recentes, impulsionado principalmente por possíveis associações da violência com as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV, vem surgindo um interesse crescente dos pesquisadores no que diz respeito à natureza e extensão da violência contra MTS, o que tem resultado em um número crescente de estudos em todo o mundo. O foco da maioria dessas pesquisas está no potencial de transmissão dessas infecções das MTS para clientes e parceiros e, conseqüentemente, para a disseminação das doenças para a população em geral³.

Essa realidade tem alimentado um crescente interesse mundial na prevenção e no combate à violência contra as profissionais do sexo. Assim, especialmente nas últimas décadas, a produção científica vem se aproximando das múltiplas dimensões e das diversas faces da violência presentes no universo do comércio sexual, em seus distintos contextos históricos e sociais.

Os estudos têm demonstrado que a extensão e natureza da violência vivenciada por essas mulheres são diversificadas e entrelaçadas por um conjunto de fatores relacionados ao mercado do sexo, que se entrecruzam com fatores macroestruturais, próprios do Estado e de instituições que reproduzem as condições geradoras da violência, como a criminalização do trabalho sexual⁴.

Revisão da literatura mundial⁵ sobre violência contra MTS evidenciou que a prevalência na vida de qualquer violência combinada com a violência no local de trabalho variou de 45% a 75% e, em relação ao último ano anterior à pesquisa, foi de 32% a 55%.

No Brasil, há um limitado número de estudos epidemiológicos sobre violência contra MTS. Estudos descritivos quantitativos realizados em municípios do Nordeste apresentaram resultados compatíveis com a literatura quanto à alta carga de abusos contra as MTS. Ximenes et al⁶, em investigação realizada com MTS de Sobral, Ceará, observaram que 30% haviam sofrido violência física; 12,5% violência sexual e 10% violência psicológica. Em Picos, Piauí, Penha et al.⁷ evidenciaram que 60,5% das MTS participantes de seu estudo relataram violência psicológica; 30,2% violência física; e 3,2% violência sexual.

Frente a esse contexto, o presente estudo objetiva estimar a prevalência de violência contra as MTS em dez cidades brasileiras, segundo a natureza e os perpetradores, além de identificar os fatores associados a essa violência.

Método:

Foi realizado um estudo transversal, a partir de dados referentes a 2.523 questionários preenchidos por mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras (Brasília, Rio de Janeiro, Salvador, Santos, Itajaí, Belo Horizonte, Manaus, Recife, Curitiba e Campo Grande) que participaram, entre agosto de 2008 e julho de 2009, de um estudo denominado Corrente da Saúde, do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DDST/AIDS), cujo objetivo foi estimar as taxas

de prevalência de HIV e sífilis e estabelecer o conhecimento, as atitudes e as práticas relacionadas à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

As cidades foram selecionadas pelo DDST/AIDS, em função da localização geográfica e da magnitude da epidemia de HIV/AIDS. A amostragem foi proporcional à população de MTS de cada cidade, com tamanho mínimo estabelecido de 100 MTS. O tamanho foi calculado com base em uma estimativa de prevalência de HIV em MTS de 6,0% com intervalo de confiança de 95%, erro bicaudal de 1,3%, erro I de $p < 0,05$ e efeito de desenho de 2⁹.

As MTS foram recrutadas por meio do método “Amostragem Conduzida pelos Participantes” (*Respondent-driven Sampling – RDS*), idealizado por Heckathorn⁸. Esse método é uma variante das amostragens baseadas em cadeia, que assumem que os componentes de uma população de difícil acesso são mais facilmente recrutados por seus pares. Um modelo matemático é utilizado para ponderar a amostra e compensar o viés de seleção (não aleatória) dos indivíduos, bem como a super-representação de alguns subgrupos da população em estudo, pressupondo-se que a amostra final é representativa do grupo de convívio ou da rede em que as pessoas estão inseridas.

Em cada cidade, foram escolhidas de cinco a dez participantes iniciais, denominadas de “sementes”. A escolha não foi aleatória, a fim de incluir MTS de diferentes características sociodemográficas e de ambientes de trabalho externo (ponto de rua) e interno (boate, bordel, casa de massagem, hotel etc.). Cada semente recebeu três cupons para convidar MTS conhecidas, que constituíram a primeira “onda” do estudo, estas, por sua vez, recrutaram outros pares, e assim sucessivamente, até atingir o tamanho da amostra estipulado.

A coleta dos dados deu-se por autopreenchimento de questionário em “*Audio Computer-Assisted Self-Interview*”, em computadores equipados com fones de ouvidos, com os quais as MTS liam e/ou ouviam as perguntas e

opções de respostas em privacidade. No caso de eventuais dúvidas havia um membro da equipe de pesquisa para esclarecer.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz sob nº 395-07. Publicações anteriores apresentam os pressupostos do método, a proposição de análise dos dados coletados e detalham o processo com o RDS nas dez cidades brasileiras^{9, 10}.

A análise do presente estudo refere-se às questões do módulo de “*Discriminação e Violência*”. A seleção das variáveis foi realizada com base na literatura internacional e consensos junto ao Ministério da Saúde. A ocorrência de violência foi o desfecho, a partir do qual foram estabelecidos cruzamentos com fatores sociodemográficos (idade, escolaridade, raça/cor, renda mensal); tipo de inserção no comércio sexual, aferido como o local de trabalho – ponto de rua ou ambiente de trabalho interno; preço cobrado por programa; *status* sorológico para HIV com base nos resultados dos testes rápidos realizados na pesquisa; práticas de sexo seguro (uso inconsistente de preservativo definido como o não uso em qualquer tipo de prática sexual e com qualquer tipo de parceiro); e uso de álcool e de outras drogas. Nas análises multivariadas, a renda foi substituída por valor do programa devido à colinearidade.

Os desfechos analisados foram: violência verbal; violência física por qualquer agressor, por parceiro íntimo, por cliente, por familiar e por policial, nos últimos 12 meses. Referente à violência sexual apenas estimou-se a prevalência, não foi incluída no plano de análises em razão da questão investigativa referir-se apenas a “*alguma vez na vida*” que impossibilita identificar a ocorrência relacionada ao trabalho sexual, além de não ter identificado o agressor, diferindo, portanto dos demais tipos de violência analisados.

Para o plano de análises bivariadas utilizou-se a prevalência como medida de frequência e a razão de prevalência como medida de associação, considerando os intervalos de confiança de 95%. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo. Os modelos de regressão logística não hierarquizada

foram construídos para ajustar o efeito de fatores de confusão entre aqueles identificados como significativos nas análises bivariadas ou relevantes para o problema do estudo.

Foi realizada uma ponderação para as diferenças nos tamanhos das redes das participantes, com uma pergunta: “quantas mulheres trabalhadoras do sexo você conhece pessoalmente na sua cidade?”.

Além disso, foi realizado o controle do efeito homofilia (tendência de uma pessoa selecionada para o estudo recrutar indivíduos com características semelhantes a ela), por meio da inclusão, entre as variáveis independentes, da variável de desfecho correspondente à da recrutadora. Esse efeito é considerado uma das limitações do método.

O *software* utilizado para as análises foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), já com o banco de dados devidamente ponderado, considerando a amostragem complexa e adequado à técnica RDS.

Resultados:

Das 2.523 MTS participantes do estudo, 54,0% tinham de 18 a 29 anos de idade. O nível de escolaridade foi baixo, 59,2% não completaram o ensino fundamental; 76,1% se declararam não brancas; 79,6% referiram não estar casadas ou vivendo com companheiro; 45% referiram ter renda mensal inferior a R\$ 600,00; somente 34,2% possuíam casa própria; e 35,4% referiram outro trabalho além do trabalho sexual (Tabela 1). A grande maioria (80,2%) referiu ter filhos.

A maioria (58,0%) informou ter tido sua primeira relação sexual em idade de até 15 anos: 44,6%, entre 13 e 15 anos de idade; e 13,4% com menos de 12 anos. Quanto ao tempo como profissional do sexo, 37,5% referiram ter até três anos na atividade.

No que se refere ao local de trabalho como profissional do sexo, a maioria (61,3%) informou trabalhar em locais fechados (bar, boate, hotel/motel)

e 38,7% referiram trabalhar em ponto de rua. Quanto ao preço cobrado por programa, a maioria (58,1%) cobrava entre R\$ 1,00 e 49,00; e 77,2% referiram fazer entre um e cinco programas por dia (Tabela 2).

No que se refere ao local de trabalho como profissional do sexo, a maioria (61,3%) informou trabalhar em locais fechados (bar, boate, hotel/motel) e 38,7% referiram trabalhar em ponto de rua. Quanto ao preço cobrado por programa, a maioria (58,1%) cobrava entre R\$ 1,00 e 49,00; e 77,2% referiram fazer entre um e cinco programas por dia. No que diz respeito ao uso de álcool e de drogas, 73,7% referiram consumir álcool e 30,9% usaram drogas como maconha, cocaína, crack, merla etc. (Tabela 2). Indagadas sobre o uso dessas substâncias antes ou durante as relações sexuais, apenas 10% referiram nunca beber e 29% referiram nunca usar drogas.

Prevalência de discriminação e violência e fatores associados

Neste trabalho, a maioria das mulheres (66,4%) se sentiu discriminada nos 12 meses anteriores ao estudo e os principais motivos referidos foram: discriminação pela profissão e falta de dinheiro ou condição social; 59,5% referiram violência verbal; 38,1% relataram violência física por qualquer agressor. Violência física por parceiro íntimo (PI) foi referida por 25,2%; por familiar/conhecido por 16,6%; por cliente por 11,7%; e por policial foi referida por 7,9%. Violência sexual alguma vez na vida foi relatada por 37,8% das MTS.

Violência verbal:

Na análise multivariada, a violência verbal mostrou-se associada com baixo valor do programa até R\$ 29,00 (ORA 2,16, IC95%=1,52-3,08), consumo de drogas e de álcool, idade de 18 a 29 e de 30 a 39 anos. (Tabela 3).

Violência física:

A violência física mostrou-se associada com idade de 18 a 29 anos (ORA= 2,27, IC95% 1,56-3,29); uso de drogas (ORA=2,02, IC 95% 1,54-2,65), além de consumo de álcool, baixa escolaridade e cor preta. (Tabela 3).

Perpetradores de violência física:

Os parceiros íntimos foram os principais agressores das MTS. A violência física por parceiro íntimo (VFPI) mostrou-se associada com uso inconsistente do preservativo em qualquer situação (ORA=1,99, IC 95%: 1,27-3,11); idade de 18 a 29 (ORA 1,92, IC 95%: 1,23-2,99), além da idade de 30 a 39 anos; consumo de drogas e de álcool (Tabela 4).

Os fatores associados aos abusos físicos cometidos por familiares/conhecidos foram: idade de 18 a 29 anos (ORA 2,80; IC 95% 1,71-4,61); consumo de drogas (ORA 1,72; IC 95% 1,21-2,43) e ter baixa escolaridade (ORA 1,62; IC 95%: 1,11-2,36. Além de ter sido identificada associação com idade de 30 a 39 anos (Tabela 4).

A violência física cometida por clientes mostrou-se associada com a idade de 18-29 anos (ORA 2,24; IC 95%: 1,24-3,75); valor do programa até R\$ 29,00 (ORA 2,09; IC 95%: 1,29-3,38); trabalhar nas ruas (ORA 1,86; IC 95%: 1,31-2,66); consumo de álcool (ORA 1,57; IC 95%: 1,19-2,06); e uso de drogas (ORA 1,47; IC 95%: 1,02-2,01) (Tabela 5).

A violência física perpetrada por policiais mostrou-se associada com uso de drogas (ORA 2,54; IC 95%: 1,61-3,99); baixa escolaridade (ORA 2,21; IC 95%: 1,34-3,51); trabalhar nas ruas (ORA 1,80; IC 95% 1,15-2,82); além da idade de 18 a 29 anos (ORA 2,03; IC 95%: 1,09-3,79) (Tabela 5).

Discussão

A maioria das MTS participantes deste estudo se autorreferiu como parda e negra; jovem; solteira; com baixo nível de escolaridade e baixo poder aquisitivo. Mais de um terço comercializava o sexo nas ruas e trabalhava no comércio sexual por até três anos. Perfil semelhante foi observado por Kerrigan *et al.*¹¹ em outro estudo realizado com profissionais do sexo no Rio de Janeiro.

Os constituintes estruturais desse perfil, arraigados nas desigualdades de gênero e de classe social, refletem a violação de direitos humanos

fundamentais, e, assim, aumentam a vulnerabilidade dessas mulheres à violência, pois as marginalizam, limitam suas oportunidades e a capacidade de reduzir os riscos decorrentes da atividade sexual, incluindo a infecção pelo HIV. Um crescente número de estudos vem demonstrando que a confluência de fatores estruturais e riscos indiretos^{5,13}.

Estudo que sobre a prevalência de violência de gênero contra MTS que trabalhavam nas ruas em Vancouver, Canadá, constatou que 57% sofreram violência e que esta foi correlacionada diretamente com fatores macroestruturais: falta de moradia; criminalização do trabalho sexual; dificuldade de acesso a tratamento para toxicodependentes. Os autores observaram que esses fatores macroestruturais levam a práticas de risco individuais, como: atender clientes em carros ou espaços públicos; se deslocar para áreas longe das ruas principais em razão do policiamento e do uso de drogas; entre outros¹⁴.

Consistentes com dados da literatura, os resultados do presente estudo evidenciam a pluralidade de fatores relacionados às vivências de violência das MTS das dez cidades brasileiras. Em todas as formas de violências investigadas, os fatores sócio-estruturais e individuais se mostraram associados, variando a força da associação de cada um com o tipo de violência e de agressor. Nas análises multivariadas, o uso de drogas mostrou a maior força de associação e de significância estatística, com os tipos de violência investigados (verbal e física) e com todos os perpetradores (parceiros íntimos, familiares/conhecidos, clientes e policiais). O uso de álcool mostrou um padrão de associação e significância semelhante exceto para violência perpetrada por familiar/conhecido e por policial.

Outros trabalhos^{15,5} evidenciaram que o uso dessas substâncias combinado com a estigmatização e a criminalização do trabalho sexual atuam na conformação de cenários de risco acrescido, que propiciam a violência no contexto do comércio sexual. Impõem, ao mesmo tempo, vulnerabilidades diversas marcando perversamente todas as formas de violência direcionadas às MTS.

Neste trabalho, a maioria das mulheres se sentiu discriminada nos 12 meses anteriores ao estudo e os principais motivos referidos foram: discriminação pela profissão e falta de dinheiro ou condição social. Mais da metade foi agredida verbalmente e mais de um terço sofreu abuso físico, tanto no ambiente do trabalho sexual – por clientes e policiais –, como no âmbito doméstico, por parceiros íntimos e familiares ou conhecidos. Esses resultados ratificam os de outros estudos, como o de Kerrigan et al.¹¹ que reportaram achados de que 25,9% das MTS do Rio de Janeiro foram discriminadas e 15,8% sofreram violência relacionada ao trabalho sexual, nos quatro meses anteriores ao estudo.

Os resultados do presente estudo demonstram a carga desproporcional de violência vivenciada pelas mulheres profissionais do sexo no contexto brasileiro. Na população geral, de acordo com os resultados Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS), a prevalência de qualquer violência contra mulheres cometida por desconhecidos, nos últimos 12 meses, foi de 2,7%; e por conhecidos (inclui cônjuge, namorado, parceiro íntimo e outros familiares) foi de 3,1%¹⁶. A prevalência dessas ocorrências na população do presente estudo foi muito superior à encontrada entre as mulheres da população geral – apenas para a violência física, a prevalência entre MTS variou de 7,9%, para violência cometida por policial, até 25,2%, por parceiro íntimo – o que demonstra a maior vulnerabilidade das MTS à violência.

Neste estudo, foram identificados como fatores associados à violência verbal e física: idade jovem (mulheres com menos de 30 anos); baixa renda; consumo de álcool e de drogas; uso inconsistente do preservativo em qualquer situação e valor do programa até R\$ 29,00. Além desses, para violência física, foi encontrada associação com baixa escolaridade e raça/cor preta. Esses fatores também foram identificados em outros estudos como preditores de violência (física, sexual e psicológica) contra MTS¹⁷.

O uso de álcool e de drogas é apontado como um dos mais importantes marcadores de risco para o aumento da violência contra as MTS, nos mais distintos contextos de comércio sexual, pois a necessidade de aquisição

dessas substâncias, bem como o uso compartilhado com parceiros sexuais (íntimos e clientes) condicionam essas mulheres às mais diversas situações de exposição e de vivências de violência e, conseqüentemente, também a práticas sexuais não seguras, fato que leva à associação da violência com o risco de infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis^{18,19,20,21}.

Já em relação aos agressores, os parceiros íntimos (não pagantes) foram os principais perpetradores de agressão física contra as MTS deste estudo, demonstrando o papel de relevo desses homens enquanto perpetuadores da violência contra as mulheres. Daí a importância de se direcionar o olhar em relação à violência contra as MTS para além daquela cometida pelos clientes. Nas análises multivariadas, o consumo de álcool e de drogas; uso inconsistente de preservativo em qualquer situação; e as faixas etárias de 18 a 29 e de 30 a 39 anos foram associadas de forma significativa com a violência cometida por parceiro íntimo.

Os preditores de violência perpetrada por parceiros íntimos contra as MTS deste estudo são consistentes com os achados da literatura, no que diz respeito à violência contra mulheres em geral. As prevalências maiores entre mulheres mais jovens, com baixa escolaridade, baixa renda mensal e usuárias de álcool foram identificadas em outros estudos^{22,23}. A presença de fatores estruturais e o consumo de álcool e de drogas, muitas vezes, se entrelaçam nessas relações produzindo conflitos e favorecendo ainda mais o controle dos homens sobre as mulheres, inclusive por meio de comportamentos violentos. Revisão da literatura que investigou a sindemia do abuso de substâncias, violência e HIV/AIDS (SAVA) em mulheres nos Estados Unidos, revelou que 76% daquelas que relataram agressão física e estupro na idade adulta foram vítimas de seus parceiros íntimos²⁴.

Além disso, a violência por parceiro íntimo é um reconhecido fator de vulnerabilidade ao HIV para as MTS, especialmente entre as mais jovens, as que sofrem agressões graves e aquelas que estão envolvidas com drogas. Portanto, é tão importante quanto a violência cometida por clientes^{25,26}.

A violência física cometida por familiares foi a segunda mais referida pelas MTS deste estudo e os fatores relacionados coincidem com os mesmos associados à violência física cometida por parceiro íntimo (exceto uso de álcool) o que denota a magnitude da violência contra as MTS no contexto doméstico.

Nessas relações, além das normas e desigualdades de gênero, os motivos que reforçam parceiros e familiares a violentarem essas mulheres são ambíguos e contraditórios entre si: as mulheres são violentadas para trazerem o dinheiro para o sustento de outros e, ao mesmo tempo, são punidas por se prostituírem e se relacionarem sexualmente com outros homens a fim de prover tal sustento.

Autores como Wechsberget al.²⁷ observaram que MTS sul-africanas, principalmente jovens e envolvidas com drogas, dependem do trabalho sexual como principal fonte de renda, inclusive para apoiarem outros membros da família. Essas mulheres relataram agressões por parte de homens – clientes, namorados, parceiros e familiares – e referiram grande medo de futura vitimização.

No Brasil, em que pese o limitado número de estudos que abordam a violência doméstica no contexto das trabalhadoras do sexo, alguns estudos quantitativos descritivos demonstraram a alta carga de violência que sofrem as MTS em seus recintos domiciliares. Estudo realizado com profissionais do sexo em Fortaleza-CE identificou que 47,6% das mulheres foram vítimas de algum tipo de violência no domicílio, enquanto 40,5% vivenciaram abusos no ambiente de trabalho²⁸.

No presente estudo, os clientes foram identificados como autores de violência física por 11,7% das MTS entrevistadas. Nas análises multivariadas, houve associação com idade, trabalho nas ruas, baixo valor do programa, uso de álcool e uso de drogas.

Dentre esses fatores, se destacam o uso de álcool e de drogas. No contexto do trabalho sexual, o uso dessas substâncias é visto por muitas MTS

como um meio de conseguir maior rendimento e interação com os clientes e ao mesmo tempo é um mecanismo de fuga do próprio trabalho e do estigma a ele associado. No entanto, o uso de substâncias é identificado como um marcador de risco importante para a violência perpetrada por clientes^{29,30}. Shannon *et al.*¹⁹ evidenciaram que o compartilhamento de drogas ilícitas entre MTS e seus clientes está associado com violência e práticas sexuais de risco: assédio verbal, físico e/ou agressão sexual (ORA= 2,71; IC 95%: 1,17-6,32; p = 0,021) e práticas sexuais de risco (ORA= 3,17; IC 95%: 1,48-6,77; p <0,003).

Quanto à associação com o trabalho nas ruas, muitos estudos apontam o ambiente de rua como um fator que aumenta a violência cometida por clientes contra MTS, além da intrínseca relação com o consumo de drogas¹⁴. Embora a violência contra essas mulheres ocorra também em espaços de trabalho fechados, a extensão e a natureza diferem e são influenciadas por uma pluralidade de fatores de risco e circunstâncias de vulnerabilidades dentro dessas configurações.

Revisão sistemática sobre violência contra MTS no mundo⁵ examinou o papel do ambiente de trabalho sexual em promover ou reduzir o risco de violência e constatou que na Índia, as MTS que trabalhavam em suas próprias casas eram menos propensas a experimentar violência sexual por parte de clientes do que as que trabalhavam em bordéis, alojamentos, ou em locais públicos; na Grã-Bretanha, as MTS que trabalharam ao ar livre tinham seis vezes mais chances de sofrer violência pelos clientes do que as que trabalhavam em ambientes internos; no Canadá, MTS que atendiam clientes em carros ou lugares públicos foram mais propensas a vivenciar violência do que as que atendiam em ambientes internos.

Já em relação à violência física cometida pela polícia, no presente estudo, ela foi referida por 7,9% das MTS. Nas análises multivariadas, esse tipo de violência mostrou-se associado com baixa escolaridade; trabalho nas ruas; e o uso de drogas.

Esses resultados estão de acordo com a literatura. Revisão Sistemática⁵ constatou que 6,6% das MTS da Índia que sofreram violência no ano anterior foram estupradas pela polícia; na Rússia, MTS que trabalhavam nas ruas foram mais propensas a sofrer violência sexual por policiais. Além disso, demonstrou que as práticas de policiamento consequentes da criminalização do trabalho sexual (prisão, coerção, suborno, invasão de local de trabalho) foram associadas com o aumento da violência física e sexual cometida por clientes contra as MTS em diferentes países, como Grã-Bretanha, Canadá e Índia.

A violência policial contra MTS é um fenômeno mundial e ocorre tanto onde o trabalho sexual é criminalizado quanto onde é legalizado. Estudos diversos associam a violência cometida pela polícia contra MTS com o uso de drogas e de álcool e com o comércio sexual nas ruas. A confluência desses fatores tornam as mulheres mais vulneráveis a esse tipo de violência^{30,31}.

No Brasil, relatório sistematizado da Rede Nacional de Prostitutas apresentou as violações dos direitos humanos mais recorrentes vivenciadas por MTS e apontou como frequentes, em todas as regiões do Brasil, a violência policial, que inclui extorsão, assédio, expulsão dos espaços públicos, violações no local de trabalho, incluindo multas excessivas³². Esses relatos demonstram que os abusos policiais agregam mais elementos de vitimização no universo do trabalho sexual e contribui para coibir as mulheres de denunciar clientes agressores e outros.

De acordo com Shannon et al.¹², somente a eliminação da violência sexual, em regiões com alta prevalência de HIV entre as MTS, evitaria 17% de infecção no Quênia e 20% no Canadá, por meio do seu efeito imediato e sustentado no uso do preservativo entre MTS e seus clientes na próxima década. Além disso, a descriminalização do trabalho sexual teria o maior efeito sobre o curso da epidemia do HIV em todas as configurações, evitando 33-46% das infecções por HIV na próxima década.

Conclusão:

Os resultados ora apresentados e discutidos são uma fração limitada da realidade vivenciada pelas MTS de dez cidades brasileiras, considerando que as análises foram feitas a partir de respostas sobre práticas sexuais que são estigmatizadas e experiência de violência. A primeira, suscetível ao viés de desejabilidade social, quando há uma tendência do entrevistado a responder da forma que considera ser “bem visto”³⁴; ea segunda, à própria percepção de violência. Mesmo com a presença de um pesquisador para esclarecer eventuais dúvidas, há possibilidades de incompreensões decorrentes da subjetividade envolvida na percepção da violência. No Brasil, um estudo com MTS evidenciou que estas só se consideravam vítimas de violência se as lesões que sofreram foram graves o suficiente para necessitar de tratamento hospitalar³⁵.

No entanto, este estudo pode contribuir para o conhecimento e compreensão dos fatores associados, natureza e perpetradores da violência contra MTS no contexto brasileiro, a partir da identificação de fatores estruturais, do ambiente de trabalho e individuais como prováveis preditores dos diversos tipos de abusos contra as MTS e, conseqüentemente, corroborar para o entendimento da associação entre as vivências de violência e exposição ao risco de infecção por HIV nesse grupo específico de mulheres.

Esses achados denotam que a violência contra as MTS pode ser aumentada pela confluência e sobreposição de fatores de exclusão e estigmatizantes, que se inter cruzam e estão intrinsecamente relacionados às desigualdades de gênero e social; e ao próprio trabalho sexual, que é antagônico às normas sociais. Sejam estes fatores de caráter macroestruturais ou de natureza individual, tais como: a pobreza, baixa escolaridade, dependência de álcool e de drogas. Os fatores identificados neste estudo são apontados por outros trabalhos como preditores da violência contra MTS^{33,32,12}. As diferenças na magnitude dos fatores, do tipo de violência e de agressor podem ser atribuídas aos contextos econômicos, sociais, culturais e políticos, bem como aos métodos utilizados nas diversas investigações.

Essas evidências da alta carga de violência vivenciada por MTS nas mais diversas realidades demonstram que essas mulheres, em qualquer contexto, são vitimizadas pela violência e, portanto, mais vulneráveis ao HIV, e evidenciam a necessidade de identificar e abordar os fatores econômicos e socioculturais, bem como as desigualdades de gênero, que promovem uma cultura de violência contra a mulher em todo mundo. Todos esses fenômenos são multifacetados com raízes histórico-sócio-culturais que perpassam por questões de classe, étnico-raciais e de geração e necessitam ser compreendidos de forma multidimensional, a fim de serem enfrentados na complexidade dos fatores instigadores da violência nos diversos contextos do trabalho sexual.

Estes resultados ainda levam à reflexão sobre o papel do Estado brasileiro na proteção dos seus cidadãos que passa pela formulação de políticas e que, mesmo em situações singulares e em contextos polêmicos, garantam o usufruto dos direitos fundamentais consagrados na Constituição. Questiona-se então, se as MTS têm seus direitos garantidos por parte do Estado laico independentemente de pressões de segmentos sociais que propugnam pela proibição do comércio sexual.

REFERENCIAS

1. Campbell R, Kinnell H. "We Shouldn't Have to Put Up with This": Street Sex Work and Violence. *Criminal Justice Matters*. 2000; 42: 12-3.
2. Busch NB, Bell H, Hotaling N, Monto MA. Male customers of prostituted women exploring perceptions of entitlement to power and control and implications for violent behavior toward women. *Violence Against Women*. 2002; 8 (9), 1093-1112.
3. Sanders T, Campbell R. Designing out vulnerability, building in respect: violence, safety and sex work policy. *Br J Sociol*. 2007; 58:1–20.
4. Decker MR, Pearson E, Illangasekare SL, Clark E, Sherman SG. Violence against women in sex work and HIV risk implications differ qualitatively by perpetrator. *BMC Public Health*. 2013; 13(1): 876
5. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P, et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health*. 2014; 104 (5): e42-e54.
6. Ximenes Neto FRG, Oliveira JDS, Rocha J. Violência sofrida pelas profissionais do sexo durante seu trabalho e as atitudes tomadas após serem vitimadas. *REME*. 2007; 11(3): 248-53.
7. Penha JCD, Cavalcanti SDC, Carvalho SBD, Aquino PDS, Galiza DDFD, Pinheiro AKB. Caracterização da Violência física sofrida por prostitutas do interior piauiense. *Rev Bras Enf* 2012; 65(6): 984-990.
8. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*. 1997; 174-99.
9. Szwarcwald CL, Souza Jr. PRB, Damacena GN, Barbosa Jr. AB, Kendall C. Analysis of Data Collected by RDS Among Sex Workers in 10 Brazilian Cities, 2009: Estimation of the Prevalence of HIV, Variance, and Design Effect. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011; 57 Suppl 3: S129-35.
10. Damacena GN, Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A. Implementation of respondent-driven sampling among female sex workers in Brazil, 2009. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 Suppl 1:S45-55.

11. Kerrigan D, Telles P, Torres H, Overs C, Castle C. Community development and HIV/STI-related vulnerability among female sex workers in Rio de Janeiro, Brazil. *Health Education Research*. 2008; 23(1):137-45.
- Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, Boily MC. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet*. 2014; 385 (9962): 55-71.
12. Katsulis Y, Durfee A, Lopez V, Robillard A. Predictors of workplace violence among female sex workers in Tijuana, Mexico. *Violence against women*. 2015; 21(5): 571-97.
13. Shannon K, Kerr T, Strathdee SA, Shoveller J, Montaner JS, Tyndall MW. Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *BMJ*. 2009; 339: 29-39.
14. Ditmore MH. When sex work and drug use overlap: Considerations for advocacy and practice. *Harm Reduction International*. 2013 nov: 21-8.
15. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: ago. 2015.
16. Fawole OI, Dagunduro AT. Prevalence and correlates of violence against female sex workers in Abuja, Nigeria. *AfricHealthSci*. 2014; 14 (2): 299-313.
17. Surratt HL, Inciardi JA, Kurtz SP, Kiley MC. Sex Work and Drug Use in a Subculture of Violence. *Crime e Delinquência*. 2004; 50 (1): 43-59.
18. Shannon K, Kerr T, Bright V, Gibson K, Tyndall MW. Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers. *AIDS Care*. 2008; 20 (2): 228-34.
19. Baliunas D, Rehm J, Irving H & Shuper P. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *Int J Public Health*. 2010; 55 (3): 159-66.
20. Wang BLX, Stanton B, Zhang L, Fang X. Alcohol use, unprotected sex, and

sexually transmitted infections among female sex workers in China. *Sex Transm Dis.* 2010; 37 (10): 629-36.

21. Oliveira JB, Lima MCP, Simão MO, Cavariani MB, Tucci AM, Kerr-Corrêa F. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica.* 2009; 26:494–501.

22. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, de Souza ER, Lozana J de A, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22:425–37.

23. Meyer JP, Springer SA, Altice FL. Substance abuse, violence, and HIV in women: a literature review of the syndemic. *J Women's Health.* 2011; 20: 991-1006.

24. Panchanadeswaran S, Johnson SC, Sivaram S, Srikrishnan AK, Latkin C, Bentley ME & Celentano D. Intimate partner violence is as important as client violence in increasing street-based female sex workers' vulnerability to HIV in India. *Int. J Drug Policy.* 2008; 19: 106-12.

25. Argento E, Muldoon KA, Duff P, Simo A, Deering KN, Shannon K. High prevalence and partner correlates of physical and sexual violence by intimate partners among street and off-street sex workers. *PLoS ONE.* 2014; 9: e102129.

26. Wechsberg WM, Luseno WK, Lam WK. Violence against substance-abusing South African sex workers: intersection with culture and HIV risk. *AIDS care.* 2005; 17Suppl 1:S55-64.

27. Aquino PS. Desempenho das atividades de vida das prostitutas [dissertação]. Universidade Federal do Ceará; 2007.

28. Meneses FC. Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *GacSanit.* 2007; 21: 191-6.

29. WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, World Bank. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. *Addressing Violence against Sex Workers.* Geneva: World Health

Organization; 2013.

30. Odínokova V, Rusakova M, Urada LA, Silverman JG, Raj A. Police sexual coercion and its association with risky sex work and substance use behaviors among female sex workers in St. Petersburg and Orenburg, Russia. *IntJ Drug Policy*. 2014; 25: 96-104.

31. Katsulis Y, Lopez V, Durfee A, Robillard A. Female sex workers and the social context of workplace violence in Tijuana, Mexico. *Med Anthropol Quarterly*. 2010; 24: 344-62.

32. Rede Nacional de Prostitutas (relatório). Direitos Humanos e Prostituição. Rio de Janeiro: Rede Nacional de Prostitutas; 2009. Disponível em: <http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2009/05/livreto-prostitutas.pdf>.

33. Morell MGG, Silva NG, Lacerda RM, Araújo N.A efetividade do uso da metodologia *Respondent Driven Sampling* para vigilância comportamental do HIV em trabalhadoras do sexo na cidade de Santos. [Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; 2010 set 20 - 24; Caxambu - MG, Brasil].

34. Pando MA, Coloccini RS, Reynaga E, Fermepin MR, Vaulet LG, Kochel TJ, Avila MM. Violence as a barrier for HIV prevention among female sex workers in Argentina. *PloSone*. 2013; 8: e54147.

35. Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*. 2007; 17: 229-32.

36. Meston C, Heiman J, Trapnell P, Paulhus D. Socially desirable responding and sexuality self-reports. *The Journal of Sex Research*. 1998; 35: 148-57

37. Greenall M. Sex work violence and HIV: A Guide for Programmes with Sex Workers. International HIV/AIDS Alliance. 2008. Disponível em: www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=308.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres profissionais do sexo de 10 cidades brasileiras. Brasil, 2009

VARIÁVEL	NÚMERO (n=2.523)	%
Idade		
18 a 24	858	34,0
25 a 29	516	20,5
30 a 34	412	16,3
35 a 39	272	10,8
40 a 49	292	11,6
50 a 59	143	5,7
60 e mais	30	1,2
Escolaridade		
Fundamental incompleto	1493	59,2
Médio incompleto	599	23,7
Médio completo e mais	431	17,1
Raça/cor		
Branca	604	23,9
Preta	717	28,4
Parda	962	38,1
Outra	240	9,5
Renda mensal (reais)		
1,00 a 299,00	471	18,6
300,00 a 599,00	665	26,4
600,00 a 1.199,00	600	23,8
1.200,00 a 2.999,00	373	14,8
3.000,00 e mais	73	2,9
Não sabe/não respondeu	341	13,5
Situação conjugal		
Nunca foi casada	1332	52,8
Casada/vive com companheiro	514	20,3
Separada/divorciada	545	21,6
Viúva	132	5,2
Outro trabalho além de MTS		
Empregada c/ carteira trabalho	113	4,5
Empregada s/carteira trabalho	256	10,1
Trabalha por conta própria	524	20,8
Não tem outro trabalho	1630	64,6
Situação de moradia		
Casa ou apartamento próprio	863	34,2
Casa ou apartamento alugado	804	31,9
Outros (cômodo/pensão/local de trabalho)	856	33,9

Tabela 2. Características do trabalho sexual e uso de álcool e drogas entre mulheres profissionais do sexo de 10 cidades brasileiras. Brasil, 2009.

VARIÁVEL	NÚMERO (n=2.523)	%
Local de trabalho como PS		
Ponto de rua	966	38,7
Ambiente interno	1.557	61,3
Tempo como PS (anos)		
< 1 ano	185	7,3
1 a 3	755	29,9
4 a 9	763	30,2
10 a 19	493	19,5
20 e mais	314	12,4
Sem informação	14	0,7
Preço do programa (reais)		
1,00 a 29,00	841	33,3
30,00 a 49,00	626	24,8
50,00 a 99,00	592	23,5
100,00 e mais	464	18,4
Programas/dia		
1 a 5	948	77,2
6 a 10	406	16,1
11 e mais	169	7,7
Consumo de álcool		
Várias vezes por semana/todo dia	700	27,7
Uma vez por semana ou menos	1.160	46,0
Nunca	663	26,3
Consumo de algum tipo de droga (maconha, cocaína, crack, merla, etc.)		
Uma vez por mês ou mais	779	30,9
Nunca	1.745	69,1
Consumo de cocaína		
Uma vez por mês ou mais	494	19,6
Nunca	2.029	80,9
Consumo de crack ou merla		
Uma vez por mês ou mais	211	8,4
Nunca	2.312	91,6

Tabela 3. Análise bivariada e multivariada dos fatores que influenciaram a violência verbal e violência física contra as mulheres profissionais do sexo de 10 cidades brasileiras. Brasil, 2009

Fatores	Violência Verbal						Violência Física por qualquer agressor					
	Bivariada			Multivariada			Bivariada			Multivariada		
	RP	IC 95%	<i>p</i>	ORa	IC 95%	<i>p</i>	RP	IC 95%	<i>p</i>	ORa	IC 95%	<i>p</i>
Idade												
18-29 anos	1,09	0,99-1,20	0,063	1,73	1,22-2,45	0,002	1,49	1,27-1,73	0,000	2,27	1,56-3,29	0,000
30-39 anos	0,92	0,83-1,02	0,121	1,88	1,30-2,71	0,001	1,04	0,88-1,22	0,650	1,72	1,16-2,55	0,007
40 e + anos	1,00											
Raça\cor												
Preta	1,06	0,95-1,17	0,314	1,04	0,79-1,37	0,785	1,28	1,09-1,49	0,002	1,37	1,03-1,83	0,031
Não preta	1,00	-	-									
Escolaridade												
Fundamental incompleto	0,99	0,89-1,09	0,797	0,94	0,73-1,22	0,663	1,16	1,00-1,35	0,045	1,32	1,01-1,73	0,044
Fundamental completo +	1,00											
Local trabalho												
Rua	0,88	0,76-1,01	0,070	0,83	0,63-1,08	0,164	1,01	0,92-1,11	0,796	1,15	0,88-1,49	0,306
Interior	1,00											
Valor/programa												
Até R\$ 29,00	1,14	1,03-1,27	0,016	2,16	1,52-3,08	0,000	1,18	1,00-1,39	0,048	1,51	1,07-2,13	0,019
R\$ 30,00-99,00	0,96	0,87-1,06	0,405	1,52	1,15-2,01	0,003	1,05	0,91-1,21	0,510	1,13	0,85-1,50	0,415
R\$ 100,00 e +	1,00											
Uso álcool												
Sim	1,16	1,03-1,30	0,010	1,31	1,11-1,55	0,002	1,48	1,23-1,77	0,000	1,48	1,24-1,77	0,000
Não	1,00											
Uso de drogas												
Sim	1,29	1,18-1,42	0,000	1,64	1,24-2,17	0,001	1,81	1,58-2,09	0,000	2,02	1,54-2,65	0,000
Não	1,00											
Uso/preservativo/ inconsistente												
Sim	1,24	1,07-1,44	0,002	1,44	1,03-2,02	0,036	1,18	1,07-1,30	0,003	1,37	0,96-1,94	0,079
Não	1,00											
Status sorológico / HIV												
Positivo	1,01	0,74-1,40	0,926	0,96	0,51-1,82	0,899	1,26	0,97-1,64	0,050	1,59	0,88-2,89	0,128
Negativo	1,00											

Legenda: RP= razão de prevalência; *p*= valor ORa= Odds ratio ajustada.

Tabela 4. Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física perpetrada por parceiros íntimos e familiares contra as mulheres profissionais do sexo de 10 cidades brasileiras. Brasil, 2009

Fatores	Violência por parceiro íntimo						Violência/familiar ou conhecido					
	R.P	Bivariada		ORa	Multivariada		R. P	Bivariada		ORa	Multivariada	
		IC 95%	Valor p		IC 95%	Valor p		IC 95%	Valor p		IC 95%	Valor p
Idade												
18-29 anos	1,30	1,07-1,59	0,008	1,92	1,23-2,99	0,004	1,71	1,30-2,26	0,000	2,80	1,71-4,61	0,000
30-39 anos	0,98	0,79-1,21	0,875	1,63	1,04-2,55	0,032	1,19	0,87-1,63	0,279	1,83	1,08-2,09	0,024
40 e + anos	1,00											
Raça\cor												
Preta	1,21	0,99-1,49	0,071	1,16	0,85-1,58	0,343	1,41	1,07-1,85	0,015	1,34	0,94-1,90	0,101
Não preta	1,00											
Escolaridade												
Fundamental incomp.	1,22	0,99-1,49	0,053	1,33	0,98-1,79	0,067	1,38	1,05-1,83	0,022	1,62	1,11-2,36	0,012
Fundamental comp. +	1,00											
Local trabalho												
Rua	1,01	0,83-1,24	0,085	1,11	0,83-1,48	0,479	0,91	0,75-1,28	0,891	1,06	0,76-1,48	0,729
Interior	1,00											
Valor programa												
Até R\$ 29,00	1,21	0,971-1,51	0,096	1,33	0,90-1,97	0,152	1,04	0,76-1,43	0,793	1,05	0,67-1,64	0,834
R\$ 30,00-99,00	1,05	0,86-1,28	0,623	1,11	0,80-1,54	0,524	1,01	0,78-1,31	0,934	1,04	0,72-1,51	0,825
R\$ 100,00 e +	1,00											
Uso álcool												
Sim	1,53	1,20-1,99	0,000	1,47	1,21-1,80	0,000	1,32	0,97-1,81	0,075	1,20	0,95-1,51	0,126
Não	1,00											
Uso de drogas												
Sim	1,85	1,53-2,24	0,000	1,68	1,25-2,26	0,001	1,94	1,50-2,49	<1x10 ⁻³	1,72	1,21-2,43	0,002
Não	1,00											
Uso/inconsistente preservativo												
Sim	1,85	1,30-2,60	0,000	1,99	1,27-3,11	0,003	1,25	0,85-1,83	0,253	1,10	0,69-1,77	0,690
Não	1,00											
Status/sorol/HIV												
Positivo	1,36	0,94-1,97	0,119	1,46	0,80-2,68	0,218	1,41	0,86-2,29	0,184	1,52	0,75-3,09	0,246
Negativo	1,00											

Legenda: RP= razão de prevalência; p= valor; ORa= Odds ratio ajustada.

Tabela 5. Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à violência física perpetrada por cliente e policial contra as mulheres profissionais do sexo de 10 cidades brasileiras. Brasil, 2009

Fatores	Violência Cliente						Violência Policial					
	R.P	Bivariada		Multivariada		R. P	Bivariada		Multivariada			
		IC 95%	Valor p	ORa	IC 95%	Valor p		IC 95%	Valor p	ORa	IC 95%	Valor p
Idade												
18-29 anos	1,38	1,01-1,87	0,040	2,24	1,24-3,75	0,002	1,36	0,96-1,94	0,084	2,03	1,09-3,79	0,026
30-39 anos	1,08	0,78-1,50	0,643	1,60	0,94-2,72	0,081	0,99	0,67-1,46	0,962	1,72	0,92-3,20	0,089
40 e + anos	1,00											
Raça\cor												
Preta	1,47	1,00-1,99	0,016	1,38	0,95-2,01	0,093	1,64	1,15-2,36	0,007	1,51	0,98-2,34	0,063
Não preta	1,00											
Escolaridade												
Fund.incomp.	1,39	1,02-1,91	0,034	1,30	0,88-1,93	0,193	2,17	1,43-3,31	0,000	2,21	1,34-3,51	0,001
Fund.comp +	1,00											
Local trabalho												
Rua	1,07	1,02-1,11	0,002	1,86	1,31-2,66	0,001	1,64	1,15-2,34	0,006	1,80	1,15-2,82	0,010
Interior	1,00											
Valor programa												
Até R\$ 29,00	1,86	1,36-2,54	0,000	2,09	1,29-3,38	0,003	1,39	0,96-2,01	0,081	0,97	0,57-1,66	0,905
R\$ 30,00-99,00	1,22	0,91-1,63	0,178	1,13	0,75-1,71	0,546	1,23	0,86-1,76	0,262	0,83	0,51-1,37	0,465
R\$ 100,00 e +	1,00											
Uso álcool												
Sim	1,47	1,00-2,15	0,042	1,57	1,19-2,06	0,001	1,75	1,16-2,62	0,006	1,32	0,99-1,75	0,052
Não	1,00											
Uso de drogas												
Sim	1,95	1,44-2,65	0,000	1,47	1,02-2,18	0,041	2,99	2,07-4,31	0,000	2,54	1,61-3,99	0,000
Não	1,00											
Uso/inconsistente preservativo												
Sim	1,26	0,82-1,94	0,283	1,22	0,74-2,01	0,443	1,06	0,64-1,74	0,834	0,88	0,49-1,57	0,656
Não	1,00											
Status/sorol/HIV												
Positivo	1,79	1,04-3,08	0,043	1,67	0,79-3,54	0,183	1,82	1,05-3,16	0,036	1,57	0,78-3,13	0,205
Negativo	1,00											

Legenda: RP= razão de prevalência; p= valor; ORa= Odds ratio ajustada.