

# Descaminhos: Sexualidade e Prostituição<sup>1</sup>

Luciene Jimenez<sup>2</sup>

## **I – Prostituição: fruto do insaciável desejo sexual ... dos homens.**

As doenças venéreas, particularmente a sífilis, desde o final do século XIX são fonte de preocupação para a saúde pública. Porém, até 1920, as discussões sobre as ações de prevenção e tratamento estavam focalizadas em torno da figura da prostituta, considerada como a principal responsável pela disseminação e contágio (CARRARA, 1994).

Até há pouco mais de 100 anos, acreditava-se que as doenças e, particularmente, as pestes eram decorrentes do desregramento sexual. Assim, a associação entre prostituição e doença e a discussão sobre como conduzir moralmente a existência da prostituição antecedem o surgimento das doenças venéreas como problema de saúde pública.

No início do século XIX, a prostituição foi regulamentada em Paris, sob o argumento de ser esta a única forma de dar vazão à natureza sexual incontrolável dos homens e, assim, manter a ordem moral da sociedade. Até meados do século XX, as discussões sobre a legalização da prostituição giravam em torno da pergunta: são os homens seres capazes de se controlarem sexualmente? (RAGO, 1996).

No Brasil, a polêmica sobre a legalização da prostituição obteve qualquer possibilidade de ação preventiva das doenças sexuais. Os grupos concordavam sobre o fato de serem as prostitutas e seus clientes os responsáveis pela disseminação das doenças sexuais, mas discordavam quanto à capacidade de os homens controlarem seus impulsos sexuais.

A necessidade de resolver o problema emergente das doenças venéreas levou a um abrandamento das discussões, deixando inconcluso o debate sobre a capacidade dos homens de controlarem seus impulsos e deslocando o foco para as possíveis ações de prevenção.

Em 1951, o Brasil assina junto à ONU o Tratado Abolicionista Internacional, que propõe não penalizar quem exerce a prostituição, ao mesmo tempo que considera o gerente ou dono do negócio um criminoso (BRASIL, 2002).

Entre 1950 a 1970, a compreensão normativa de uma sexualidade universal e natural – heterossexual, monogâmica e com finalidade exclusivamente reprodutiva – foi fortemente questionada pela produção teórica, pelos movimentos hippie, feminista e gay e confrontada com discursos que propunham a compreensão de sexualidades múltiplas, constituídas por meio de dispositivos e mecanismos pertinentes às complexas redes sociais.

Foram inúmeras as influências sociais, políticas e tecnológicas que possibilitaram a eclosão desse efervescente período de ideais libertários, entre elas, a disponibilização em massa da penicilina e dos contraceptivos hormonais. Com diz Rago,

“Há um certo consenso [...] entre os militantes da área de que a prostituição que emerge no final do século XIX, no Brasil, entra em profundo declínio a partir da década de 1960, seja com a ‘revolução sexual’ e a enorme alteração dos costumes e padrões comportamentais, seja com a descoberta [...] de métodos contraceptivos mais sofisticados, seja ainda com a maior visibilidade das práticas homoeróticas femininas e masculinas” (RAGO, 1996).

Desde 1997, tramita no Congresso Nacional um projeto de lei que pretende regulamentar a prática da prostituição no Brasil. Essa proposta visa a permissão do exercício da prostituição – obedecendo ao Código Penal de 1830, que não enquadra a prostituição como crime – e vincula a observância de algumas restrições, entre as quais a obrigatoriedade dos(as) profissionais do sexo a se cadastrarem em unidades de saúde e realizarem exames mensais de controle das DST, registrados em cartão específico (ROSSI, 1998).

Assim, embora o Brasil faça parte do Tratado Abolicionista Internacional, a perspectiva adotada pelo atual projeto de lei contempla os ideais propostos pelo regulamentarismo.

## **II – Relato de uma experiência com mulheres profissionais do sexo**

Para compreender melhor o universo das prostitutas, entramos em contato com uma casa de prostituição do município de Diadema e, durante seis meses realizamos encontro mensais com as profissionais que ali trabalhavam.

Na casa, o grupo é rotativo – 14 a 25 garotas transitam por diversos estabelecimentos, dependendo do movimento dos mesmos – e heterogêneo. Algumas têm na prostituição sua única fonte de renda, enquanto outras a exercem eventualmente, em situações de desemprego próprio ou

<sup>1</sup> Adaptado de artigo publicado originalmente na revista de Terapia Sexual, volume 6 (2), 2003.

<sup>2</sup> Psicóloga do CRT/ Aids de Diadema, Mestre em Saúde Pública (FSP/ USP)

do marido. Poucas tinham parceiros fixos e a maioria utilizava algum método contraceptivo considerado 'seguro' – contraceptivos hormonais ou DIU.

O valor do programa é de R\$30,00 por meia hora – sendo R\$20,00 para a garota e R\$10,00 para a casa – pagos antecipadamente para a gerente, e dá direito ao preservativo masculino. O número de programas por noite é variável, com média de quatro a seis para cada profissional.

Foram unânimes os relatos de estratégias visando não serem identificadas como prostitutas quando não estão no exercício da profissão, como trabalhar o mais distante possível do local onde residem. Acreditam, desta forma, estar preservando a si mesmas e, principalmente, aos familiares. Mostraram-se descrentes quanto à possibilidade de legalização da profissão e desconheciam qualquer projeto de lei referente ao assunto.

Os problemas apontados como mais significativos no exercício da profissão foram: falta de lubrificação; os dias de menstruação; medo de engravidar; rompimento do preservativo – média de um rompimento em cada 10/15 preservativos utilizados.

Quanto à menstruação, bloqueiam parcialmente o sangramento colocando porções de algodão no fundo da vagina. Mediante o rompimento do preservativo fazem "ducha" com água morna; e, para promover a lubrificação, quando não dispõem do gel à base de água, utilizam saliva, xampu, condicionador de cabelo, vaselina, pomadas ou cremes vaginais obtidos nas Unidades de Saúde.

A ausência de lubrificação e a utilização de produtos químicos ou farmacológicos foram considerados fatores importantes para o alto número de rompimentos do preservativo. Foi sugerida a associação de métodos como o diafragma com o preservativo masculino; e a contracepção de emergência foi apresentada como alternativa em situações de ruptura do condom.

Como já foi dito, a maioria das mulheres utilizava algum método contraceptivo para prevenir a gravidez com os parceiros fixos, no contexto doméstico, ou com parceiros eventuais, no contexto afetivo-amoroso. Apesar do reconhecimento do risco, a justificativa para a não realização da prevenção às DST/HIV nas relações pessoais foi: *beijar na boca, sentir prazer (gozar), e não usar preservativo são marcas que diferenciam as relações sexuais profissionais daquelas com envolvimento afetivo, ou, pelo menos, não profissionais.*

O uso do preservativo masculino apareceu como um diferencial entre as atividades com envolvimento afetivo e as atividades profissionais, com a finalidade exclusiva de proteger das DST/HIV, rodeado de desconfiança quanto a sua real eficácia na prevenção da gravidez, sob o argumento de romper com facilidade.

"Contracepção" e "prevenção" foram descritas como duas ações distintas, direcionadas a partir da interpretação cristã da sexualidade: de um lado, a sexualidade

desregrada, expressão do mal, do pecado, que levará à doença ou à morte (FOUCAULT, 1998) e que, portanto, solicita que se faça a prevenção das doenças; de outro, a sexualidade pura, legitimada pelo casamento e/ou pelo amor, predestinada à reprodução e que necessita de métodos seguros de contracepção.

A escolha do método contraceptivo promove um impacto diferenciado na exposição às DST/HIV, porém revela também a compreensão de sexualidade presente nos discursos instituídos. Para a medicina que se constituiu ao longo do século XIX, as mulheres teriam apenas instinto reprodutivo e toda expressão sexual com fins não procriativos era considerada patológica; enquanto, para os homens, o desejo deveria ser exclusivo pelo corpo da mulher, sendo patológica qualquer manifestação que não correspondesse a esse "objeto" (MILLELA, 1999).

Nessa modalidade de pensamento, as doenças foram compreendidas como conseqüência dos desejos sexuais incontidos, das transgressões e da luxúria. "O sexo à margem da monogamia tem um preço – a doença e seu cortejo" (TRONCA, 2000).

Essa cisão no trato com a sexualidade atravessa também as instituições, e pode ser observada em algumas ações de saúde. Os "grupos de planejamento familiar", por exemplo, têm como objetivo discutir os métodos contraceptivos, contemplando um dos aspectos da sexualidade, aquele que está voltado para a possibilidade reprodutiva no contexto da família supostamente monogâmica. Ficam excluídas todas as pessoas que exercem suas sexualidades fora da perspectiva reprodutivo-familiar: adolescentes, idosos, homossexuais, profissionais do sexo etc.

Embora a moral sexual-reprodutiva atravessasse as ações das instituições e os discursos produzidos pelas profissionais do sexo, a relação sexual identificada pelo grupo como sendo "legítima", "limpa" e que dispensa a prevenção, apesar do reconhecimento do risco, não foi apenas a que está a serviço da reprodução no contexto familiar, mas, principalmente, aquela que é exercida em "nome do amor-paixão romântico".

Segundo Costa (1998), o amor-paixão romântico é um tipo específico de expressão afetiva construída, histórica e discursivamente. A gratificação sexual e a completude afetiva compõem a idéia de que essa experiência é única, a "verdadeira" expressão do amor, sendo, ainda, condicional para se atingir a "felicidade". Mesmo diante de tal idealização, o amor-paixão é descrito como uma tarefa simples e obrigatória a todos. As contradições e exigências impostas por esse tipo de ideal amoroso fazem com que se torne não apenas um evento raro, como também de difícil sobrevivência, devendo ser constantemente perseguido.

Pode-se pensar que o código moral que antes dividia a sexualidade em "casta" e "promíscua" ou "normal" e "patológica", tomando como referência a finalidade reprodutiva ou não da atividade sexual, atualmente

compartilha essa divisão com o ideal do amor-romântico. O sexo "impuro" deixou de ser apenas aquele que não está a serviço da reprodução e passou a ser, principalmente, aquele que não está a serviço do amor-paixão. O amor-paixão romântico parece constituir um novo referencial de normatização da sexualidade, a partir do qual as mulheres profissionais do sexo e, possivelmente, não apenas elas, tendem a organizar suas decisões relativas à prevenção e/ou contracepção.

## **Agradecimentos**

A Val, que bem conhece os (des)caminhos!

## **Referências Bibliográficas**

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretarias de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids *Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids/Secretaria de Políticas de Saúde*. Brasília: Série manuais n. 47. 2002.

CARRARA, S. A aids e a história das doenças venéreas no Brasil. In: LOYOLA, M.A. e cols. *Aids e sexualidade: o ponto de vista das Ciências Humanas*. RJ: Relume-Dumará, UERJ, pp 73-108. 1994.

\_\_\_\_\_. A luta anti-venérea no Brasil e seus modelos. In: PARKER, R.; BARBOSA, R.M. (orgs). *Sexualidades Brasileiras*. RJ, Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ. pp. 17-37. 1996.

COSTA, JF. *Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. RJ: Rocco. 1998.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade. A vontade de saber*. RJ: Graal. 1998.

RAGO, LM. Prostituição e mundo boêmio em São Paulo (1980-1940). In: PARKER, R.; BARBOSA, R.M. (orgs). *Sexualidades Brasileiras*. RJ: Relume-Dumará. ABIA: IMS/UERJ. pp 52-62. 1996.

ROSSI, L. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Programa de Cooperação Técnica França-Brasil. *Prevenção das DST/Aids e a prostituição feminina no Brasil*. Brasília. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em 1998.

TRONCA, Í. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas: Editora da Unicamp. 2000.

VILLELA, WV. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade. In: Barbosa M.R.; Parker R.(orgs.) *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. RJ: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34. pp 199-213. 1999.

