

ANÁLISE DO TRABALHO DE SEXO (PROSTITUIÇÃO) PRATICADO PELAS MULHERES NA CIDADE MUNICIPAL DE LICHINGA E SUA RELAÇÃO COM HIV-SIDA

*Analysis of the work of sex (prostitution) practiced by women in the municipal
city of lichinga and their relationship with HIV-AIDS*

Jorge Caude*

RESUMO

O estudo teve como objetivo compreender as estratégias a que as trabalhadoras de sexo em Lichinga recorrem para fazer frente ao risco de infecção pelo HIV/SIDA, apesar do risco elevado de contrair esta doença. Determinou-se como campo empírico a cidade de Lichinga, na província de Niassa, Moçambique, onde, nos últimos anos se regista um fluxo de mulheres de diferente origem a optarem pela prática da prostituição, como uma profissão de sustento para suas famílias. A pesquisa, de tipo exploratório, foi levada a cabo mediante uma abordagem qualitativa, tendo como técnicas de investigação privilegiadas a observação direta e as entrevistas semiestruturadas. Os resultados da pesquisa mostraram que o uso e duplicação do preservativo e aplicação dos preços mais altos com relação ao proposto pelos clientes são uma das principais estratégias de segurança e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis no contexto do trabalho de sexo, praticadas pelas mulheres na cidade de Lichinga. Contudo, o conhecimento privado da sexualidade de alguns clientes induz as prostitutas a não observarem com a mesma força a prevenção de doenças. Devido à falta de dinheiro e ao reduzido movimento de clientes, algumas trabalhadoras de sexo praticam ações sexuais de forma desprotegida, correndo o risco de contrair o HIV-SIDA.

Palavras-chave: Prostituição; Trabalho Sexual; Prevenção; HIV-SIDA.

ABSTRACT

The study aimed to understand strategies used by sex workers in Lichinga to face the risk of HIV/AIDS infection, despite the high risk of contracting this disease. The city of Lichinga, in the province of Niassa, Mozambique, was determined as the empirical field, where in recent years there has been an influx of women from different origins opting for the practice of prostitution, as a profession to support their families. The research, of an exploratory nature, was carried out using a qualitative approach, with direct observation and semi-structured interviews. The results of the survey showed that the use and duplication of condoms and the application of higher prices in relation to those proposed by clients are one of the main strategies for safety and prevention of sexually transmitted diseases in the context of sex work, practiced by women in the city of Lichinga. However, the private knowledge of the sexuality of some clients induces prostitutes not to observe disease prevention with the same force. Due to lack of money and reduced customer traffic, some sex workers practice unprotected sex, running the risk of contracting HIV/AIDS.

Keywords: Prostitution; Sex Work; Prevention; HIV-SIDA.

* Mestrado em Sociologia de Trabalho e das Organizações, pela Instituto Superior Monitor de Mocambique-2020-2022; Licenciado em Gestão de Mercados Turísticos pela Escola Superior de Hotelaria e Turismo de Inhambane, Universidade Eduardo Mondlane -2011-2014. 2015-2018 Docente do Instituto Médio de Ecoturismo de Marrupa, Niassa, Moçambique. 2019-Assistente Universitário, tempo parcial na UniRovuma, Niassa-Moçambique. Atualmente funcionário Público da Inspeção Nacional das Atividades Económicas (INAE), Delegação do Niassa.

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa, teve como objecto de estudo a prostituição feminina e sua relação com HIV-SIDA, numa altura em que esta doença constitui ameaça à saúde publica a nível da África em geral, e especialmente em Moçambique. Procurou-se compreender as estratégias a que as trabalhadoras de sexo em Lichinga recorrem para fazer frente ao risco de infecção pelo HIV/SIDA. Moçambique é o país de expressão portuguesa em África, com o maior número de infectados pelo vírus HIV-SIDA. Cerca de 125.000 mulheres grávidas de 15 (quinze) ou mais anos vivem com HIV-SIDA (MISAU¹, 2022, p.8). A epidemia tem um carácter heterogéneo em termos geográficos e socioeconómicos. A principal via de transmissão continua a ser sexual, em cerca de 90% dos casos em adultos. (DW, 2021).

Além disso, as características sociodemográficas das trabalhadoras do sexo são principalmente descritas em relação a áreas geográficas específicas, ao invés de Moçambique, como um todo (MUIANGA, 2009).

O Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e AIDS em Moçambique para 2015-2019 (PEN IV)², a directriz sobre serviços HIV para a população chave do Ministério da Saúde³, e o Plano de aceleração da resposta ao HIV e SIDA para 2013-2015 reconhecem as trabalhadoras do sexo como população-chave para uma resposta eficaz ao HIV. Apesar desses reconhecimentos oficiais, em 2014 apenas três por cento do financiamento nacional para o HIV foi designado para as trabalhadoras do sexo⁴.

Para UNAIDS-2022⁵ nos últimos dois anos e meio, a colisão entre as pandemias de HIV/SIDA e de COVID-19 juntamente com outras crises económicas e humanitárias colocou a resposta global ao HIV sob ameaça crescente. Em algumas partes do mundo, e para algumas comunidades, a resposta à pandemia de HIV/SIDA tem se mostrado resistente em tempos adversos, o que ajudou a evitar os piores resultados. Entretanto, o progresso global contra o HIV está diminuindo em vez de acelerar: os últimos dados coletados pelo UNAIDS mostram que, apesar das novas infecções pelo HIV terem caído globalmente em 2021, a queda foi de apenas 3,6% em relação a 2020, a menor redução anual desde 2016 (UNAIDS, 2022).

¹Relatório das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA, 2022

²CNCS, “Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015 – 2019.” CNCS, 2015

³MISAU, Directriz para integração dos serviços de prevenção, cuidados e tratamento em HIV e SIDA para a população chave no Sector da Saúde 2016.

⁴CNCS, UNAIDS, “National AIDS Spending Assessment (NASA) for the period 2014 in Mozambique. Level and flow of resources and expenditure for the national response to HIV and AIDS.” 2016.

⁵Relatório Global para AIDS-2022. Disponível em: < <https://unaids.org.br/2022/08/a-resposta-global-da-aids-esta-ameacada/>> . Acesso no dia 07/07/2023, pelas 14h27min minutos.

A Europa Oriental, Ásia Central, Oriente Médio, Norte da África e América Latina têm visto aumentos nas infecções anuais pelo HIV durante a última década. Na Ásia e no Pacífico, os dados do UNAIDS mostram que as novas infecções pelo HIV estão aumentando onde estavam caindo nos últimos 10 anos. Diariamente, quatro mil pessoas, dentre elas 1,1 mil jovens de 15 a 24 anos são infectadas pelo HIV. Se as tendências atuais continuarem, 1,2 milhão de pessoas serão infectadas pelo HIV em 2025, três vezes mais do que a meta preconizada para 2025, que era de 370 mil novas infecções (UNAIDS, 2022).

O impacto humano na paralisação do progresso da resposta ao HIV é assustador. Em 2021, 650 mil pessoas morreram por causa de SIDA, o que significa uma a cada minuto. Com a disponibilidade de medicamentos antirretrovirais de última geração e ferramentas eficazes para prevenir, detectar e tratar adequadamente infecções oportunistas como a meningite criptocócica e a tuberculose, estas são mortes evitáveis. Sem uma ação acelerada para evitar o avanço do vírus, as mortes relacionadas com SIDA continuarão a ser uma das principais causas de óbitos em muitos países. O número de pessoas em tratamento de HIV aumentou em apenas 1,47 milhão em 2021, quando comparado com o aumento de mais de 2 milhões de pessoas nos anos anteriores, representando o menor aumento desde 2009 (UNAIDS, 2022).

Em 2021, populações-chave (profissionais do sexo e sua clientela, gays e homens que fazem sexo com outros homens, pessoas que usam drogas injetáveis e pessoas trans) e suas parcerias sexuais contabilizavam 70% das infecções por HIV mundialmente. Sendo 51% das novas infecções por HIV na África Subsaariana estão entre populações-chave. O risco de contrair HIV é 30 vezes maior para trabalhadoras sexuais do que para as outras mulheres, seis em cada sete novas infecções entre adolescentes com idade de 15 a 24 anos são entre meninas (UNAIDS, 2022).

Em Moçambique até Dezembro de 2022⁶, de acordo com os resultados do novo inquérito INSIDA 2021 proveniente do Spectrum 6.28, existem 2.430,000 pessoas vivendo com HIV, destas 2.280,000 correspondentes a 94% são Adultos de 15+ (quinze) ou mais anos, 34% Homens de 15+ vivendo com HIV e 60% Mulheres 15+ vivendo com HIV, enquanto que as novas infecções diárias são estimadas em 266. A maior taxa de positividade a nível nacional ocorreu nas províncias da Zambézia, Nampula e Manica que contribuíram com 49% dos testes feitos. As províncias de Niassa e Inhambane apresentaram 11%. As províncias de Tete, Manica, Sofala e Maputo Província registaram as menores taxas de positividade abaixo da média nacional de 11%. A maior percentagem de testes feitos foi observada nas Mulheres Trabalhadoras de Sexo com 65% (MISAU, 2022).

⁶MISAU: Relatório Anual das Actividades relacionadas ao HIV/SIDA de 2022.

A escolha deste tema justificou-se pelo facto de este ser um fenómeno polémico e complexo presente em todas as épocas e culturas, e ainda assim ser considerado um tema tabu na sociedade. Por outro lado, a escolha do tema está baseada no reconhecimento da importância das mulheres na narrativa da civilização, no interior de uma história escrita por homens e para homens. Portanto, nesta investigação são analisados aspectos da vida pública e privada das mulheres trabalhadoras de sexo na cidade de Lichinga, isto é, como são caracterizadas nas leis, nos mitos, nos costumes do dia-a-dia, na vida política e familiar, de forma a ter um melhor entendimento da relação e dos papéis de género na sociedade, dando maior abordagem ao fenómeno da prostituição e consequentemente à vida das mulheres que trabalham nesta área.

O principal foco de análise é a prostituição feminina. A pesquisa buscou também um melhor entendimento das dinâmicas sociais destas mulheres, através de questões orientadoras tais como: quem são? o porquê desta escolha de vida? quais os seus atributos, qualidades e instrução? como são vistas e tratadas pela sociedade e pela lei? quais os ganhos, benefícios e desvantagens desta profissão?

O presente estudo desenvolveu-se a partir de pesquisa qualitativa. Procurou-se, não só entender de forma holística um dado fenómeno e as causas que estão na sua origem, como também tornar inteligíveis os significados que as pessoas atribuem às suas ideias, crenças e ao seu modo de vida, ou seja, “compreender a conduta humana a partir dos próprios pontos de vista daquele que atua” (CARMO & FERREIRA 2008, p. 195).

Quanto às técnicas e instrumentos de recolha de dados, a primeira opção foi pela pesquisa bibliográfica, em virtude de oferecer os “meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente” (MANZO cit in MARCONI & LAKATOS, 2003, p.183) e por permitir “o reforço paralelo na análise de pesquisas ou manipulação de informações” (TRUJILLO cit in MARCONI & LAKATOS, 2003, p. 183). Numa segunda fase, foi realizada uma pesquisa empírica, através de entrevista semiestruturada, usando um guião previamente elaborado para o efeito, destinada às mulheres potencialmente ou não que preferem a prostituição como profissão, nos estabelecimentos, locais dos encontros e outros lugares onde ocorrem na cidade de Lichinga. Foram recolhidos depoimentos e opiniões dos informantes privilegiados, para aferir as razões das mulheres para preferência pela prostituição, que hoje é vista como uma actividade de sustento, ou seja, outro trabalho; e ainda identificar factores que levam ao risco de contrair HIV-SIDA na actividade de prostituição, bem como descrever as vantagens e desvantagens que este trabalho traz na vida quotidiana das mulheres prostitutas.

Por fim, utilizou-se uma técnica auxiliar de observação direta, que incidiu sobre conversas

com as trabalhadoras de sexo junto com representantes das unidades económicas (bares, discotecas e pensões), e alguns colaboradores de ONG's de género feminino do projecto "PASSOS", procurando compreender as diferentes manifestações, por via da análise dos discursos proferidos nos diferentes ritos, identificando as narrativas vigentes nestes, facto que ajudou na descrição de diferentes perspectivas teóricas das declarações de cada trabalhadoras de sexo. Neste caso, foi aplicada uma técnica de amostragem intencional/conveniência, através da qual foram seleccionadas mulheres trabalhadoras de sexo influentes, em relação às quais se têm a confiança de possuírem a informação relevante para o estudo. Portanto, o total da amostra inicial foi de 27 (vinte e sete) informantes, dos quais 19 (dezanove) mulheres trabalhadoras de sexo (prostitutas), 2 (duas) educadoras de pares, das quais uma é trabalhadora de sexo, que lidam e ajuda outras prostitutas, principalmente as que entram pela primeira vez nesta actividade, 1 (um) chefe do recinto da FEN e os restantes 5 (cinco) foram representantes dos agentes económicos, incluindo guardas das barracas. Entretanto, este último grupo ajudou a ter acesso às prostitutas, no que concernem as entrevistas, portanto as suas declarações não foram relevantes no trabalho final, tendo sido excluídos da amostra das testemunhas-chave.

2. ORIGENS DO PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE

Aqui, propõe-se construir o quadro teórico que servirá de base para a presente pesquisa, tendo como suporte a sociologia da saúde ancorada à perspectiva fenomenológica⁷ na sua abordagem sobre o risco e também será caracterizada a situação da pandemia do HIV em Africa.

As origens do pensamento social em saúde têm suas raízes nos movimentos europeus de reforma sanitária e reforma médica na segunda metade do século XIX de acordo com COLLET & ROZENDO, (2001, p.107). Estes movimentos trazem consigo ideias liberais e a consciência da importância dos factores sociais para a compreensão dos problemas de saúde, pois estes extravasam o campo biológico. Ou seja, a saúde e a doença não constituem domínios exclusivos da medicina. Ainda que esta desempenhe um papel fundamental neste campo, os problemas e desafios colocados por aquelas aos indivíduos e às sociedades não podem ser trabalhados a partir de uma única perspectiva teórica ou disciplinar (CARAPINHEIRO, 2004, p. 46). Isto para dizer que a abordagem da saúde e da doença é indispensável de ser analisada numa perspectiva multidisciplinar. Com efeito, dentro das ciências sociais, a psicologia, antropologia e a sociologia têm desenvolvido um interesse

⁷De acordo com Smart, (1978, p. 97), a escola fenomenológica original da sociologia floresceu na Alemanha, no período entre as duas guerras, sob influência filosófica de Edmund Husserl e Martin Heidegger, influencia que se estendeu à antropologia, nomeadamente através da conhecida obra de Ruth Benedict, *Patterns of Culture*. A sociologia fenomenológica rejeita a ideia, inerente às abordagens sociológicas que adoptam o paradigma da ciência natural, de que o mundo social constitui o mundo subjectivo, divorciado dos processos interpretativos dos membros. O mundo social é antes tratado como o produto da actividade humana, da interpretação e intenção, como um mundo subjectivo.

particular nos estudos da saúde e da doença nos últimos tempos (CARAPINHEIRO, 2004, p. 46).

No que diz respeito à sociologia, o encontro com a saúde e a doença remonta aos primeiros anos da segunda metade do século XX. Duas ideias inaugurais presidiram a esse encontro. A primeira abordou a questão de que os problemas de saúde das sociedades actuais, pela sua magnitude, amplitude e complexidade, não podem ser tratados a partir de uma única disciplina, ou seja, da exclusiva perspectiva da medicina. A segunda realçou a exigência de uma abordagem multidisciplinar a esses problemas, realizada segundo uma base de trabalho conjunta, desafiando a organização convencional dos ramos do saber e dos seus currículos e pondo em causa a divisão do trabalho profissional nos sistemas de saúde (CARAPINHEIRO, 2005, p. 385).

A estas duas ideias articulou-se uma condição incontornável, a do desenvolvimento de uma epistemologia crítica da saúde e da doença, que fosse reflexiva, isto é, que reconhecesse a importância que detém o conhecimento das formas como se estabelecem, histórica e socialmente, os saberes de natureza científica; que fosse construtiva, isto é, que pusesse em causa a ideia da existência de factos médicos neutros e progressos médicos sem ambiguidades, favorecendo a integração do carácter construído da saúde e das medicinas; que fosse séptica relativamente aos fundamentos que apoiam a acção exclusiva da medicina científica e do modelo de intervenção médica, apoiando-se na noção de multicausalidade complexa dos fenómenos sociais, culturais, individuais e biológicos.

O período da emergência da sociologia médica dependeu em parte do surgimento de grandes estudos, como o famoso estudo clássico de Émile Durkheim sobre o suicídio, a preocupação com a mudança social e interacção pela Escola de Chicago. Nos anos sessenta esta escola constitui a perspectiva dominante dos problemas sociais, com destaque para os trabalhos de Erving Goffman e Howard Becker. Este paradigma emerge sob a forma da teoria da etiquetagem (*labelling theory*), onde são examinados os pressupostos teóricos e reatualizados os terrenos de análise da patologia social e, através da colocação central da perspectiva do doente e da construção das ideias de “carreira desviante” e de “carreira de doença”, reenquadra-se com o estatuto de paradigma dominante na sociologia geral, bem como na sociologia médica (MUIANGA, 2009, p. 33).

O estudo sobre a comunidade de Middletown feito pelos sociólogos americanos Helen M. Lynd e Robert S. Lynd (1924; 1925; 1935) foi também uma importante contribuição para a sociologia médica, tendo sido o primeiro estudo a explorar o comportamento da saúde e da doença numa perspectiva comunitária. Neste estudo, refletiram sobre a organização da prática médica, o uso de serviços médicos por membros da comunidade, e as principais alternativas para a medicina, juntamente com os seus padrões de utilização, (TWADDLE & HESSLER, 1977 cit in MUIANGA, 2009, p.33).

O sociólogo Talcott Parsons tornou o estudo da saúde e da doença sociologicamente relevante, através do seu livro “The Social System” de 1951, onde analisou o papel do médico e do doente. Nesta obra, Parsons relacionou o estudo da sociologia médica às preocupações sociológicas envolvendo o processo de mudança social e controlo social. Para, além disso, este autor analisou como os profissionais de saúde se relacionam com os seus clientes, bem como o ambiente desse interacção num âmbito médico, vendo o médico como um profissional, o doente como cliente e a doença como a variável situacional de controlo à interacção entre os dois (TWADDLE e HESSLER, 1977 cit in MUIANGA, 2009, p. 34). Assim, a doença aparece conceptualizada como desvio social, os processos terapêuticos como forma de controlo social e as relações sociais entre o médico e o doente organizam-se segundo um modelo de interacção social, onde surgem bem definidos os respetivos papéis. Ao papel social atribuído ao médico é conferida uma importância especial, pois é ele que define o que é saúde e é doença e, portanto, legitima o papel social do doente (CARAPINHEIRO, 1986, p. 16). Esta primeira aproximação à doença como objecto de pesquisa sociológica determinou um sulco teórico que mais tarde aproxima a sociologia da medicina à sociologia do trabalho.

Desta forma, nesta época, toda a sociologia médica desenvolvida em países de língua anglo-saxónica, especialmente nos Estados Unidos e Canadá, manifesta uma influência da tradição intelectual estrutural funcionalista como teoria sociológica fundamental e, sensivelmente até à década de 70, a teoria parsoniana, o funcionalismo de Merton, a teoria psicanalítica gozam do estatuto privilegiado de constituírem o conjunto das teorias sociológicas tradicionais na sociologia médica (CARAPINHEIRO, 1986, p. 17).

Segundo CARAPINHEIRO (2005, p.394), é neste período que a sociologia britânica iria inspirar-se na sociologia americana de Chicago, onde se debruçou sobre as realidades e as experiências que estruturam os processos de constituição social do doente e das carreiras de doença, privilegiando a óptica leiga nas relações profissional-cliente. Deste modo, investigou-se, por um lado, a variedade das situações de doença, a diversidade dos actores envolvidos e a heterogeneidade das relações sociais subjacentes à procura de cuidados. Por outro, procurou-se conhecer as estratégias desenvolvidas pelos doentes em situações de doença particularmente difíceis, o trabalho de Davis e Horobin desenvolvido em 1977, constituiu uma referência dessa abordagem. Paralelamente, expuseram-se os pressupostos culturais que envolviam as relações entre profissionais de medicina e doentes, que legitimavam a posição dominante das culturas profissionais, determinando por oposição o estatuto profano das culturas leigas, associando-lhes a impossibilidade de ação estratégica (CARAPINHEIRO, 2005, p.394-395).

De entre as inúmeras investigações sociológicas que poderiam ilustrar esta senda, destaca-se a de Strong de 1979, pela finura analítica usada na pesquisa das negociações que ocorrem na relação médico-doente. Por último, cabe salientar o modelo proposto pelo sociólogo francês Michel Foucault, onde o argumento se desenha à volta da ideia de as ciências médicas e as ciências sociais terem contribuído para o alargamento da abrangência e para o reforço da eficácia de rede de vigilância posta em acção pelo olhar clínico, este pensamento é desenvolvido na sua obra, *Le regard clinique* de 1963.

2.1. Conceito de risco em relação saúde e da doença

Actualmente surgem novos contributos teóricos e metodológicos para a compreensão da saúde e da doença, tendo como foco central o conceito de “risco”. Destaca-se a abordagem “pós-estruturalista” para usar os termos de Deborah Lupton, representada por sociólogos como, Ulrich Beck e Anthony Giddens, considerados como autores centrais da perspectiva da “sociedade de risco”. As abordagens dos autores anteriormente referidos interessam-se pela maneira como apresentam o conceito de risco, relacionando-o com as condições da modernidade tardia (MUIANGA, 2009, p. 35).

Assim, para Beck (1993), os riscos da modernidade avançada são eminentemente tecnológicos pois na “sociedade de risco” os ganhos do progresso técnico e económico ficam obscurecidos pela produção e distribuição de novos riscos, sendo que a ciência e a tecnologia são os principais responsáveis pela produção dos mesmos. Para este autor, o risco é conceptualizado como um perigo⁸ externo induzido e introduzido pela modernidade e pela generalização da insegurança. Enfatiza-se o processo de politização dos riscos que tem ocorrido nos últimos anos, nomeadamente no que se refere às consequências morais e políticas que este processo tem desencadeado. Assim, os riscos, em contraposição aos antigos perigos, são consequências que se prendem com a ameaça da força da modernização e da globalização (BECK, 1993). Para o sociólogo alemão, as sociedades de risco forjam-se a partir da precarização dos arranjos institucionais da existência humana, nomeadamente da crescente dependência das instituições públicas que os indivíduos experimentam perante a crescente fragilização das famílias e das redes de parentesco no fornecimento do apoio e solidariedade e a partir da democratização dos impactos das situações de risco (ibid.).

Por sua vez, Anthony Giddens concorda com Beck ao ver a modernidade tardia como sendo caracterizada por transformações nos hábitos tradicionais e costumes, tendo um radical efeito na

⁸Cabe-nos aqui fazer uma distinção entre “perigo” e “risco”. Estes termos são as vezes usados como sinónimos. Apesar de estarem estreitamente relacionados, como refere Giddens (1992, p.26), não são a mesma coisa. A diferença não depende de um indivíduo pesar conscientemente alternativas, ao considerar ou adoptar uma determinada linha de acção. O que o risco pressupõe é precisamente o perigo (não necessariamente a consciência do perigo). Na óptica de Luhmann (1993), o “risco” é atribuído às decisões humanas que tenham sido feitas, e o “perigo” resulta do ambiente externo, uma espécie de fatalidade.

conduta e no significado da vida quotidiana. Este também identifica o processo de enfraquecimento institucional, a dependência da técnica e da ciência como sendo centrais na natureza dos riscos da modernidade tardia (LUPTON, 1999, p. 73). Para Giddens, os riscos ameaçam todos quanto vivem à face da terra, como no caso do desastre ecológico, do colapso da troca económica global ou da guerra nuclear, que podem ameaçar a sobrevivência da humanidade, o que o autor chama de “globalização do risco” (GIDDENS, 1992, p.27).

Contudo, a tese “pós-estruturalista”, apesar de central na análise dos riscos que afectam a humanidade, não é suficientemente localizada em termos de pesquisa empírica. Por conseguinte, esta corrente tende a não explorar com detalhes as diversas dinâmicas e formas pelas quais, os actores sociais inseridos num determinado contexto respondem ao risco (LUPTON, 1999, p.104 apud MUIANGA, 2009). Ou seja, como os indivíduos se engajam “reflexivamente” perante o risco na sua vida quotidiana. Deve-se, em última análise tomar em conta os contextos sociais e ideológicos dos indivíduos.

É neste contexto que no presente estudo, o risco é entendido como uma construção social e integra-se num posicionamento racionalista da realidade que pressupõe uma tentativa de domesticação da incerteza. Ou seja, o risco é um perigo domesticado na sua tripla vertente de uma apropriação quantitativista que o apresenta como cognoscível, de uma previsão probabilística e da assunção de controlo sobre o aleatório. Assim, o risco designa a possibilidade, em termos de cálculos probabilísticos, de um perigo eventual ocorrer ou a expectativa de um evento negativo ocorrer (CARAPINHEIRO et al, 2001, p.197).

A abordagem fenomenológica⁹, tratando dos aspetos mais ínfimos da vida social, tem como foco central a “ação social”. Para SCHUTZ (1979), esta perspetiva evidencia a “experiência do mundo da vida quotidiana”. Neste paradigma, a principal unidade de análise são os significados partilhados pelos actores sociais durante a interacção social. Assim, há uma ênfase na forma como os indivíduos gerem a sua própria identidade, e a ideia de que a realidade social existe nas representações dos membros da sociedade (TWADDLE; HESSLER, op. cit., p.44). Portanto, não existe uma realidade absoluta, mas sim “realidades múltiplas” criadas através dos significados e experiências partilhadas pelos indivíduos. Esta perspectiva torna-se fundamental para análise do nosso estudo na medida em que, por um lado, enfatiza a “experiência vivida” pelos actores sociais na sua vida

⁹Twaddle e Hessler, (1977, p.44), destacam alguns exemplos de pesquisa na sociologia médica, que se basearam na fenomenologia incluem o estudo de New sobre o estudante osteopático (1960); a pesquisa de Fox sobre o stress produzido numa unidade de pesquisa metabólica (1959); e a análise de Glaser e Strauss sobre a trajetória da morte (1968). Estes estudos usam métodos de pesquisa qualitativos, onde procuram analisar as experiências particulares na área dos cuidados de saúde. Ou seja, o que é que de facto ocorre nas representações dos actores sociais à medida que as realidades são construídas e partilhadas.

quotidiana. Por outro, está interessada nos significados contextualizados do risco, ou, como diria Deborah Lupton, esta perspectiva analisa como os actores específicos ou grupos, através do seu background sociocultural, constroem o seu entendimento de risco na sua interacção com os outros (LUPTON, 1999, p. 27).

De acordo com esta autora, esta discussão ocorre geralmente em estudos empíricos onde se explora a maneira como os actores sociais constroem o seu conhecimento de risco na sua vida quotidiana, aquilo que considera ser a relação “risco e subjectividade”. Sustenta ainda que os indivíduos, ao identificarem respostas subjetivas aos riscos que são identificados como perigo (ameaça), activamente fazem escolhas em relação à prevenção dos riscos, o que requer uma constante observação, regulação e disciplina. Daí que o conhecimento sobre o risco pressupõe uma certa “reflexividade” por parte dos actores, uma vez que os aspectos da vida dos indivíduos são influenciados pela sua consciência de risco e pela responsabilidade de evitar esses riscos (Ibid., p. 105-107).

Contudo, é necessário ter presente as limitações que decorrem da utilização do conceito de risco, sobretudo no referente as questões de saúde e doença, na medida em que este nos remete para a responsabilização do “outro”, como sugerem os estudos epidemiológicos sobre o HIV/SIDA, com a sua hipótese de “grupos de risco” como responsáveis na disseminação desta pandemia, sobretudo em África (LUPTON, 1999, p. 105-107).

Michael Bloor (1995, p. 101) por, exemplo, diz que a diversidade de comportamentos de risco relacionados com o HIV e as múltiplas deficiências que subjazem aos actuais modelos teóricos sugerem que a tentativa de fixar um modelo predicativo de “comportamentos de risco” pode ser prematura. Por conseguinte, esta abordagem tende a ignorar o papel das relações de poder, no qual os indivíduos são representados como agentes, operando no campo das relações sociais no qual se movem estrategicamente entre diferentes lógicas de risco (LUPTON, 1999, p. 113). Na óptica de Michael Bloor, o mais modesto, mas mais facilmente plausível, seria um esquema conceptual em que a diversidade de comportamentos de risco seria descrita heurísticamente. Nesses moldes, o trabalho de Alfred Schutz sobre os “sistemas de relevância” é um desses possíveis quadros heurísticos, onde a interacção complexa da vida quotidiana e os diferentes fenómenos de risco podem ser localizados, a partir dos dados imediatos aos culturalmente determinados da experiência humana, a partir do “sistema intrínseco de relevâncias” ao “sistema imposto de relevâncias” (BLOOR, 1995 p. 100-101; SCHUTZ, 1979, p. 112).

As “zonas de relevância” são cruciais e dirigem a nossa atenção para uma abordagem contextual dos fenómenos sociais. Com efeito, como escreve Bloor, a compreensão social da

transmissão do HIV implica a localização da epidemia no seu contexto social. Deste modo, dever-se-á enfatizar as “relações sociais” e não o “comportamento de risco”, visto que a transmissão do HIV não é uma acção individual, mas uma acção social (BLOOR, 1995 p. 100-101; SCHUTZ, 1979, p. 112-15).

Sendo que todas as formas particulares de transmissão do HIV ocorrem nas diversas relações sociais, que podem ser, relações comerciais, relações privadas, relações espontâneas ou douradoras, relações de exploração ou igualitárias, e assim por diante, para Bloor, a tarefa da “sociologia da transmissão do HIV” é a de documentar e delinear as diversas características das várias relações sociais que propiciam o risco de transmissão. Este sistema analítico revela-se de fundamental importância pois, em primeiro lugar, mais do que reduzir situações de risco às questões individuais o foco é sobre uma situação imediata de acção. Em segundo lugar, este esquema pode facilmente incorporar mudanças de comportamento de risco ao longo do tempo, como consequência do deslocamento de sistemas de relevâncias (BLOOR, 1995, p. 99).

3. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS-CHAVE

De acordo com SELLTIZ (1965, p.49.), todo o pesquisador, ao organizar os seus dados, para que possa perceber as relações entre eles, deve munir-se de conceitos. Com efeito, nesta etapa da pesquisa, pretende-se operacionalizar alguns conceitos-chave, a saber: trabalho de sexo (prostituição e prostituta), SIDA e depois dos conceitos é analisado o fenómeno da prostituição HIV-SIDA em Moçambique com relação às trabalhadoras de sexo.

- **Prostituição**

Prostituição é assim uma actividade comercial de prestação de serviços sexuais entre prostitutas (os) e os/as seus/suas clientes a fim de uma compensação material. Sendo uma actividade exercida por ambos os sexos, contudo ela foi e continua a ser uma actividade em que predomina o sexo feminino como vendedoras e o sexo masculino como compradores (EDLUND & KORN; 2002, p. 184; ARNOWITZ, 2014, p. 224).

Segundo MUIANGA, (2009) citado por MUCHANGA, 2011, (p.23), prostituição, “à prática que implica a troca (consciente) de relações sexuais pelo dinheiro, ou outros bens, etc”, seja pela falta de condições sócio-económicas, pelo seu carácter de arrecadamento de renda mais flexível, ou ainda por outras razões, o trabalho sexual de rua é a forma de prostituição mais comum em Moçambique. Porém, neste estudo, referimos o fenómeno prostituição à troca conscienciosa de relações sexuais entre indivíduos, por dinheiro, ou outros bens.

- **Prostituta ou Trabalhadora de sexo**

Mulher que pratica a comercialização de serviços de natureza sexual, como prazer, fantasias, sexo, carícias etc. O trabalho de sexo é exercido mediante negociação directa com o cliente sobre os serviços a serem prestados e seus respectivos preços (FERREIRA, 2010 citado por PÉREZ, 2019, p. 9).

- **SIDA**

É abreviatura de “Síndrome de Imunodeficiência Adquirida”. A palavra Síndrome vem do grego *síndrome*, que significa confluência, encontro. “Imunodeficiência Adquirida” quer dizer enfraquecimento mais ou menos importante das defesas imunitárias do organismo. Fala-se do défice adquirido por oposição aos défices imunitários hereditários, genéticos, presentes desde o nascimento (Bernex, 1986, p. 63-64).

De acordo com MUCHANGA, (2011, p. 25-26) SIDA é uma doença que se caracteriza pela existência de um vírus que ataca ao longo de um determinado período de tempo, todo o sistema de defesa ou imunidade do organismo humano, desestabilizando-o e tornando-o completamente frágil à doenças oportunistas. O mesmo autor realça que os tipos de práticas sexuais anal, vaginal e oral não protegidas, com um indivíduo infectado e que envolva o contacto directo com o sangue (de ambos, as), secreções genitais ou o esperma, podem levar à infecção pelo vírus do HIV\SIDA.

3.1 Contexto histórico e actual da prostituição em Moçambique

O trabalho de sexo é popularmente conhecido como uma das ocupações mais antigas do mundo, já que foi praticado desde os séculos passados, onde a poligamia predominava. Na França, no século XIX, as trabalhadoras de sexo francesas fizeram um movimento e reconheceram a prostituição como uma profissão, sendo que ofereciam serviços sexuais em troca de dinheiro e reclamavam o respeito pelos direitos humanos das mulheres (EZQUERRO apud PÉREZ, 2019, p. 10).

Estas provas têm sido origem da discussão não só a nível dos governos, mas também pelas organizações não governamentais um caso específico da Organização das Nações Unidas (ONU) que, através da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW), difundida em 1979 protege as mulheres de todo o tipo de marginalização (EZQUERRO cit in PÉREZ, 2019, p. 10).

Em Moçambique, de acordo com as histórias do artista gráfico Justino Cardoso, (2015) citado por PÉREZ (2019, p. 2011), a prostituição se intensificou na era colonial, no período em que os

soldados do regime português lutavam contra a guerrilha da Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO). Esses militares regressavam dos combates para pontos específicos nas cidades de Nampula, Nova Freixo (Cuamba), Montepuez, Mueda, Lumbo, Porto Amélia (Pemba) e Vila Cabral (Lichinga), e lá celebravam as vitórias de seus combates ou desoprimiam suas decepções com as trabalhadoras de sexo da cidade.

De acordo com Albuquerque (2015) apud Pèrez (2019, p.11), o restaurante conhecido como Gato Preto, da cidade de Nampula, foi um dos pontos de encontro mais famosos da época, pois lá foram feitas várias reuniões com mulheres trabalhadoras de sexo das províncias. Enquanto isso, em Lourenço Marques, actualmente cidade de Maputo o epicentro da prostituição, era a Rua Araújo, hoje Rua de Bagamoyo, localizada na parte baixa da cidade e que era frequentada por muitos marinheiros e estrangeiros que chegavam ao porto.

Durante o dia, a Rua Araújo era um lugar com muito movimento comercial e à noite era o lugar famoso pela existência de bares como o Pinguin, Sheik, o Hotel Carlton, o Casino Belo (Dancing Aquário), entre outros lugares que tinham música ao vivo e mulheres brancas, mulatas e negras que trabalhavam como prostitutas ou “táxi girls”¹⁰, como eram chamadas as mulheres para as quais homens pagavam uma fita que lhes dava o direito de beber com elas e dançar uma música. Além disso, havia também espaços abertos para lésbicas e travestis, destacando-se um famoso travesti chamada “Belinda” (ABM, 2010 apud PÉREZ, 2019, p.11).

Após à Independência Nacional, em 1975, o então Presidente da República Samora Moises Machel deu ordens para se abrirem centros de reeducação na Província do Niassa, com a finalidade de combater fenômenos como a prostituição, o ócio e o alcoolismo, considerados como legados colonialistas (AZEVEDO, 2012 citado por PÉREZ, 2019, p.11). Para esses centros foram também enviadas às prostitutas que estavam na capital moçambicana e que frequentavam a Rua Araújo, a Zona das Lagoas e da Mafalala, na cidade de Maputo, para que fossem reeducadas e trabalhassem na área da agricultura. O que se desejava era que, nesses núcleos, as mulheres possuíssem outro tipo de comportamento social e que, posteriormente de certo período conseguisse retornar a suas terras de origem com outro tipo de pensamento ou estilo de vida.

Após de alguns anos, e com as alterações das políticas governamentais, este tipo de actividades de reeducação foram revogadas e, pouco a pouco, a percentagem de trabalhadoras de sexo no território moçambicano cresceu. Em 2012, a pesquisa Integrada Biológica e Comportamental sobre as Mulheres Trabalhadoras de Sexo (IBBS-MTS, 2012) divulgou que as somas de trabalhadoras

¹⁰Taxi girls: Denominação dada em lingua inglesa às trabalhadoras de sexo sudafricanas.

de sexo nas três principais cidades do país situavam-se em 13.554, para Maputo; 6.929 em Nampula, e 6.802 na Beira, completando 27.285 só nestas três cidades e contabilizando-se apenas as mulheres trabalhadoras de sexo que trabalham nas ruas.

Contudo, há outra faceta da prostituição, que não foi tida em consideração, por se tratar de um tipo de prostituição particular, também conhecida como “sexo transacional”. Tal é o caso do tipo de prostituição das chamadas “catorzinhas” (BIANCO, 2013 citado por PÉREZ, 2019, p.12). Estas são meninas muito novas que não se expõem nas ruas como trabalhadoras de sexo, mas que mantêm relações com homens por um interesse económico, sem nenhum compromisso sentimental. Este tipo de prostituição é ainda mais perigoso, pois envolve meninas que dificilmente podem ser identificadas e que, muitas vezes, não estão inclusas em nenhum tipo de programa de assistência ou prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (ITS) incluindo o vírus do HIV. Em suma, os tipos de trabalho de sexo que podem ser encontrados no contexto moçambicano segundo Ferreira (op. cit.) são:

- a) O trabalho de sexo baseado na rua, em que as mulheres se concentram em zonas de maior mobilidade e seus clientes procuram seus serviços sexuais nestes espaços abertos;
- b) O trabalho de sexo em lugares fechados (casas, hotéis, pensões), nos quais os clientes têm mais discrição na hora de concertar um acordo de serviços;
- c) Os trabalhos de sexo baseado em plataformas digitais, em quais as trabalhadoras sexuais não ficam num espaço específico, mas que oferecem seus serviços por algum meio de comunicação como telefone, Whatsapp, internet.

Quanto a legalidade, a organização *Hand Off*, (2016) afirma que Moçambique ainda não tem nenhuma lei que proteja as trabalhadoras do sexo, como tem acontecido em países como Alemanha, Senegal, Suíça, Nova Zelândia, Holanda, Brasil e Turquia. Até agora, em Moçambique, têm sido discutidas abordagens políticas e regras da actividade sexual como um tipo de trabalho. Em 2014, foi feita a revisão do Código Penal pela Comissão dos Assuntos Constitucionais, Direitos Humanos e Legalidade da Assembleia da República, no seu artigo 226o do Código Penal refere que “aquele que exercer a prostituição, violando o estabelecido na lei, regulamentos e posturas, será punido com a pena de prisão de até seis meses” (AZEVEDO, 2012 citado por PÉREZ, 2019, p.11).

Outro artigo que faz uma abordagem sobre a prostituição em situação de vulnerabilidade é o 227º da Lei nº 35/2014 de 31 de Dezembro, que “penaliza aquele que, profissionalmente ou com intenção, fomenta ou facilite o exercício da prostituição”. Por sua vez, a Lei nº 7/2008, de 9 de Julho que reforça os mecanismos legais de promoção e protecção dos Direitos da Criança, nos seus artigos sobre o tráfico de Seres Humanos, proíbe “facilitar a exploração duma pessoa para fins de

prostituição, trabalho forçado, escravidão ou servidão involuntária e proíbe a exploração de crianças na prostituição”.

Portanto, a prostituição é um fenómeno complexo que envolve muitos prismas para sua compreensão, tornando indispensável de ser analisada numa perspectiva multidisciplinar (e.g. saúde, legal, doença), principalmente dentro das ciências sociais: a psicologia, antropologia e a sociologia que têm efeito particular nos estudos da saúde e da doença nos últimos tempos (AZEVEDO, 2012 citado por PÉREZ, 2019, p.12-20).

É, neste contexto, que o presente estudo, pretende-se compreender as estratégias a que as trabalhadoras de sexo em Lichinga recorrem para fazer frente ao risco de infecção pelo HIV/SIDA, apesar do risco elevado de contrair esta doença.

4. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi realizado na região norte de Moçambique, mais especificamente na cidade de Lichinga, província de Niassa. O processo de pesquisa empírica teve a duração de cerca de três meses, entre Abril, Maio e Junho de 2022, tendo sido realizado na “Plateia”, vulgarmente conhecida por “No Vinte-Vinte”, e no recinto de Feira e Exposição do Niassa (FEN). A escolha destes locais prende-se com facto de estes constituírem os maiores centros de prostituição na cidade de Lichinga. Por outro lado, é nestes locais que se concentra a maioria das mulheres trabalhadoras de sexo neste município.

A “Plateia” ou “No Vinte-Vinte” está adjacente ao mercado de Chiuaula e a rua que passa pela parte frontal dá acesso à paragem municipal da cidade de Lichinga. Neste local predominam barracas de venda de bebidas alcoólicas, bancas em condições precárias de venda de refeições rápidas (batata frita com frango e salada de repolho), prato conhecido localmente por “Marague”. Ainda no local em referência, encontram-se casas semi-abandonadas, usadas para aluguer pelas trabalhadoras de sexo, tendo pelo meio o restaurante-bar (Primavera) e um empreendimento turístico de aluguer de quartos (Luendo). Neste último, quase todos os quartos são alugados pelas trabalhadoras visitantes, principalmente as provenientes de Malawi e Tanzânia, acabando por ser um dos locais onde foi produzido o relatório do dia de campo. Por seu turno, a FEN, localiza-se no centro da cidade, no mercado central de Lichinga, sendo administrado pelo Conselho Municipal local.

De acordo com RAQUISSON SITULI (2022)¹¹, o recinto de FEN foi concebido em 2006 pelo Conselho Municipal de Lichinga (CML), com a finalidade de providenciar aos munícipes um local

¹¹Chefe do Recinto da Feira Exposição do Niassa (FEN), entrevistado no dia 16 de Maio de 2022.

de comércio, especificamente para feira e exposição da província do Niassa, tendo sido construídas 25 (vinte e cinco) palhotas, que eram usadas como lugares de exposição das mercadorias/produtos alimentares. Situli afirmou que FEN, como local da feira e exposição, funcionou apenas durante 11 (onze) anos, de 2006 a 2017. Neste período, era notória a presença de comerciantes de vários pontos da província, e outros oriundos das províncias de Nampula e Cabo Delegado, realizavam a feira e exposição das suas mercadorias (vestiários, produtos alimentícios, artísticos e outros).

Para Situli, em 2018 o recinto de FEN deixou de ser um lugar de actividade de feira e exposição, tendo o CML distribuído as palhotas que existiam no local a alguns agentes económicos naturais e outros estrangeiros (Tanzânicos), com o intuito de venda de bebidas alcoólicas-comidas e comércio a retalho de peças de automóveis (viaturas, motorizadas etc.). Explicou ainda que FEN não tinha sido criado com a finalidade de comércio de sexo (prostituição), como hoje é considerado na cidade de Lichinga, e até mesmo a nível da província do Niassa.

Esta conotação resulta de actividades comerciais que actualmente são realizadas no recinto (bares, discotecas, consumo e comercialização de drogas). Neste recinto, é notório encontrar de dia e à noite mulheres de várias origens, maioritariamente tanzânicas, vestidas com saias curtas, acima dos joelhos, a optarem pela prática de prostituição, a ingerirem bebidas alcoólicas, e outras a fumar cigarros (SITULI, 2022).

Do outro lado, as duas áreas têm, com efeito, características similares: “concentra a maior parte das trabalhadoras de sexo e vive-se uma autêntica agitação em discotecas, bares, barracas de consumo de drogas (soruma), pensões e restaurantes. É nestes lugares que encontramos o *Restaurante Bar Primavera*, a *Casa de Aluguer Luendo*, o *Bar Vinte-Vinte*, o *Restaurante e Bar Chambo*, o *Restaurante, Café e Bar Esperança*, o *Bar Super Dee*, o *Bar Namana*, o *Bar Brother Bongue*, o *Bar 7 de Abril*, o *Restaurante Mohamed* e o *Bar Maria Rosa*. Por fim, no recinto da FEN, encontra-se um dos postos policiais da Primeira Esquadra da cidade de Lichinga.

Em torno das características acima ilustradas, MUCHANGA (2011, p. 31) afirma que os lugares onde decorre a actividade prostitucional (Rua dos Macondes), na cidade de Tete, província do mesmo nome, existem “estabelecimentos de lazer (hotéis, restaurantes comerciais, quartos de arrendamento, etc.) e a sua imagem é de dança, prática sexual, consumo de bebidas alcoólicas, diversão, etc), mas também de tensões sociais (agressões verbais e físicas), furtos e roubos. Estes dois últimos factores imperam para que os polícias naquela cidade frequentem a Rua dos Macondes com alguma frequência. Facto que, por sua vez, (algumas vezes também) costuma culminar com a eclosão de conflitos sociais, entre as profissionais de sexo e os polícias, e igualmente, entre os últimos com os clientes das profissionais de sexo”.

Das características acima referidas, demonstra que actividade de prostituição realizada nas duas cidades capitais (Lichinga e Tete) sitas em regiões distintas (norte e centro) de Moçambique, ocorre em locais parecidos de infraestruturas de lazer, e a maior parte é de consumo de bebidas alcóolicas, diversão e de tensões sociais (conflitos).

Importa evidenciar que esta pesquisa não se baseou apenas nos locais anteriormente referidos, como locais da “pesquisa empírica”. Orientados pela observação no campo, tivemos que desenhar novas “fronteiras sociológicas”, que de acordo com AFONSO (1984, p. 44) citado por MUIANGA (2009, p.55) são estabelecidas a partir da observação e constituem um instrumento de trabalho. Assim sendo, fomos observando e compreendendo que “No Vinte-Vinte e na FEN” simbolizam afinal uma construção social, na medida em que é percebida pelos actores sociais intervenientes como todos os espaços sociais em que se desenvolvem trabalhos de sexo, designadamente nas pensões localizadas nos bairros de Sanjala, Nomba, Namacula, Chiuaula e Massengere. Durante o dia, nestes espaços encontra-se um movimento de entrada e saída de mulheres e homens para trabalho de sexo, num cenário de locais de privacidade.

4.1 Origem e traços sociais das Mulheres trabalhadoras de sexo

As trabalhadoras de sexo que se encontram no “Vinte-Vinte” e no recinto de “FEN” são, na sua maioria, naturais do distrito do Lago, Malawi e Tanzânia. E outras advêm do distrito de Sanga e arredores da cidade de Lichinga nomeadamente bairro de Muchenga, Chiuaula, Cerâmica, Niassa-1, Nzinje, Quarterão-18, Namacula e Sanjala.

De acordo com Muchanga, (2011, p. 33) afirma que a Rua dos Macondes na cidade de Tete acolhe em simultâneo as profissionais de sexo de origens, culturas, e valores sociais diferentes, com maior enfoque para zimbabwuanas e moçambicanas. Ora, importa mencionar que, as trabalhadoras de sexo que actuam nas cidades moçambicanas são de origens e linhas culturais diversas, com maior enfoque dos países vizinhos que faz fronteira com as províncias e outras provenientes dos distritos e bairros das cidades.

Quanto às idades, a sua frequência oscila entre os 18 e os 43 anos. A variável idade revela-se crucial na demarcação e ocupação dos espaços para o trabalho de sexo e, consequentemente, na definição do seu estatuto e na negociação do valor. Deste modo, as mulheres mais jovens, isto é, das idades que variam entre os 18 e 35 anos, predominam normalmente nas áreas de estudo.

Importa também referir que, os preços praticados pelas trabalhadoras de sexo variam entre

100,00Mt a 200,00Mt, quando se trata de “rapidinha¹²”, e 500,00Mt a 1.800,00Mt, quando o cliente pretende ficar com trabalhadora de sexo toda a noite. Relativamente ao nível de escolarização, este varia da 7^a à 10^a classe¹³, sendo que a média de escolaridade é de 8^a classe.

No que se refere ao estado civil, os dados do campo mostram que as trabalhadoras de sexo que frequentam nos dois locais de estudo são, na sua maioria, mães solteiras, com uma média de dois filhos, sendo que foram encontradas apenas quatro viúvas e seis sem filhos. Portanto, a estrutura familiar de proveniência dessas mulheres constitui as chamadas “famílias monoparentais”, que são especialmente famílias caracterizadas por um acerto familiar, constituído pelo pai ou pela mãe, que podem estar na posição de solteiros, separados, divorciados ou viúvos, e seus filhos. São diversas as causas que dão origem a este tipo de estrutura familiar, com destaque para a viuvez, o divórcio, a separação, a procriação fora do casamento, entre outras (SARACENO; NALDINI, 2003 apud MUIANGA, 2009, p.61).

Com efeito, esta diferenciação social entre as trabalhadoras de sexo poderá também determinar o grau das motivações que as levam para a prática deste trabalho, como podemos observar no subcapítulo a seguir.

4.2 Motivação para o trabalho de sexo

Neste subcapítulo, propõe-se descrever as motivações que levam as mulheres na cidade de Lichinga à prática da prostituição. No contexto geral, a procura de meios de subsistência é considerada como sendo a principal razão de realização do trabalho de sexo, aliada a factores, como a falta de emprego, sofrimento, solteirismo, viúvo, divórcio ou a necessidade de sustentar os filhos e famílias. As mulheres entrevistadas apontam estes como causas de inserção nesta actividade comercial, tal como ilustra o seguinte excerto:

Desde a minha infância cresci com pessoas não familiares, porque meus pais faleceram tão cedo quando eu era criança. De lá para cá, vivi uma vida complicada! Casei-me quando tinha 16 anos, tenho dois filhos e separei com meu marido há dois anos. Estás a ver! Eu faço este trabalho de sexo não por querer, mas como fonte de sustento para os meus filhos, não tenho emprego e família para me ajudar. Veja só, eu sou pai e ao mesmo tempo mãe para os meus dois filhos. Deixar de fazer este trabalho, não sei como vou viver. Porque não vejo qual outro trabalho que posso fazer e sustentar os meus filhos. Sabe! Este não é vida é um sofrimento; ninguém quer fazer este tipo de trabalho, se eu estou a fazer prostituição devido a sofrimento e estou solteiro (Olívia, 21 anos, solteira).

¹²Rapidinha é um termo usado, tanto pelas trabalhadoras de sexo, como pelos seus clientes, referindo a prática de sexo uma vez.

¹³O Sistema Nacional de Ensino em Moçambique é constituído por 12 classes (ou anos) de escolaridade, sendo o ciclo primário de dois graus: da 1^a à 5^a classe e da 6^a à 7^a classe respetivamente. Segue-se o nível básico da 8^a à 10^a classe e o nível médio ou pré-universitário que inclui a 11^a à 12^a classe.

Segundo MUIANGA (2009, p. 62), “algumas mulheres recorrem à prostituição impelida não só pela busca de meios de subsistência, mas também porque não têm a capacidade de sobreviver economicamente sem a presença de um parceiro. Este facto ganha fundamento na dinâmica da sociedade e do tipo de organização social, onde as mulheres interiorizam os valores sociais dominantes, em que o homem é visto como provedor do lar, e, por conseguinte, estas remetem-se à vida doméstica. Assim, quando o homem se separa da mulher, a sua ausência no seio da família é usada como justificação para o seu envolvimento na prostituição”.

Os fundamentos do autor acima referenciado são testemunhados através dos depoimentos das trabalhadoras de sexo entrevistadas, se transcrevem a seguir:

Eu sou de Malawi, estou neste trabalho há mais de dez anos, por causa das condições de vida. O meu marido fugiu de casa em 2008. Tenho que cuidar das crianças e outros membros da família, eu sozinha. Tentei fazer negócio de venda de vestiários no meu país, não resultou nada. Então tive que começar com a prostituição, e até então consigo sobreviver. Mas como lá em Malawi existem muitas colegas que faziam este trabalho, em 2012 na companhia de amigas decidi vir aqui em Moçambique. E, estou aqui a viver e o pouco que ganho mando para meus filhos em Malawi.

Perguntada se vive livremente em Moçambique disse:

O único problema que existe em Moçambique que dificulta muito nosso trabalho de prostituição é ação da Polícia de Migração, sempre nos pegam e nos mandam regressar para Malawi. Muitas das vezes não conseguimos clientes, andamos fúgitivas até alguns dias dormimos com fome ficamos escondidas nos quartos (Chairine, 35 anos, divorciada).

Todavia, a imagem de que o trabalho de sexo representa opção de sobrevivência não é transparente. No nosso entender, a pobreza não constitui uma condição forçosa para elucidar as razões da prática de prostituição. Deste modo, concorda-se com a Socióloga Heleieth Saffioti, quando afirma que é um reducionismo inaceitável a postura dos que vêm causas de ordem económica para esse fenómeno. A autora sustenta ainda que “se isso fosse verdadeiro, toda a mulher pobre seria prostituta e não haveria prostitutas oriundas das classes média e alta” (VERARDO et al., 1999, p. 38 apud MUIANGA, 2009, p. 63).

Por seu turno, Roberts (1996, p. 344) citado por Muianga (2009, p. 63) afirma que muitas trabalhadoras de sexo encontram nesta forma de ganhar dinheiro uma fuga à esmola e aos baixos salários que ganhariam noutros trabalhos, bem como uma fonte de autoestima. Em concordância com o autor acima aludido, a prostituição, para algumas trabalhadoras de sexo, na cidade de Lichinga, constitui uma alternativa de ocupação, sendo vista como uma actividade lucrativa, conforme testemunham as passagens a seguir:

Sou daqui Lichinga, bairro de Namacula, vim parar neste recinto através de

influência de amiga. Eu tive um namorado que me ajudava tanto, mas depois separei com ele. Daí minha “tia” procurou-me uma ocupação de venda de vestuários numa das barracas no mercado Central de Lichinga; neste trabalho ganhava mensalmente 3.600,00Mt. Repare só! este valor não cobria nada com minhas despesas. Então, uma minha amiga convidou-me aqui, e eu sabia o que ela fazia, mas não gostava de conversar (bater papo) com ela porque pessoas do bairro falavam mal dela, referindo que era “puta”. Gosto de estar aqui a fazer este trabalho. Este é um bom trabalho. Às vezes saio daqui diariamente com 1.500, 00Mt ou mesmo 2.000,00Mt. Por isso é que considero um bom trabalho em relação estar a vender na barraca de alguém e a ganhar 3.600,00Mt por final de cada mês. É um trabalho simples e já acostumei (Milena, 21 anos, solteira).

É de realçar que, de acordo com declarações acima transcritas, algumas prostitutas consideram que o trabalho de sexo é uma escolha acertada, que lhes permite viver condignamente na sociedade. Elas consideram esta actividade como um bom trabalho e simples em relação a outro tipo de trabalho/ocupação como de prestação de serviço laboral, que pode ser remunerado através de um contrato ou não. Por exemplo: “vendedor (a) da barraca, trabalho doméstico e outros”.

Com base na observação directa, entrevistas semiestruturadas com auxílio de histórias de vida, foi possível compreender que a entrada das mulheres para esta actividade é diversificada, dependendo de cada caso: umas entram através de convite de amigas ou vizinhas, outras fazem-no individualmente, tal como se pode extrair do depoimento abaixo:

Eu sou natural do distrito do Lago, vivo aqui em Lichinga com minha irmã, ela é vendedora de tomate, cebola e outros produtos no mercado de Namacula. Cheguei aqui só para procurar dinheiro porque o dinheiro que minha irmã apanha no mercado é muito pouco, não chega para sustentar toda família. Olha só! eu tenho dois filhos vivem com avó no Lago, ela também tem seus filhos que precisam de roupas e material escolares e comida. Por isso mesmo que costumo apoiar minha irmã através deste trabalho (Mariana, 28 anos, divorciada).

4.3 Conhecimentos sobre HIV/SIDA

Este item busca revelar como se configura o conhecimento sobre o HIV/SIDA entre as trabalhadoras de sexo em Lichinga, tendo em conta a noção que têm em relação a esta doença. Neste caso, uma das questões orientadoras era: “No seu ponto de vista, o que você sabe sobre SIDA?”. Como Feedback, quase a maioria das mulheres entrevistadas partilharam a ideia de que a SIDA é uma doença que “mata” e que se “contagia através de sexo” e objectos cortantes, como, por exemplo, lâminas, seringas usadas no hospital. Todas foram unânimes em declarar que as práticas sexuais desprotegidas constituem a principal “origem” de transmissão do HIV. A seguir, apresentam-se algumas declarações elucidativas:

A SIDA é uma doença que uma pessoa “emagrece muito” quando fica doente, e se transmite quando uma pessoa faz sexo sem preservativo. Não tem cura”.

Mas aqui nós somos oferecidos com agentes do PASSOS¹⁴ e da Saúde preservativos para não contrair essa doença (Ivone, 30 anos, solteira).

Para mim a SIDA é uma doença de muito sofrimento porque uma pessoa fica dependente de antirretroviral. É uma doença de toda vida. A pessoa apanha esta doença de SIDA em várias formas, por exemplo, quando pratica relações sexuais sem proteção, não uso de preservativo você apanha SIDA (Lúcia, 30 anos, solteira).

De acordo com as declarações apresentadas, pode-se reiterar que o conhecimento sobre esta enfermidade se encontra socialmente partilhado. Essa partilha de conhecimento é feita através dos meios de comunicação social, sobretudo através da rádio, televisão, ou através das amigas, “educadoras de pares”, ou ainda através dos diferentes centros de saúde da cidade de Lichinga e do projecto PASSOS. Ademais, os dados de campo mostram que as trabalhadoras do sexo estão cientes da importância do uso do preservativo neste contexto particular. Este facto revela que o grupo social em estudo possui um bom nível de conhecimento sobre o HIV/SIDA e sobre as formas de transmissão desta enfermidade.

Algumas trabalhadoras de sexo revelaram que padecem desta doença há mais de três (3) anos. A esse respeito, Weze (35 anos, viúva) e Aida (38 anos, divorciada) revelaram que:

Vivemos momentos verdadeiramente difíceis com esta doença, muita das vezes temos recaídas devido à falta de boa adesão e não cumprimento das orientações médicas sobre o tratamento antirretroviral (TRV). Essa doença é muito “chata”, deve tomar todos dias e mesma hora os medicamentos. As vezes não cumprimos porque somos convidados com os nossos clientes para passar final de semana fora da cidade e quando estamos com clientes não tomamos TRV temos receio de eles descobrirem o nosso estado de saúde.

Por esta vivência, as trabalhadoras de sexo dizem ter uma noção concreta dos impactos desta pandemia, através do sofrimento que elas ou amigas passam diariamente quando têm recaídas. Neste aspecto circula entre as prostitutas o conhecimento sobre esta doença. Segundo ONUSIDA (2006, p.6), “o método de educação de pares revela-se crucial no contexto prostitucional, uma vez que é utilizado para proporcionar mudança a nível individual, tratando de modificar os conhecimentos, atitudes, crenças ou comportamentos de uma pessoa ou de grupo, alterando as normas e estimulando a acção colectiva.” Neste caso, permite fortificar as formas de prevenção, reduzindo deste modo a vulnerabilidade das trabalhadoras de sexo face ao HIV/SIDA. As declarações que se seguem são demonstrativas deste fenómeno:

Consigo ajudar as minhas amigas trabalhadoras de sexo. Estou a ajudar as minhas colegas por falta de conhecimento da vantagem de testagem do HIV. Sou uma delas, também tinha muito receio. Mas agora estou a conseguir sensibilizar e dar informação para elas sobre métodos de prevenção do HIV-SIDA. Este trabalho ajuda muitas trabalhadoras, principalmente as que

¹⁴Promoção Integrada de Direitos e Saúde.

entram pela primeira vez nesta actividade. Quando elas conhecem o seu estado de saúde não aceitam fazer sexo sem preservativo. Usam sempre e bem? Sim. Porque somos instruídas bem com o modelo de pénis de madeira como usar o preservativo (Mariana, Colaboradora das educadoras de pares, 28 anos, divorciada).

Em cada final do mês tenho ido ao Centro de Saúde da cidade de Lichinga fazer controlo da minha saúde. Uma irmã do projecto PASSOS, que apareceu aqui a distribuir preservativos é ela que me dá conselhos e acompanha ao centro de saúde local da cidade de Lichinga (Émile, 28 anos, solteira, Malawiana).

Este método tem dado um impacto positivo na sensibilização e na consciencialização das trabalhadoras de sexo, no que se refere às doenças de transmissão sexual (DTS) e HIV/SIDA no contexto da prostituição, tendo em conta que as mulheres envolvidas neste paradigma pertencem à mesma posição social, de uma ou doutra forma ajuda na mudança dos comportamentos em relação ao risco com o HIV/SIDA.

Porém, nem todas as trabalhadoras de sexo aceitam o convite dos agentes de saúde e muito menos ir às unidades sanitárias, para controlo do estado da sua saúde, alegando receio de outras pessoas que possam descobrir/conhecer o seu estado de HIV/SIDA. Outras preferem recorrer à medicina tradicional, como dizia uma das entrevistadas:

Chegam aqui aquelas agentes da saúde convidam para fazer teste do HIV e fazer tratamento nos centros de saúde da cidade. Mas eu nunca aceitei. Sempre quando fico doente vou no curandeiro. Não posso ir ao hospital, se não muitas pessoas vão saber que sou seropositiva. Sabes! No hospital passam muitas pessoas e podem saber da minha saúde. Quando vou no curandeiro, sempre me acompanha uma amiga ou uma pessoa da família e ninguém sabe mais. Também o curandeiro não faz teste de SIDA para saber se tenho ou não (Júlia, 18 anos, solteira).

Assim, algumas prostitutas, acreditam que a medicina tradicional é indispensável na prevenção e cura de doenças, o que contribui para que as unidades sanitárias sejam colocadas no plano alternativo. Este tipo de comportamento deriva, sobretudo, das origens socioculturais Africanas, onde, de entre muitos factores, os aspectos ligados à tradição constituem a prioridade. Em questões relacionadas com a saúde, os actores sociais têm recorrido aos médicos tradicionais (curandeiros), especialistas mágicos e adivinhos.

De acordo com os dados do campo, podemos afirmar que, com a exclusão de algumas trabalhadoras de sexo, muitas possuem um “conhecimento profundo” sobre o HIV/SIDA, o que demonstra que, para elas, o conhecimento sobre esta doença afigura-se generalizado, na medida em que estão bem informadas sobre os efeitos desta doença, as formas de transmissão e de prevenção. E as que recorrem à medicina tradicional fazem-no por receio em aceitar a nova realidade em sua vida.

4.4 Comportamento de risco no contexto de trabalho de sexo

Neste subcapítulo, procura-se descrever os factores de comportamento de risco das trabalhadoras de sexo, nomeadamente, as rotinas sexuais de risco, rebentamento do preservativo, o comportamento sexual de risco por parte do cliente e polícia.

A natureza do trabalho de sexo impõe-se como causa fundamental que favorece a fragilidade das mulheres trabalhadoras de sexo diante do HIV/SIDA. Essa fragilidade é derivada da constante discriminação e estigma social a que estas estão votadas no dia-a-dia do seu trabalho.

4.4.1 A polícia como “fazedor” de risco

Um dos factores de risco que caracteriza a actividade de prostituição em Lichinga é a forma de actuação da polícia de Migração, que, de acordo com as prostitutas entrevistadas representa um “sofrimento” no quotidiano das mulheres estrangeiras (malawianas e tanzanianas). Segundo as declarações delas, é frequente a prática de extorsão, prisões autoritárias, por parte dos agentes da polícia de Migração, que sempre fazem actividade de patrulhamento nestes espaços, conforme se pode depreender dos depoimentos abaixo:

O grande problema que temos aqui são agentes da policia de Migração. Chegam aqui e nos levam nós mulheres estrangeiras independentemente de apresentar os documentos ou não. As vezes fazem sexo sem preservativo ou pedem dinheiro para nos soltar. Algumas até permanecem na esquadra. Andamos sempre escondidas, distante do local laboral. Não estamos livres. Muitas das vezes fugimos enquanto estamos com cliente. São estas pessoas que dificultam o nosso trabalho (Chairine, 35 anos, solteira, Malawiana).

Aqui em Moçambique nós prostitutas estrangeiras estamos a sofrer muito com agentes da Migração. Eu estou aqui há dez anos, mas desde que estou aqui em Moçambique vivo momentos dramáticos. O que eu lamento bastante é que no meu país existem prostitutas moçambicanas que vivem livres em relação nós que estamos aqui. Elas não sofrem como nós sofremos aqui em Moçambique. Aqui em Moçambique é diferente do nosso país, mesmo viver muitos anos e ter filhos, não se vive livre, sempre com medo da polícia. Gostaria que a prostituição fosse legal. Para podermos viver livre e termos a nossa identificação, acho que a polícia da Migração iria-nos considerar como pessoas que procuramos dinheiro para sobreviver e ajudar a nossa família (Alinafe, 35 anos, solteira, Malawiana).

Os depoimentos acima apresentados demonstram que uma parte deste grupo social vive em situação de preocupação perante a polícia. Com certeza, se na realidade a polícia da Migração pode ser encarada na perspectiva de proteção, ela também pode ser uma fonte de preocupação, por estar a perseguir trabalhadoras de sexo estrangeiras na cidade de Lichinga. Como afirma Lopes (2006, p.41 apud Muianga, 2009, p.70), a ilegalidade desta actividade é a crença generalizada de que a polícia e a sociedade não consideram a violência contra as profissionais como um problema real e importante.

Contudo, a natureza ilegal da actividade de prostituição permite que este trabalho seja de risco para trabalhadoras de sexo estrangeiras, devido à forma como esta profissão é exercida. Assim, as

mulheres imigrantes ilegais, que trabalham como prostitutas, não podem sequer fazer queixa às autoridades pelos maus tratos ou suborno que a polícia de Migração pratica. Neste caso, a polícia considera-as como imigrantes ilegais, havendo casos de agentes que se esquecem da sua missão de protecção aos cidadãos e abusam destas mulheres, por saberem que elas não podem fazer queixa dada a sua condição de ilegais. É isso que permite que a polícia seja um dos factores de risco na transmissão do HIV-SIDA pelas mulheres trabalhadoras de sexo imigrantes.

4.4.2 As rotinas sexuais, comportamento sexual do cliente e rompimento do preservativo como factores de risco.

As rotinas sexuais constituem um dos factores de riscos ou exposição ao risco no contexto do trabalho de sexo. O cliente, para além de constituir a figura mais procurada pelas prostitutas, que semanalmente se deslocam para pontos diferentes da província, representa simultaneamente um risco permanente, devido ao contágio ou propagação do HIV-SIDA. As declarações que se seguem são elucidativas:

Sou de Malawi. Estou aqui na cidade de Lichinga há um mês atrás. Vi fazer negócio de sexo. Não tenho lugar fixo para este trabalho. Muita das vezes depende do movimento dos clientes. É normal hoje me encontrar aqui em Lichinga e amanhã estar em Mandimba ou mesmo em Cuamba. Eu conheço muitos distritos do Niassa e até outras províncias como: Nampula, Tete e Zambézia para além de outros países da África graças a este trabalho de prostituição. Tenho muita experiência sobre trabalho de sexo. Nestes todos lugares que passei conheci muitos clientes de diferentes comportamentos. Destes outros envolvi-me sexualmente sem preservativo e até agora não me lembro onde e quem dos clientes que deu me esta doença de SIDA que tenho. Sabe! não tenho vergonha de dizer que tenho esta doença porque estou com ela há mais de dois anos”. Graças a Deus, existem medicamentos que tomo todos os dias e estou bem (Jacarini, 37 anos, solteira).

Os dados da pesquisa empírica indicaram que é constante o recuso ao uso de preservativo por parte dos clientes, o que faz com que estes insistam em pagar o valor diferente do proposto para praticar relações sexuais não protegidas. As afirmações que se seguem são esclarecedoras:

Aparecem sempre aqui clientes com proposta de pagar 300,00 outros até 500,00 para uma rapidinha sem preservativo. Eu não aceito. Tenho medo com estes clientes porque não sei o que eles são em termos de saúde. Prefiro sair aqui com pouco dinheiro do que apanhar doenças por causa de 300,00 (Mervice, 20 anos, solteira).

Sim! existem clientes que chegam aqui pedir para fazer sexo sem preservativo. Eles dizem que não anima fazer com preservativo e querem carne a carne para sentir bem. Eu mando passear sempre. Ainda hoje de manhã apareceu um jovem que queria pagar 200,00 para fazer sem preservativo, eu devolvi o valor dele. Há outros homens que furam o preservativo. Eu costumo colocar pessoalmente o preservativo para evitar furar (Samira, 26 anos, solteira).

Estas declarações mostram que o comportamento dos clientes para uma acção sexual de risco nem sempre o devido efeito, embora, segundo os relatos acima reportados, ainda existam vários os clientes que procuram manter relações sexuais desprotegidas, não tendo consciência do risco a que se expõem. A concorrência de certa resistência em fazer relações sexuais sem preservativo, por parte das trabalhadoras de sexo, revela que estas possuem conhecimento sobre o risco que esta actividade representa para a sua saúde.

Neste caso, nem todas as trabalhadoras de sexo suportam aliciamento do cliente, que pretende fazer sem preservativo, pondo em causa a sua vida pelo dinheiro. No caso específico do nosso estudo, foram mais de duas entrevistadas que testemunharam ter aceite manter relações sexuais sem preservativo mediante o pagamento do valor superior a 400,00Mt, outros até mesmo 250,00Mt.

Chegam aqui clientes que pedem fazer sexo sem preservativo. Eu já aceitei várias vezes sem problema. Quando fico aflita de “mola” (dinheiro) não tenho nada em casa para dar de comer meus filhos faço sim sem preservativo. Como sabe! não posso negar dinheiro enquanto não tenho nada em casa. E pior nestes dias é muito difícil de encontrar clientes a pagar 400,00 por uma rapidinha (Zainabo, 38 anos, tanzaniana, viúva).

Esta declaração comprova que a não resistência em fazer sexo desprotegido é condicionada por vários factores, no caso específico, a pobreza, que permanece como uma evidência determinada. A pobreza faz com que algumas trabalhadoras de sexo arrisquem pela sobrevivência.

Um outro indicador de risco considerado pelas trabalhadoras de sexo é recurso por exemplo, ao consumo de drogas, para a prática das relações sexuais. De acordo com os depoimentos colhidos, quando assim acontece, as prostitutas correm o risco de sofrer abusos e violação sexual por parte dos clientes. Os depoimentos que se seguem mostram essa situação:

Existem sim clientes que consomem drogas. Eles pagam o valor combinado. Mas quando chega no momento de fazer sexo as coisas muda! Começam a ameaçar e até arrancam dinheiro que faturamos com outros clientes. Quando vamos queixar na Esquadra da Polícia da República de Moçambique, a polícia costuma resolver. Não posso mentir a polícia quando se trata destes assuntos resolve. Às vezes, somos pagos o nosso dinheiro lá na Esquadra (Alaica, 32, anos, solteira).

É de realçar ainda que, de acordo com alguns depoimentos das mulheres entrevistadas, constatou-se que o campo da prostituição constitui também espaço de geração das relações sociais. Este facto é evidenciado pela pesquisa empírica, através da observação directa e das conversas com algumas trabalhadoras de sexo, que desenvolvem relações intrínsecas com os clientes, tornando-se desta forma “namorados-clientes”. Neste contexto, as mulheres têm uma oportunidade de serem pagas, mesmo sem realizar a actividade de sexo e o cliente tem o direito de manter relações sexuais sempre que necessitar, pois já pagou adiantado ou irá pagar. Este facto é demonstrado nas seguintes

declarações de algumas mulheres entrevistadas na FEN:

Tenho dois amantes principais dos quais um comerciante e outro polícia. Com esses namorados sempre faço relações sexuais sem preservativo negam usar. Na verdade! Esses para mim são homens que mais me ajudam quando estou aflita. Com esses amantes não faço relações sexuais por troca de dinheiro, mas sim como namorados. São sérios e de confiança, eles ligam qualquer hora que precisar vou atender sem nenhuma condição (Milena, 21 anos, solteira).

Contudo, esta trabalhadora de sexo não considera risco elevado de contrair HIV-SIDA por prática de relações sexuais desprotegidas com os dois amantes fixos e ainda com diagnóstico sanitário de cada um deles. Ela considera estes namorados como solução das suas preocupações diárias e garantes da estabilidade económica, diferente dos outros clientes que atende por minutos/hora.

Por último, o rompimento do preservativo durante o acto sexual com o cliente foi descrito pelas trabalhadoras de sexo como sendo um risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DTS e HIV-SIDA). De acordo com as trabalhadoras, este cenário representa um perigo fora do seu controlo, pois se torna difícil e impossível a sua mitigação. Abaixo seguem as declarações comprovativas:

O preservativo a rebenta às vezes porque existem clientes agressivos, principalmente os jovens são muitos agressivos no ato sexual”. Quando rompe o preservativo, posso sim apanhar DTS ou HIV. É grande perigo que corremos neste trabalho de sexo. Fazer o quê! Estou à procura de pão para meu filho (Esperança, 24 anos, solteira).

Sabe! apesar de não aceitarmos fazer sexo sem preservativo, mas é muito difícil controlar rompimento do preservativo. Às vezes você só descobre no final do acto sexual que o preservativo havia furado e aí não tem como se o cliente é seropositivo você pode apanhar DTS ou mesmo o HIV (Júlia, 20 anos, solteira).

4.5 Estratégias de gestão de riscos

A partir dos resultados empíricos, o uso e duplicação do preservativo e aplicação dos preços altos foram considerados como principais estratégias a que as mulheres trabalhadoras de sexo recorrem para fazer face ao risco de infeção pelo HIV-SIDA.

O recurso ao preservativo foi eleito como o principal meio de prevenção face ao risco de contaminação das doenças de transmissão sexual e do HIV no contexto do trabalho de sexo (prostituição). As trabalhadoras de sexo entrevistadas confirmaram que o uso do preservativo é o meio mais eficaz na prevenção do HIV-SIDA. Deste modo, como confirma o *Manual do Multiplicador-Profissional do Sexo* (1996, p.19) apud Muianga (2009, p.76), o sexo é a matéria-prima de seu trabalho, as ITS e a SIDA passaram a ser encaradas por essas mulheres, bem como por todos os profissionais do sexo, como um risco ocupacional e, conseqüentemente, o preservativo tornou-se equivalente aos equipamentos de segurança no trabalho. Os depoimentos que se seguem são

elucidativos:

Antes de eu tirar roupa aos clientes, eles devem mostrar preservativo. Se eles não têm eu dou para usar. Sem preservativo não costumo aceitar. É muito arriscado fazer sexo sem preservativo. Você não sabe o que cada homem tem no corpo. Você aqui, não pode apanhar uma trabalhadora de sexo sem preservativo, sempre andamos com preservativos para no caso de um cliente não possuir oferecer (Nádia, 23, anos, solteira).

Eu uso preservativo sempre. Tenho preservativos masculino tanto como feminino em quantidade no meu quarto. Por dia não sei quantos eu utilizo. Quando fico sem preservativos peço aos guardas, gerentes das barracas aqui localizadas ou ainda amigas (Thoco, 23 anos, solteira, malawiana).

Quando interrogadas no que concerne às estratégias adoptadas nas circunstâncias em que o preservativo rompe, a maioria das mulheres foram unânimes em afirmar que duplicam preservativos, pois acreditam ser um meio confiável para evitar o seu rompimento. Os depoimentos que se segue são demonstrativos:

Tenho controlado sempre o preservativo para não rebentar, e ainda tenho pedido meus clientes para colocar dois preservativos para não romper no momento de acto sexual. Às vezes ponho preservativo feminino, mas não frequentemente (Dominga, 26 anos, solteira).

É muito seguro duplicar preservativo para não rebentar. Quando rebenta às vezes sinto mais é difícil pedir o cliente para trocar enquanto as coisas estão a acontecer. Mas muita das vezes os clientes pedem para pormos dois preservativos. Quando assim for é bom para mim. Também depende muito dos clientes, alguns são violentos e assim o preservativo não resiste fura com facilidade (Mónica, 39 anos, solteira).

Com estas estratégias as mulheres trabalhadoras de sexo em Lichinga acreditam estar a intensificar os métodos de prevenção face ao risco de contrair HIV/SIDA. Contudo, as estratégias implementadas não se demonstram convenientes, visto que o risco de rompimento do preservativo é maior, pois, não é aconselhável a duplicação de preservativo esta estratégia gera um risco acrescido para as trabalhadoras de sexo.

A aplicação dos preços é uma outra estratégia que as trabalhadoras utilizam para desimpedir os clientes que solicitam relações sexuais desprotegidas. Segundo as nossas entrevistadas, esta atitude acontece frequentemente no período de manhã, onde se verifica pouca demanda dos clientes, em resultando da falta de receita por parte das prostitutas, que ainda não tiveram clientes. Assim, aparecem propostas de relações sexuais desprotegidas com um valor acrescido. Realmente, de acordo com a observação directa, neste período do dia é notório as trabalhadoras de sexo ficarem sentadas no banco, em pequenos grupos de três ou quatro, sem presença de clientes. Esta característica, segundo afirmaram algumas mulheres, simboliza falta de dinheiro e de movimento. Das persistências, as trabalhadoras de sexo entrevistadas dizem que um dos métodos a que têm recorrido para evitar as

pressões dos clientes é negar o valor proposto por estes, ou mesmo devolução do valor, para evitar práticas sexuais desprotegidas. As falas a seguir são demonstrativas:

Aqui quando os clientes persistem em fazer sexo sem preservativo por causa de muito dinheiro, eu particularmente não aceito e devolvo na hora o valor dele. O que eu faço é baixar os preços para poder ter pelo menos dinheiro para comprar comida em casa. Cobro às vezes 100, 00 ou até mesmo 80,00 em cada acto sexual (Chairine, 35 anos, solteira, malawiana).

Assim sendo, com ajuda deste método cautelar, as prostitutas buscam os seus conhecimentos subjectivos, que lhes facilitam a redução do risco de contágio de doenças sexualmente transmissíveis, resistindo a acções dos clientes. Desta forma, este comportamento para as prostitutas representa uma forma de prudência/precaução e preservação da saúde face à contaminação pelo HIV/SIDA.

Segundo as mulheres trabalhadoras de sexo entrevistadas, este trabalho não tem vantagem; para elas só existe desvantagem, apesar de que ganham valores monetários elevados, em relação a outro tipo de ocupação. Seguem abaixo as declarações demonstrativas:

Eu ganho sim dinheiro neste trabalho. Mais o dinheiro que eu ganho aqui não considero como vantagem, mas sim como “troca”, eles fazem sexo sem preservativo correndo risco de contrair HIV-SIDA e esta doença não tem cura. Não só! A gente sai nas nossas casas ficamos aqui na rua toda noite com frio de Lichinga, você pode considerar que este trabalho tem vantagem? Se eu faço esta actividade é só para sobreviver. Não tenho como (Alabea, 27 anos, casada).

Este não é trabalho é um sofrimento. Você não sabe o que agente passa aqui! Às vezes fico aqui todo dia nem sequer um cinquenta meticais (50,00) apanho. Se tivesse irmãs não poderia aconselhar para entrar nesta má vida. Eu não fumava nem bebia, mas agora já bebo qualquer tipo de bebida. Veja só! Aqui nós trocamos homens de diferentes origens, outros até são seropositivos, mais não temos como se envolvemos com os mesmos. Basta estes nos dar dinheiro (Dona Suzi, 43 anos, solteira).]

As declarações das entrevistadas mostram que o trabalho de sexo não possui vantagens significativas, como um contrato profissional. Assim, o valor recebido no trabalho de sexo não representa vantagem, mas sim troca em relação ao trabalho realizado. Percebe-se ainda que este grupo social enfrenta vários riscos em relação à saúde, que se pode caracterizar como desvantagens do trabalho. Pois, além dos factores de risco mencionados por elas, existem outros, como violência, bem como factores ambientais (frio), que põem em perigo a saúde destas mulheres. Este fenómeno foi observado no momento da pesquisa empírica, onde as trabalhadoras de sexo se apresentavam com saias acima do joelho, sem casacos para se proteger do frio de Lichinga, no mês de junho em que a temperatura mínima oscilava entre 8 °C e 12 °C. Com estas temperaturas, em Lichinga, é difícil ver pessoas desprovidas de casacos.

No que se refere à violência no trabalho de sexo, os resultados do campo evidenciam que

existe a violência clara e directa com as prostitutas estrangeiras (malawianas e tanzanianas), que se traduz em prisões, subornos ou relações sexuais gratuitas por parte da polícia de Migração. O trabalho de sexo é considerado violento pelas prostitutas estrangeiras, uma vez que é exercido ilegalmente e a maior parte delas está em situação de imigrantes ilegais, não tendo passaporte. Outra forma de violência observada foi a “violência institucional”, que foi comentada, por exemplo, quando uma prostituta se dirige a um determinado centro de saúde local para controlo do seu estado de saúde e se depara com o estigma social, preconceito, quando reconhecida como prostituta. Isso faz com que outras trabalhadoras de sexo recorram ao curandeirismo (medicina tradicional), porque têm vergonha ou medo de o seu estado de saúde ser conhecido publicamente, o que pode resultar em prejuízo para seus negócios.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo centrou-se na compreensão das estratégias a que as “trabalhadoras de sexo” recorrem para fazer frente ao risco de infecção pelo HIV/SIDA, na cidade de Lichinga, tendo em conta que elas se fazem presentes nas ruas da FEN e no Vinte-Vinte, de dia e à noite, com objectivo de procurar condições para o seu sustento.

Para o efeito, no âmbito desta pesquisa, partimos de um pensamento crítico sobre as estratégias de prevenção do vírus do HIV pelas mulheres trabalhadoras de sexo, que constituem população-chave no contexto da propagação desta epidemia, interrogando em medida se pode garantir que a população-chave são agentes determinantes da disseminação do HIV/SIDA.

Para o teste das hipóteses, efectou-se uma pesquisa empírica na cidade de Lichinga, com base nas declarações das trabalhadoras de sexo que permanecem nestes espaços, chefe do recinto da FEN e educadoras de pares. Deste modo, a partir da reflexão e interpretação dos dados do campo, apoiado no quadro teórico qualitativo, os resultados empíricos permitem apresentar três conclusões primárias.

A primeira é alusiva à origem geográfica e aos traços sociais das mulheres trabalhadoras de sexo. Os dados de pesquisa revelam que as prostitutas provêm maioritariamente do distrito do Lago e de países vizinhos como: Malawi e Tanzânia. São, na sua totalidade, mães solteiras com uma média de dois filhos, com idades que oscilam entre os 18 e 43 anos, sendo que o nível de escolarização varia a 7ª à 10ª classe. Relativamente às motivações que levam as mulheres à prática da prostituição na cidade de Lichinga, as provas empíricas mostram que a procura de meios de subsistência é considerada como sendo a principal razão de realização desta actividade. Entretanto, principalmente entre as mais novas, a prostituição parece uma escolha racional, uma opção viável para fugir de

empregos julgados como sendo piores, em termos económicos, tais como a venda de géneros alimentícios no mercado.

Quanto aos factores de risco, que representam o foco principal desta pesquisa, emergiu um elemento que inicialmente não tinha sido considerado, ou seja, o risco relacionado com a natureza ilegal do trabalho de sexo, principalmente por parte das prostitutas estrangeiras. Com efeito, tal situação reforça as condições de fragilidade das mulheres trabalhadoras de sexo, mesmo diante do HIV/SIDA. Em consequência disso, por causa da ilegalidade deste trabalho, as mulheres trabalhadoras de sexo estrangeiras têm sido vítimas de suborno, prisões autoritárias e violação sexual por parte dos “agentes da polícia de Migração” o que revela um risco acrescido de contrair o vírus do HIV, além de elas serem vítimas de violação de direitos humanos e ameaçadas constantemente quanto à continuidade da sua profissão em Moçambique.

Quanto ao conhecimento que as trabalhadoras de sexo têm sobre o HIV/SIDA e os comportamentos de risco que interferem no seu trabalho, pode-se concluir que a maior parte delas possui um bom nível de conhecimento, assim como das formas de transmissão e de prevenção. Assim sendo, a problemática do HIV/SIDA para estas mulheres não se aplica em termos de desconhecimento, mas sim, em torno das condicionantes morfológicas que ajudam em práticas de risco neste contexto social.

Neste contexto, algumas delas, embora conscientes dos riscos relacionados com a sua própria saúde, por vezes cedem às propostas dos clientes. As rotinas sexuais constituem um dos factores da exposição ao risco, para além de constituir a figura mais procurada pelas prostitutas que semanalmente se deslocam para diferentes pontos da província, ou mesmo fora da província de Niassa, procurando clientes, representando simultaneamente um risco permanente de contaminação ou difusão do HIV-SIDA. E quanto ao comportamento sexual de risco por parte do cliente, resume-se na recusa do uso de preservativo, dispondo-se a pagar valores elevados às trabalhadoras de sexo em troca da prática de relações sexuais desprotegidas.

Este comportamento sexual do cliente foi contestado por parte das trabalhadoras de sexo. Os dados do campo demonstram haver oposição por parte das mulheres, pois a maioria das nossas entrevistadas declararam não aceitar a pressão dos clientes, o que revela que estas mulheres têm consciência de risco que este acto representa para a sua saúde. Contudo, por motivos de sobrevivência ou falta de comida em casa, algumas trabalhadoras não resistem à oferta do cliente, acabando por fazer sexo desprotegido. Para além da cedência às propostas dos clientes que consistem na dispensa do uso do preservativo há um outro motivo de menor incidência, mas que transparece nalgumas conversas mantidas com as prostitutas: o facto de hoje a medicina possuir meios eficazes para

combater uma doença - o HIV/SIDA - que até há pouco anos atrás não tinha cura. Assim, esta circunstância confirma, mais uma vez, o conhecimento que as prostitutas têm das várias vertentes desta doença, desde a sua prevenção até à cura.

Por último, um outro factor de risco não menos importante, apontado pelas trabalhadoras de sexo, está relacionado com o rompimento do preservativo durante o acto sexual com o cliente. Segundo os resultados da pesquisa empírica, este cenário representa um risco constante para a contaminação de doenças sexualmente transmissíveis, e constitui ainda uma situação imprevisível de difícil controlo e mitigação por parte das mulheres. A terceira conclusão diz respeito às estratégias de gestão de riscos, para fazer face aos perigos inerentes à sua actividade de sexo. Assim, os dados da pesquisa permitem concluir que o uso e duplicação do preservativo e aplicação dos preços mais baixos em relação ao proposto pelo cliente são principais estratégias de segurança e prevenção da doença no contexto do trabalho de sexo.

No que se refere às vantagens e desvantagens da prostituição, os dados do campo indicam que o trabalho de sexo não possui vantagens como um contrato profissional, salvo raras excepções que, como explicado anteriormente, vêm na prostituição uma forma razoável de fugir de outras formas de empregos de remuneração baixas e mais cansativas. Assim, de acordo com as declarações das mulheres trabalhadoras de sexo, os valores recebidos neste trabalho não representam vantagem, mas sim troca em relação o trabalho realizado, uma vez que esta actividade é considerada por parte das entrevistadas como sendo de risco à saúde e ainda de grande sacrifício.

Por fim, o presente estudo constitui um auxílio no campo académico e um ponto de saída para prováveis pesquisas e intervenções na área de sociologia de saúde/trabalho, pois a problematização sociológica das dinâmicas da saúde no contexto do trabalho de sexo em Moçambique, especialmente na província do Niassa, revela-se pouco investigada, ou quase inexistente.

REFERÊNCIAS

- AA.VV. Manual do Multiplicador-Profissional do Sexo, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, *Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS*, 1996, p.19.
- BALTAZAR, S.M. *Risco e Saúde no contexto do HIV/SIDA: O Caso da Prostituição na Baixa da Cidade de Maputo*, Dissertação Submetida como Requisito Parcial para Obtenção do Grau de Mestre em Estudos Africanos – Desenvolvimento Social e Económico em África: Análise e Gestão, Lisboa, 2009, p. 33-35.
- BECK, U. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London, Sage Publication, 1993.
- BINDMAN, Jo & DOEZEMA, Jo. *Redefining Prostitution as Sex Work on the International Agenda*, 1993. Disponível em: <<http://www.walnet.org/csis/papers/redefining.html#7b>>. Acesso em: 21/03/2022.

- BOURDIEU, P. *A Dominação Masculina*. Oeiras, CELTA EditMeninas do Porto - Mitos e Realidade da Prostituição Infanto-Juvenilora, 1999.
- CALDEIRA, P. Identidades dos Portadores do Vírus da SIDA – Reconstrução das Identidades Sociais e Formas de Inserção Social dos Portadores do VIH. *Sociologia – Problemas e Práticas*, Nº17, Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES), 1995, p. 80.
- CARAPINHEIRO, G. A Saúde no Contexto da Sociologia. *Sociologia – Problemas e Práticas*, Nº1. Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES), 1986, p.16.
- CARAPINHEIRO, G. Do Bio-Poder ao Poder Médico. *Estudos do Século XX*, nº5, Lisboa, 2005, p.385.
- CARAPINHEIRO, G. Sociologia da Saúde e da Medicina: Um campo em construção. In: *Noites de Sociologia, Saúde: Olhares Múltiplos*, Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia, 2004, p.46.
- CARMO, H., FERREIRA, M. M. *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 2ª Edição, 2008.
- CNCS. *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015 – 2019*. CNCS, 2015.
- CNCS, UNAIDS. *Distribuição da incidência de infeções por HIV na população de 15 a 49 anos em Moçambique por modo de transmissão*. 2013.
- COCKS, Harry G. Approaches to the History of Sexuality Since 1750. In: TOULALAN, Sarah & FISHER, Kate (eds.) *The Routledge History of Sex and the Body -1500 to the Present*, London e New York, pp: 38-54, 2013.
- COLLET, N.; ROZENDO, A. Questões Metodológicas da Pesquisa no Campo da Saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, São Paulo, p.107, 2001.
- CORNER, S. Bringing the Outside In-The Andrôn as Brother and Symposium's Civic Sexuality. In: GLAZEBROOK, Allison & HENRY, Madeleine (Eds.), *Greek Prostitutes in Ancient Mediterranean*. The University of Wisconsin Press, p. 60-85, 2011.
- COTT, Nancy F. A mulher moderna. In: DUBY, Georges & PERROT, Michelle (org.), (dir. Françoise Thébaud), *História das Mulheres*. O século XX, volume 5, Porto, Afrontamento, p. 95-113. Original de 1991.
- DITMORE, M. H. (edit.). *Encyclopedia of Prostitution and Sex Work*, 2006.
- FONTINHA, I. *O meio prostitucional*. In: DINIZ, João; FONTINHA, Inês. 1989.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I -A Vontade de Saber*, Lisboa, 1994.
- GIDDENS, A. *As consequências da Modernidade*. Oeiras, Celta Editora, 1992.
- GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 6ª Edição. 2008.
- GITHENS-MAZER, J. The rhetoric and reality: radicalization and political discourse. *International Political Science Review/Revue internationale de science politique*, 2012.
- GOFFMAN, E. *Estigma. Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1988 [1973], p. 12.
- LANGA, J. et al. Percepção e comportamento de risco de HIV entre profissionais do sexo em três grandes centros urbanos de Moçambique. *PLoS One*, v. 9, n. 4, 2014.
- MARCHBANK, J.; LETHERBY, G. *Introduction to Gender: Social Science Perspectives*. Harlow. Pearson Longman, 2007.
- MCGINN, T. *Prostitution, Sexuality, and the Law in Ancient Rome*. New York, Oxford University

Press, 1998.

MISAU. *Plano de aceleração da resposta ao HIV e SIDA*. Moçambique 2013-2015. 2013.

MISAU. *Directriz para integração dos serviços de prevenção, cuidados e tratamento em HIV e SIDA para a população chave no Sector da Saúde*. 2016.

MUCHANGA. J.L. M. *Rua dos Macondes: um epicentro de HIV/SIDA? Um estudo sobre a Prostituição e Risco de infecção pelo vírus do HIV/SIDA na cidade de Tete*, 2010. Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Licenciatura, na Universidade Eduardo Mondlane. 2010.

ONUSIDA. *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*. Geneva, Switzerland. 2012.

PÉREZ P. V. J. *Processos de Resiliência na Trabalhadora de Sexo: Um Estudo com Mulheres assistidas pela Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família*, 2019. Dissertação em Terapia Familiar e Comunitária, no Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, p. 9-12. 2019.

PINTO, J. Considerações Sobre a Produção Social de Identidade. *Revista Crítica das Ciências Sociais*, nº32, Coimbra, p.219, 1991.

SACRAMENTO, O.; RIBEIRO, F. B. Mulheres que trabalham, homens que se envolvem: género, estratégias e práticas na prostituição abrigada. In: SILVA, Manuel C.; RIBEIRO, Fernando B. (org.), *Mulheres da Vida. Mulheres com Vida: Prostituição, Estado e Políticas*, Vila Nova de Famalicão, Edições Húmus, Lda., p. 165-181. 2010.

SARACENO, C.; Naldini, M. *Sociologia da Família*. Lisboa, Editorial Estampa, 2003.

SCHOUTEN, M. J. Imagens e auto-imagens de trabalhadoras sexuais. In: SILVA, Manuel C.; RIBEIRO, Fernando B. (org.), *Mulheres da Vida -Mulheres com Vida: Prostituição, Estado e Políticas*. Vila Nova de Famalicão, Edições Húmus, Lda., p. 85-94, 2010.

SCHUTZ, A. Fenomenologia e Relações Sociais. In: Wagner R. Helmut (ed.): *Textos Escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1979.

SELLTIZ, C. et al., *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*, São Paul, Herder, p.49, 1965.

SELVESTER, K. *Case study. Vulnerability to HIV and AIDS: Sex Workers in Ressano Garcia and Namaacha Border Posts, and the Southern Transport Corridor in Inhambane Province*, Mozambique. FNUAP, 2009.

SHEMEK, Deanna. Courtesans and Prostitution, Italy (cortigiana, cortegiane). In: ROBIN, Diana; LARSEN, Anne; LEVIN, Carole (edits.), *Encyclopedia of woman in Renaissance: Italy, France, and England*. United States of America, ABC – CLIO, Inc. p. 101-104, 2007.

TWADDLE, A.; HESSLER, R. *A Sociology of Health*. Saint Louis, The C. V. Mosby Company, 1977.

UNAIDS. *HIV estimates with uncertainty bounds 1990-2015*. [Internet] 2016.

UNAIDS. *National AIDS Spending Assessment (NASA) for the period 2014 in Mozambique. Level and flow of resources and expenditure for the national response to HIV and AIDS*. 2016.

UNAIDS. *How AIDS changed everything*. MDG Report 2014.

VERARDO, M. et al. *Meninas do Porto*. São Paulo, Nome da Rosa Editora, 1999.