

REDUÇÃO DE DANOS: PROSTITUIÇÃO E TOXICODPENDÊNCIA

AMÉLIA PIMENTA, MARTA RODRIGUES

RESUMO: Neste artigo as autoras fazem uma reflexão teórico-prática sobre as estratégias de redução de danos utilizadas no trabalho de rua do Programa de Saúde Auto-estima de Matosinhos. Procedeu-se à caracterização dos consumos das mulheres toxicodpendentes que se prostituem na rua a partir de um questionário semi-estruturado administrado na Unidade Móvel, num período de duas semanas, em Dezembro de 2001. Deste estudo tiram-se algumas pistas que permitem melhorar o trabalho com esta população.

Palavras-chave: Prostituição; Toxicodpendência; Redução de danos.

RÉSUMÉ: Dans cet article les auteurs font une réflexion théorique-pratique sur les stratégies de réduction de risques utilisées dans le travail de rue du Programme de Santé «Self-esteem» de Matosinhos. Les prostituées femmes, consommatrices de drogues ont été caractérisées avec le questionnaire semi-structuré et administré dans l'Unité Mobile, pendant un période de deux semaines, en décembre 2001. Cette étude a apporté des questions qui ont permis d'améliorer le travail avec cette population.

Mots-clé: Prostitution; Toxicomanie; Réduction des méfaits.

ABSTRACTS: In this text the authors discuss the harm reduction strategies used in the Health Program of Matosinhos – Self-esteem. The drug use of street prostitute's women was characterized with the Mobil Unit Semi-structured Questionnaire. From this study arise some clues to improve the work with this population.

Key Words: Prostitution; Drug addiction; Harm reduction.

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde Auto-estima (AE), cuja entidade promotora é a Administração Regional de Saúde – Norte em parceria com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (entre outros), tem como finalidade reduzir o risco de contágio de HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) em mulheres que exercem prostituição de rua. Criado em Março de 1998 tem como área de intervenção a Região Norte de Portugal. Este programa de Saúde tem dois Centros de Aconselhamento com instalações próprias (Matosinhos e Braga) e Centros Virtuais que funcionam em Centros de Saúde em parceria com as Sub-Regiões de Saúde (Vila Nova de Gaia, Póvoa de Varzim, Santo Tirso, Guimarães, Viana do Castelo, etc.). Dispõe, também, de duas Unidades Móveis que percorrem as zonas de prostituição.

Este trabalho foi efectuado em Dezembro de 2001 pelo serviço de psicologia do Programa de Saúde Auto-estima de Matosinhos no sentido de fazer por um lado, uma caracterização dos consumos das prostitutas toxicodependentes contactadas pelo projecto e por outro, uma reflexão sobre o trabalho efectuado ao nível da redução de danos com esta população tão específica do universo da toxicodependência: as prostitutas toxicodependentes. Pareceu-nos que, embora este trabalho se tenha realizado em Dezembro de 2001, poderá ser, na actualidade, um pequeno contributo para uma melhor compreensão desta população e sua especificidade.

Ao longo do trabalho de terreno várias interrogações foram-se colocando: De que mulheres estamos a falar? A instalação da toxicodependência é anterior ou posterior à prática prostitucional? Estão em tratamento? Como se pautam os consumos? Qual o grau de desorganização psicossocial? Que danos estamos a reduzir? De que forma? Porquê utilizar estratégias de redução de danos com estas mulheres? Qual o sentido?

Não teremos como objectivo responder a estas questões de forma sistemática mas sim, contribuir para um melhor conhecimento desta população e sua especificidade através da caracterização do padrão de consumos e situação face à toxicodependência.

2. PROSTITUIÇÃO E TOXICODEPENDÊNCIA

Constata-se, desde o início do Programa de Saúde Auto-estima de Matosinhos, um incremento de primeiros contactos com prostitutas toxicodependentes. Como referem Manita & Oliveira (2002) a prostituição de rua não é universal, por existirem vários perfis de prostitutas de acordo com as motivações subjacentes à prática prostitucional. Na rua existem *grosso modo* duas classes distintas de mulheres que se prostituem: Por um lado, aquelas que fazem da prostituição uma autêntica actividade laboral (trabalho diário, com horários definidos, locais certos, etc.) a que chamaremos “prostitutas tradicionais”, ou seja, aquelas que têm maior correspondência com o estereótipo social de mulher de rua. Por outro lado, existem mulheres que estão na rua como forma de arranjar dinheiro para os consumos problemáticos de drogas ilícitas; recebem o nome de “prostitutas toxicodependentes”. Há um número pouco significativo de mulheres que entraram na prostituição pela via tradicional acabando por cair nas teias das drogas tornando-se toxicodependentes o que significa que a maior parte das consumidoras que se prostituem tinham previamente a toxicodependência instalada antes de recorrerem à prostituição. É importante salientar que nas prostitutas ditas tradicionais existem mulheres com problemas de dependência de álcool embora neste estudo só caracterizemos consumos problemáticos de substâncias psicoativas (heroína e cocaína).

No contacto de terreno constatamos que, as toxicodependentes têm consumos problemáticos de drogas ilícitas precisando de quantidades elevadas de dinheiro. A procura da prostituição está, muitas vezes associada, ao evitar de outros comportamentos desviantes que constituem crime, como é o caso do tráfico de droga e o roubo ou furto. No discurso directo destas mulheres é frequente ouvir:

“só estou nesta vida porque consumo, sabe Deus o que me custa vender o corpo... maldito vício... mas prefiro isso a ir para a cadeia... já lá estive por ter vendido pó... e sabe... tenho filhos para criar... o meu companheiro também consome e alguém tem que se fazer à vida”.

Sabemos que para se prostituírem precisam estar sob o efeito da droga ou então numa situação de ressaca em que o *vale tudo* predomina. A esmagadora maioria das prostitutas toxicodependentes não está vinculada a nenhuma estrutura de tratamento.

Manita & Oliveira (2002) concluem que as prostitutas toxicodependentes caracterizam-se como sendo mais desorganizadas no plano económico como nas restantes áreas de vida comparativamente às mulheres prostitutas não toxicodependentes.

Sendo assim, quais são os danos a que estas mulheres estão expostas e quais os danos que expõem na prática prostitucional?

De que forma as estratégias de redução de danos poderão ser utilizadas com esta população tão específica?

Antes de responder a estas questões será útil fazer uma breve revisão ao conceito de redução de danos para passar, posteriormente, à apresentação do estudo.

3. CONCEITO DE REDUÇÃO DE DANOS

Na década de 80 surgem em vários pontos da Europa (Liverpool, Amesterdão e Roterdão) experiências ligadas à redução de danos, nomeadamente programas de troca de seringas, como resposta às consequências nefastas provocadas pelo HIV em consumidores de drogas por via endovenosa. Pretende-se com a redução de danos encontrar uma resposta mais adequada à inegável realidade introduzida pelo vírus HIV ao fenómeno da toxicodependência (Grup Igja *et al.* 2000). A par desta constatação começa-se a sentir o desgaste da ineficácia das intervenções clássicas de tratamento que se centram na abstinência de drogas ilícitas *drug free treatment* por não englobarem a totalidade dos consumidores de drogas, seja pela não procura de tais tratamentos, seja pelos obstáculos internos e/ou externos que o consumidor não consegue ultrapassar.

Passado quase um século de políticas internacionais centradas na repressão e na proibição de certas drogas, pretende-se com este tipo de política “promover uma aproximação mais humana, orientada socialmente e, sobretudo mais eficiente, em que o primeiro interesse é proteger a saúde dos consumidores e melhorar a realidade psicossocial.” (O’Hare *et al.* 1992:15, *cit in* Markez & Póo 2001).

As Estratégias de redução de danos definem-se como medidas socio-sanitárias, individuais ou colectivas, que têm como objectivo diminuir os efeitos negativos (bio-psico-sociais) associados aos consumos de drogas (Mino, 1993 *cit in* Markez & Póo 2001).

Em Portugal a implementação da Redução de Riscos e Minimização de Danos foi legalmente assumida como medida necessária dos anos 80. É nesta altura que começam a ser tomadas as primeiras medidas ao nível da redução de danos ligadas à luta contra a Sida (Costa, 2001). No entanto, só em Junho de 2002 é que a redução de riscos e minimização de danos é legalmente assumida pelo Decreto-lei nº 183/2001 ao introduzir um conjunto de medidas no sentido de diminuir os perigos do consumo de drogas quer ao nível do consumidor, quer ao nível da saúde pública. É com este Decreto-lei que se oficializa a redução de danos tendo como objectivo a criação de programas e estruturas sócio-sanitárias destinadas à sensibilização e acompanhamento para tratamento de toxicodependentes, bem como à prevenção e redução de risco e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência.

Algumas das medidas previstas neste Decreto-Lei, tais como programas de distribuição e troca de seringas ou distribuição de metadona em situação de menor exigência, eram já implementadas em Portugal (Costa, 2001).

No Programa de Saúde Auto-estima de Matosinhos, para além da distribuição gratuita de preservativos e da distribuição de material informativo (panfletos alusivos à prevenção de DST’s) procede-se à troca de seringas e material de injeção (colaboração com o Programa *Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão*) para o grupo de mulheres toxicodependentes que se prostituem.

4. DA REALIDADE DO TERRENO...

De Março de 1998 até Dezembro de 2001 foram contactadas, pelo Programa de Saúde Auto-estima de Matosinhos, 309 mulheres das quais 137 toxicodependentes e 172 não toxicodependentes, o que significa que 44.33% da população assume consumos de drogas ilícitas frente a 55,67% ditas tradicionais. Sabemos que das 137 toxicodependentes, 7 faleceram (6 por problemas associa-

dos ao HIV e 1 por homicídio). O número de mulheres toxicodependentes contactadas por mês na Unidade Móvel de Matosinhos, em média, é de 24, sendo frequente mais do que um contacto por mês a cada mulher.

Verificamos que a frequência do contacto com prostitutas toxicodependentes é mais flutuante do que o contacto com prostitutas não toxicodependentes, apresentando as seguintes razões para a explicação desta constatação:

- A motivação para a prostituição prende-se com os consumos pelo que a permanência na rua está dependente do dinheiro para “matar a ressaca”;
- A escolha do local de prostituição liga-se ao local de compra da droga;
- A permanência na rua depende, também, dos horários de compra do produto ou outros factores como, por exemplo, a presença de polícia na rua ou nos locais de venda do produto;
- A existência de conflitos entre prostitutas toxicodependentes e não toxicodependentes onde, as primeiras são vistas como concorrência desleal (oferecem os seus serviços por menos dinheiro e em condições mais precárias). Desta forma, o trabalhar em zonas onde existam prostitutas toxicodependentes e não toxicodependentes não é pacífica;
- A adesão a um tratamento para a toxicodependência faz com que, na maior parte dos casos, a prática prostitucional seja abandonada. Quando há reincidência na toxicodependência, o mesmo poderá acontecer na prática prostitucional.

5. ... À CARACTERIZAÇÃO DOS CONSUMOS DAS PROSTITUTAS TOXICODEPENDENTES

No sentido de caracterizar, de forma mais rigorosa, o padrão de consumos das prostitutas toxicodependentes, o serviço de psicologia elaborou um questionário semi-estruturado que foi administrado a todas as mulheres toxicodependentes contactadas na Unidade Móvel num período de duas semanas consecutivas (quatro noites e duas tardes). O questionário constou de: caracterização demográfica da mulher e do seu trabalho prostitucional; história toxicofílica; história de tratamentos e períodos de abstinência; hábitos actuais de consumo e história de saúde passada e actual.

Responderam a este questionário 33 mulheres das 35 a quem foi solicitada a colaboração. As duas restantes recusaram-se. O procedimento utilizado foi o seguinte:

- O questionário foi anónimo, não ficando registo nem do nome nem do número da mulher;
- A administração foi feita por psicólogos no interior da Unidade Móvel e sempre que possível individualmente;
- O questionário foi administrado durante o trabalho de rua, tendo os técnicos que gerir o tempo de permanência na Unidade Móvel sem interferir no trabalho com outras mulheres;
- A passagem do questionário obedeceu a um critério comum: para cada mulher as questões foram colocadas em voz alta e as respostas registadas no questionário, no sentido de facilitar a compreensão do instrumento, captando de uma forma mais eficaz a sua atenção;
- Foram introduzidos os dados do questionário no programa SPSS;

6. RESULTADOS

Passaremos então aos resultados:

- As mulheres contactadas tinham idades compreendidas entre os 17 e os 41 anos, sendo a média de 29 anos;
- Quanto ao local de residência, só 3 mulheres responderam estar na situação de sem-abrigo;
- Face ao horário de trabalho, 79% das mulheres exercem prostituição à noite (a partir das 20 horas);
- A média de idade de início do consumo de heroína foi de 21 anos;
- A média de tempo de consumo foi de 8 anos, desde a experimentação até à data do preenchimento do questionário;
- Relativamente à 1ª via de consumo, 91% das mulheres referem a fumada, face a 9% que refere a endovenosa;
- No que diz respeito à história de tratamentos, 76% referem já ter procurado estruturas de tratamento, no entanto só 12% dizem estar actualmente em tratamento;
- Das mulheres que se encontram em tratamento (4), todas elas estão em Centros de Atendimento a Toxicodependentes;
- Quando questionadas se gostariam de (re)iniciar um tratamento, 61% responde afirmativamente, 27% dizem

- que não e 12% não respondem a esta questão;
- Na variável “consumos actuais”, 94% assumem estar a consumir e 6% dizem não consumir nos últimos meses;
 - Face às substâncias consumidas actualmente, 24 mulheres consomem heroína e cocaína, 3 só referem consumos de heroína, 4 dizem só consumir cocaína e 2 não referem consumos actuais;
 - Em média, assumem consumir por dia 0.73 grs. de heroína e 1.10 grs. de cocaína;
 - Quanto à via de consumo actual, 51% referem a via fumada para a heroína, 70% a via fumada para a cocaína, 27% apontam a via endovenosa para a heroína e 15% a via endovenosa para a cocaína;
 - Das 8 mulheres que referem a via de consumo endovenosa, todas elas dizem não partilhar seringas e só 1 refere partilhar material de injeção;
 - Das mulheres que referem a via de consumo endovenosa, 4 fazem troca oficial de seringas (farmácia), 1 diz comprar e faz troca oficial e 3 referem fazer a troca oficial nas farmácias e no AE;
 - Relativamente à saúde, 5 mulheres assumem ser portadoras de HIV, 4 ter sífilis, 2 hepatite C, 1 hepatite C e sífilis e 1 hepatite C e B; as restantes 20 mulheres desconhecem o seu estado de saúde.

7. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Parece-nos que o procedimento utilizado poderá ter enviesado algumas respostas, sendo dadas de acordo com a desejabilidade social. Temos também que ter em conta, que a administração ocorreu no período de trabalho destas mulheres pelo que estariam não só sob o efeito de drogas como também na primazia do agir frente ao pensar e reflectir. Esta observação é importante porque reflecte um dos grandes obstáculos no trabalho com estas mulheres. Têm “*verdadeiros bichinhos carpinteiros*” que não lhes permitem parar muito tempo tornando as conversas rápidas e fugazes, principalmente as prostitutas toxicodependentes que trabalham à noite.

A idade média das mulheres que responderam a este questionário revela que as prostitutas toxicodependentes são mais novas quando comparadas com as prostitutas tradicionais e exercem prostituição preferencialmente à

noite (comparação feita através da base de dados do Programa de Saúde Auto-estima de Matosinhos).

Apesar de não ter sido avaliado há quanto tempo estas mulheres se prostituem, constatamos a existência de um longo percurso na toxicodependência sugerindo que a prostituição será uma consequência dos consumos problemáticos destas mulheres.

Constata-se a polidependência em doses elevadas de heroína e cocaína com prevalência dos consumos de cocaína. Face à deterioração manifestada por esta população, coloca-se a hipótese de que o número de mulheres que utilizam a via endovenosa será superior ao encontrado.

A troca de seringas assume-se como uma estratégia fundamental na redução de danos, no entanto não é muito requisitada (na rua) pelas prostitutas toxicodependentes do Programa de Saúde Auto-estima de Matosinhos. Na partilha de seringas e material de injeção, é de nossa opinião que a resposta dada foi no sentido da desejabilidade social. Apontamos vários factores explicativos para o sucedido:

- Grande oferta de farmácias que fazem troca de seringas, assim como, outros projectos de redução de danos a trabalharem na proximidade da área geográfica de intervenção do Programa de Saúde Auto-estima de Matosinhos (locais de compra e consumo de drogas);
- Conflitos entre as mulheres que trabalham na rua tendo em conta a condição toxicodependência. As consumidoras protegem a sua condição, principalmente a utilização da via endovenosa, das não consumidoras pelo que é frequente levar para os locais de prostituição o indispensável para o consumo (número reduzido de seringas na carteira).

Verificamos que um número reduzido de mulheres se encontra em tratamento, embora a grande parte das mulheres já tenha procurado pelo menos uma vez tratamento. Verifica-se um desfasamento relativo ao discurso que estas mulheres têm quanto ao desejo de (re)iniciar tratamento e o comportamento que adoptam de não assumir compromissos com estruturas de tratamento. Os tratamentos orientados para a abstinência de drogas ilícitas foram e continuarão a ser úteis para populações toxicodependentes, mas não para a totalidade, visto que, muitos consumidores não planeiam abandonar os consumos.

No caso das prostitutas toxicodependentes, além da deterioração bio-psico-social que as caracteriza, mostram-se, também, pouco receptivas a programas clássicos de tratamento com objectivos de abstinência. No contacto de terreno, estas mulheres verbalizam descrença e desmotivação no tratamento e na própria capacidade em conseguirem aderir ao mesmo. Sente-se no discurso directo, um forte desgaste e poucos recursos internos para o controlo dos riscos a que estão expostas e que expõem à população em geral através dos clientes que procuram os seus serviços. Desta forma, seria benéfico inserir outro tipo de intervenções, nomeadamente programas de distribuição de metadona em situação de menor exigência, estando comprovado por estudos científicos as seguintes vantagens:

- Taxas de seroconversão a HIV inferiores a quem não está em tratamento (Mezger, 1993 *cit in* Markez & Póo 2001);
- Diminuição dos episódios de overdose e comportamentos de risco (diminuição do uso da via injectável e menor partilha do material de injeção), com taxas de mortalidade muito inferiores a quem não está em tratamento (Gronbladh, 1990; Del Río *et al.*, 1997; Borrás, 1999 *cit in* Markez & Póo 2001).

A discriminação, a valorização negativa da prostituição, os consumos de drogas, fazem com que estas mulheres estejam mais vulneráveis e com menor capacidade de diminuir riscos, do que as prostitutas não toxicodependentes, pelo que a capacidade de assumir comportamentos seguros é menor.

Outro aspecto a salientar na análise dos resultados do instrumento, é o elevado número de mulheres que desconhece o seu estado de saúde. Estas mulheres integram na sua condição de prostitutas toxicodependentes, um duplo risco de contágio e de disseminação da doença aos clientes. Como se, prostituta toxicodependente e cliente, colocassem os riscos fora de si e do outro e na realidade estes não existissem. Embora não tenhamos conhecimento de estudos centrados nos clientes, sabemos que pagam mais dinheiro a troco da prática sexual pretendida sem preservativo. O facto de não haver acesso ao cliente, em termos de educação para a saúde, obstaculiza o trabalho na redução de danos.

Concluimos que o trabalho com prostitutas toxicode-

pendentes deverá continuar a merecer um olhar atento por parte dos técnicos de saúde no âmbito da redução de danos.

Contactos:

Amélia Pimenta
Estagiária do ramo de Psicologia Clínica da Carreira dos
Técnicos Superiores de Saúde
CAT de Cedofeita
E-mail: ameliapimenta@gmail.com

Marta Rodrigues
Psicóloga Clínica
Centro de Saúde da Maia – Águas Santas
E-mail: martaro@netcabo.pt

BIBLIOGRAFIA

- Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (2002). *Estudo de avaliação do Programa de Troca de Seringas*. Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e Ministério da Saúde, Lisboa.
- Costa, M. E. (2001). "Redução de danos: preconceitos, obstáculos, justificação". *Toxicodependências*, 7 (3): 53-58.
- Grup Igia *et al.* (2000). *Gestionando las drogas*. Conferencia de consenso sobre la reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinarietà. Barcelona.
- Manita, C. & Oliveira, A. (2002). *Estudo de caracterização da prostituição de rua no Porto e Matosinhos*. Porto. Cadernos Condição Feminina.
- Markez I. & Póo M. (2001). *Drogodependências: reducción de daños y riesgos*. Observatorio Vasco de drogodependências. 2ª Ed.– Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Presidência do Conselho de Ministros (1999). *Estratégia Nacional de Luta Contra Droga*.