

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES
SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS – CEBRID
Departamento de Psicobiologia
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
Escola Paulista de Medicina

COMPORTAMENTO DE RISCO DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK EM RELAÇÃO ÀS DST/AIDS

SOLANGE APARECIDA NAPPO

Zila van der Meer Sanchez

Lúcio Garcia de Oliveira

Suely Aparecida dos Santos

Joel Coradete Jr.

Júlio César Barroso Pacca

Valéria Lacks

Apoio | Coordenação Nacional de DST/AIDS

COMPORTAMENTO DE RISCO DE
MULHERES USUÁRIAS DE *CRACK*
EM RELAÇÃO ÀS DST/AIDS



CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES
SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS – CEBRID
Departamento de Psicobiologia
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
Escola Paulista de Medicina

COMPORTAMENTO DE RISCO DE MULHERES USUÁRIAS DE *CRACK* EM RELAÇÃO ÀS DST/AIDS

PESQUISADORA PRINCIPAL

SOLANGE APARECIDA NAPPO

PESQUISADORES COLABORADORES

ZILA VAN DER MEER SANCHEZ

LÚCIO GARCIA DE OLIVEIRA

SUELY APARECIDA DOS SANTOS

JOEL CORADETE JR.

JÚLIO CÉSAR BARROSO PACCA

VALÉRIA LACKS

Apoio

Coordenação Nacional de DST/AIDS

**Comportamento de Risco de Mulheres
Usuárias de *Crack* em relação às DST/AIDS**

Centro Brasileiro de Informações
sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID

Apoio: Coordenação Nacional de DST/AIDS

Projeto gráfico/capa: CLR Balieiro Editores

Foto/capa: Digitalvision/Keydisc

Impressão/acabamento: GraphBox·Caran

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em
relação às DST/AIDS / pesquisadora principal Solange
Aparecida Nappo. -- São Paulo : CEBRID - Centro
Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas,
2004.

Vários pesquisadores colaboradores.
Apoio: Coordenação Nacional de DST/AIDS.
Bibliografia.

1. AIDS (Doença) - Aspectos sociais 2. Comportamento
de risco 3. Crack (Droga) 4. Doenças sexualmente
transmissíveis - Aspectos sociais 5. Mulheres - Uso de
drogas I. Nappo, Solange Aparecida.

04-6102

CDD-362.2980822

Índices para catálogo sistemático:

1. Mulheres usuárias de crack : Comportamento de risco :
Relação com as DST/AIDS : Problemas sociais
362.2980822

APRESENTAÇÃO GERAL E AGRADECIMENTOS ÀS

ENTIDADES PARTICIPANTES DO ESTUDO

Este trabalho foi apoiado pela
Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde
e executado pelo
CEBRID
Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
da Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP/EPM)

Contou com a parceria de:

CRT
Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS
da Coordenação Estadual da Secretaria Estadual de
Saúde de São Paulo

PROAD
Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes,
da UNIFESP/EPM

PROSAM
Associação Pró-Saúde Mental
Coordenação do Programa Municipal de DST/AIDS
de São José do Rio Preto

EQUIPE TÉCNICA

INVESTIGADORA PRINCIPAL

Solange Aparecida Nappo
(CEBRID – UNIFESP/EPM)

PESQUISADORES COLABORADORES

Zila van der Meer Sanchez
(CEBRID – UNIFESP/EPM)

Lúcio Garcia de Oliveira
(CEBRID – UNIFESP/EPM)

Suely Aparecida dos Santos
(PROSAM)

Joel Coradete Jr.
(PROSAM)

Valéria Lacks
(PROAD)

Júlio César Barroso Pacca
(CRT–DST/AIDS)

PESQUISADORES ENTREVISTADORES

São Paulo

Cláudia Masur Carlini (Coordenadora da equipe)

Yone Gonçalves de Moura

Zila van der Meer Sanchez

São José do Rio Preto

Elza Maria Alves Ferreira (Coordenadora da equipe)

Fátima Pitta Garcia

Renato Villanova

Aracelis Achcar

SOROLOGIA

Coleta da amostra de sangue: CEBRID

Realização dos testes: CRT/AIDS de SP

CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Este estudo foi composto de duas partes com enfoques distintos:

PARTE A

Esta fase ocorreu em duas cidades do Estado de São Paulo: São José do Rio Preto e São Paulo. Procedeu-se a um estudo qualitativo, com amostra intencional, no qual foi investigado o comportamento de risco entre mulheres usuárias de *crack* que se prostituem pela droga ou por dinheiro para comprá-la. Por meio da visão que essas mulheres têm desse comportamento e utilizando seus valores, definições e categorias, estudou-se profundamente esse fenômeno em suas múltiplas dimensões.

PARTE B

Esta fase ocorreu somente em São Paulo. Nesse estudo foram utilizadas duas amostras aleatórias, uma de usuários de cocaína e outra de usuários de *crack*, ambas constituídas de homens e mulheres. O objetivo foi quantificar, em uma amostra aleatória, o risco diante das DST/AIDS de usuários de *crack* em relação a usuários de cocaína aspirada. Nos componentes das duas amostras foram feitos testes sorológicos para hepatites, sífilis e HIV.

Observação

O estudo obteve a aprovação dos Comitês de Ética da Universidade Federal de São Paulo e da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

A COCAÍNA

(versos de uma prostituta usuária de cocaína
musicados por Sinhô – 1888-1938)

I

Só um vício me traz/ Cabisbaixa me faz
Reduz-me a pequenina/ Quando não tenho à mão
A forte cocaína/ Quando junto de mim
Ingerido em porção/ Sinto sã sensação
Alivia-me as dores/ Deste meu coração

REFRÃO

Ai, ai, és a gota orvalina/ Só tu és minha vida
Só tu, ó cocaína/ Ai, ai, mais que flor purpurina
É o vício arrogante/ De tomar cocaína

II

Sinto tal comoção/ Que não sei explicar
A minha sensação/ Louca chego a ficar
Quando sinto faltar/ Este sal ruidoso
Que a mim só traz gozo/ Somente em olhar
Para ele esquecer/ Eu começo a beber

III

Quando estou cabisbaixa
Chorando sentida/ Bem entristecida
É que o vício da vida/ Deixa a alma perdida
Sou capaz de roubar/ Mesmo estrangular
Para o vício afogar/ Neste tóxico bravo
Que me há de findar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
<i>Crack</i> : Aspectos gerais	15
<i>Crack</i> : EUA e Brasil	17
<i>Crack</i> e prostituição	19

PARTE A

METODOLOGIA	25
Escolha da metodologia	27
Tipo de amostra	27
Tamanho da amostra	28
Obtenção da amostra	28
Instrumentos utilizados	28
Análise do conteúdo das entrevistas	30
RESULTADOS	31
Dados sociodemográficos	33
Desligamento da família de origem	38
Primeira relação sexual	40
Uso de preservativo ao longo da vida antes do <i>crack</i>	43
Parceiros sexuais antes do <i>crack</i>	45
Primeira vez de uso de <i>crack</i>	46
Fase intensiva de uso do <i>crack</i>	48
Estratégias para conseguir o <i>crack</i>	50
Fissura	52
Prática comum de troca de corpo por droga/dinheiro para comprar droga entre usuárias de <i>crack</i>	54

Primeira vez que se prostituiu por droga/dinheiro	56
Trocar o corpo por droga ou por dinheiro para comprá-la ..	58
Frequência semanal da prática de trocar o corpo por dinheiro/droga.....	60
Escolha do parceiro quando troca o corpo por droga/dinheiro.....	62
Tipo de sexo praticado	66
Uso de preservativo	68
Preço cobrado por programa	73
Local onde ocorrem os programas	77
Violência física durante a realização do programa	79
Cachimbo	81
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	87
Diferenças entre “profissionais do sexo” e prostituição por droga	89
Violência	90
Sexo oral, cachimbo e transmissão de HIV	91
Local onde realizavam o programa	92
Programa com usuários de <i>crack</i>	93

PARTE B

METODOLOGIA	97
Amostra	99
Instrumentos utilizados.....	100
Análise dos dados	102
RESULTADOS	103
Dados sociodemográficos	105
História de uso de drogas	106
Comportamento sexual.....	107
Conhecimento, comportamento de risco e AIDS	110
Sorologia.....	114
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 115
BIBLIOGRAFIA	119

INTRODUÇÃO

CRACK: ASPECTOS GERAIS

CRACK: EUA E BRASIL

CRACK E PROSTITUIÇÃO

CRACK: ASPECTOS GERAIS

Crack, também conhecido como pedra, é a forma de base livre da cocaína, podendo ser obtido do cloridrato de cocaína ou da pasta de cocaína, ambos produtos de extração da coca. Muito pouco solúvel em água, não podendo ser, por esse motivo, injetado.

Facilmente elaborado a partir do cloridrato de cocaína, sendo necessário para isso dissolver o pó em água, adicionar um agente alcalino (hidróxido de sódio ou bicarbonato de sódio) e aquecê-lo (*Schwartz et al.*, 1991). No sobrenadante surge uma película fina, uma espécie de “casca”, que é retirada, secada em papel e colocada em cachimbos caseiros para ser fumada (*Nappo*, 1996).

O nome *crack* parece derivar do som produzido pelo cloreto de sódio (“impureza” que permanece quando o hidróxido de sódio é utilizado), quando este é queimado no cachimbo à temperatura aproximada de 95°C (*Hutchinson*, 1991). Ainda nessa temperatura, o *crack* sofre sublimação (passa do estado sólido para o gasoso) e os vapores produzidos são prontamente absorvidos pelos pulmões (*Manaschreck*, 1987), alcançando rapidamente o cérebro (*Du Pont*, 1991). Em cerca de 8 segundos o *crack* alcança o centro do prazer mediado pelo neurotransmissor dopamina, produzindo seus efeitos centrais muito mais rapidamente que pelas outras vias de utilização da cocaína (intravenosa e nasal) (*Schwartz et al.*, 1991). Esse tempo de início dos efeitos contrasta com as outras vias que, em média, levam 3 a 5 minutos no caso da via endovenosa e de 10 a 15 minutos pela via nasal (*Schwartz et al.*, 1991). Esse tempo curto entre a administração e o aparecimento dos efeitos faz do *crack* uma droga muito “atraente” para o usuário (*Nappo et al.*, 1996).

Os efeitos iniciais compreendem intensa euforia (êxtase), ilusão de onipotência e grande autoconfiança (*Schwartz et al.*, 1991). Essas sensações de extremo prazer só ocorrem com as vias endovenosa e pul-

monar, recebem o nome de *rush* ou *flash* e duram muito pouco, cerca de 5 minutos no caso do *crack* (WHO, 1987; Fasoli, 1995). O início mais rápido pode significar maior *rush* para o usuário (Nappo, 1996). Entretanto, nesses casos, o término desses efeitos é tipicamente acompanhado de disforia, compulsão e fissura (*craving*) para a readministração da cocaína (Pollack et al., 1989).

A fissura, definida como vontade irresistível de usar a droga, acompanha o usuário para o resto da vida, mesmo muito tempo após a parada definitiva do consumo da droga, bastando para isso o ex-usuário ter contato com alguma coisa ou situação que lembre o uso de droga (Halikas et al., 1991). Nessa fase de fissura, o usuário torna-se agressivo (Nappo, 1996) e utiliza qualquer estratégia para comprar a droga: rouba, vende seus pertences e dos familiares, faz favores sexuais (Inciardi, 1993).

O padrão *binge* de consumo do *crack* (consumo repetitivo da droga) pode durar dias. Nesse período, o usuário não se alimenta, não dorme, não tem cuidados básicos de higiene, perde o interesse por sua aparência física (Inciardi, 1993). Esse ciclo só acaba quando o suprimento de droga termina ou o usuário está completamente exaurido (Pollack et al., 1989).

Além da fissura, uma gama enorme de outros efeitos pode surgir, os quais se intensificam com o uso crônico: agitação, disforia, paranóia, delírio e alucinações (Mackler & O'Brien, 1991).

Destaca-se, entre esses efeitos, a paranóia, que se caracteriza por um medo terrível de serem descobertos (principalmente pela polícia ou por algum parente), descrevendo o temor de serem apanhados fazendo uso da droga. Ainda sob esse estado persecutório, tornam-se muito desconfiados uns dos outros, chegando na maioria das vezes a um estado de violência, e interpretam qualquer barulho como a chegada de alguém não desejado (Nappo, 1996).

Com o passar do tempo, os efeitos “agradáveis” diminuem ou duram menos tempo. Isso faz com que os usuários aumentem a dose em busca desses efeitos iniciais (tolerância). Por outro lado, ansiedade, paranóia e depressão aumentam de intensidade e frequência com o uso crônico (sensibilização), assim como surgem pensamentos paranoídes muito intensos. Essa dualidade de efeitos, que ocorre com o aumento da dose, provoca-lhes um sentimento muito intenso de angústia (Nappo, 1996; Miller et al., 1989).

A intensidade e o rápido início da euforia combinados com a forte compulsão de uso que se desenvolve fazem do *crack* uma droga com alto potencial de dependência.

CRACK: EUA E BRASIL

O abuso de cocaína desenvolveu-se muito rapidamente nos últimos vinte anos nos EUA. Tradicionalmente, usuários cheiravam a forma cloridrato da cocaína e poucos injetavam-na. Entretanto, em meados da década de 1980 o *crack* foi desenvolvido e tornou-se a forma mais popular para muitos usuários nos EUA (Smart, 1991). Sua popularidade iniciou-se em comunidades do interior e, pouco tempo depois, a droga começou a ser noticiada pela mídia. Relatos de jornais e televisão começaram a descrever o uso do *crack* como uma “epidemia” e “praga” (Inciardi, 1993).

Desde o início, o foco dado ao *crack* foi seu alto poder de induzir dependência e as estratégias utilizadas por seus consumidores para mantê-la. Crimes, roubos, favores sexuais etc. eram (e ainda são) algumas delas (Inciardi, 1993).

Por ser bem mais barato que o cloridrato, o *crack* tem tido uma entrada muito grande nas populações de baixa renda (Hutchinson, 1991). Porém, esse preço mais acessível é ilusório. Considerando que o efeito do *crack* dura apenas 5 minutos, que o uso compulsivo e o padrão *binge* de consumo estabelecem-se muito rapidamente e, ainda, que nessa fase o usuário consome *crack* até a exaustão ou até findar seu suprimento de droga, comparativamente ao uso de cocaína por outras vias, o usuário de *crack* consome muito mais droga, tendo de despender maior quantidade de recursos em sua obtenção (Nappo, 1996).

O *crack* tem sido associado a aumento de risco de reações tóxicas, como problemas cardíacos, paralisia respiratória, psicose paranóide, disfunção pulmonar, e com aumento da incidência de uma variedade de doenças sexualmente transmissíveis.

Desde 1986, uma epidemia de sífilis tem ocorrido em várias áreas dos Estados Unidos. Entre 1985 e 1989, a incidência de sífilis primária e secundária aumentou 61%, refletindo ainda uma modificação de seu

padrão epidemiológico. A nova epidemia estava fortemente associada à transmissão sexual em áreas urbanas e desproporcionalmente afetava afro-americanos e em menor grau americanos descendentes de latinos. Epidemiologistas e outros investigadores evidenciaram que essa nova epidemia de sífilis estava relacionada à atividade sexual típica do comportamento do usuário de *crack* (Imperato, 1992; Balshem et al., 1992).

Até início da década de 1990, o usuário de *crack* era caracterizado como jovem (idade entre 18 e 29 anos) e do sexo masculino (Smart, 1991). Porém, as mulheres, embora em porcentagem menor, passaram a constituir importante grupo de risco em razão da venda do corpo em troca de droga ou dinheiro para comprá-la (Baseman, 1999). Esse comportamento é caracterizado por Logan & Leukefeld (2000) como fazer sexo sem proteção, ter diferentes parceiros sexuais, apresentar número maior de relações sexuais, apresentar risco de gravidez e expor o feto ao HIV.

As características do consumo de *crack* no Brasil apresentaram semelhanças às ocorridas nos EUA, porém em um espaço de tempo maior.

O consumo de *crack* no Brasil, circunscrito no início a São Paulo, iniciou-se por volta da década de 1990 (Inciardi, 1993). Em São Paulo, os traficantes impuseram essa nova forma de uso da cocaína (*crack*), ou seja, de início o *crack* era ofertado a usuários de drogas como única alternativa. Buscavam maconha ou cocaína em pó e só encontravam *crack*. Essa estratégia dos traficantes visava a alguns objetivos como: sabedores dos efeitos eufóricos provocados pelo *crack* e sua curta duração, estavam seguros do retorno do usuário em busca da droga; o uso compulsivo e a conseqüente dependência instalando-se muito rapidamente faziam do usuário um “freguês por toda a vida”; a fácil utilização da droga que para isso bastava apenas ser fumada e o resultado desses fatores era grande vantagem econômica e lucro certo (Nappo et al., 1996).

Da mesma forma que nos EUA, o usuário brasileiro de *crack* foi caracterizado como homem e jovem (Nappo, 1996). Esse consumo entre os jovens era associado à violência, a roubos, assaltos, porém desconhecia-se, a princípio, o comportamento de risco em relação às DST/AIDS. Muitos usuários de droga endovenosa mudaram de via, aderindo ao *crack*, por considerarem-no mais “seguro” em relação às DST/AIDS. Nos levantamentos epidemiológicos, assim como nos estudos qualitativos, as mulheres aparecem em porcentagem desprezível (Nappo, 1996; Nappo et al., 1996; Galduróz, 1999). Contudo, sua existência era relatada pelos homens e, ainda, estes descreviam um comportamento de risco dessas mulheres como estratégia para obter *crack* (Nappo, 1996). Esse fato originou o presente trabalho.

CRACK E PROSTITUIÇÃO

A presença da prostituição em sociedades organizadas é um fato antigo, tanto assim que já existe citação de sua existência nos tempos bíblicos (*Henriques, 1965; Sanger, 1899*).

A ligação entre mulheres, prostituição e dependência de drogas também apresenta referências históricas em muitas partes do mundo (*Henriques, 1965, 1962*), e o fenômeno tem recebido enorme atenção, principalmente nos Estados Unidos.

Apesar de o uso de cocaína por prostitutas datar desde os primeiros anos da popularidade da droga, o maior foco de interesse por esse assunto surgiu na década de 1980 com o aparecimento da epidemia de *crack* em muitas cidades dos Estados Unidos (*Kandall, 1996*).

São vários os trabalhos que tratam da prática, entre mulheres, de venda do corpo por *crack* ou por dinheiro para comprar *crack*, demonstrando que o fenômeno é mais comum do que se poderia supor. *Inciardi & Surrat* (2001), em pesquisa realizada em Miami, verificaram que, de um total de 851 mulheres entrevistadas, 708 (83,2%) relataram o comércio do corpo por *crack* ou dinheiro para *crack*. Outros trabalhos, realizados em Chicago (*Ouellet et al., 1993*), Harlem (*Bourgeois & Dunlap, 1992*), São Francisco (*Feldman et al., 1993*), Los Angeles (*Boyle & Anglin, 1992*), Denver (*Koester & Schwartz, 1992*), Philadelphia (*French, 1993*), investigaram esse mesmo assunto. Existe unanimidade entre esses vários autores, quando afirmam que há relação simbiótica entre prostituição e uso compulsivo de *crack*. Porém, associado a esse fenômeno, esses autores descrevem um quadro de sexo promíscuo, desespero, degradação e alto risco de contrair DST, principalmente AIDS.

A existência dessa prática fica mais clara quando levamos em conta o trabalho de *Kosten et al.* (1993), no qual se demonstra que mulheres compulsivas por *crack* apresentam taxas mais altas de uso da

droga e períodos mais curtos de abstinência, portanto necessitando de mais recursos para se manterem nessa dependência.

Baseman et al. (1999) abordam o problema do ponto de vista econômico fazendo distinção entre profissionais do sexo e usuárias de *crack* que vendem o corpo por droga. As primeiras comercializam sexo por questões financeiras, isto é, para sustentarem a si próprias e suas famílias. Acreditam que os recursos financeiros que obteriam com trabalhos legais não seriam suficientes para essa tarefa. As segundas, as quais vendem o corpo por droga, não possuem essa motivação econômica para comercializarem o sexo, mais que qualquer necessidade financeira, a droga é o que as motiva ao comércio do corpo.

Esse tipo de prostituição, impulsionado pela droga, apresenta características diferentes dos outros tipos quando se faz uma avaliação econômica dessa prática. A despeito da ilegalidade, tanto o comércio de drogas como o de sexo seguem regras básicas de economia da procura e da oferta como nas economias legais. Atribuem o nome de economia elástica em relação ao preço e ao poder aquisitivo existentes nesse tipo de economia. Dessa forma, se a demanda por essa atividade diminuir, o preço do sexo na rua sofre imediatamente redução, acontecendo o inverso no caso de a demanda aumentar. Economias inelásticas, como a do *crack*, não seguem essas mesmas regras de demanda e oferta. Teoricamente, se o preço do *crack* aumenta, a demanda pela droga não diminui como seria esperado em uma economia nos moldes clássicos. A urgência da droga (dependência, fissura) pelo consumidor não é controlada pelo preço dela. O poder aquisitivo do consumidor de *crack* não regula o mercado, ou seja, a demanda pelo *crack* nunca diminui, independentemente de o consumidor ter ou não meios para adquiri-lo. Como resultado, o usuário de *crack* depleta seus recursos financeiros para obter a droga. A necessidade incontrolável de *crack* permite a contextualização do comércio do sexo nesse mercado de *crack*. Porém a combinação de desespero pelo *crack* e comércio do corpo pode ser muito perigosa. Nessa transação comercial de serviços sexuais por droga, o consumidor sexual domina a negociação insistindo, chegando muitas vezes a exigir a dispensa do preservativo e/ou posições que a prostituta não faria em outras situações. Ainda, pagamentos irrisórios são impostos levando-as a um número maior de relações sexuais e conseqüentemente um maior número de parceiros para alcançarem a quantia necessária para a droga. Esses ingredientes perversos juntos aumentam consideravelmente o risco de DST/AIDS (*Koester & Schwartz, 1993; Inciardi, 1993*).

No Brasil, a existência desse comportamento ainda não foi descrita em detalhes para que possa ser avaliada do ponto de vista de risco em relação às DST/AIDS para os envolvidos nessa prática de venda do corpo por *crack*. O objetivo deste trabalho foi, por meio de abordagem qualitativa, estudar esse problema em suas múltiplas facetas, entre usuárias de *crack* em São Paulo e São José do Rio Preto e, ainda, por um enfoque quantitativo, mensurar esse risco.

PARTE A

METODOLOGIA

RESULTADOS

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

METODOLOGIA

Escolha da metodologia
Tipo de amostra
Tamanho da amostra
Obtenção da amostra
Instrumentos utilizados
Análise do conteúdo das entrevistas

ESCOLHA DA METODOLOGIA

Optou-se por uma investigação qualitativa que permitiu investigar, com profundidade, questões relativas ao comportamento de usuárias de *crack* (Patton, 1990).

Essa abordagem metodológica visou a oferecer recursos para entender a visão das usuárias de *crack* a respeito da venda do corpo por *crack* ou dinheiro para comprá-lo, utilizando valores, definições e categorias da própria usuária (Diaz, Barruti & Doncel, 1992). Whyte (1943) define muito acertadamente essa condição: “o que as pessoas me disseram ajudou-me a explicar o que havia acontecido, e o que eu observei ajudou-me a explicar o que as pessoas me disseram”.

TIPO DE AMOSTRA

A amostragem qualitativa não privilegia o critério numérico, mas sim a capacidade de esta refletir o fenômeno em suas múltiplas dimensões. Os sujeitos sociais com os atributos que o investigador pretende conhecer são os componentes desta amostra (Minayo, 1993). Dessa forma, foi utilizada uma **amostra intencional**, ou seja, fizeram parte da amostra os casos ricos em informações sobre o tema. No presente estudo, a amostra intencional utilizada foi a **amostragem com critérios**, isto é, foram selecionados indivíduos ricos em informações e que ainda estivessem dentro de alguns critérios previamente definidos, de importância para o entendimento do assunto (Patton, 1990).

Esses critérios de inclusão foram: usuárias, faixa etária de 14 anos ou mais, que vendem o corpo por *crack* ou dinheiro para comprá-lo. Considerou-se usuária de *crack* aquela que fez uso da droga pelo menos 25 vezes na vida, evitando-se assim a entrada de usuárias experimentais ou iniciantes (Siegel, 1985), fato que poderia interferir na identificação de uma “história” com a droga, sendo suas informações insuficientes e com viés de iniciante.

TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra foi o suficiente para garantir a inclusão de todos os perfis de usuárias de *crack* que vendem o corpo para conseguir a droga que satisfizessem os critérios estabelecidos. Esse fato pôde ser detectado quando as entrevistas chegaram à redundância, isto é, embora todas as fontes potenciais de variação tenham sido exploradas, nenhuma nova informação foi descoberta (Diaz, Barruti & Doncel, 1992; Minayo, 1993; Patton, 1990; WHO, 1994). O ponto de saturação teórica foi alcançado, ou seja, as observações não mais contribuíram para compreensões adicionais, com um N = 75 mulheres.

OBTENÇÃO DA AMOSTRA

Entrevistas com informantes-chave, pessoas que possuem um conhecimento especial da população em estudo (WHO, 1994), foi o primeiro passo para a obtenção da amostra. Esses intermediários facilitaram a aproximação dos investigadores com a população investigada, como também forneceram subsídios que ajudaram na elaboração do questionário que serviu de base para as entrevistas com as componentes da amostra (Patton, 1990).

A amostra foi recrutada por meio da *técnica de bola de neve* (Birnacki & Waldorf, 1981), em que as primeiras entrevistadas indicaram outras a serem entrevistadas e estas indicaram outras, e assim sucessivamente. Foram investigadas 8 cadeias diferentes de usuárias em São Paulo e 10 cadeias diferentes em São José do Rio Preto, ou seja, as primeiras de cada cadeia eram pessoas pertencentes a grupos diferentes, vivendo em regiões diferentes das cidades, não existindo nenhum contato de amizade ou parentesco entre as componentes de cada cadeia. Essa estratégia assegurou maior heterogeneidade entre as cadeias investigadas, permitindo a possibilidade de integrar, à amostra, perfis diferentes de usuárias.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Observação participativa, entrevista e questionário. Com base em questionário da OMS (Organização Mundial de Saúde) específico para pesquisa qualitativa com drogas psicotrópicas, um conjunto de questões básicas foi formulado a toda entrevistada, de modo a permitir comparabilidade de respostas (Creswell, 1998; Patton, 1990; WHO,

1994). Outros tópicos e questões foram aprofundados durante a entrevista de acordo com o discurso da entrevistada, a fim de aumentar a compreensão do problema em investigação (Creswell, 1998; Patton, 1990; WHO, 1994).

OBSERVAÇÃO PARTICIPATIVA

Consistiu na observação direta, no campo, permitindo o contato com os procedimentos dessas mulheres no desenvolvimento da atividade de venda do corpo para conseguir a droga. Essa observação ocorreu em regiões onde essas mulheres atuavam: São Paulo –região próxima ao aeroporto de Guarulhos– e São José do Rio Preto– região próxima à rodoviária. Essas observações duraram em torno de 60 dias nos períodos da tarde e da noite, quando foi exaustivamente acompanhado o comportamento dessas mulheres, como, por exemplo: forma de abordagem do parceiro sexual, local onde realizavam o ato, duração do encontro, comportamento após a realização do encontro sexual, aspecto que pudesse revelar se estavam sob efeito da droga etc.

QUESTIONÁRIO

O questionário, com perguntas abertas e algumas questões previamente padronizadas, foi baseado nas informações obtidas por meio das entrevistas com os informantes-chave e continha os seguintes tópicos: dados sociodemográficos, antecedentes familiares, história de uso de drogas, iniciação sexual, início da prostituição, escolha dos parceiros, uso de preservativo, violência, número de programas etc. Algumas questões consideradas mais polêmicas foram reiteradas ao longo do questionário, de forma a testar a credibilidade das respostas das pesquisadas (Creswell, 1998).

ENTREVISTA

A entrevista com os informantes-chave foi totalmente livre (*informal conversational interview*) (Creswell, 1998; Patton, 1990), não existindo questões predeterminadas. Estas foram formuladas a partir do contexto formado durante a conversa com essas pessoas, colocando os investigadores diante de todos os tópicos relevantes ligados ao tema. A entrevista semi-estruturada com as componentes da amostra foi feita após obtenção do consentimento de participação na pesquisa, depois de terem sido esclarecidos os objetivos e detalhes da pesquisa. Nela o entrevistador procurou identificar, com a maior profundidade

possível, a visão da entrevistada sobre as questões colocadas (Creswell, 1998). As entrevistas foram anônimas e gravadas com a concordância prévia da entrevistada, levando em média cerca de 90 minutos. Ocorreram em local apropriado para esse tipo de intervenção (neutro, seguro), e as entrevistadas foram ressarcidas pelo tempo e gastos em locomoção até o local da entrevista.

ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram identificadas com um código alfanumérico, que significa, pela ordem, inicial do nome do entrevistador, inicial do nome da entrevistada e sua idade (exemplo: FA23). Relatos das entrevistadas são transcritos no item Resultados e Discussão e são destacados em itálico.

A análise das entrevistas seguiu os seguintes passos: *leituras flutuantes* das entrevistas, de modo a entrar em contato com o material; *procedimentos exploratórios*, que foram empregados de forma a permitir que hipóteses pudessem surgir; *preparação do material*, desmembrando e agrupando as entrevistas de acordo com os tópicos e questões, e, a partir da análise desse material, procedeu-se à categorização dessa informação, identificando-se tipos de comportamento diferentes entre as entrevistadas; e *tratamento dos resultados*, que permitiu colocar em destaque as informações obtidas, por meio de operações simples, como frequência absoluta. A partir daí foram feitas inferências, interpretações e hipóteses em relação ao tema investigado (Minayo, 1993).

RESULTADOS

Dados sociodemográficos
Desligamento da família de origem
Primeira relação sexual
Uso de preservativo ao longo da vida antes
do *crack*
Parceiros sexuais antes do *crack*
Primeira vez de uso de *crack*
Fase intensiva de uso do *crack*
Estratégias para conseguir o *crack*
Fissura
Prática comum de troca de corpo por droga/
dinheiro para comprar droga entre usuárias
de *crack*
Primeira vez que se prostituiu por droga/dinheiro
Trocar o corpo por droga ou por dinheiro para
comprá-la
Frequência semanal da prática de trocar o corpo
por dinheiro/droga
Escolha do parceiro quando troca o corpo por
droga/dinheiro
Tipo de sexo praticado
Uso de preservativo
Preço cobrado por programa
Local onde ocorrem os programas
Violência física durante a realização do programa
Cachimbo

DADOS SOCIOECONÔMICOS

Os resultados não foram apresentados por cidade, tendo em vista a análise dos dados ter demonstrado que o comportamento identificado entre essas mulheres, em ambas as cidades, era o mesmo. Apesar de a amostra ser intencional, notam-se algumas características que devem ser salientadas.

IDADE

Não se verifica uma faixa etária predominante. Apesar de existir pequena concentração em torno de mulheres abaixo de 30 anos (59%), identifica-se uma população em torno de 41% de mulheres com faixa etária acima de 30 anos (Figura 1). Esse último dado não está de acordo com o que se esperaria de mulheres engajadas em prostituição e drogas, isto é, majoritariamente jovens. Considerando o prejuízo físico e psíquico provocado pelo *crack* e pela prostituição sem cuidados com o passar do tempo e, ainda, que as mulheres mais jovens, teoricamente, teriam mais chances na conquista de parceiros, conclui-se que a amostra, apesar de não representativa, insere um perfil inusitado quando nos deparamos com mulheres com mais de 40 anos de idade realizando a prostituição. Essa constatação reforça a idéia de que esse tipo de prostituição (por droga) não segue as regras da prostituição clássica.

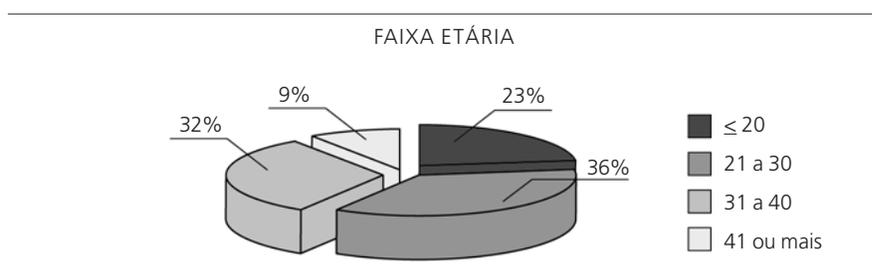


FIGURA 1 – Idade das entrevistadas, expressa em porcentagem, de acordo com faixas etárias.

Esses dados também reafirmam que a razão dessa prostituição é a droga, a qual tira dessas mulheres a percepção de si próprias, tendo suas atitudes inteiramente comandadas pelo *crack*, ignorando idade, aspecto físico etc.

ESCOLARIDADE

Apesar de uma amostra constituída de jovens, a escolaridade é baixa conforme mostra a figura 2. Verifica-se que a maioria não vai além do ensino fundamental e, dentre essas, 60% não o completaram. A droga, a necessidade de trabalhar e algumas vezes a gravidez precoce são os motivos alegados para esse atraso.

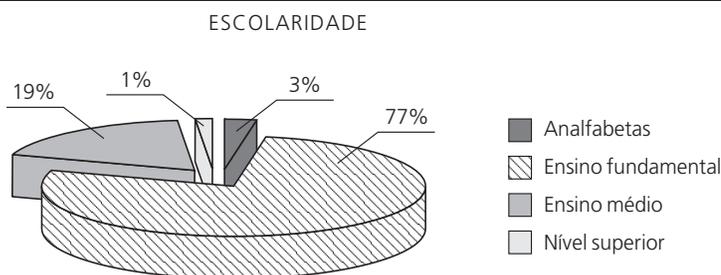


FIGURA 2 – Escolaridade das entrevistadas, expressa em porcentagem de êxito escolar.

Os discursos abaixo representam bem essa condição:

“Eu ia para escola, mas chegava na porta eu cabulava aula para fumar maconha, ficava na rua...” (YA19)

“Eu parei de estudar porque me envolvi com um cara (ele está preso hoje) que usava droga e eu comecei a usar e não consegui ir mais para a escola...” (YF23)

“Parei faz tempo. Comecei até fazer faculdade mas parei, tranquei justamente porque comecei a me envolver com drogas, entendeu?, aí eu perdi o estímulo de estudo.” (YL37)

“Eu engravidei e saí da escola. Só fui até a 6ª série...” (ZS24)

“Por quê? Foi consequência da vida, você vai conhecendo as coisas, você tem que trabalhar, vai andando por aí. Depois eu comecei a usar maconha, eu não tinha mais aquele pique para estudar, em vez de você estudar, você pula os portões para ir ao bar e fumar maconha, assim foi indo.” (CM33)

FILHOS

Apesar de jovem, a amostra revelou que a grande maioria (49 entrevistadas) tem filhos (Figura 3). Uma das entrevistadas, com 30 anos, reportou ter 9 filhos, e outra, com 36 anos, 13 filhos. Entrevistadas ainda jovens relatam ter 2 ou mais filhos, sendo expressivo o número de abortos* relatado (12 entrevistadas). Esse quadro revela indícios de prática não segura de sexo. Evitar filhos parece ser algo distante dessas mulheres, e o aborto é praticado como solução para esse problema. A paternidade irresponsável é o traço marcante dessa amostra. Apenas 15 entrevistadas revelam viver com um companheiro, e as demais vivem sozinhas, com a família de origem ou com amigos. Os filhos, em geral, são provenientes de pais diferentes, o que complica ainda mais a vida dessas crianças. Quando a ajuda vem do lado paterno, esta se restringe à criança oriunda dele, ficando as demais desprovidas de auxílio. Muitas das entrevistadas relatam não estar com os filhos ou, pelo menos, não com todos. Em geral, distribuem-nos entre parentes ou família de origem. A droga, a falta de condições financeiras e ainda, para algumas, o desamor que nutrem por essa(s) criança(s) indesejada(s) são os motivos que as impulsionam a essa prática de abandono.

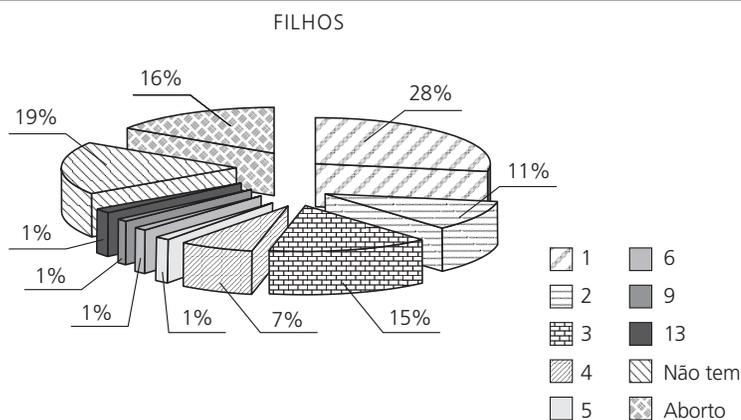


FIGURA 3 – Número de filhos relatado pelas entrevistadas.

* As entrevistadas que revelaram ter feito aborto não possuíam outros filhos até o momento da entrevista.

Os discursos dão uma idéia desse comportamento:

“Tenho três filhos. Esse último “peguei” com um traficante. Cada um tá num canto, não moram comigo. Eu tava fumando droga e fui presa. Pegaram meus filhos para não ficarem jogados na rua.” (ZR30)

“Tenho três filhos mas não estão comigo, moram com meu irmão em Piracicaba.” (CM44)

“Eu tive três filhos, mas nenhum tá comigo. Um vive com a minha mãe, outro com o pai dele e a menina eu tentei ficar com ela, mas não deu. Ela é a cara do pai, até os olhos, eu não quis mais ela, ficava com depressão por causa dela. E também por causa da droga o Juizado tirou ela de mim. Eu não sei nada o que está acontecendo com ela.” (CM33)

Há casos dolorosos em que o filho é fruto de um programa sexual. Uma entrevistada relata esse fato:

“Eu tenho 9 filhos e estou esperando o décimo. Conheci um cara no ponto, aí aconteceu. Quando eu fui ver, já não descia mais a menstruação e eu estou grávida de novo. É... a criança é de um programa, eu nem sei quem é o cara, eu não vi mais, ele sumiu. Eu vou ser a mãe dele e o pai é Deus.” (CT30)

TRABALHO

A grande maioria (69 entrevistadas) revela não trabalhar (Figura 4) e o principal motivo alegado para essa situação é a droga. As ausências constantes do trabalho, os roubos que começam a praticar no local, a total falta de disposição para o trabalho, inteiramente minada pela droga (*crack*), impedem-nas de dar seqüência a um emprego fixo. A vinda dos filhos pouco muda essa situação.

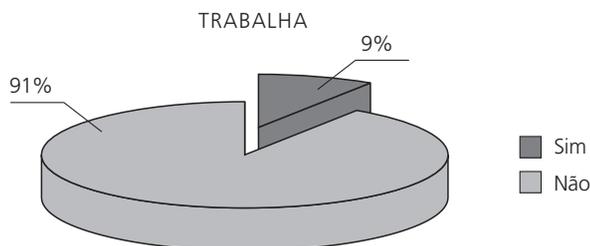


FIGURA 4 – Porcentagem das entrevistadas com e sem trabalho.

Alguns relatos descrevem esses fatos:

“Eu trabalhava de balconista na Rua 25 de Março, me envolvi com crack e comecei a roubar no trabalho. Roubava os doces para vender fora de lá. Me pegaram e eu perdi o serviço. Meu patrão teve consideração comigo, não chamou a polícia.” (ZS21)

“O crack atrasa demais a vida. Você usa e no outro dia não consegue levantar, não tem força no corpo, seu corpo dói, seus ossos também, parece que você levou uma surra. Se você usa, você quer beber... se você bebe, tem ressaca de tanto álcool e do crack também. É impossível trabalhar desse jeito.” (ZS24)

Fazer “bicos” é a forma que encontraram para sobreviver e esses trabalhos esporádicos sempre estão vinculados à droga: “aviãozinho” (pequeno traficante) e prostituição (para aquisição de droga) são os mais citados. A fala da entrevistada confirma essa constatação:

“Não faço e nunca fiz nenhum trabalho digno. Já me prostitui por droga, na rua fazia muito isso. Também trabalhei como ‘aviãozinho’ levando droga para os outros.” (ZM19)

Apesar de a grande maioria revelar não trabalhar, quando perguntadas sobre o sustento da casa, mais da metade (43 entrevistadas) afirma que elas próprias conseguem esse sustento, algumas vezes com a ajuda de alguém (Figura 5). Os “bicos” parecem garantir a sobrevivência.

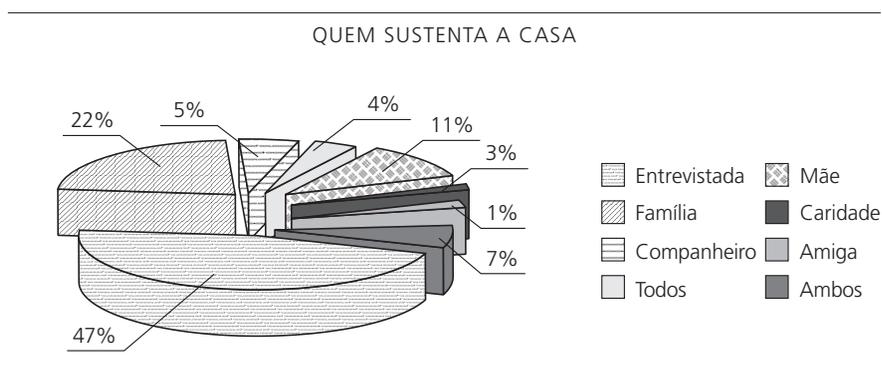


FIGURA 5 – Responsável(eis) pelo sustento da casa das entrevistadas.

Alguns depoimentos confirmam esse fato:

“Não estou trabalhando. Olha, quando eu quero fumar alguma coisa os cara vêm, trazem as pedras e a gente faz um programi-

nha, eu faço programa com eles. Eles me dão droga e eu ganho com isso. Vendo um pouco e, quando acaba, volto a fazer programa.” (YS38)

“Não trabalho, faço serviço de ‘avião’. Tem semana que vira 200 reais, tem semana que vira menos...” (ZG19)

DESLIGAMENTO DA FAMÍLIA DE ORIGEM

Todas as entrevistadas, sem exceção, saíram de casa ainda jovens. Algumas retornaram mais tarde, outras nunca mais buscaram suas famílias de origem. Alguns motivos principais foram relatados como causa: droga, casamento ou desentendimentos com a família.

O casamento surge na vida dessas mulheres em idade muito prematura. Não conseguem explicar por que se ligam a um companheiro ainda tão meninas; porém, os discursos mostram que a vontade de sair de casa é muito grande, e o casamento é um meio de realização dessa necessidade. A gravidez precoce também as leva a se casarem ainda muito jovens. Como as razões para o casamento são muito pouco consistentes, acabam se separando desses companheiros e tomam um rumo equivocado na vida.

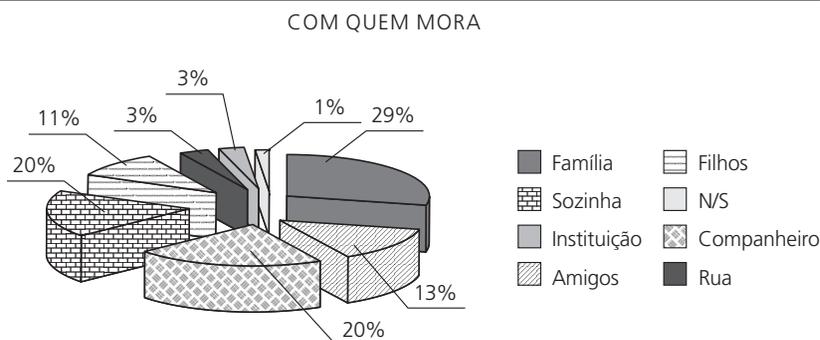


FIGURA 6 – Existência (ou não) de núcleo familiar.

“Eu acabei casando com 14 anos. Meu marido veio para São Paulo e eu vim junto. Não deu certo e eu tive que voltar para minha cidade, mas não conseguia mais viver com os meus pais, na minha casa. Abandonei tudo e voltei para cá. Tentei emprego, não consegui, fui morar com umas amigas e comecei a conhecer droga nesse momento.” (YK22)

“Eu tinha 13 anos e saí de casa para viver com um cara de quem eu fiquei grávida. Ele era assaltante de banco e traficante. No começo eu continuei estudando, mas depois de um tempo eu comecei a me envolver com droga. Já não ia mais para a escola, comecei a vender drogas junto com ele. Não fazia mais nada. Era aquela correria da polícia atrás dele, tinha de fugir junto com ele. A minha vida desandou. Comecei a fazer um mundo de coisas erradas. Depois que ele foi preso eu comecei a fazer programa para conseguir droga, mas aí eu já era viciada.” (YF23)

A droga é um fator preponderante na decisão de abandonar o lar. Assim, saem de casa porque se ligam a pessoas que utilizam drogas ou são expulsas pela família, que não consegue mais tolerar a situação.

“Minha mãe me expulsou de casa quando eu tinha 17 anos. Ela não agüentava mais, olhou para mim e falou: ‘Adriana você está acabada, você está magra, você não faz nada da vida’ e me colocou para fora de casa. Eu fui morar com um ex-namorado meu. A gente arrumou um emprego e começamos a trabalhar, aí mataram ele e eu pedi para voltar para a casa da minha mãe.” (CA21)

“Eu morava em casa, mas peguei a televisão da minha mãe para vender e também outras coisas. Ela me pôs na rua. Ela não queria ficar comigo em casa, porque quando eu tinha vontade de fumar eu pegava roupa, sapato, tênis e vendia tudo. Saí de casa com 14 anos.” (YC23)

“Saí de casa com 13 anos para casar. Essa pessoa não era muito certa na minha vida, tinha profissão legal, mas era um cara que usava droga. Foi ele que me tirou de casa e me viciou em droga. Até conhecê-lo eu era uma pessoa completamente ingênua desse mundo.” (ZS24)

O abandono pelos pais e os maus-tratos sofridos em casa também são causas citadas para o desligamento da família de origem:

“Saí de casa com 12 anos porque meu pai morreu. Não tinha mais casa nem ninguém que me sustentasse. Tive que ir para a rua.” (RB39)

“Acho que eu tinha 17 a 18 anos quando eu saí de casa, não agüentava mais as brigas. Saía muita briga. Conheci um rapaz e nós fomos morar juntos.” (RV22)

PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

A primeira relação sexual, segundo a amostra, ocorreu cedo. Quase 80% dessas mulheres relatam ter tido sua primeira experiência sexual antes dos 15 anos. Esse dado torna-se mais preocupante quando se verifica que metade da amostra iniciou-se sexualmente com menos de 14 anos (Figura 7) e a maioria deu seu consentimento para que o fato ocorresse.

“Eu tinha 13 anos, foi lá em Ribeirão Preto. Foi com um namorado que eu tive.” (RB39)

“Foi um namorado meu. Eu namorava ele, tinha 13 anos, namorava escondido da minha mãe.” (AR33)

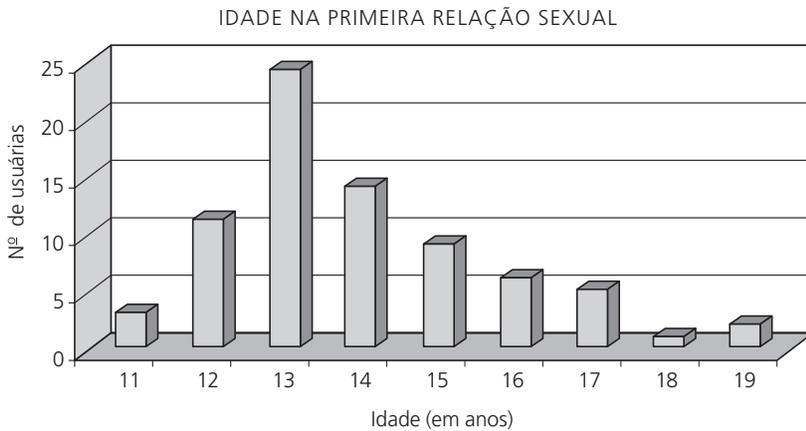


FIGURA 7 – Idade das usuárias quando ocorreu a primeira relação sexual.

Outro dado gritante é a constatação do número de estupros na amostra: 13 entrevistadas (17%) (Figura 8). Levando-se em conta que a taxa de estupro na população geral de São Paulo (MJ, 2002) é de 1,2%,

A PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL FOI POR VONTADE PRÓPRIA?

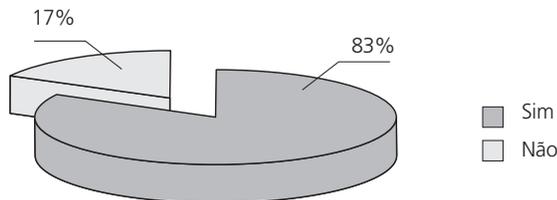


FIGURA 8 – Condição em que ocorreu a primeira relação sexual.

a situação apresentada na amostra é preocupante e merece uma reflexão maior sobre a associação destas três condições: droga, estupro e prostituição. *Wilken & Welch* (2003), descrevendo as seqüelas psicológicas decorrentes do estupro como ansiedade, depressão, ideação suicida, destacam o comportamento sexual inusitado que vítimas de estupro podem desenvolver.

“A minha vó me vendeu prá um senhor, na época ele tinha uns 60 anos, e ela, prá usufruir dinheiro prá família, me vendeu.” (FL27)

“Eu era pequena, foi até um médico. A mulher dele pediu que eu olhasse a filha deles. O marido dela saiu prá trabalhar, aí bateram na porta, eu abri, era ele, ele voltou prá trás, fechou a porta e me pegou na casa dele.” (YC23)

Conforme mostra a figura 9, apenas 28% das entrevistadas informaram ter tido autocuidado (uso de preservativo pelo parceiro) na primeira relação sexual.

NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL SABIA QUE TINHA DE SE PROTEGER?

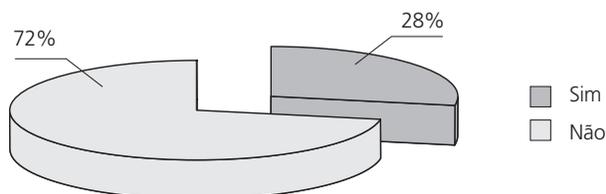


FIGURA 9 – Autocuidado na primeira relação sexual.

O baixo conhecimento sobre DST, quando tiveram a primeira relação sexual, é explicado, por muitas, pela pouca idade que tinham na época.

“Nós éramos duas crianças, não sabíamos de nada...” (CA24)

Outras apresentam como argumento o ambiente em que viviam, em geral com pouca informação e sem repasse de educação sexual, seja pela família, seja pela escola.

“Eu fui criada em sítio, sempre morei em sítio. Nunca nem escutava falar sobre isso. Nem sabia como era, nada. Minha mãe era muito rígida. A primeira vez que veio a menstruação eu apavorei, eu tive medo, não sabia nada sobre isso.” (AM37)

“Na minha época era tabu falar... uma vez eu comecei a tomar anticoncepcional sozinha, depois de transar com ele. Minha mãe achou dentro do uniforme do colégio, em vez de sentar comigo prá conversar já que ela achou, ela fez o maior escândalo e eu não tomei mais.” (ZM40)

“Você acha que eu sabia alguma coisa? Naquela época nenhuma mãe falava dessas coisas com as filhas. Eu, nova, perguntava prá os mais velhos e ninguém falava nada. Quando eu fiquei menstruada, eu estava na casa do meu tio, no Rio, e comecei a sangrar, eu achei que tinha me machucado. Minha tia falou: ‘Rô você virou moça’. Eu não sabia nada, minha tia que me ensinou a usar Modess. Minha mãe é fechada porque ela foi criada assim.” (ZR35)

“Ninguém me falou nada, nunca ninguém comentou comigo sobre isso...” (ZP22)

Há ainda as que afirmam que, na época do início da sua vida sexual, AIDS ainda não era assunto da mídia e preservativo era muito pouco utilizado e, quando o era, tinha como objetivo evitar a gravidez.

“Na época eu só pensava que tinha que me prevenir para não pegar barriga, para não engravidar, o resto nada.” (CM33)

Entre as poucas que afirmaram ser conhecedoras da necessidade de proteção (28%) (ver Figura 9), foram instruídas na escola ou em casa pela mãe. Mas, a julgar pelo pequeno número de mulheres que utilizaram preservativo na primeira vez (7%), essa informação não surtiu efeito (Figura 10).

“Minha mãe sempre me avisou sobre isso.” (CL17)

USO PRESERVATIVO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?

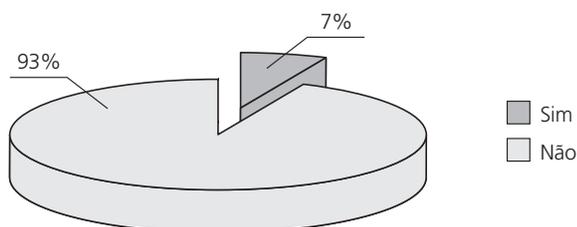


FIGURA 10 – Uso de preservativo na primeira relação sexual.

O fato de a primeira relação sexual ter ocorrido com um conhecido, em geral com um namorado, e, ainda, levando em conta o sentimento que nutriam por essa pessoa, fez com que a maioria delas não considerasse a possibilidade de risco.

“Não, não me preocupei, não liguei não, acho que porque eu gostava tanto dele...” (ZS21)

“Foi porque eu quis. Foi por amor, eu tomei até veneno por causa desse cara. Foi uma paixão pelo cara, virou minha cabeça completamente.” (FC45)

“Eu fiz por minha vontade. A gente tava namorando, achei que era hora. Eu gostava dele e na verdade ele gostava de mim. Nunca zoava comigo. Por saber que eu era virgem me ajudou nas minhas indecisões.” (ZF19)

USO DE PRESERVATIVO AO LONGO DA VIDA ANTES DO CRACK

Os relatos demonstram que após a primeira relação sexual, quando quase toda a amostra não utilizou preservativo, o autocuidado continuou não existindo. Apenas 6% informaram ter incorporado o uso de preservativo nas suas relações sexuais durante a vida. Novamente os argumentos utilizados para o não-uso foram: parceiro fixo, namorado, sentimento de amor.

“Eu usava, lógico, parei quando comecei com o meu namorado.” (ZR35)

“Eu usava, mas com os meninos que eu ‘ficava’ eu nunca usei.” (YR19)

“Não, porque até aí eu namorava sério, não saía com outro homem.” (CC22)

Para essas mulheres, o uso de preservativo com os parceiros fixos não é cabível, ainda que muitos deles permaneçam em suas vidas durante muito pouco tempo levando-as a buscar outros relacionamentos. Açam que utilizar preservativo com esses homens pode ofendê-los e, ainda, confiam plenamente na palavra deles em relação à negativa de que não possuem nenhuma DST. Estabelecem uma diferença nítida entre aquele que tem o papel de “namorado” e o de “cliente”, reservando um cuidado maior, quando existente, apenas para o segundo.

“Usava porque eu já fazia programa, então eu usava. Se arrumasse um namorado e só transasse com ele, aí eu não usava... mas através de programa sempre usava.” (AR27)

Conheceram o preservativo e a necessidade de cuidarem-se em relação às DST, depois que iniciaram os “programas” e à medida que tiveram contato com outras mulheres que o utilizavam ou com homens que o solicitavam no momento do ato.

“Depois que comecei a fazer programa, eu conheci a camisinha.” (YL37)

“Comecei a usar porque os homens que iam ficar com a gente traziam.” (RM47)

A informação sobre HIV/AIDS, divulgada extensivamente pela mídia, cooperou para que essas mulheres comesçassem a ter alguma preocupação com seu corpo.

“Depois que saiu esse negócio da AIDS aí que a gente começou a usar camisinha.” (RN44)

“Eu só comecei a usar porque eu ouvi umas amigas falando que tinha que usar para a gente não pegar a tal da AIDS.” (CT30)

Porém isso não foi imediatamente absorvido em suas vidas e, mesmo ao longo do tempo, o uso de preservativo foi sempre esporádico para a grande maioria dessas mulheres. Outras aprenderam a usá-lo de uma forma mais dolorosa, ou seja, após terem contraído alguma DST, como foi o caso de pelo menos quatro mulheres que informaram ter ficado soropositivas para HIV, duas contraíram hepatite, três gonorréia e uma contraiu sífilis. Importante esclarecer que se trata de dados relatados, podendo existir mais mulheres soropositivas para HIV, ou com outras DST, já que a grande maioria nunca consultou um médico.

“Passei a usar camisinha desde que adquirir HIV.” (FL27)

“Eu comecei a usar camisinha foi depois que eu descobri que eu estava com o vírus, em 93.” (RV29)

“Eu comecei a usar camisinha há pouco tempo, esse negócio de AIDS, aí eu comecei a entender e comecei a usar, mas mesmo assim... não adiantou.” (AB27)

PARCEIROS SEXUAIS ANTES DO CRACK

Quando perguntadas se tiveram muitos parceiros sexuais antes do *crack*, relatam uma vida sexual relativamente pacata nesse aspecto. São poucas as que informaram ter tido mais de 4 parceiros fixos nesse período. Argumentam que esses relacionamentos eram por amor, estavam apaixonadas.

“Antes eu era bem enjoada, namorava sério e tudo mais, então, eu era porra louca mas só apaixonada, só com os caras que eu gostava muito. A droga mudou tudo na minha vida.” (CC39)

“Não, eu só tinha esse namorado meu antes de usar droga”. (FC19)

“Não, não... eu tive 4 namorados na vida, né... dois da escolinha, um que eu namorei uns 6 meses e meu marido... que eu namorei e casei”. (AM37)

A partir do *crack*, e conseqüentemente da prostituição, o número de parceiros não mais conta, significando apenas o número de pedras de que necessitam. Tanto assim, que nenhuma delas sabe dar uma estimativa de quantos homens tiveram após o *crack*, sabem apenas o número de programas que realizam por dia e o total arrecadado. Esses homens não têm nenhum significado na vida delas. São totalmente anônimos, sem nenhuma expressão.

“Ah, meu, você forçou né? Você forçou menina. Vou chutar? Teve dia da semana que eu fiz programa de segunda a sábado, cada dia um cliente. Já fui com dois... é complicado, não sei. Se perguntar o nome, não sei. Tem uns que eu nem vejo a cara. De todo esse questionário, que eu não tava muito à vontade de falar, a pergunta mais difícil foi essa. Não tenho nem idéia. Nunca parei para contar. É verdade, nunca pensei nisso.” (ZR35)

Poucas entrevistadas falam de uma vida sexual mais promíscua anteriormente ao *crack*. Coincidência ou não, esses discursos ficaram a cargo de mulheres que sofreram violência sexual (estupro) no início da adolescência.

“Antes do crack eu não tava nem aí com nada sabe, antes do crack eu também não estava nem aí. Depois que eu perdi a minha virgindade, perdi não é? Não foi do jeito que eu queria, então... também, já que foi, o que eu tinha para perder eu já perdi, então vamos aí.” (CM33)

“Tive, nossa!!! Adorava puta, adorava prostituta. Adorava não, eu adoro me relacionar com prostituta (é homossexual).” (FM38)

PRIMEIRA VEZ DE USO DO CRACK

Conforme mostra a figura 11, trinta e seis entrevistadas iniciaram o uso de *crack* antes dos 20 anos; para algumas, o *crack* foi a primeira droga psicotrópica ilícita que utilizaram. Citam o álcool e a maconha como uso obrigatório associado ao *crack*. Essa situação inusitada do uso de *crack* como primeira droga ocorre principalmente entre as mulheres que sofreram influência do companheiro.

“Eu não gostava daquele mundo das drogas que ele vivia. Ele trocou um Pálio por uma sacola de pedras. Eu não gostava daquilo. Ele usava o dia todo. Um dia ele convidou outro cara prá usar com ele e os dois insistiram tanto, o cara chegou a colocar a lata na minha boca prá eu fumar. Acabei fumando com eles. Eu nunca tinha usado droga, eu não sabia que ele usava quando eu casei com ele”. (ZS24)

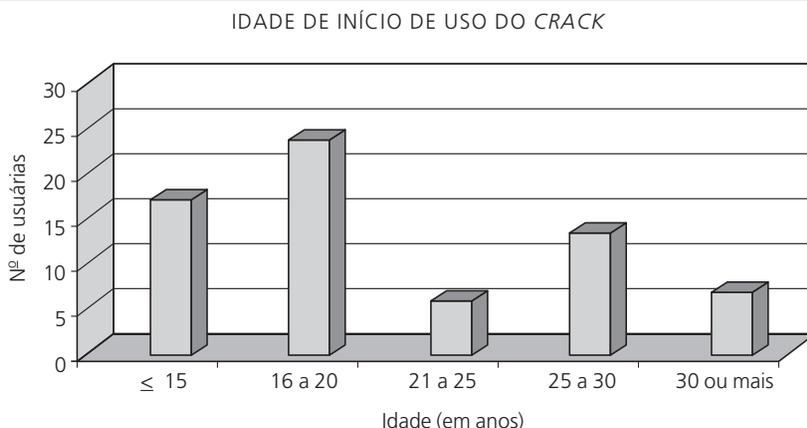


FIGURA 11 – Idade da primeira vez de uso do *crack*.

Algumas das mulheres mais velhas utilizaram, antes do *crack*, cocaína endovenosa (“baque”) ou, ainda, tiveram contato com outras drogas antes do início do *crack*, já que o uso deste é mais recente.

“A primeira droga que eu conheci foi a maconha. Depois comecei a beber, aí vem a cocaína, cheirava e depois injetava, depois vem esse maldito crack, que da primeira vez que você fuma, já parece coisa de louco, vicia, vicia mesmo, e não tem como, se você não usa fica louca.” (YL37)

Todas, sem exceção, iniciaram o uso de *crack* por meio de alguém que as incentivou a experimentar (Figura 12). Nenhuma delas comprou a droga na primeira vez nem praticou nenhuma atividade ilícita para consegui-la (roubo, prostituição etc.). Alguém próximo, como companheiro, amigo, amiga, colega do trabalho ou da escola, ofereceu a droga de forma “inocente”, destacando suas vantagens, o que as levou a experimentá-la. A maioria revela que não sabia nada a respeito dos malefícios do *crack* na primeira vez, mas mesmo as que conheciam os efeitos adversos não se negaram a experimentá-lo.

“Foi um amigo meu que trouxe a pedra de Ribeirão Preto. Eu estava com umas amigas quando ele veio e disse: ‘Vou mostrar prá vocês uma droga que dá um efeito diferente, melhor que cheirar cola pela rua’. Aí ele pegou e colocou numa lata, furou a lata, mostrou como fazia, dei a primeira fumada e falei: ‘isso não vira nada’. Na segunda é que eu senti a força.” (FD27)

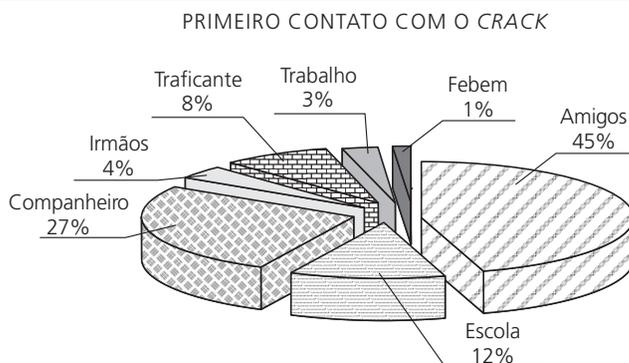


FIGURA 12 – Obtenção da droga na primeira vez.

São poucas as que comentam não ter gostado da droga na primeira vez, e as que assim afirmam, dizem que voltaram a utilizá-la porque o “amigo” insistiu que os efeitos seriam bons. O companheiro tem um papel determinante na vida dessas mulheres. Quando é ele que oferece a droga, praticamente não existe recusa por parte delas, que, por motivos como amor, companheirismo e até medo, experimentam-na.

“A primeira vez que eu usei o crack eu nunca vou esquecer. Eles me ofereciam sempre e eu não queria. Prá falar a verdade... as duas pessoas que eu mais amo na minha vida, o cara com quem eu vivo e meu filho. Dois dependentes de droga.

Meu filho nunca me ofereceu, mas meu companheiro fazia isso sempre. Eu dava conselho prá eles pararem. Fui ficando indignada, humilhada e magoada porque meu companheiro começou a me maltratar porque eu não queria usar. Fiquei sem firmeza e comecei a usar.” (FE36)

Os amigos citados como ofertantes do *crack* em geral são “amigos” do uso de outras drogas, ou seja, são conhecidos dessas mulheres porque juntos já utilizaram drogas anteriormente.

Outro detalhe que vale comentar é o papel da mídia no uso de drogas. Apesar de involuntário, invariavelmente ela exerce um papel negativo. A leitura distorcida que essas mulheres fazem das imagens e informações repassadas pela mídia chega a ser preocupante; tanto assim, que muitas a evocam como o instrumento que aguçou a curiosidade em relação ao *crack*. As cenas mostradas sobre o uso de *crack* em geral são alarmantes, enfocando o que de pior a droga pode provocar no usuário. No entanto, exatamente o que deveria desestimulá-las parece ter efeito inverso e aumenta a vontade de experimentá-la.

“Não, eu não conhecia a pedra ao vivo. Tinha visto uma reportagem na televisão e fiquei com vontade de experimentar. Só sabia que dava uma loucura boa, pelo menos foi isso que mostraram.” (CA21)

“Um amigo me deu prá experimentar o crack. Pensei: isso é pedra, eu vi na televisão. Ele falou prá mim, isso é pedra, é aquilo que passa na televisão que deixa a pessoa louca. Aí eu não tive dúvida, peguei logo para experimentar. Desde que eu vi, fiquei com vontade de usar, tinha muita curiosidade para experimentar.” (YC23)

FASE INTENSIVA DE USO DO CRACK

Algumas explicações devem ser dadas para uma melhor compreensão deste item. As quantidades relatadas são a média do que consomem por dia. Algumas vezes não lembram ou não sabem expressar em número de pedras, somente em gramas ou em dinheiro. Quando esse fato ocorreu, tentou-se, com as usuárias, transformar essas medidas em pedras. Outro fato que dificulta o número exato de pedras é que algumas das entrevistadas utilizavam *crack* com mais pessoas, não sabendo com exatidão quantas pedras consumiam, já que estas eram divididas entre todos. As pedras têm tamanhos e preços variados. Em

geral, uma pedra com 1g de cocaína custa 10 reais e outra com menor quantidade custa 5 reais. Pelo montante que alegam gastar por dia, ou mesmo por semana, conclui-se que se referem a pedras de 10 reais.

Os relatos mostram que o uso de *crack*, após um tempo, torna-se incontrolável. A figura 13 mostra que mais da metade da amostra usa mais de 6 pedras diariamente. A fissura que se instala e a tolerância à droga fazem com que a utilizem cada vez mais. Perdem totalmente o senso de proteção em relação a si próprias. Usam o *crack* dias seguidos e param quando o estoque de droga acaba e não há dinheiro para repô-lo.

“Eu fumo umas 20 pedras todo dia, toda noite, se eu não tiver essa quantidade de pedras eu acho que morro... Estou ruim, assim, dormindo e acordando com a lata na mão, e fumando, fumando.” (FC21).

“Eu consumia quase toda hora. Tinha vez que eu embalava dia e noite. Se não tiver a gente fica louca, tem que sair e arrumar dinheiro.” (FC19)

“O tanto de dinheiro que eu arrumar, eu fumo. Eu faço qualquer coisa prá fumar... qualquer coisa que a pessoa pensa, ela faz prá usar. Depende do dinheiro que eu arrumo. Se não tiver dinheiro, um amigo põe... então eu tô sempre fumando.” (AM37)

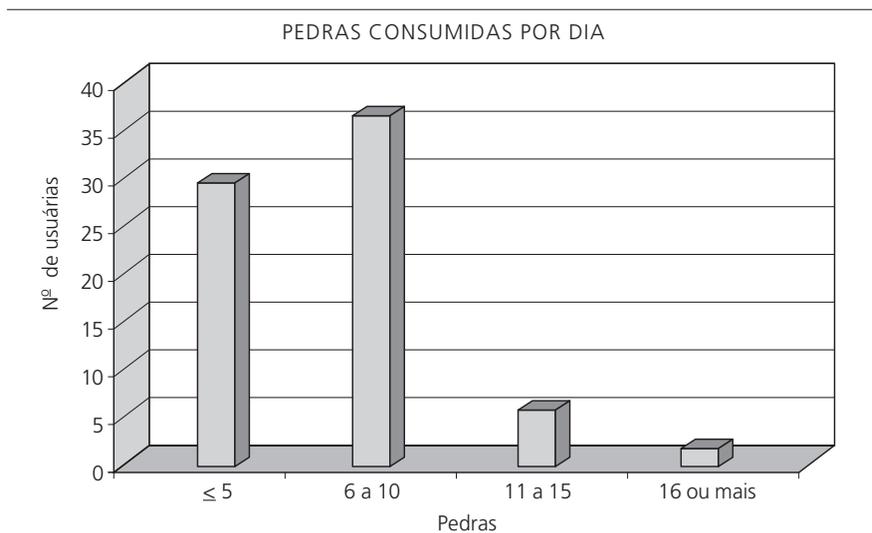


FIGURA 13 – Número de pedras consumidas por dia, de acordo com os relatos.

A figura 14 mostra que quase a totalidade da amostra (93%) relatou consumo diário do *crack*.



FIGURA 14 – Frequência do uso de *crack* por semana.

ESTRATÉGIAS PARA CONSEGUIR O CRACK

Gastam em média, por dia, em torno de 50 a 100 reais. Considerando que quase todas declaram não ter emprego fixo, é uma importância significativa. Diante dessa constatação é fácil imaginar que atividades ilícitas mais lucrativas devem fazer parte do repertório de atividades para conseguir a droga. As estratégias mais citadas foram roubo, tráfico e venda do corpo.

“Todo dia roubava para ter o crack. Cada dia fazia uma loucura pior que a outra para ter a droga, porque o crack é triste, quanto mais você tem mais você quer, mais você quer, mais você quer. Enquanto ele não acaba com você, enquanto sua consciência não volta, você não para. Eu não ia embora para casa e continuava usando sem parar. Eu roubava velho, mulher, menos homem que eu tinha medo. Além disso eu saía com outros caras para ter droga. Fazia programa e assim conseguia mais grana. Roubei tudo que eu tinha em casa desde tênis, roupa até televisão, videocassete. Cheguei a roubar cheque da minha mãe e falsificar.” (CC22)

Iniciam comprando a droga com os recursos que possuem, mas com o passar do tempo, quando a necessidade aumenta, utilizam-se destas atividades (roubo, tráfico e venda do corpo) para que o dinheiro arrecadado seja suficiente.

“Era assim, eu trabalhava, mas o dinheiro que eu ganhava só dava prá pagar o aluguel, o gás, essas coisas. Então já era, precisava de dinheiro e não tinha, foi aí que comecei a fazer programa para conseguir o crack. Aí quando eu via o dinheiro dava gosto, foi tão rápido, tão rápido, você está me entendendo?” (ZC24)

Roubar é considerado uma estratégia perigosa e não gostam de praticar, a não ser quando roubam a própria família. Em geral, dependem de outras pessoas para praticar assaltos e ficam mais expostas à polícia quando decidem por essa atividade. Dividem o obtido e este nem sempre é lucrativo.

“A gente assaltava lojas, roubava prá comprar droga. Nós íamos numa base de 5 pessoas prá furtar em loja, quando era casa a gente ia só em 4, em menos pessoas. A gente roubava na cara dura, mas acabei sendo pega numa dessas, não vale a pena.” (AR33)

Ser “bonde” ou “aviãozinho” (denominações sinônimas que significam transporte de droga) também não é visto como atividade segura. Algumas pedem esmola, mas o alcançado também não é suficiente. Porém nenhuma delas consegue determinar o que seria esse “suficiente”. Parece algo insaciável que as leva a um círculo vicioso.

“É só se prostituindo, é o jeito que mulher consegue crack. A gente sai na rua prá isso. Acaba de fumar, já pensa no programa prá conseguir mais grana. Faz o programa e pensa em fumar... e é assim a nossa vida.” (AM37)

É por meio da venda do corpo que conseguem a maior parte dos recursos para aquisição da droga.

“Antigamente eu não fazia programa. Eu morava em casa, tinha um emprego, trabalhava como despachante, então não tinha necessidade. Mas depois que comecei a usar crack as coisas mudaram, eu gasto por noite de 100 a 150 reais, só na droga, mas aí eu tenho que beber, tem o meu cigarro também. Se eu juntar tudo isso dá quase 200 reais por noite. Onde eu vou conseguir tanto dinheiro?...” (YL37)

Possuem um juízo de valor discutível em relação às atividades que praticam, tanto assim que consideram roubar algo muito vil, porém prostituir-se por droga, apesar de detestarem, acreditam ser um trabalho “limpo”.

“Olha, põe na sua cabecinha, eu ficava dois, três dias invernada, que era o tempo que eu agüentava ficar acordada e fumava quase toda hora. Eu fazia programa... quando não pintava eu fazia ‘avião’ para os traficantes. Corria prá lá e prá cá, mas uma coisa eu me orgulho é que eu nunca roubei. Nunca, nunca, nunca. Sempre vejo minhas amigas roubando, mas eu nunca. E por não gostar de homem (é homossexual), até que eu me saía bem. Eu saía com eles a troca de droga. Às vezes eles tinham droga, às vezes dinheiro, mas roubar nunca roubei.” (FM38)

“Tem gente que rouba, extorque. Eu apenas me prostituo, eu não sei fazer mais que isso.” (FL27)

“Sexo é uma delícia. Não é bom fazer com quem você gosta? Fazer com quem você não gosta é um nojo, só que é o único jeito que eu encontro se eu estou a fim de crack e não tenho dinheiro. Aí na boa. Bota a bandeira do Brasil na cara e vai embora. Aí também em 10 minuto eu resolvo. Sem conversa, sem nada.” (ZR35)

FISSURA

Entre todos os efeitos que o *crack* provoca, a fissura e a paranóia parecem ser os mais angustiantes. Ambos fazem com que os usuários corram risco de vida. A paranóia desenvolve um sentimento persecutório que invariavelmente leva à violência. Sob esse estado desconfiam de tudo e de todos e, ainda, ouvem vozes e sons que lhes provocam medo e pavor. Porém a fissura, ou seja, a vontade incontrolável de usar *crack*, leva-as à prática de qualquer ato para conseguirem a droga. Tentam algumas estratégias para que a fissura seja abrandada, como beber, utilizar maconha etc., mas poucas conseguem ter sucesso. Não medem conseqüências nessa busca pela droga quando estão na fissura. Esse é o momento de maior exposição a situações perigosas, seja quando optam por roubar ou, ainda, prostituir-se. Perdem a noção do perigo e entregam-se a esse intento ainda que, muitas vezes, o resultado seja muito pouco compensador. Nessa fase, perdem a possibilidade de negociação e é fácil imaginar que as regras de segurança, não importam as atividades desenvolvidas, estão muito longe de serem obedecidas. Alguns relatos descritos a seguir demonstram essa fase de descontrole das usuárias.

“Não dá prá controlar a fissura, não tem quem segura. Se eu tiver presa, assim num quarto, eu arrebento tudo, mas saio prá fumar.” (FC21)

“Durante a fissura faço qualquer coisa para ganhar dinheiro, ficar sem o crack é que eu não fico.” (ZG19)

“Saio prá rua e qualquer programa baratinho eu faço prá poder comprar a droga. Eu procuro, eu vou atrás, se aparece um cara que quer me dar 10 reais ou 5, eu vou, faço até por menos prá poder comprar a pedra.” (AR27)

“Chega uma hora que acaba o dinheiro, eu olho prá um lado e pro outro e não tem nada. Saio prá rua. Se aparecer um programa, não importa a hora, eu vou. Já corri muito risco por causa disso. Uma vez cheguei num carro e disse ‘vamos pro hotel’ e o cara falou ‘só tenho 5 reais, vamos no carro mesmo, é só uma’... Montei no carro e ele me deixou sozinha às três horas da manhã prá lá de Uchôa (cidade próxima de Rio Preto) a pé. Cheguei em Uchôa só às 5 da manhã. Outro pôs um revólver na minha cabeça, outro me jogou prá fora do carro, ralei toda a perna. Às vezes é no quarto mesmo, o cara fala ‘eu pago até vinte, mas se eu ficar sem camisinha, não gosto de usar camisinha’, aí eu penso: ‘vinte são 4 pedras de 5 reais... vamo embora’.” (FD27)

“É nessa hora que comecei a fazer programa, porque assim, às vezes, não tinha dinheiro em casa, não tinha mais nada que vender, não tinha como me virar, aí comecei a fazer programa.” (YA19)

“Enquanto eu não conseguia a droga eu não sossegava. Eu roubava, eu fazia tudo prá conseguir, batia em velha para ter dinheiro. Já vi cara matar por causa de pedra. Ou então, se eu não conseguia roubar, eu ia na casa de algum cara que eu sabia que tinha e ficava com ele, transava, fazia qualquer coisa com o cara para descolar um peguinha do bagulho.” (CA24)

Algumas das entrevistadas relatam que o uso de *crack* antes de qualquer programa ajuda-as a ter coragem para desenvolverem esse “trabalho”. Descrevem que a aversão que sentem pelo cliente é atenuada quando estão sob o efeito da droga, possibilitando-as encararem essa situação com mais “tranqüilidade”.

“É, dá coragem. Aí, se eu não suporto a pessoa, eu olho prá ele e não vejo tão horrível como eu via antes da pedra. Agora, de manhã, quando eu levanto da cama e alguém chama e às vezes é uma pessoa velha, bem velhinho mesmo, assim que babando, que às vezes nem toma banho direito, certo? Ele me chama e diz: ‘Vamos ali que eu te dou 10 conto, aí eu não vou mesmo’.” (FC45)

PRÁTICA COMUM DE TROCA DE CORPO POR DROGA/DINHEIRO PARA COMPRAR DROGA, ENTRE USUÁRIAS DE CRACK

Todas as entrevistadas afirmam que essa prática é comum entre usuárias de *crack*. Vão mais longe, acreditam ser inevitável, até porque são estimuladas a essa atividade por outras colegas e também por quem vende a droga a elas, que na grande maioria das vezes impõe o sexo como condição para que elas consigam a droga.

“Acho que é comum porque, quando a gente tá usando, rola a proposta. A gente não vai negar. Se ela estiver na ‘nóia’ de usar, ela não vai negar. Se estiver usando e o cara disser: ‘se quiser mais vai ter que dar uma comigo’, ela vai fazer.” (ZP22)

O valor moral dessa prática não é colocado em jogo, porque muitas já tentaram outras alternativas ilegais na busca de dinheiro ou droga e consideram essa prática mais segura (entender “segura” como do ponto de vista legal) e rendosa.

“Toda mulher descobriu que dá mais dinheiro na rua transando do que roubando, porque transando você não está fazendo mal a ninguém, os caras não vão te pegar, entendeu? Eles podem dizer ‘sai daqui’, mas polícia não pode fazer nada. Você está ganhando o que é seu, o seu dinheiro. Roubar não, você está roubando o que é dos outros, se os caras te pegarem, você vai para a cadeia.” (CA24)

Discutem apenas o ato sexual em si, ou seja, o fato de manter relações sexuais com homens que muitas vezes consideram desprezíveis, pelos quais não possuem nenhuma atração, pelo contrário, muitas relatam sentir nojo, incomoda-as.

“Eu saí com um velho e eu com 16 anos. Nenhuma mulher se sujeitaria a sair com um homem daquele, mas, por causa da droga e do dinheiro que ele me dava prá eu me sustentar, eu fazia programa com ele.” (ZS24)

Porém, tentam suplantar essa condição desfavorável diminuindo o tempo de uma relação sexual, o que nem sempre é alcançado.

“Na hora que você vai, você pensa mais no tempo, só nisso, entendeu? Você quer que o tempo passe rápido, fica contando os segundos, você quer sair dali, a única coisa que eu pensava era acabar logo e sair dali.” (YA19)

Quando questionadas se essa prática de comercialização do corpo por droga também é utilizada por homens, sem exceção, todas respondem que sim. Mas parece não existir fatos concretos que levem muitas delas a afirmarem essa possibilidade. Estão muito mais baseadas em si próprias, ou seja, na fissura pela droga que as levou a essa prática. Porém algumas relatam conhecer homens que se prostituem com outros homens em troca de “pedra”, embora concordem que roubar é a atividade mais comum utilizada por homens usuários de *crack* para conseguir droga.

“Ah, programa não, eles vão mais prá cinco mão, assaltam, roubam.” (AR33)

“Homem rouba até mata por causa da droga. Entre programa e roubar eles preferem roubar.” (CL19)

Ressalvam que os homens que utilizam essa prática não se abrem para os outros, o que dificulta a elas dimensionar a frequência com que esse fato ocorre.

“Escondem, escondem... eles têm... têm mais vergonha.” (AR35)

Por outro lado, elas demonstram um grande desprezo por homens que agem dessa forma. Aceitam a atividade de roubar como mais “digna” em se tratando de um homem.

“São os maus caráter. Fazem programa assim tranqüilamente. Esses são os mais mau caráter que existem, porque homem que é homem transa com mulher, acho que homem tem que ser homem. São os mais canalhas que existem.” (FL27)

O *crack* é o desencadeador dessa prática. Quase a unanimidade referiu-se a essa droga como a única que as levou à troca do corpo por droga.

“Não, quando eu usava farinha, eu nunca fiz programa prá comprar a droga, só foi o crack mesmo.” (ZS21)

“Nunca me prostituí por conta de outra droga, só foi o crack.” (CM44)

“A droga que realmente me levou a fazer programa prá conseguir droga foi o crack.” (YA19)

PRIMEIRA VEZ QUE SE PROSTITUIU POR DROGA/DINHEIRO

Diferentemente do que se poderia imaginar, ou seja, que a primeira vez que se prostituíssem por droga seria uma data marcante, grande parte delas não lembra dessa primeira vez. Alegam ter ocorrido há muito tempo ou, como definem, estavam “chapadas” de droga e não lembram da situação.

“Fumava crack e bebia muito junto. Eu tava bêbada e chapada de crack, queria mais... foi quando eu fiz. Aí eu conseguia fazer programa porque eu ficava mais solta, tinha mais intimidade de chegar neles e intimar prá fazer programa comigo. Mas não lembro como foi e nem quem era esse cara. Era um qualquer.” (FM30)

Outras atribuem ter perdido a memória ao longo do tempo por causa da droga.

“Acho que faz uns 3 anos. Faz muito tempo, já fumei muita pedra, então são poucas coisas que eu lembro, entendeu? Porque o crack, ele vai acabando com a mente da gente...” (FC21)

O fato de estarem sob efeito da fissura, nessa primeira vez, parece ser a razão mais comum para o esquecimento.

“Dizem que quem usa droga não tem mais cérebro. Eu acredito que não tenho nenhum. Realmente eu sei que fiz, até aprendi a fazer um programa... mas não lembro com quem foi nem onde. No começo eu deitava na cama, o homem deitava em cima de mim, aquilo, eu... Mas a aflição de querer fumar eu não via a hora que acabasse, nem olhava prá cara do sujeito.” (FD27)

“Eu lembro mais ou menos. Não sei com quem foi e também não fui forçada. Eu só pensava em pegar o dinheiro prá comprar a droga, então eu fui mesmo, já no intuito de acabar aquilo e usar.” (YA19)

As que lembram com algum detalhe relatam que, na primeira vez, os parceiros foram nesta ordem: o traficante, algum amigo e, em último lugar, um desconhecido.

“A primeira vez foi com um traficante. Eu ajudava a vender e tinha minha pedra. Quando acabou, ele não me deu e disse que eu tinha que sair e fazer um programa com ele prá ele me dar mais. Aí eu fui...” (YC23)

Invariavelmente estavam na fase de fissura da droga, ou seja, a vontade incontrollável, e submeteram-se ao ato em função disso. Algumas vezes ofereceram-se para isso, outras vezes foram “convidadas”. Não descrevem exatamente como uma situação traumática, mas muito desconfortável e triste, superada pelo dinheiro ou droga que conseguiram.

“Na hora eu parei, foi quando ele deitou na cama e me puxou pelo braço, aí eu comecei a chorar. Ele virou e falou: ‘Por que você está chorando?’ Sei lá bateu uma tristeza na hora, sabe, eu não era prostituta. Veio um monte de coisa na minha cabeça. Ele parou e conversou comigo. Até então ele não sabia o que eu queria (dinheiro para crack). Ele perguntou: ‘Se você quiser a gente pára agora?’ Só que eu precisava daquele dinheiro, fiquei chorando o tempo todo. Depois acostumei, até ria, ia entrar dinheiro, então estava bom.” (ZL21)

“Foi horrível, porque eu estava ali tendo uma relação com uma pessoa que eu não sabia quem era, que não tem nenhum sentimento por mim nem eu por ele, não tem porcaria nenhuma e eu sabia que estava fazendo aquilo prá me drogar, entendeu? Eu preciso da droga. Tem pessoas que querem que eu faça coisa que eu não estou a fim de fazer. Mas eu tenho que fazer porque a pessoa pede e está pagando. É uma sensação horrível, horrível na maioria das vezes.” (YL23)

Em geral descrevem um sentimento de vergonha nessa primeira vez, mas que é solucionado ao longo do tempo.

“Foi difícil, mas depois eu perdi a vergonha. O caráter já era. A primeira vez foi ruim, depois já era, perdi o caráter, a vergonha. A droga fala mais alto.” (AR35)

A partir da primeira vez, essa prática entra imediatamente na rotina dessas mulheres que não vêem outra alternativa em conseguir dinheiro ou droga rapidamente, quando necessitam.

“Eu tenho que me virar, como diz, você tem um vício, não quer largar dele, não quer, não quer, não tem como, você não consegue largar. Você vai pedir para os outros, ninguém vai dar porque podem te dar um prato de comida, até um copo de pinga, mas o crack..., ninguém vai dar de graça e ainda mais prá uma drogada.” (FC45)

“Prostituição é um teatro. Você tem que interpretar... então tipo eu já aprendi a fazer isso, já aprendi a interpretar, fingir para o cara que eu estou sentindo alguma coisa, entendeu? Porque geralmente assim, uma garota de 19 anos não vai ter atração por um cara de 60 ou 70 anos. Tem que fingir, fingir todo o tempo. Passa o tempo, no começo você fica meio assim, fala ‘putz’ que eu estou fazendo aqui. Mas depois vê que é um negócio que você tem que fazer com espontaneidade. Você faz e esquece aquele remorso por ter vendido o seu corpo por dinheiro, por droga. Você acaba esquecendo, no começo é ruim, você fica se condenando, mas depois que o tempo passa, ponho minha cabeça no travesseiro e durmo tranqüila.” (YM19)

TROCAR O CORPO POR DROGA OU POR DINHEIRO PARA COMPRÁ-LA

Grande parte da amostra prefere dinheiro em vez de droga como pagamento pelo “programa”. As razões para essa preferência demonstram algumas preocupações dessas usuárias. Uma delas é a possibilidade de ela mesma comprar a “pedra” e garantir sua qualidade.

“Eu prefiro dinheiro porque eu mesma vou buscar, eu mesma vou na boca. Trocar pela droga eu não sei o que o cabra é, não sei o que ele tá me passando.” (YK22)

“Em dinheiro. Porque eu compro a droga, eu vejo se é boa ou não. Eu não pego droga da mão de um freguês. Tem que saber se ela é boa, a não ser que seja um traficante.” (FL27)

Outro fato é poder ter dinheiro não só para droga, mas reservar algum para seu sustento, fato que não seria possível caso recebesse pagamento em droga.

“Porque aí você pega o dinheiro e ao invés de você comprar tudo em droga, você compra alguma coisa para você... e se você pegar a droga, prá quem usa como eu, você não vai pensar em vender prá fazer dinheiro... você vai fumar... então, você pegando o dinheiro, você primeiro passa e compra o que comer e o que sobra você compra a droga.” (AR35)

“Porque o dinheiro eu posso tirar, por exemplo, pego 10 reais, com 10 eu como e daí o que sobrar eu uso em pedra.” (AS44)

Outro motivo alegado reflete um sentimento de dignidade, que, diante desse quadro, causa surpresa, soando como grotesco dentro da situação tão desesperadora que se encontram.

“Não nunca troquei por droga e digamos que ia me vender por muito pouco. Meu corpo não vale pedra, vale dinheiro, não importa quanto.” (ZL21)

“Não, a troco de droga não, mas a troco de dinheiro sim, pode ser pouco dinheiro, muito dinheiro, pode até ser o dinheiro para uma pedra, mas tem que ser com dinheiro, se for a droga não faço.” (YF23)

“Não acho que a gente vende o corpo por droga... porque se vendesse levariam a mercadoria. A gente aluga, é tipo de um aluguel, alugou nunca é teu... é a mesma coisa com o corpo da gente. O povo fala vender o corpo, não é vender, o corpo é alugado.” (RM47)

Outra razão relatada revela um autocuidado consigo próprias. Apesar de não ser encarado dessa forma por elas, empiricamente se protegem.

“É arriscado receber pedra, porque eu acabo usando naquele lugar mesmo se eu estiver na fissura. Aí ele pede prá transar de novo e que vai me dar pedra, estando na fissura eu vou fazendo. O que eles oferecerem eu vou aceitando e o que eles pedirem para eu fazer sou obrigada a fazer. Você não tem mais domínio.” (YS38)

“Se eu aceitar o pagamento em droga, o cara pode vir no outro dia e colocar uma arma na minha cabeça, porque para ele eu não valho nada. Ele vai querer dominar, porque eu saio com ele por causa de droga. Ele vai querer que eu saia com ele de graça, porque para ele transar de graça ou por droga é a mesma coisa.” (YF23)

O que as leva a receber a droga como forma de pagamento é sempre a fissura. Estão de tal forma necessitadas da droga que não há tempo para receber dinheiro e ir comprar. Encaram como um trabalho a mais que naquele momento não é possível realizar, tal o estado de desejo incontrolável pela “pedra”. Essa estratégia se por um lado as protege de irem às “bocadas” (ponto de venda de droga), por outro ficam expostas a todos os efeitos da droga diante daquele parceiro sexual, que na grande maioria das vezes é um desconhecido. O sexo

seguro é impossível de ser realizado, já que logo após o consumo da droga estão em fissura novamente, ficando cada vez mais enfraquecidas em suas exigências em relação ao parceiro. Algumas vezes desenvolvem paranóia, tornando-se desconfiadas e até violentas, sofrendo as conseqüências dessas atitudes.

O pagamento em droga é mais comum quando o parceiro é um traficante que raras vezes é um usuário, mas explora essa condição da mulher no momento da prostituição.

“Eu prefiro a droga. Eu não ligo prá nada, transo por duas pedras, uma, até por um pedacinho de pedra se me oferecerem no dia que eu estou louca por fumar.” (CM44)

“É menos trabalho. Eu não tenho que ir buscar a droga e correr o risco de perder, porque se a polícia tiver passando nessa hora eu tenho que engolir a pedra.” (RN24)

“Eu prefiro a droga e rapidinho. Dava uma rapidinha, catava meu bagulho e já começava a fumar.” (CD38)

FREQÜÊNCIA SEMANAL DA PRÁTICA DE TROCAR O CORPO POR DINHEIRO/DROGA

Grande parte (62%) informa que se prostitui todos os dias, conforme mostra a Figura 15. As que relatam não ser diariamente não são muito seguras dessa informação. A unanimidade é que, sempre que querem droga e não têm, vão em busca dela utilizando o único meio que acreditam ser mais “fácil” e “seguro” de consegui-la, ou seja, vender o corpo.

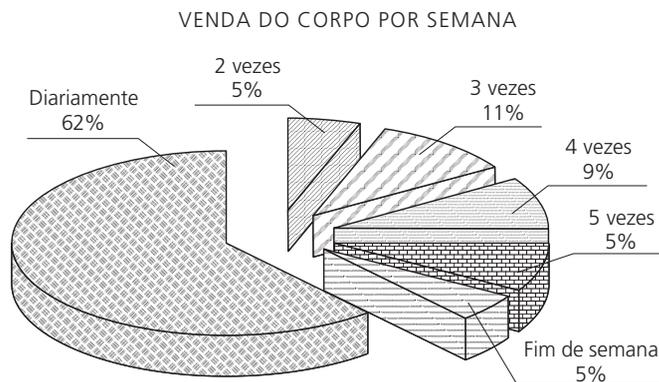


FIGURA 15 – Frequência da venda do corpo, por semana.

Conforme a Figura 16, verifica-se que a maioria realiza de 1 a 5 programas por dia, ou seja, tem relações sexuais com até 5 parceiros diferentes. Há relatos de até 9 parceiros em uma noite. Uma usuária com apenas 17 anos retrata essa situação com naturalidade:

“O tanto de homem que aparecer eu vou. Já cheguei a fazer 9 programas numa noite.” (RF17)

Outras mencionam:

“Eu faço programa todo dia. Só se não aparecer, porque se aparecer eu vou. Às vezes aparece aquele cara que não quer exatamente um programa, mas quer que eu faça uma ‘chupeta’ (sexo oral). Eu faço mesmo, porque na fissura eu não penso, tenho que usar crack e não tem jeito.” (AM37)

“Eu não sei quantas pessoas por noite, às vezes eu saio de um carro e já vem outro. Às vezes tem homem que eu tenho que ficar 10 minutos “arrrg”, tem uns que com 5 minutos eu já resolvo, tem outros que com 2 já está bom e aí eu falo: Graças a Deus. Mais é muito nojento viu, eu me sinto muito enojada.” (CM33)

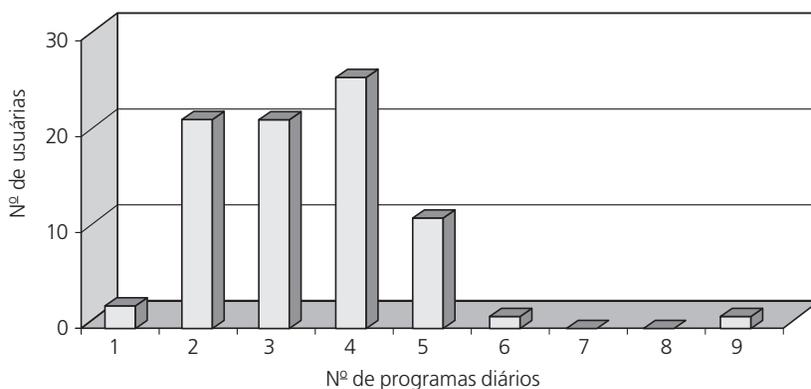


FIGURA 16 – Número de programas, por dia.

Existe o fato de que com um mesmo parceiro, por exigência dele, podem ter mais de uma relação sexual no mesmo programa e, nesse caso, nem sempre conseguem ganhar duplamente pelo trabalho.

“Eu tenho uma relação só, a não ser que o cliente queira pagar mais.” (AS32)

A gravidez não é fator limitante para muitas, que continuam prostituindo-se nessa fase e deixam de fazê-lo somente quando o ventre está de um tamanho tal que as impede de continuar.

“Quando eu tinha barriga menor ainda dava prá fazer, mas agora não vira mais porque minha barriga está muito grande.” (CT30)

ESCOLHA DO PARCEIRO QUANDO TROCA O CORPO POR DROGA/DINHEIRO

Há unanimidade entre as entrevistadas quanto à afirmação de que não há como escolher o parceiro quando se trata de conseguir droga ou dinheiro para comprá-la. Alguns depoimentos deixam clara essa constatação:

“Não, não escolho não, quando é assim para usar droga assim, não tem escolha.” (YA19)

“Quem passar vai.” (YL37)

“Sempre que eu tô numa esquina... qualquer lugar que eu tô parada... sempre aparece um que fala: ‘ô vamos lá no motel fumar um?’ E ali já rola a transa, entendeu?” (AR27)

“É qualquer um que chegar, qualquer um que chegar e oferecer pedra ou grana, eu vou mesmo.” (FC21)

“Não, do jeito que vem eu vou.” (RF17)

Relatam que há muita concorrência entre as usuárias; portanto, não descartam “clientes”, com receio de não conseguirem outro.

“Não escolho não. Parou ali, ou você agarra ou chega outra no seu lugar e pega. É assim. E aí eu ficava sem pedra, sem dinheiro e sem nada... sai fora.” (ZM19)

Além desse fato, a grande quantidade de pedras que consomem por dia obrigam-nas a vários programas por noite. A exigência única em relação ao parceiro é de que tenha dinheiro ou pedra para pagar pelo “serviço” prestado. O horror maior não é a possibilidade de contágio por alguma DST, mas receber um “calote” do cliente, fato que não é incomum.

“Não, eu não escolho, se eu tô na ‘dor’, é qualquer um. Ei querido, eu te amo, deixa eu ver tua carteira...” (AM25)

“Não, escolher quem né? A gente vai naquele que der o dinheiro para usar a pedra. Naquela hora a gente só quer o dinheiro para usar a droga, não tem vontade de ir com a pessoa, a gente vai mesmo por causa do dinheiro.” (RF37)

“Eu fico conversando, acabo conhecendo, fico conversando, aí eu vejo tipo pelo dinheiro que ele está pagando as coisas, do jeito que ele está pagando a cerveja, alguma coisa. Aí eu vejo que ele tem dinheiro, já olho assim...” (YG20)

“Não escolho não, se ele já oferece alguma grana para mim, pergunta quanto eu quero, aí eu já vou. Não tem esse negócio de escolher, se eu quero usar eu vou logo.” (YK22)

Algumas dessas mulheres tentam selecionar esses parceiros sexuais de forma inadequada, porém a única possível segundo elas mesmas. Utilizam os seguintes critérios: aparência agradável, percepção de um *status* social mais alto (a posse de um carro é indicativo disso), a indicação do cliente por amigos e o fato de conhecerem-no (ainda que superficialmente) de alguma roda de uso de *crack*.

“Tem que ser assim, não muito estragadinho, né? Um homem que tenha uma aparência mais ou menos, seja limpinho.” (FC45)

“Eu escolho sim, o carro, como a pessoa está vestida, isso é importante.” (CA24)

Falam de critérios subjetivos, que não ficam claros em suas falas, mas parece tratar-se de intuição ou alguns detalhes que colhem das pessoas ao longo do tempo e ajudam-nas a construir o “cliente” cafajeste.

“O jeito da pessoa te olhar é básico. Tem muita gente que eu nunca saí porque eu penso: ‘não, com você eu não vou sair não’. Porque, assim, o cara que te olha com uma cara que você sabe que ele não está com boas intenções. Com o tempo a gente aprende, isso é só com o tempo. Lógico que todo mundo que começou a fazer programa já tomou umas pisadas já, lógico, isso é normal, mas com o tempo você aprende a registrar esses pequenos detalhes.” (CA24)

“Tem que sacar na hora, porque isso aí é técnica de visualização, assim, vale dizer, você tem que sacar a personalidade da pessoa, é um negócio que eu aprendi a fazer, né?” (YM19)

Os homens mais velhos são os preferidos por todas elas. Entende-se como mais “velho” homem acima de 30 anos. Dizem que essa faixa etária agrega os homens que têm mais posses e, ainda, que as respeitam mais. Relatam que os mais jovens, em geral, são violentos, cometendo atos de perversão e agressões físicas contra elas, e a possibilidade de não honrarem o compromisso ao final do ato é grande.

“Os velhos são mais devagar, os mais novos são mais violentos, eles querem forçar a gente a fazer sexo anal. Eu nunca deixei.” (CM44)

“Os mais velhos são mais respeitosos e pagam melhor. Eu prometo a eles que vou sair mais vezes com eles, com os mais velhos, aí eles me dão mais dinheiro.” (ZG19)

“Os melhores têm que ter acima de 30 anos. Eles são menos cansativos e dão mais dinheiro e não pedem prá transar sem camisinha, eles têm medo. Eles não pedem muita coisa e aceitam todas as condições da gente e não usam droga.” (YF23)

Outro detalhe curioso quanto à preferência desses parceiros é que sejam franzinos. Acreditam que em qualquer situação de violência elas possam levar o melhor diante do tipo físico do parceiro.

“Sempre escolho os mais magrinhos, fraquinhos. Os mais fortes batem, maltratam a gente. Os fraquinhos se vier prá cima de mim leva porrada.” (CF14)

O fato de grande parte delas e dos parceiros utilizarem droga antes ou durante o ato sexual faz com que esses critérios sejam mais compreendidos. A paranóia, como explicado anteriormente, leva à violência decorrente da desconfiança instalada no usuário, podendo ter, como consequência, agressões físicas sérias. Os mais velhos, como relatam, dificilmente usam drogas, ficando esse perigo eliminado. A limpeza e a boa aparência podem ser indicativas, segundo a visão dessas mulheres, de que esses clientes não são portadores de doenças sexualmente transmissíveis.

“Os mais velhos passam mais segurança, são uns caras mais ‘cabeça’, não usam droga, estão ligados na vida. Agora se pegar molecão, todo chapadão, o cara bebeu, o cara cheirou, fumou. Agora o coroa não. Aquele coroa com aquela cara séria, com aquela cara de cheque (\$\$), esse vai.” (CA24)

Um detalhe que chamou a atenção é o fato de que algumas dessas mulheres alimentam racismo, mesmo na situação tão aética e dolorosa em que se encontram. Não se importam com a exploração que sofrem nem com maus-tratos, porém são categóricas quanto à repulsa que sentem quando se trata de alguém da cor negra, mostrando ser esta a única ressalva que fazem à vida desumana que levam, ignorando todo o resto.

“Só com preto que eu não vou. Eu sou racista. Eu não dou beijo num preto nem que a vaca tussa, ainda mais deitar. Eu sei que eu sou pretinha, mas minha filha por exemplo tem olhos verdes. A Iara e o Douglas são mais claros que eu.” (CM33)

Porém, todas essas restrições raramente são observadas por essas usuárias pelos motivos já expostos.

Quando se faz um questionamento mais direto a essas entrevistadas, como, por exemplo, se conhecem alguma coisa a respeito desses parceiros em relação a alguma doença que possam ser portadores, todas respondem que não, mas que tentam observar a pessoa atentamente para descobrirem algum indício que as leve a concluir algo nesse sentido. Nem sempre o que observam seria eficaz para que se inteirassem de alguma doença.

“Para saber se a pessoa tem alguma doença, eu olho nos olhos dela e a roupa que ela está usando.” (YC23)

“Se estiver muito magro e ainda se for usuário de droga dá prá saber, mas, se não aparenta nada, não tem como saber.” (ZG19)

Outras acham melhor não se preocuparem com isso já que necessitam do programa, e se pensarem nessa hipótese de doença podem não executá-lo.

“Não me preocupo com isso, vou na cara dura mesmo.” (ZL21)

“Não sei nada, nunca sei. Apareceu, combinou, vamo. Sempre uso camisinha, mas tem vezes que até vai sem.” (AR27)

“Não, eu só me interesso pela droga ou pelo dinheiro, nada mais”. (FM38)

Acreditam que se trata de um serviço “profissional” e, dessa forma, não devem fazer nenhuma pergunta a esse parceiro. Ele está pagando por um trabalho que ela executará mediante um pagamento e é isso que basta. Conformam-se que nada sabem desses parceiros, mas que eles também não sabem nada delas.

“Não, eu não quero saber da vida dele, o problema é dele. Eu tô ali prá fazer um programa e ele prá fazer sexo e acabou. Não quero saber da vida dele, se é casado, solteiro, se é homem. Ele tá ali por causa do programa e eu também. A minha obrigação é atendê-lo. Eu não quero saber nada dele, o que faz, se tem doença ou não, é tudo problema dele. Ele tá ali prá curtir e eu não tô ali prá fazer nenhuma pergunta.” (FL27)

A possibilidade de o cliente ser portador de HIV não está muito presente na cabeça dessas usuárias, mas a possibilidade de AIDS parece mais concreta. Lidam com esse fato examinando detalhadamente o parceiro, como dito anteriormente.

“Eu presto atenção na cor, na aparência, se está magro demais, na boca, se tem ferida no... entendeu?” (FE36)

A utilização de preservativo será discutida em outro tópico, porém nesses relatos algumas colocam que nem sempre é possível usá-lo, já que essa decisão cabe ao cliente e a ela resta uma negociação mais rendosa pelo risco que correrá caso ele opte em não usá-lo.

“Eu sabia que não ia pegar nada, até porque eu já peguei HIV faz tempo. Mas aqueles que falavam: ‘não, tem que ser sem camisinha’, eu ficava meio na dúvida... mas depois eles tinham que pagar mais ou não serviam prá mim. Porque tem isso, a gente fala pro parceiro usar camisinha. Se ele não usa aí tem que dobrar o preço, porque senão não vai. Eu mesmo não vou.” (AR33)

“Nessas horas a gente não quer nem saber se tem doença ou não, quer saber da pedra. Eu até uso camisinha porque tive a sorte de não pegar AIDS. Então uso. Mas se o parceiro disser prá mim vou te dar o dinheiro se você for sem camisinha, eu vou, mas sabendo que eu corro o risco de pegar AIDS.” (AM27)

TIPO DE SEXO PRATICADO

Todas as modalidades de sexo (vaginal, oral, anal) são solicitadas às entrevistadas por seus clientes. Apesar de afirmarem que elas determinam o tipo de sexo que será praticado, os discursos mostram que nem sempre é essa a negociação.

“Eu digo o que eu vou fazer. Mas se ele falar eu vou só dar isso... eu vou pelos 10 reais, agora se ele ainda pedir sexo oral, apesar de odiar, eu vou fazer para poder pegar o dinheiro... prá eu usar minha pedra.” (RF37)

“Preferência? Não... não se tem preferência. Se você tá ali, a não ser que seja a pessoa que a gente queira, mas a partir do momento que você tá ali prá fazer programa, você não tem preferência. Quem define o tipo de sexo é o pretendente.” (FL27)

Nenhuma delas se recusa a fazer o sexo vaginal. Acreditam ser mais rápido e menos traumático e, ainda, poupam tempo para ter outros parceiros na noite.

“Tem que ser rápido com os clientes, só dá prá ser papai e mamãe e ir embora. Tem que ir com pelo menos mais dois prá ter dinheiro, e eu sou uma só.” (RP29)

“De preferência papai e mamãe prá não me desgastar muito. Uma coisa rápida e básica.” (ZR35)

Porém, o sexo oral, em geral, traz muita repulsa. Sentem nojo e enjôo, mas a grande maioria aceita fazê-lo caso seja vontade do freguês, mas tentam conseguir um preço maior.

“Sexo oral é uma coisa muito... a dois, muito amor. Não posso sair com um cara que eu nem conheço e por o órgão dele na minha boca. Eu acho nojento.” (FS32)

“Na boca é bem difícil, tenho o maior nojo. Só se for por uns vinte conto.” (CT30)

“Oral eu acho nojento, nojento, não gosto. Aquele gosto horrível e ter que botar aquele negócio na minha boca, sentir o cheiro, ver de perto, odeio. Só faço se pagarem muito bem.” (CA21)

Essa prática é mais comum quando o sexo é realizado na rua ou no carro, onde a possibilidade de sexo vaginal é mais difícil.

“Preferem mais assim, porque às vezes é na rua mesmo, então é uma coisa fácil assim, porque qualquer coisa você pára, porque às vezes passa alguém.” (YA19)

O sexo oral é também praticado quando o cliente é usuário de crack e acabou de utilizar a droga, pois a possibilidade de ele conseguir uma ereção é muito pequena, já que a droga a impossibilita.

“Eu já peguei usuário de crack que diz ‘não precisa transar não, faz só um oral’. É que eles não conseguem levantar nada. Aí é difícil porque a gente fica um tempão e o cara não consegue nada.” (CL17)

O sexo anal é descartado por todas e para infelicidade delas é o mais solicitado. Parece existir uma espécie de fetiche desses clientes em relação a essa prática, já que raramente realizam com suas parceiras fixas. Elas tentam de todas as maneiras evitar essa posição sexual, pois alegam provocar muita dor. Algumas são categóricas e afirmam que não existe nenhuma situação que as faz submeterem-se a essa modalidade de sexo. O medo de sofrerem algum tipo de dano físico, dor ou qualquer coisa mais traumática faz com que a repudiem. Porém, na prática, nem sempre essa negação ao cliente é respeitada por ele, que ameaça não pagar caso o sexo anal não seja realizado ou, ainda, age com violência para forçar que esse ato seja consumado.

“O sexo anal é o que os caras querem mais, eles gostam, a gente tenta fazer o oral ao invés do outro, mas, se não faz do jeito que eles querem, eles partem para a ignorância, chegam a agredir e eu acabo fazendo.” (YS38)

“Eu tenho medo, que dizem que dói e vou com um homem que eu nunca vi, que não tenho amor e ele não tem nenhum carinho por mim, vai ser estúpido.” (YF23)

“Eu não faço sexo anal porque dói e se eu não gosto da pessoa não vou suportar a dor. É como ter um filho, existe dor pior que essa.” (FC45)

“Eu acabo aceitando fazer sexo anal quando eu não tenho dinheiro, quando eu estou na vontade de usar, eu não tenho outro remédio a não ser aceitar.” (CF14)

USO DE PRESERVATIVO

Conforme mostra a figura 17, apenas quatro (5%) entrevistadas declararam nunca usar preservativo. Não há um motivo claro para agirem dessa forma, porém os discursos de algumas delas revelam desesperança pela vida, o que explica essa ausência de cuidado consigo própria.

“Não rola camisinha. Eu não sou afim, eles também não. Também não estou nem aí pra isso. Tudo é consequência, tudo é coisa rápida. Acho que ninguém tá nem aí para isso e acaba rolando sem camisinha mesmo. A gente é desligado de doença.” (CA20)

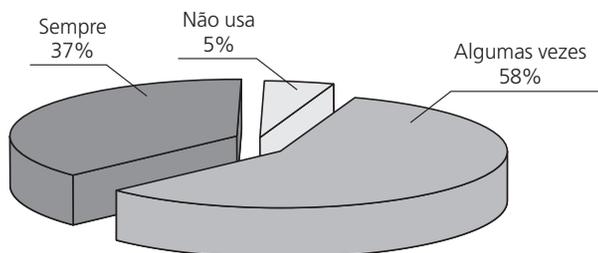


FIGURA 17 – Frequência de uso de preservativo.

“Nunca usei camisinha. Acho que a droga sobe na cabeça e eu não ligo prá camisinha. Nunca me liguei em camisinha.” (ZS21)

“Nunca usei camisinha nas minhas transas. Os caras nunca pediam e eu também nunca me importei com isso.” (ZM19)

Outras declaram que a preocupação deve ser do cliente. Ela usa preservativo nas situações em que o parceiro exigir, caso contrário não o utiliza. Ou seja, não é do seu cotidiano a utilização do preservativo, tanto assim que nem questiona o cliente quanto a isso. Impera a vontade do freguês.

“Bom... sei lá... igual eu falei prá você, se o cara chegar em mim e falar: eu não quero usar ou eu não tenho onde arrumar, eu vou do mesmo jeito. Do jeito que der eu vou.” (AM37)

As demais afirmam utilizá-lo em todas as relações sexuais que praticam, porém seus discursos mostram que a constância desse uso é quebrada em algumas situações. A exigência do parceiro em não utilizar, associada à promessa de uma recompensa maior, faz com que algumas dessas mulheres cedam.

“Se o cara chegar e disser: olha sem camisinha eu te pago o dobro, eu aceito porque o que eu quero é usar a minha pedra.” (YP25)

“Se alguém oferecer mais alguma coisa eu vou sem camisinha. Eu vou de camisinha com todo mundo... mas se eu estiver no desespero mesmo, se eu quero a droga...” (RN44)

Em algumas modalidades de sexo, como sexo oral, acreditam não ser necessário o uso de preservativo. Nesses casos os parceiros recusam-se a utilizá-lo e elas concordam porque não vêem necessidade.

“Sexo oral eu sempre faço sem camisinha. Eu nunca pensei em fazer com camisinha, nunca pensei. Acho que perigo até deve ter, mas eu ia falar pro cara – põe camisinha, aí –, ele ia estranhar, porque ninguém usa camisinha prá boquete, então eu nem falava.” (CA21)

“Com boquete (sexo oral) é liso. Eu acho tudo bem não usar camisinha com boquete é só não deixar o cara ejacular na boca da gente. É difícil porque às vezes não dá tempo.” (CM44)

“Como dá prá fazer boquete de camisinha? Não dá. E eles não vão querer. Com fricção não dá. Fico até com vergonha de falar, mas é assim.” (ZR35)

Algumas estendem o uso “desnecessário” de preservativo também ao sexo anal.

“Acho que fazer boquete (sexo oral) não precisa de camisinha e sexo anal também não precisa. É só quando é na vagina.” (YP20)

Outras falam em preservativo, mas a preocupação não se relaciona a doenças e sim a uma gravidez indesejada, tanto que, quando descobrem a pílula anticoncepcional, essa obrigatoriedade deixa de existir.

“Agora eu não uso mais camisinha, eu só uso remédio... Microvlar. A primeira vez que eu fui com o pai da minha filha eu achei que tava usando camisinha e não tava e eu fiquei grávida. Agora eu me protejo.” (YP20)

Existem entrevistadas que utilizam preservativos para não sentirem o desconforto do ato sexual, mas não há em seus discursos preocupação com a possibilidade de contrair alguma doença.

“O único sexo que eu faço e que sempre uso camisinha é para o boquete (sexo oral) porque eu não gosto de fazer, não gosto do gosto, do cheiro. Na vagina tem vezes que eu uso e tem vezes que não.” (CF14)

Com parceiro fixo não utilizam preservativo, dizem confiar nele e que a recíproca é verdadeira.

“Tem um momento que eu não uso camisinha: é com o meu namorado. Eu sei que ele é uma pessoa legal comigo, a gente confia um no outro, então não tem porque usar.” (RF37)

Revelam que há sempre pressão, da grande maioria dos clientes, em não utilizar preservativo, principalmente dos mais velhos. A alegação para isso é a falta de ereção que o preservativo provoca nesses homens em razão da falta de hábito em utilizá-lo.

“É comum os clientes não quererem usar preservativo, principalmente senhores de mais idade. Eles não gostam de usar camisinha porque o negócio não levanta. Eles falam que intimidam.” (AR35)

Algumas são precavidas e carregam consigo uma quantidade suficiente de preservativos, porém outras acham que essa tarefa cabe ao cliente. Caso este não o traga ou não o providencie a tempo, o ato é realizado sem proteção mesmo. Nesses casos, tentam atos que não haja penetração ou ejaculação, intento que nem sempre é alcançado por ambos.

“Já escorreguei na jaca algumas vezes e não usei camisinha. Tem cara que não tem na hora e eu queria o dinheiro rápido e aí eu fiz.” (CC22)

“Às vezes eu não me cuido e transo sem camisinha, a pessoa não tem camisinha, não vai sair na madrugada prá comprar...” (ZM40)

Existem declarações de entrevistadas (28 entrevistadas) em que em nenhuma situação deixam de utilizar preservativo, não importando se há oferta de mais dinheiro para que modifiquem a opinião ou, ainda, alguma ameaça por parte do cliente. Há uma crença entre essas mulheres de que o fato de um homem insistir em manter relações sexuais sem preservativo com uma desconhecida, sabendo ainda que esta se prostitui, significa que ele deve ser portador de alguma doença e pretende disseminá-la. Ficam apavoradas com essa idéia e, dessa forma, sempre mantêm o uso de preservativo em qualquer modalidade de sexo.

“Eu gostaria que existisse preservativo até prá beijar porque eu morro de medo.” (YF23)

“Quando o cara não quer usar camisinha eu penso: se o cara está propondo isso é porque ele está com alguma coisa. Porque quem não tem, quer se proteger, entendeu? Agora quem tem para que se proteger? Quer que se dane, a pessoa quando fala isso é porque tem alguma coisa.” (CA24)

“Ele deve ter algum problema para passar para os outros. Acho que quer empestar todo mundo aí de AIDS.” (AR27)

“Pedir sem preservativo? Existem vários e a primeira coisa que vem na minha cabeça sabe o que é! Ele deve ser estragado e tá querendo me passar o estrago dele todo, porque nunca que ele vai parar numa esquina e falar para uma puta que ele nunca viu na frente: vamos transar sem camisinha, nunca. Ele já deve estar podre, por isso que ele está propondo isso.” (YF23)

O fato de estarem sob o efeito da droga, fissura ou paranóia, é também um complicador para o uso de preservativo. Acabam não lembrando de usá-lo ou, ainda, aceitando passivamente a recusa do cliente em utilizá-lo. A pressa em terminar o ato sexual e receber o pagamento para empregá-lo em “pedra” interfere de forma decisiva em sua não-utilização nesses momentos.

“Quando eu estou muito louca, tem vezes que eu não lembro de usar camisinha. Não sei nem que tipo de sexo o cara está fazendo comigo. Acordo no outro dia e estou com um cara do meu lado que eu não conheço, olho o cara e dou o fora.” (CF14)

“Quando eu tô virada (sob efeito da droga) e o cara não colocar, eu não tô nem vendo. No dia seguinte eu nem lembro.” (YS38)

“Às vezes eu usava, às vezes tinha dia que eu estava tão louca que eu esquecia da camisinha. Nem lembrava e eles não estavam nem aí.” (CM44)

Outra possibilidade do não-uso de preservativo ocorre quando, durante um programa, realizam mais de uma relação sexual com o mesmo cliente. Nessa segunda vez pode ocorrer: que nenhum dos dois possua preservativo, o homem force a não-utilização, ficando mais difícil para a entrevistada impedi-lo naquele momento, não só porque ela já se encontra realizando o ato sexual, mas também pelo medo de não receber o pagamento estipulado, e outras vezes porque fumaram crack.

“Tem vezes que a gente vacila um pouco e acaba não usando. Não vou mentir. É que a gente já fumou um pouco e aí eles querem mais... mas o cara fala: ‘dessa vez eu não vou colocar a camisinha’, a gente quer a droga, né?” (RN44)

PREÇO COBRADO POR PROGRAMA

A figura 18 mostra que mais da metade das entrevistadas alegou receber de 11 a 20 reais por programa. Mas parece haver uma distância enorme entre o que dizem cobrar e o que na verdade conseguem obter na prática.

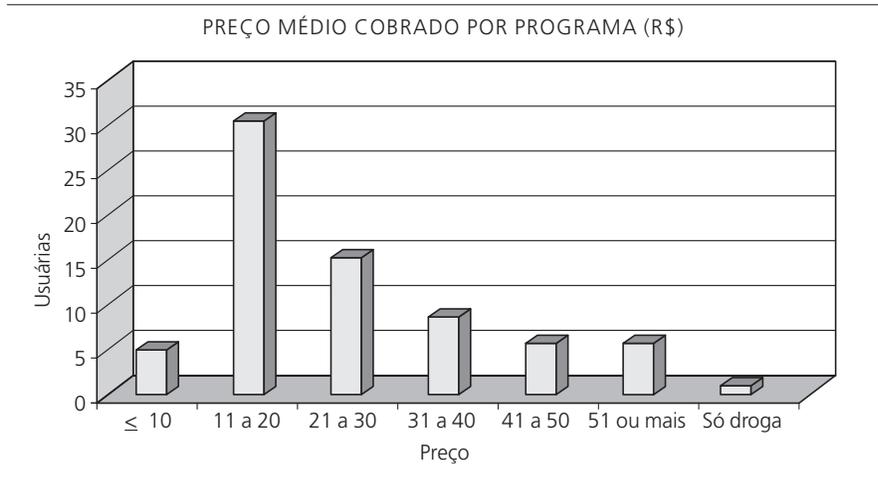


FIGURA 18 – Preço médio cobrado por programa, relatado pelas entrevistadas.

“Eu digo que cobro R\$ 30,00. Aí o cara fala: quê? trinta conto? eu dou vinte se você quiser, se não cião. Aí virava pelos 20 mesmo, às vezes até por 5.” (CC22)

“Eu cobro R\$ 50,00. Mas se eu tiver bem com a vontade de fumar, vai por 10 mesmo. Eu já fiz até por 5.” (CM33)

“Se me perguntar, eu falo que cobro R\$ 50,00. Mas se o cara falar só dá prá pagar 10, aí eu digo tudo bem, só que eu não vou fazer tudo o que você quer e não vou ficar um tempão.” (CD38)

Teoricamente possuem uma “tabela” de preços que varia de acordo com o tipo de sexo praticado, tempo de duração, número de vezes que a relação sexual é executada com o mesmo parceiro etc.

“Eu faço o normal que é o vaginal e o oral. Se o cara quer anal tem que pagar mais. Tem que cobrar mais porque eu estou fazendo uma coisa forçada, porque eu não queria aquilo, é o cara que tá querendo.” (ZS24)

“Se o cara quiser só oral ele vai pagar R\$ 40,00. Se o cara for fazer oral e vaginal ele vai pagar 100. Dá prá fazer mais barato.” (YF23)

“Eu cobro R\$ 35,00 meia hora e 70 uma hora. Tem vezes que eu cobro menos e tem vezes que eu fico mais pelo mesmo preço, depende de como eu tô.” (YA19)

Outra variável que interfere no preço é a aparência do cliente. Se este for considerado alguém de “posses”, pedirão um preço maior que o habitual, caso contrário o preço será mais baixo.

“Eu peço conforme a pessoa é né, eu olho e vejo o que dá prá pedir né. Se é gente de dinheiro, da classe média, dá prá pedir uns R\$ 80,00, se eu vejo que não dá eu cobro menos, assim uns R\$ 20,00 a R\$ 10,00.” (ZF35)

“Depende do cara... se a gente vê que a pessoa tem dinheiro.” (ZM19)

Mas raramente o poder de negociação do preço está nas mãos delas. Em geral, o parceiro pechinha o preço dado ou, ainda, em várias ocasiões, ele determina quanto vai pagar.

“Meu programa vale R\$ 25,00, às vezes até 5 e eles ainda pechincham e pedem mais barato. Se dé e a gente acha que deve fazer, faz.” (AB31)

“Falando a verdade eles pagam quanto eles querem. Às vezes é 10, 5 reais. Mais a gente acha mais de 5.” (RF17)

“Eu cobro R\$ 10,00 às vezes 20... mas depende do freguês, às vezes ele nem quer dar isso e tem vezes que não quer dar nada, só quer ir.” (RF37)

Novamente, a necessidade da droga é o fator que determina essa negociação. Nesse quadro de dominador e dominada, raramente o preço estipulado inicialmente por ela é respeitado ao final do ato.

“Com o crack a gente se acaba, perde a vergonha, perde tudo... se um homem chegar em mim e disser eu vou te dar R\$ 5,00 e mais nada, eu só penso no crack, não penso em comida, não penso em nada, só no crack e aí eu vou.” (AM37)

Em geral o aluguel do quarto cabe a elas, diminuindo ainda mais o valor obtido no programa.

“Eu cobro R\$ 10,00, mas ainda tenho que pagar o quarto que é 3, então sobra 7 reais prá mim.” (FD27)

A subserviência a esses homens, identificada em seus discursos e, ainda, a exploração que sofrem por eles é algo tão destrutivo quanto a droga que consomem. Os preceitos básicos morais e éticos são totalmente desrespeitados nessa relação. Sofrem agressões de toda a natureza e são humilhadas de forma atroz. A seguir foi reproduzido o diálogo entre uma usuária de apenas 16 anos e a entrevistadora, no qual essa situação pode ser identificada:

- E: *“E quanto você cobrava desses caras?”*
AP: *“Às vezes 10 reais, 5 reais. Não passa disso.”*
- E: *“Quem determina quanto vai pagar? Você que pede ou o cara dá quanto ele quiser?”*
AP: *“Às vezes eu peço, às vezes ele dá.”*
- E: *“Você não chega a falar ‘Eu quero 15 reais?’”*
AP: *“Não.”*
AP: *“Às vezes ele dá porque diz que eu fiz um bom trabalho, mas eu não peço.”*
- E: *“Você disse que às vezes você pede, às vezes não... quando você pede dinheiro?”*
AP: *“Eu só peço quando eu não tenho dinheiro.”*
- E: *“Mas eles sempre te dão dinheiro?”*
AP: *“Não, tem vezes que não me dão nada.”*
- E: *“E aí o que você faz?”*
AP: *“Aí... eu não vou brigar com homem. Tá certo que eu quero dinheiro, mas eu fico quieta, não falo nada, porque já teve cara que me disse: ‘você deu prá mim porque você quis’.”*

Essa humilhação começa algumas vezes no próprio estabelecimento que freqüentam (boate de baixa categoria ou bar) para atrair esses clientes. Delas é cobrada uma “comissão” para que possam fazer esse tipo de abordagem no local.

“O dono da boate só deixava a gente levar a cara prá fora se ele pagasse 3 drinques. Se não a gente é que tinha que pagar.”
(CD38)

O fato de serem usuárias de *crack* não só faz com que se tornem reféns desses homens, mas, ainda, com que estes explorem essa condição em favor de si próprios. Desprezam-nas por serem usuárias, e muitas delas aceitam essa condição de ser menor e inferior e acabam submetendo-se a eles sem nenhuma restrição.

“Eles não vêem a gente como uma mulher prostituta que está ganhando seu dinheiro. Eles enxergam a gente como drogada, como uma vagabunda, entendeu? Uma cadela.” (CD38)

“Acho uma humilhação eu ter que deixar um cara que eu nunca vi gozar na minha boca. Eu sujar a minha mão com o esperma dele e não ter um local para lavar dentro do carro. Para daqui a pouco sair dali e comprar uma pedra e usar e depois querer mais e ter que fazer tudo de novo. Tem hora que a gente sente nojo da gente mesmo.” (CD38)

O calote não é incomum, apesar de tentarem de todas as formas garantir esse dinheiro com o pagamento adiantado, estratégia que poucas vezes é alcançada. Há uma mútua desconfiança entre essas pessoas, o que faz com que ambas tomem precauções para que as coisas ocorram dentro das pretensões de cada uma. Novamente, o homem leva a melhor, pelos motivos explicados anteriormente. Utilizam-se de expedientes nada convencionais para furtarem-se ao pagamento, como força, fuga do local etc.

“Tinha cara que empurrava a gente do carro para não pagar, já aconteceu comigo.” (CT30)

“Vou no banheiro e quando volto o cara já foi embora e aí eu tenho prejuízo porque eu tenho que tirar do bolso prá pagar o quarto. Eles dão uma de bonzinho e a gente acaba acreditando. Eu não acredito em ninguém mais.” (RV22)

Pedra de *crack* é outra forma de pagamento bastante utilizada nessa transação, mas apresenta os mesmos inconvenientes da anterior. Porém, quando o cliente é usuário, essa prática parece ser a mais conveniente do ponto de vista da usuária, pois em geral ele não faz restrição ao número de pedras utilizadas.

“Cara que fuma tem dificuldade de transar, então eles procuram a gente às vezes só prá fumar junto. Não tem negociação, eu fumo a quantidade de pedra que ele tem.” (CA21)

“Eu usava com ele, ficava a noite toda usando com ele, a noite inteira.” (YG20)

“Às vezes acontece de eu fazer o programa com o cara que usa e ele nem querer fazer o programa... ele tá pagando prá você ir usar a droga com ele em algum lugar.” (AR27)

Ficam a noite toda fumando juntos enquanto houver “pedras”, porém quando o cliente é um traficante esse procedimento não existe, já que na imensa maioria das vezes não é usuário e acaba comportando-se da mesma forma que os clientes que pagam com dinheiro.

“Os caras que traficam passam pela gente e falam: ‘vamos dar uma saída que eu te dou uma pedra beleza’. Eu vou e faço tudo só prá ganhar uma pedra. Mas na fissura a gente não tem preço, é qualquer coisa.” (YS38)

Como observado, o preço cobrado é insignificante, não justificando toda a sorte de riscos a que são expostas. Porém não encontram outra saída para a situação insolúvel em que se meteram.

LOCAL ONDE OCORREM OS PROGRAMAS

Os locais onde ocorrem os programas, segundo as entrevistadas, são os mais variados.

“Tem cara que gosta de me levar para casa dele, tem cara que gosta de me levar para um hotel, tem cara que gosta que faça as coisas dentro do carro, entendeu? Aí depende do cara. Tem uns que oferece uma grana mais alta prá passar uma semana com ele, só que isso eu não faço.” (YM19)

O motel é sempre citado como o local preferido por elas. Há mais segurança e permite que elas façam alguma higiene após o ato sexual.

“Não, sempre motel. Imagina uma mulher na rua transando. Se ele quiser tem que me levar pro motel, aceito ir na casa dele, mas rua, carro, nem pensar.” (ZS24)

“No carro é uma coisa chata. Já transei em carro sim, não vou falar prá você que não, mais eu peguei um complexo porque um dia eu tava assim e a polícia parou, o cara teve que pagar a fiança, então é uma coisa meia chata. Você sabe que pode até ser presa, ou você paga a fiança, ou você vai ser presa, então...” (CM33)

“Eu só vou em hotel. Eu vou sempre no mesmo hotel, ali na Fernando Albuquerque. Eu fico na esquina e digo pro cara que pára: vai aqui vira na primeira à direita e pára na frente do primeiro hotel que eu estou indo. Eu não vou com ele não. Duas meninas entraram no carro ali e os cara levaram pro outro lado e estupraram elas. Eu não entro.” (YF23)

Em contrapartida, o programa tem duração maior porque o motel é pago por período e, nesse caso, o cliente exige que esse tempo seja cumprido, já que é ele que está desembolsando a diária.

“Eu tinha que ficar o período inteiro do motel. Era umas cinco horas. Eles falavam, não dá prá ir embora não.” (ZG19)

Mas na grande maioria das vezes esse ônus cabe à entrevistada e nessa condição ela escolhe quartos em bares ou pensões cujo preço por hora é em torno de R\$ 3,00.

“Eu vou prá hotel, mas bem baratinho, sou eu que pago.” (YP25)

A casa dos fregueses e a delas também podem ser utilizadas, colocando-as algumas vezes em risco, considerando que não sabem nada desses parceiros e, no entanto, vão à casa deles ou, pior, levam-nos a suas próprias casas mesmo com os filhos sob o mesmo teto.

Porém nem sempre são esses os locais que elas conseguem para esses encontros. Para economia de tempo e dinheiro, submetem-se a outros lugares, alguns totalmente inadequados para fazer um “programa”, como mato, terrenos baldios, casa abandonada, construção, carro etc.

“Muitas vezes eu vou nesse lote aqui. Esse lote vazio aqui do lado. Então, ali ou debaixo da ponte tem um banheirinho, lá embaixo. Ali, sabe, quando você vai na biblioteca? Tem aquele banheirinho, a gente também vai quando tá de noite, ou tudo no meio do mato.” (FC21)

“Eu vou na rua, debaixo da ponte, na escada, no escuro, onde tiver um escurinho.” (YS38)

Os programas feitos nesses locais são mais “rápidos” e permitem-lhes ter muitos parceiros em uma mesma noite.

“Na rua, no carro, rapidinho eu acabo, saio de lá e vou prá outro lugar catar outro pessoal.” (YC23)

Por outro lado, há uma exposição muito maior delas próprias não somente em relação ao ato praticado em local público, mas principalmente com os parceiros que encontram nessa condição.

“Uma vez eu estava com dois caras dentro de um carro numa pracinha. Ai os vizinhos em frente chamaram a polícia e eles tiveram que dar o som do carro prá polícia senão ia ser todo mundo preso, porque eu era menor de idade.” (YA19)

Esses locais permitem-nas adquirir a droga logo após o programa e, ainda, fumá-la por ali mesmo. Quando estão na fissura acreditam ser essa a condição ideal.

“Eu faço em qualquer lugar que eu estiver... dá pra eu fazer em qualquer lugar. Principalmente quando estou na nóia ou fissura, eu vou em qualquer lugar. Saio dali e já vou fumar.” (RV29)

Outras não têm alternativa, por serem menores de idade não entram em hotel e sobra-lhes o carro, a casa do cliente ou um local abandonado.

“Dentro do carro ou então, se a pessoa mora sozinha, dentro da casa dele. Porque eu sou de menor e não entro em hotel.” (ZAP16)

“No carro, rua escura, essas coisas, porque é rapidinho, mas é perigoso né, não pode, não pode na rua. Se a polícia pegar e ainda menor de idade é sujeira total.” (CL17)

Diante de locais tão inapropriados é difícil imaginar que regras de sexo seguro sejam lembradas ou, ainda, possíveis de ser colocadas em prática.

VIOLÊNCIA FÍSICA DURANTE A REALIZAÇÃO DO PROGRAMA

Quando foram perguntadas se já haviam sofrido algum tipo de violência física durante os programas que realizam em função de dinheiro/droga, 39 (52%) delas revelaram que sim (Figura 19). Os motivos dessas brutalidades são variados; porém todos têm em comum o desrespeito nutrido por essas mulheres. Fica implícito em seus relatos que são tratadas de forma torpe e vil e, ainda, sua vontade nunca prevalece, apenas a de quem paga ou tem força.

VIOLÊNCIA DURANTE O PROGRAMA

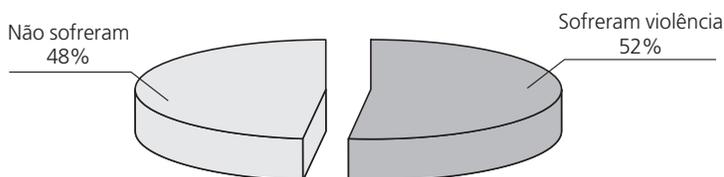


FIGURA 19 – Violência física durante a realização do programa.

Esses atos violentos permanecem silenciosos, já que não há *como* nem a *quem* reclamar. São conscientes de que nesse embate não têm a menor chance, submetendo-se, muitas vezes, ao que lhes obrigam a fazer sob ameaça.

“Era de madrugada, esse cara falou que a gente ia pro motel. Foi pela rodovia, quando chegou num certo lugar ele parou e não teve conversa. Catou meu cabelo, me arrastou até a cerca, bateu em mim prá valer. Me deixou sem roupa e me estuprou, pensei que ia morrer. Precisei ir embora enrolada em jornal e toda machucada. Vou onde reclamar, eles dizem prá gente: ‘bem feito, drogada tem que levar mesmo’.” (AM37)

“Eles me pegaram na rua e me botaram dentro de uma Brasília vermelha e me levaram para um matagal. Começaram a zuar comigo. Eles queriam só me usar e abusar de mim. Corri até a beira do matagal e me joguei. Fiquei toda machucada, mas dessa vez consegui escapar.” (ZL21)

“Eu disse que cobrava R\$ 15,00 e não fazia sexo anal. Ele topou e me pagou adiantado. Fomos pro motel, ele pagou o quarto e subimos. Lá ele queria fazer sexo anal e eu disse que aquilo eu não fazia. Ele me pegou na marra, me mordeu inteira me tirou um pedaço do seio. Eu gritei tanto que o cara da portaria do motel arrombou a porta com um pau na mão e tirou o cara de lá. Mas ele me violentou legal. Fiquei inteira marcada e arreventada.” (FC21)

“Foi por causa da droga. Eu terminei a transa e quis sair imediatamente porque eu precisava fumar. O cara falou que eu tinha que ficar mais e tentou me agredir. Eu desviei mas ele pegou uma faca e me passou. Olha aqui a cicatriz. Eu não sei como ele não me matou.” (RV29)

“A gente combinou tudo certo. Quando chegou lá... ele veio com umas histórias... aí eu falei para ele – Vai fazer filho com sua mãe... aí ele pegou e me deu um tapa no rosto... mas eu revidei. Foi a conta. Ele me surrou tanto que quando acordei estava na Santa Casa.” (RB39)

Há relatos mais curiosos, em que conseguem dominar a situação. Descrevem que sob o efeito da droga ficam mais fortes e valentes e enfrentam seus algozes com toda a violência que desenvolvem. Porém, nesse caso, apesar de conseguirem evitar a violência física por parte do cliente, acabam sendo denunciadas à polícia por esse homem ou pelo proprietário do motel.

“O cara tentou me forçar a um boquete que não tinha sido combinado. Mas eu estava drogada e quando eu tô assim tenho uma força simplesmente de demônio. Parece que o demônio está dentro de mim, eu não penso duas vezes. Se aquela pessoa me encucar, eu não penso duas vezes... parece que eu quero ver o sangue dessa pessoa... entendeu? Mas a dona da pensão chamou a polícia e eles me encanaram, não quiseram nem me ouvir o que o cara queria fazer comigo. Agora eu tô tentando maneirar.” (RM37)

CACHIMBO

MATERIAL UTILIZADO NA CONFECÇÃO

Denominam “cachimbo” qualquer aparato que utilizem para fumar a pedra de *crack*. Raramente o cachimbo é do tipo tradicional; em geral, é confeccionado por elas próprias, utilizando-se do material disponível.

Os tipos de cachimbos mais citados foram: lata de cerveja ou refrigerante, copo de água, embalagem de Yakult, pedaço de cano de ferro ou PVC (cotovelo), pedaço de isqueiro ou torneira.

A pedra de *crack* não sofre combustão, necessitando para isso de algum material auxiliar que, no caso, é a brasa do cigarro. A seguir, transcrevemos algumas explicações dadas pelas entrevistadas de como confeccionam os cachimbos:

“Uso copo de Yakult. Gasto pelo menos um por dia. Não bebo Yakult. O moço da padaria fala: ‘Nossa como você é vitaminda’. É que todo dia eu compro um. Furo a tampa de alumínio com uma agulha e bombo o líquido para jogar fora. Não tiro o papel alumínio, só furo esse alumínio e vou bombando prá

jogar fora todo o líquido. Seco todo alumínio, faço um furo onde está escrito Lactobacillus. Furo com cigarro, derreto o plástico e faço esse buraco que serve prá eu colocar a boca. No alumínio coloco a cinza de cigarro e a pedra prá queimar e eu puxar pelo buraco.” (FD27)

Algumas implementam esse aparato colocando uma embalagem de caneta Bic, sem a carga, no buraco que fizeram, que funciona como uma piteira.

“A gente usa pedaço de cano, aquele cotovelo que liga um cano no outro, entendeu? Compra em material de construção. Enrola em papel alumínio para não esquentar muito e numa das pontas a gente faz uns furinhos e coloca cinza de cigarro no papel alumínio junto com a pedra e coloca fogo. Do outro lado a gente puxa a fumaça, segura e depois de uns segundos já sente o efeito.” (YK22)

“Bom, é um pedaço de isqueiro. Eu pego a ponta do isqueiro, o fundo. Eu corto o isqueiro e aproveito o fundo. Queimo no lado dessa parte, faço um buraco né? Pego uma antena de carro, essas anteninhas, serro ela, corto um pedaço e coloco naquele buraco que eu fiz do lado. Coloco papel laminado na boca do isqueiro. Depois enrola tudo com papel ou plástico, prá não vazar fumaça do buraco que eu fiz onde está a antena e na boca do isqueiro que tá o papel laminado. Enrola tudo, depois queima, pega uma agulha fura o papel laminado, coloco cinza de cigarro e a pedra e fuma pela antena.” (FM38)

A lata de refrigerante ou cerveja, em geral, é a mais prática, levando-se em conta a acessibilidade. Acham na rua e rapidamente podem usá-la como cachimbo, não precisando mais nada além do fogo.

“Eu faço na hora... já arrumo uma latinha no chão... enquanto a gente tá indo eu já preparei...” (AR33)

Por outro lado, queixam-se da facilidade com que se queimam, já que essa embalagem não oferece a mínima proteção. Mencionam ainda que, com uso da mesma lata durante um tempo, obtém-se um resíduo que se concentra no seu interior e que é fumado. A ele atribui-se um poder maior de efeitos.

“Se o cara fumar só na lata, no final de semana ele corta a lata, raspa tudinho aquele negócio dentro da lata e fuma aquele pozinho. Fica mais louco ainda.” (FP34)

PROTEÇÃO DA BOCA

O material utilizado para confecção desses cachimbos é totalmente inapropriado para protegê-las do calor provocado pela temperatura alta, necessária para sublimar o *crack*. São vários os relatos de que ferem a boca pelas queimaduras provocadas pelo calor.

“Esquenta, queima toda a boca, sai bolha.” (ZG19)

“O cachimbo é de ferro, a temperatura fica alta, chega a queimar a boca que fica cheia de bolha.” (ZL21)

Há a formação de bolhas que chegam a sangrar quando se rompem.

“Minha boca vive queimada... pode ver aqui. Sempre queimada... onde pega o caninho a boca fica estourada.” (RB39)

“Queima, faz uma borbulha... que nem você pegar o cigarro e encostar... aí vira ferida se estourar aquela borbulha. Mas a maioria você fura porque fica mordendo. Aí vira ferida.” (AS32)

“Queima, chega a deixar em carne viva.” (ZM40)

“Eu fico com isso aqui em carne viva. Boqueira horrorosa, horrorosa, os dentes careiam, tudo estraga.” (CD38)

Esse desconforto não as impede de fumar. Dizem não se importar com essas bolhas e a possibilidade de um sangramento, tanto assim que nenhuma delas informou tomar alguma providência para não sofrerem essas queimaduras.

“Não, não tô nem aí e na fissura então... não sinto dor, não sinto dor.” (ZS24)

“Fica quente, mas eu não posso fazer nada.” (YM19)

Revelam que quase não sentem dor no início e que esta desaparece à medida que continuam fumando. Vão sentir dor só depois de algum tempo, após terem parado de fumar.

“Dependendo do material, o cachimbo frita a sua boca, mas na hora não sente dor nenhuma.” (ZM40)

“Não sente dor, só depois no outro dia.” (FM38)

“Chega a queimar, na hora não sente, no outro dia é que vai ver.” (FD27)

As queimaduras não se restringem à boca, mas atingem também dedos e nariz, e tornam-se sinais identificadores de um usuário de *crack*.

“Já queimei boca, nariz, língua, tenho até uma marca meio feia no dedão. Minhas unhas estavam compridas e eu queimei fumando. Já derreti várias vezes unhas postiças que eu tava usando. Eu já consegui acender o crack com as próprias unhas postiças, para você ver o meu estado. A unha pegando fogo e eu acendo o cachimbo com a unha pegando fogo para aproveitar. Eu tenho bolha no dedão que sempre queima.” (CC39)

Esses fatos geram nessas mulheres o receio de serem denunciadas como usuárias de *crack* a um policial.

“Queima a boca e eu já queimei várias vezes o nariz de ficar aquela coisa horrorosa, ficar duas semanas com aquilo. Ai não dá prá sair de casa porque todo mundo percebe que a gente usa crack porque cigarro não queima desse jeito.” (YL37)

“É horrível queimar, porque todo mundo vê a gente com nariz queimado, já vai saber que fumou crack. Muita bandeira, né.” (FC45)

UTILIZAÇÃO DO MESMO CACHIMBO

Em geral essas usuárias compartilham cachimbos para fumar o *crack*. Esse procedimento ocorre, principalmente, em uma fase inicial do uso do *crack*. Os argumentos para isso são a falta de cachimbo quando necessitam, a dificuldade que muitas têm para confeccioná-lo e a falta de droga, o que as obriga a “solicitar” aos amigos.

“Às vezes quando a pessoa tá sem, a gente empresta, não tem problema, ainda mais quando é conhecida.” (FM30)

“Eu fumo junto com as minhas amigas.” (RF37)

“Eu fumo no cachimbo de quem pintar na roda.” (FM38)

Outras compartilham os cachimbos quando realizam programas com usuários, que na grande maioria das vezes pagam o serviço em pedras, porém solicitam às mulheres que utilizem a droga com eles.

“Uso o mesmo cachimbo quando o cara me pede pra usar com ele”. (RJ44)

A usuária, em uma fase mais compulsiva, tende a utilizá-lo sozinha. Apresentam como argumento a paranóia que gera desconfiança em relação ao outro, dessa forma evitam, quando possível, a proximidade com outras pessoas para que não haja violência.

“Cada um tinha o seu. Mas todo mundo ficava encanado no outro. Acha que um fuma mais que o outro, que a pedra do outro é maior, sempre assim. Acaba sempre dando briga, um saía no braço com o outro, era sempre assim... por isso que eu prefiro fumar sozinha...” (CA21)

Nunca refletiram se existe alguma possibilidade de contrair doença pelo fato de trocarem cachimbos. Algumas afirmam que esse risco existe, outras, porém, não vêem nenhum problema.

“Eu acho que pode sim. Têm uns cachimbos de cobre, que corta a boca, entendeu? Ele é muito fininho, parece uma lâmina. Corta a boca e a outra pessoa vai e põe a boca no mesmo lugar que a outra, entendeu? Eu acho que se uma pessoa estiver com AIDS e a outra for botar a boca no mesmo lugar, eu acho que pega.” (CA21)

“Se tinha alguém na roda com essas bolhas na boca eu não me incomodava de pegar o cachimbo dela. Na hora nem penso nisso.” (ZG19)

“Todo mundo tinha a boca enfiada, com bolha, mas ninguém se incomodava de pegar cachimbo que passou pela bolha de um, pela bolha do outro.” (ZL21)

Mas ambos os grupos têm o mesmo comportamento na prática, independentemente de suas opiniões serem diversas; no final das contas, todas trocam cachimbo. Porém existe um grupo de mulheres que relata não trocar cachimbo em razão do asco que sentem em relação a esse procedimento. Sentir a saliva do outro em sua boca faz com que repudiem essa troca.

“Eu não gosto de usar o cachimbo do outro. Um baba, outro baba, vai saber lá hein...?” (FP34)

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Diferenças entre “profissionais do sexo”
e prostituição por droga

Violência

Sexo oral, cachimbo e transmissão de HIV

Local onde realizavam o programa

Programa com usuários de *crack*

DIFERENÇAS ENTRE “PROFISSIONAIS DO SEXO” E PROSTITUIÇÃO POR DROGA

As usuárias de *crack* estudadas, que se prostituem por droga, mostram diferenças significativas em relação às profissionais do sexo, as quais realizam o ato sexual para sobrevivência. Diante desse objetivo diferenciado na prática da prostituição, outras diferenças podem ser notadas. O número de parceiros, no caso das profissionais do sexo, é menor (*Weatherby et al.*, 1992); além disso, são mais conscientes das DST/AIDS e insistem no uso de preservativo com seus clientes (*Edlin et al.*, 1994). O poder de negociação para que o sexo seja seguro e adequadamente pago está preservado nesse grupo, sendo ausente entre as que se prostituem por droga (*Falck et al.*, 1997), o que coloca em perigo esse segundo grupo. Ainda, entre as primeiras há um processo de socialização associado ao ato de tornarem-se prostitutas. Esse vínculo que se estabelece permite a troca de informações com as mais antigas, dessa forma técnicas de sobrevivência, como sexo seguro, escolha de parceiros etc., são repassadas. Além disso, possuem em geral pontos fixos de prostituição e algumas vezes clientes cativos, expondo-se menos ao desconhecido. Não realizam sexo na rua, possuindo local adequado para isso, sujeitam-se, desse modo, menos à violência e apresentam maior possibilidade de realização de higiene entre um programa e outro. No caso de prostituição por droga, esse vínculo não foi identificado; pelo contrário, sentem-se ameaçadas (em termos de concorrência entre si). As mulheres que se submetem à prática de sexo por droga são prostitutas neófitas, o que as colocam em risco maior em relação às outras (*Siegal et al.*, 1996).

Este trabalho mostra que essa triste realidade está presente também em duas cidades do Estado de São Paulo. Nossas observações participativas demonstram que não há ponto fixo tampouco parceiros “fixos”. Não esperam seus “clientes” passivamente como no caso das primeiras, mas buscam-nos de forma agressiva, muitas vezes forçando

a entrada em carros e ficando sujeitas à violência. A prostituição ocorre a qualquer momento, ou seja, sempre que elas sentem falta da droga e conseqüente fissura.

O poder de negociação para realização de sexo seguro ou pagamento adequado fica prejudicado, já que buscam realizar a troca de corpo por *crack*, sob fissura, ou seja, sob um desejo incontrolável pela droga, o que lhes rouba a capacidade de discernimento, avaliação de perigo etc.

Essa fragilidade a que ficam expostas, por causa do *crack*, impedindo-as de efetuar “bom” negócio, faz com que necessitem realizar muitos programas em uma rotina interminável de conseguir clientes, realizar sexo, obter droga ou dinheiro para comprá-la, fumar o *crack* e voltar para o passo inicial em busca de novo cliente.

As crenças sobre a possibilidade de contrair DST/AIDS, escolha de parceiros, uso de preservativo etc. são totalmente sem conexão com a realidade, e a pouca informação correta sobre regras de sexo seguro que possuem não é colocada em prática, seja porque estão impossibilitadas pela ação da droga, seja pela não-concordância do companheiro.

VIOLÊNCIA

Segundo a Organização Mundial de Saúde, violência é: “*O uso intencional real da força física ou poder, ou mesmo a ameaça desse uso, contra si próprio ou outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta, ou tem uma alta probabilidade de resultar em injúria, morte ou dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação*” (WHO, 2002).

Baseando-se nessa definição da OMS, identifica-se nos discursos das entrevistadas a presença constante de violência. Porém, “acostumadas” aos maus-tratos, elas não os reconhecem como violência, a não ser que haja um dano físico grave. Dessa forma é correto afirmar que o dado obtido (52%) (ver Figura 19, pág. 80) é subestimado, já que nele não se incluem os casos em que a violência não resulta em injúria física.

Esse comportamento é explicado por alguns autores como resultante da baixa auto-estima reinante entre essas mulheres, a qual as leva a sentirem-se menos valorizadas e mais fracas, aspectos que ocorrem tanto na subcultura do consumo de drogas como na sociedade em geral (Reed, 1985). Esse estigma associado ao estilo de vida de usuária de droga, somados ainda às baixas expectativas que possuem em rela-

ção às suas vidas, aumentam sentimentos e comportamentos da percepção negativa que têm de si próprias, agravando-se ainda mais a culpa e a vergonha, culminando com a omissão da denúncia de violência (Cuskey, 1982).

Outros autores identificaram em estudos semelhantes a violência física contra mulheres usuárias de *crack* que praticam a venda do corpo, como, por exemplo, He et al. (1998). Esses autores constataram que essas mulheres experienciaram uma série de violências físicas e sexuais, tendo 45% delas sofrido estupro pelo menos uma vez; 42% agressão física e 36% foram ameaçadas de violência. Os mesmos autores concluíram que experiências e ameaças de violência estão associadas com aumento de comportamento sexual de risco, já que o medo da agressão reforça ainda mais a subserviência dessas mulheres.

SEXO ORAL, CACHIMBO E TRANSMISSÃO DE HIV

Muitos pesquisadores e educadores têm caracterizado a atividade sexual oral como de menor risco em relação à contaminação por HIV, comparado a outras práticas sexuais (Ratner, 1993). Essa afirmação mostra-se inadequada no caso de usuárias de *crack* que vendem o corpo por droga, sendo oportuna uma discussão mais detalhada dos achados deste estudo que conduzem a essa conclusão diversa.

As usuárias de *crack* relatam a não-utilização de cachimbos convencionais disponíveis no mercado por serem caros ou, ainda, por não serem de fácil acesso, já que são encontrados em casas especializadas e também porque, sob fissura e fazendo programas, não dispõem de tempo para preocuparem-se com o cachimbo, utilizando qualquer material disponível para fumarem e darem continuidade ao “trabalho”. Usam, como substitutos, cachimbos improvisados que elas mesmas confeccionam, conforme descrito em Resultados. Os materiais usados não as protegem do calor necessário à sublimação do *crack*, provocando queimaduras nos lábios e região próxima. Essas queimaduras, que a princípio podem causar dor, na seqüência do uso deixam de fazê-lo pela própria ação da cocaína que é um anestésico local. Dessa forma, as usuárias de *crack* continuam a fumá-lo, piorando ainda mais as queimaduras, porém sem sentir dor. Esta só se manifesta algum tempo depois após o cessar do uso. Os relatos das usuárias descrevem essa situação, acrescentando ainda que são facilmente identificadas como usuárias de *crack*, pela polícia, em razão dessas queimaduras nos lábios e adjacências.

Além das queimaduras, algumas vezes cortam os lábios em consequência da utilização de latas (de refrigerante, cerveja etc.).

Essas injúrias nos lábios, língua e face provocadas pela forma como consomem o *crack* não é uma característica somente da usuária brasileira. Condição similar também é descrita por *Porter & Bonilla, 1993; Inciardi, 1995; Wallace et al., 1997.*

Esse problema apresenta desdobramento grave ao considerarmos que o sexo oral é uma das formas de sexo praticadas por essas mulheres e, ainda, que grande parte delas afirmou não usar preservativo nesses casos, seja porque não acreditam em transmissão viral por essa via, seja porque acham desagradável sentir o preservativo em suas bocas e, ainda, o “cliente” também não o aceita nessa modalidade de sexo. *Wallace et al. (1997)* descrevem quadro semelhante em estudo efetuado em Nova York, no qual foi evidenciada alta prevalência de sexo oral entre mulheres usuárias de *crack* que vendem o corpo para conseguir droga. Essas mulheres tinham feridas em suas bocas e lábios e relatavam uso inconsistente de preservativo na prática de sexo oral, e 21% delas eram soropositivas para HIV.

LOCAL ONDE REALIZAM O PROGRAMA

Diferentemente do que ocorre nos EUA, onde as *crack houses* são os locais preferenciais para essa prática (sexo-por-droga) (*Roos et al., 1999*), na população em estudo não se identificou um lugar específico para esse tipo de prostituição. As *crack houses* não são exatamente casas de prostituição, mas locais onde o *crack* pode ser adquirido, assim como os acessórios necessários para fumá-lo (*Inciardi, 1993*). Também nesse local, a droga pode ser utilizada e ainda o “cliente” pode dispor dos serviços sexuais de mulheres usuárias de *crack* que estão nessas casas não em busca de dinheiro, mas da droga. Normalmente são pagas com *crack* ou com uma “pipada” (fumar *crack*) (*Inciardi, 1993*). Se por um lado essa população das *crack houses* considera esses locais mais “seguros”, já que não está exposta à violência das ruas, do ponto de vista de risco em relação às DST/AIDS, este é potencialmente maior. Essas mulheres têm chance de obter muito mais parceiros e, conseqüentemente, usar mais droga, entrando em um círculo vicioso difícil de ser quebrado.

As mulheres da amostra de São Paulo e São José do Rio Preto descrevem qualquer local como “adequado” à realização do ato sexual

para a aquisição da droga. As diferenças e as peculiaridades dos locais escolhidos estão descritas em Resultados. A inexistência de um tipo de *crack house* pode, pelo menos teoricamente, restringir o número de parceiros, já que estes não estão disponíveis em um local específico, mas dependem da habilidade dessas mulheres em “caçá-los” na rua. Porém outros problemas podem ser verificados, como, por exemplo, a violência. Expostas na rua estão sujeitas a toda sorte de agressão. Mas esse não é o único problema e nem o mais sério. A impossibilidade de realizarem algum tipo de higiene entre um programa e outro, principalmente pela falta de um local apropriado, pode potencialmente permitir que o sêmen contaminado com HIV do cliente anterior ainda esteja presente na vagina dessa mulher quando da realização do próximo programa, ficando esse novo parceiro exposto a uma carga viral de HIV que, dependendo do modo como é realizado o ato sexual, poderá expô-lo a um alto risco de contrair HIV.

PROGRAMA COM USUÁRIOS DE CRACK

Parte das mulheres desta amostra relatou preferir o pagamento, dos programas realizados, com droga (*crack*). Para isso ocorrer, o “cliente” tem de ser traficante, usuário de *crack* ou ambos. Riscos devem ser considerados nessa preferência, merecendo discussão detalhada.

A cocaína sempre teve uma reputação de afrodisíaca, em razão de suas propriedades provocarem estimulação mental e desinibição, trazendo aumento do prazer sexual nos primeiros estágios de seu uso (*Smart*, 1991). Associada a essa “propriedade” são constantes os relatos de usuários(as) crônicos(as) de cocaína, em especial os(as) de *crack*, com disfunções sexuais resultantes da droga, como, por exemplo, demora em alcançar o orgasmo, necessitando estimulação sexual prolongada, inabilidade em ejacular, falta de lubrificação vaginal, impotência, diminuição do desejo etc. (*Nappo*, 1996; *Grinspoon & Bakalar*, 1976; *Weiss & Mirin*, 1987).

Alguns desses problemas dos usuários de *crack* requerem algumas estratégias sexuais especiais para que esse indivíduo possa realizar o ato sexual. Dessa forma, um tempo bem maior de penetração vaginal é necessário ou, ainda, estimulação oral ou mesmo masturbação vigorosa são técnicas utilizadas pela parceira para que o ato ocorra. A fricção com a boca ou a penetração demorada ou mesmo a masturbação mais violenta pode resultar em ruptura da pele do pênis e do

canal vaginal ou da boca, dependendo da prática utilizada, ficando ambos (homem e mulher) altamente expostos à aquisição de HIV pelo contato direto de sêmen contaminado ou sangue com a pele traumatizada. Esse risco aumenta quando levamos em conta que hoje muitos usuários de *crack*, em São Paulo, foram, pouco tempo atrás, UDI (usuários de drogas intravenosas) que mudaram a via na expectativa de segurança maior de uso, com grande chance de serem portadores de HIV (Nappo, 1996).

A fricção do pênis na vagina pode, ainda, contar com outro fator adverso, que contribui para o risco potencial de contrair HIV, ou seja, a falta de lubrificação vaginal, tornando o ato mais doloroso e capaz de produzir ferimentos.

PARTE B

METODOLOGIA

RESULTADOS

METODOLOGIA

Amostra
Instrumentos utilizados
Análise dos dados

AMOSTRA

Uma amostra aleatória de usuários de cocaína aspirada e outra de usuários de *crack* foram recrutadas na PROSAM e no PROAD. As amostras foram construídas durante oito meses e incluem os seguintes critérios:

USUÁRIOS DE COCAÍNA

Homens e mulheres usuários de cocaína, com idade superior ou igual a 14 anos, com mais de 25 vezes de uso de cocaína *na vida*, que nunca fizeram uso endovenoso de qualquer droga e que concordassem em submeter-se a teste sorológico.

USUÁRIOS DE CRACK

Homens e mulheres usuários de cocaína, com idade superior ou igual a 14 anos, com mais de 25 vezes de uso de *crack na vida*, que nunca fizeram uso endovenoso de qualquer droga e que concordassem em submeter-se a teste sorológico.

Considerou-se usuário de *crack* ou cocaína o indivíduo que fez uso da droga pelo menos 25 vezes na vida, evitando-se, assim, a entrada de usuários experimentais ou iniciantes (Siegel, 1985), fato que poderia interferir na identificação de uma “história” com a droga, sendo suas informações insuficientes e com viés de iniciante.

Ambos os grupos foram recrutados nas respectivas instituições na fase de cadastramento, ou seja, antes de iniciarem qualquer tratamento. Uma vez cumprido os critérios de inclusão, os usuários eram convidados a fazer parte da amostra, desde que concordassem em permitir a retirada de uma amostra de sangue para o teste sorológico. Estipulou-se uma amostra de 100 voluntários, selecionados seguindo a ordem de entrada na instituição. O número reduzido de mulheres que

procuram tratamento e a recusa de muitos em proceder ao teste sorológico não permitiram aumento do N, já que isso implicaria um tempo bem maior para a formação da amostra.

O N total alcançado durante o período foi de 102 voluntários ($N_{\text{cocaína}} = 42$ e $N_{\text{crack}} = 60$).

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

QUESTIONÁRIO

Com um total de 79 perguntas de múltipla escolha, contendo os seguintes temas: características sociodemográficas; história do consumo de drogas; comportamento sexual; conhecimento, comportamento de risco. O questionário foi elaborado com base nas informações obtidas por meio do estudo qualitativo.

ENTREVISTA

Feita por entrevistadores treinados na abordagem dos temas delicados (droga, sexo etc.) objeto desta pesquisa. As questões eram formuladas e as respostas eram assinaladas dentro das opções disponíveis para cada questão.

SOROLOGIA

Todos os exames foram realizados no laboratório de Sorologia do CRT- SP (Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS de São Paulo, Vila Mariana).

Após consentimento do entrevistado, foram coletados 10mL de seu sangue em tubo de vácuo, por profissional capacitado, utilizando toda a ética necessária para tal procedimento invasivo e materiais totalmente descartáveis. A retirada do sangue assim como a centrifugação deste foram feitas nas dependências do laboratório clínico do Departamento de Psicobiologia e enviados posteriormente ao CRT- SP.

HIV: para a triagem sorológica de HIV (vírus da imunodeficiência humana) foram utilizados dois testes ELISA (*Enzyme-linked immunosorbent assay*). Quando o resultado de, no mínimo, um deles fosse positivo, a amostra de sangue era submetida a um *Western-Blot* para confirmação, por ser mais específico e sensível que o ELISA para esse fim (*Ferreira e Ávila, 2001*).

Sífilis: a sorologia de sífilis para análise do contágio de *Treponema pallidum* envolveu o teste cardiopícnico do VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*), não-treponêmico, para triagem inicial. Caso o resultado da triagem fosse positivo, a amostra seria submetida ao teste treponêmico TPHA (*Treponema pallidum hemagglutination assay*) para confirmação da presença de anticorpos por hemaglutinação. Na amostra não houve necessidade de aplicação do TPHA, visto que nenhum VDRL foi reagente (Farnes, 1990).

Hepatite B: todas as amostras sofreram ensaios imunoenzimáticos para detecção de HBsAg e anti-HBc total, para verificação de contato recente, tardio ou inexistente com o HBV. Se ambos os testes fossem negativos, excluía-se a possibilidade de contágio por HBV ou contato prévio com o vírus. Já no caso de um ou ambos os marcadores serem reagentes, testes positivos, foram testados outros antígenos e anticorpos, como anti-HBs, anti-HBc IgM, anti-Hbe e HbeAg, conforme necessidade específica. De acordo com os resultados positivos obtidos e subsequentes testes do fluxograma previamente determinado, a amostra pôde ser classificada como reflexo de hepatite B pregressa (imune); hepatite B aguda na fase inicial, aguda na fase tardia ou hepatite B crônica. Além da possibilidade de revelar vacinação prévia ou período de janela imunológica (Ferreira e Ávila, 2001).

Hepatite C: foi realizado apenas o ELISA (*Enzyme-linked immunosorbent assay*) para detecção do anti-HCV. O resultado era apresentado como “reagente”, “não-reagente” ou “indeterminado”, de acordo com o valor de *cut off* estabelecido pelo laboratório (Conry-Cantilena, 1997).

Entrega dos resultados: após a análise sorológica da amostra de sangue, os entrevistados retornaram ao local da entrevista para retirada dos resultados, de forma a receber aconselhamento geral sobre o comportamento sexual de risco e aconselhamentos específicos e individuais nos casos de diagnóstico positivo para alguma das DST testadas. O aconselhamento geral buscou enfatizar que um resultado negativo para uma ou todas as DST testadas não significava “não estar infectado” ou possuir imunidade ao antígeno, poderia apenas refletir infecção recente e possibilidade de janela imunológica, com necessidade de retestagem, nos casos de risco, após três meses. Enfatizou-se a necessidade do uso de preservativos em TODAS as relações sexuais, independentemente do resultado dos exames.

Os casos positivos de hepatite foram encaminhados para tratamento gratuito no Departamento de Gastroenterologia da UNIFESP. Caso de sorologia positiva para HIV foi encaminhado para tratamento no CRT, unidade Vila Mariana.

ANÁLISE DOS DADOS

As respostas dos questionários foram tabuladas de acordo com sua frequência de ocorrência, levando-se em consideração o sexo do entrevistado e a principal droga de abuso (grupo *crack*-GK ou grupo cocaína-GC). O sistema escolhido para processamento dos dados foi o programa *Estatística*. O teste não-paramétrico Qui-Quadrado (X^2) foi empregado para análise inferencial dos dados, e sua escolha foi justificada, principalmente, pelo nível de mensuração das variáveis de interesse, ou seja, nominal e qualitativa e, ainda, pelo fato de a amostra total ter sido desmembrada em 4 subamostras independentes, construídas segundo sexo e droga de abuso. A rejeição da hipótese de nulidade (isto é, hipótese a favor da igualdade entre os grupos) respeitou o nível de significância equivalente a 5%, ou seja, a diferença estatística entre os grupos foi admitida para valores de p inferiores a 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Dados sociodemográficos
História de uso de drogas
Comportamento sexual
Conhecimento, comportamento
de risco e AIDS
Sorologia

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Conforme mostra a tabela 1 o perfil sociodemográfico é muito semelhante entre os dois grupos, o qual se constitui predominantemente de usuários brancos com menos de 30 anos, com escolaridade concentrada no ensino médio e pertencentes às classes sociais mais baixas, em especial à classe C.

TABELA 1 – Perfil sociodemográfico dos entrevistados.

PARÂMETROS	CRACK (N = 60)	COCAÍNA (N = 42)
Idade		
≤ 20	33%	37%
21 – 30	42%	41%
31 – 40	20%	12%
> 40	5%	10%
Escolaridade		
Ensino fundamental	30%	33%
Ensino médio	63%	59%
Nível superior	3%	8%
Classe social		
A	5%	5%
B	17%	24%
C	43%	52%
D	30%	12%
E	5%	7%
Sexo		
Mulheres	51%	21%
Homens	49%	79%
Cor da pele		
Branca	58%	66%
Negra	11%	22%
Parda	28%	0%
Amarela	3%	2%

HISTÓRIA DE USO DE DROGAS

Pelos dados expostos na tabela 2, pode ser concluído que os entrevistados não se diferenciaram em relação às drogas utilizadas ao longo da vida. Álcool, tabaco, maconha, inalantes foram as mais citadas.

TABELA 2 – Drogas mais utilizadas pelos entrevistados ao longo da vida antes da droga principal (*crack* ou cocaína).

Drogas consumidas pelos usuários				
	CRACK		COCAÍNA	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Maconha	80%	84%	87%	90%
Álcool	77%	92%	100%	100%
Inalantes	11%	8%	9%	10%
Tabaco	77%	90%	65%	90%

A idade de início de consumo de drogas também não diferenciou entre os grupos nem entre os sexos, havendo prevalência entre 13 e 15 anos (Figura 20). Esse resultado não difere de outros estudos (*Sanchez e Nappo, 2002; Galduróz et al., 1999*) realizados em São Paulo, onde a idade média de início de uso de drogas fica próxima a essa faixa etária.

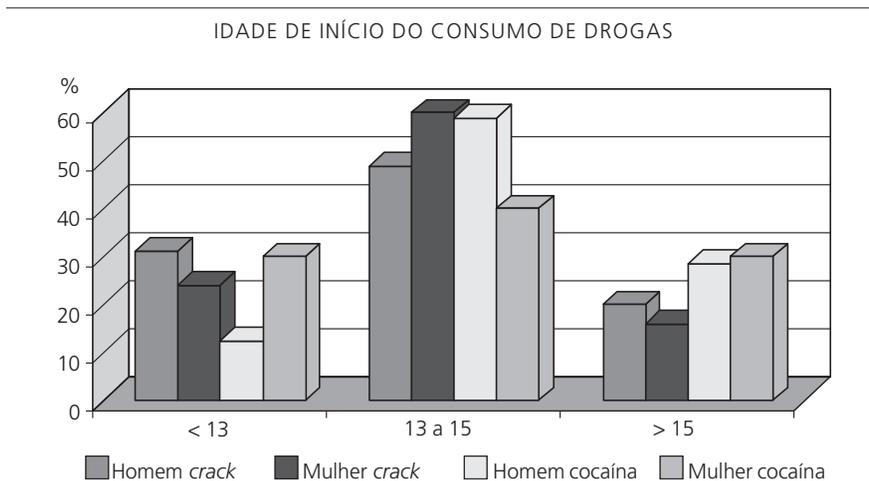


FIGURA 20 – Idade de início de consumo de drogas.

Quando analisada a forma de obtenção da droga, a proporção de usuários de *crack* (GK) que o ganharam é estatisticamente superior ($p = 0,01$) à encontrada entre os usuários de cocaína (GC). Quando considerado o gênero do usuário, observa-se uma diferença entre homens e mulheres (Figura 21). Enquanto 90% das mulheres ganharam a droga de um “amigo” na primeira vez, apenas 69% dos homens obtiveram-na dessa mesma maneira ($p = 0,05$). Essa estratégia utilizada especialmente com mulheres, isto é, “receber a droga de alguém”, foi discutida na parte qualitativa da pesquisa, em que se identificou ser uma tática “eficiente”. O fato de a droga rapidamente provocar dependência e, ainda, de a mulher ser vista pelo traficante como boa “pagadora” (utiliza a prostituição como meio de obter a droga), parece ser vantajoso introduzi-la no consumo de *crack*.

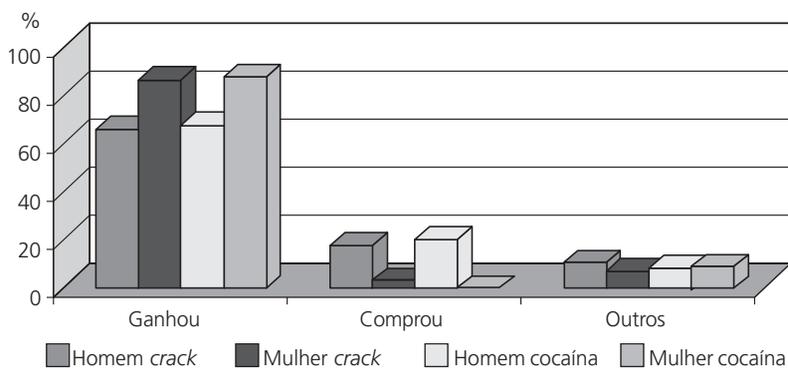


FIGURA 21 – Forma de obtenção da droga na primeira vez de uso.

COMPORTAMENTO SEXUAL

Levando em conta o início da vida sexual, os homens, independentemente do grupo, a iniciaram mais precocemente ($OR = 4,5$; $p < 0,01$). Essa iniciação sexual deu-se freqüentemente entre os 12 e 15 anos de idade em ambos os grupos considerados (Figura 22).

Quando se considera o uso de preservativo na “primeira relação sexual” ou se essa primeira vez foi decorrente de uma relação não consentida, não se verifica diferença entre os grupos. Porém, mesmo na ausência de diferenças, é importante ressaltar que a grande maioria dos entrevistados (70%) caracterizou-se por falta de autocuidado nessa primeira vez, não adotando o uso de preservativo. Situação já identi-

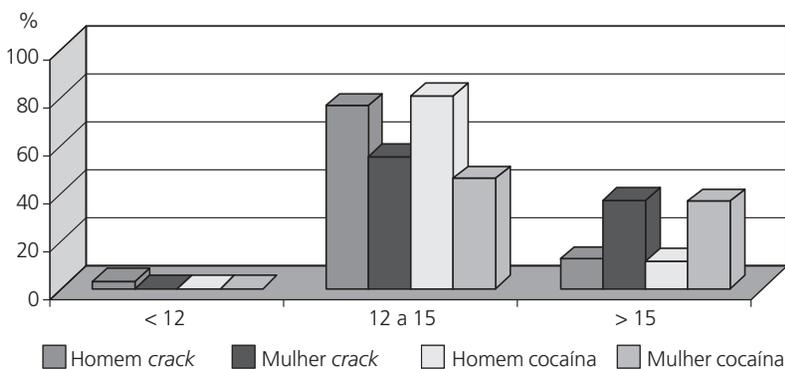


FIGURA 22 – Idade do início da vida sexual.

ficada anteriormente na amostra de mulheres com as quais se fez o estudo qualitativo. Essa ausência de cuidado com o próprio corpo, negligenciando o uso de preservativo nessa primeira vez, no estudo anterior demonstrou estar associada à desinformação e ao amor, pois trata-se de fatores que diminuem a exigência em relação ao parceiro.

Quando considerado o número de parceiros sexuais por ano, não se verificou diferença significativa entre os grupos e tampouco entre os gêneros (Figura 23). Porém, dentro do grupo GK, homens e mulheres foram diferentes quanto à essa variável. Nesse grupo, a grande maioria dos homens (90%) manteve relações com até 10 parceiras ao longo do ano, porém 68% das mulheres tiveram essa mesma frequência, mas o restante delas (32%) manteve relações sexuais ao longo do ano com mais de 10 parceiros ($p = 0,05$). Além disso, enquanto os homens mantêm relacionamento sexual, no ano, com no máximo 20 parceiras, esse número é duplicado quando consideramos as mulheres.

Esse número maior de parceiros mantido pelas mulheres não só reflete uma tendência a comportamento de risco, mas sobretudo reforça a possibilidade de estas estarem envolvidas na prática de venda do corpo por droga.

Quando se considera o número de parceiros sexuais no último mês, novamente não se identificou diferenças entre os grupos e tampouco quanto ao gênero (Figura 24). Porém, dentro do grupo GK, verifica-se que, enquanto cerca de 26% dos homens usuários de *crack* não mantiveram nenhuma relação sexual nesse período, apenas 4% das mulheres tiveram esse mesmo comportamento ($p = 0,05$). Um número maior de parceiros revelado pelas mulheres endossa o comportamento identificado no estudo anterior.

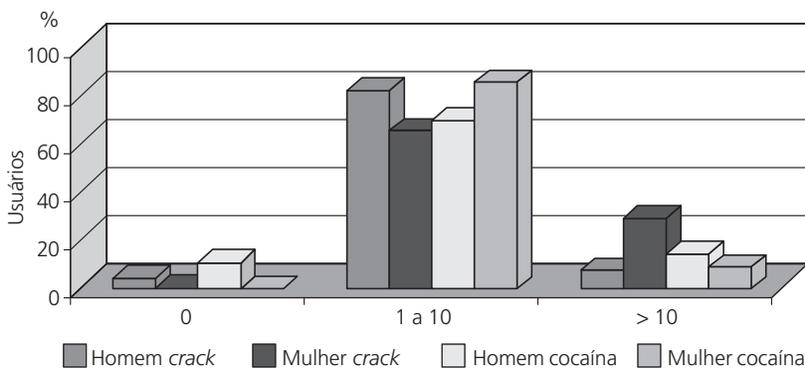


FIGURA 23 – Número de parceiros no último ano.

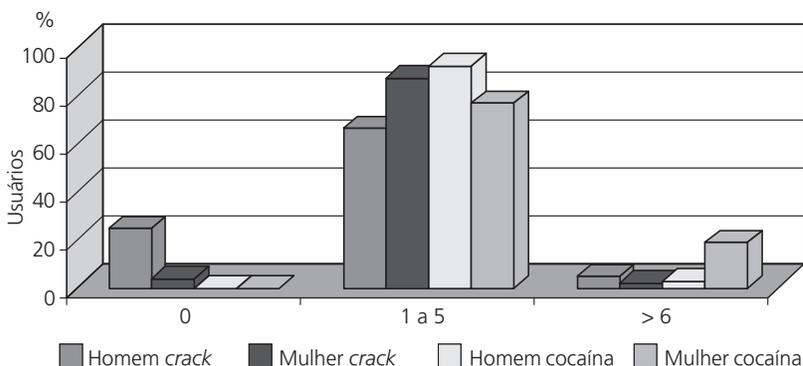


FIGURA 24 – Número de parceiros no último mês.

Frete à diferença de comportamento sexual entre homens e mulheres do grupo GK, refletida pelo número de parceiros no último mês e ano, investigou-se a presença da libido entre os gêneros e grupos. Embora nenhuma diferença tenha sido detectada de acordo com o gênero do usuário, verificou-se que o tipo de droga consumida atuou de forma distinta sobre essa variável, ou seja, os usuários que *não* tiveram diminuição da libido foram os consumidores de cocaína (OR = 10,3; $p < 0,001$). Dentro do grupo GK, cerca de 72% das mulheres e 66% dos homens relataram essa diminuição (Figura 25). Esse dado demonstra que o consumo de *crack* interfere na libido do usuário, independentemente do sexo. Esse resultado já foi confirmado na literatura por vários autores que enumeram uma série de problemas sexuais causados pelo *crack* (Siegel, 1982; MacDonald *et al.*, 1988; Das, 1994).

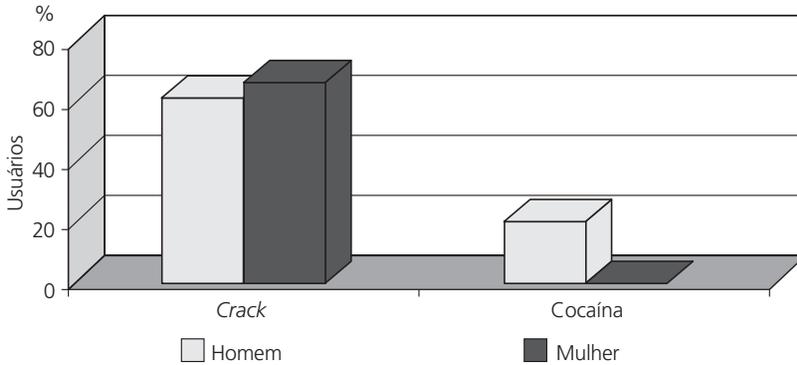


FIGURA 25 – Diminuição da libido.

Miller et al. (1989) fazem a seguinte descrição: A libido é deprimida e a performance sexual é prejudicada, com o surgimento de impotência nos homens e falta total de orgasmo nas mulheres. Homens têm dificuldade com ereção e ejaculação, enquanto as mulheres são sexualmente não-responsivas.

Esse dado adquire maior relevância, pois mostra que as mulheres, mesmo com a libido diminuída, apresentam número maior de relações (no mês e no ano) que os homens. Esse dado sugere a possibilidade da existência de prostituição entre mulheres usuárias de *crack*.

CONHECIMENTO, COMPORTAMENTO DE RISCO E AIDS

Analisando este item e comparando suas respostas entre os dois grupos –GK e GC– encontra-se o seguinte quadro:

Pode-se concluir que independentemente do grupo e do sexo, todos afirmaram ter conhecimento da existência de HIV/AIDS (Figura 26), porém quando questionados sobre a adoção de cuidados para não contrair esse vírus, como, por exemplo, o uso de preservativo, a seguinte situação foi identificada, conforme pode ser visto na Figura 27.

Verifica-se uma tendência entre os homens (71% no GK e 87% no CG) em adotar medidas preventivas contra o contágio de HIV, mais frequentemente que as mulheres (56% no GK e 60% no GC) (Figura 27). Essa diferença foi significativa entre os usuários de cocaína ($p < 0,05$).

Esse dado merece uma reflexão diante de situação tão paradoxal, ou seja, a informação é absorvida (todos sabem de HIV), porém não é

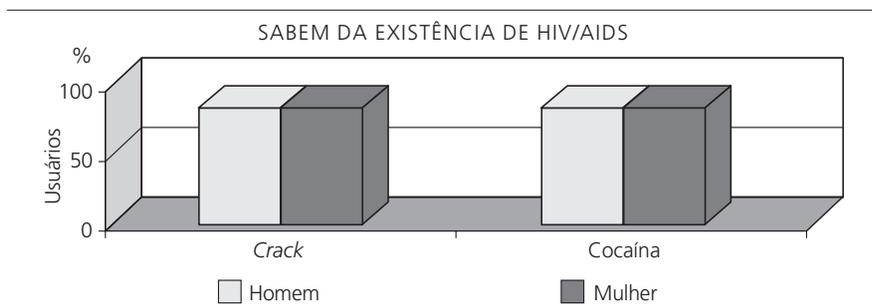


FIGURA 26 – Frequência de homens e mulheres nos grupos GK e GC que sabem da existência de HIV.

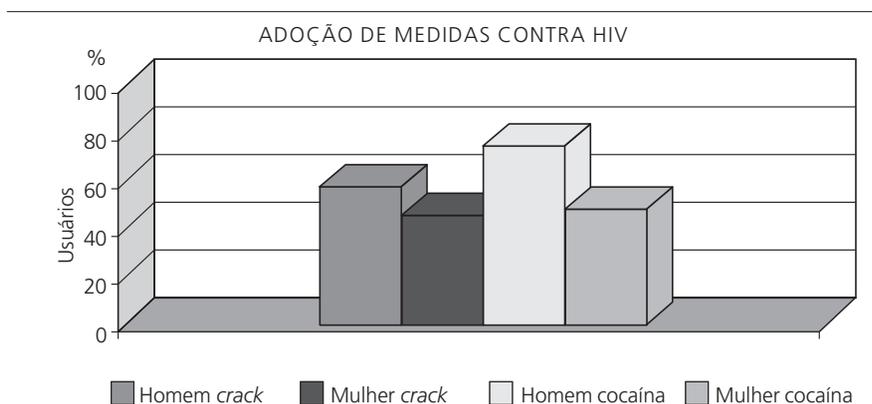


FIGURA 27 – Porcentagem de homens e mulheres nos grupos GK e GC que adotam alguma medida para evitar o contágio por HIV.

colocada em prática (a maioria não adota medidas de prevenção contra o contágio). Esse descompasso reforça o comportamento sexual de risco descrito no estudo anterior (Parte A).

Newcomb et al. (1987) revelam que com o passar do tempo instala-se no usuário compulsivo de cocaína, em especial o de *crack*, um total desleixo, e os cuidados mínimos de higiene deixam de existir.

Das (1994) comenta que a busca da euforia produzida pelo *crack* se torna tão dominante que sexo, nutrição, segurança, sobrevivência, cuidados básicos com a saúde e higiene, dinheiro etc. tornam-se imateriais.

Esse desapego à vida e o forte envolvimento com a droga explicam essa situação inusitada entre a teoria e a prática, que, como descrito no estudo anterior (Parte A), passa a ter dimensões preocupantes quando se trata de mulheres.

Contudo, independentemente do grupo, 80% das mulheres já se submeteram a teste de HIV, contra cerca de 54% dos homens (estatisticamente significativa $p < 0,05$), sugerindo um comportamento sexual de risco mais freqüente entre as mulheres que entre os homens, hipótese corroborada pela porcentagem maior de mulheres que realiza teste de HIV (Figura 28).

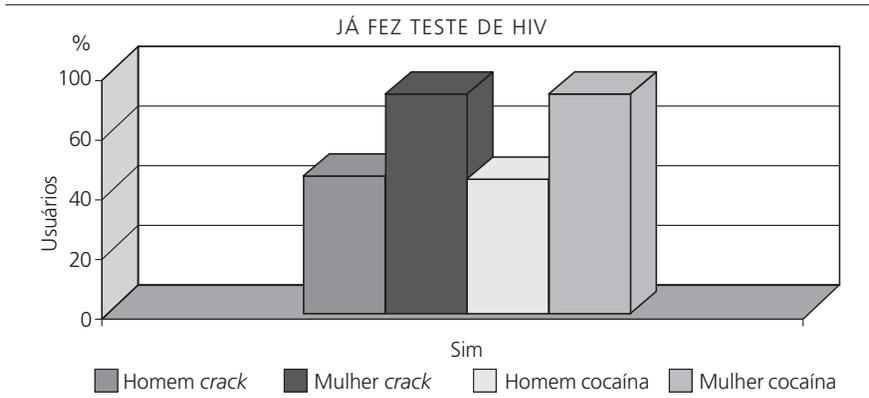


FIGURA 28 – Homens e mulheres nos grupos GK e GC que já fizeram teste para HIV.

Quando a amostra foi colocada diante de uma situação hipotética de risco – *Na ausência de preservativo e a possibilidade de transar com um estranho, o que faria?* –, as mulheres do GK revelaram um comportamento diferente das mulheres do GC (Figura 29). Enquanto

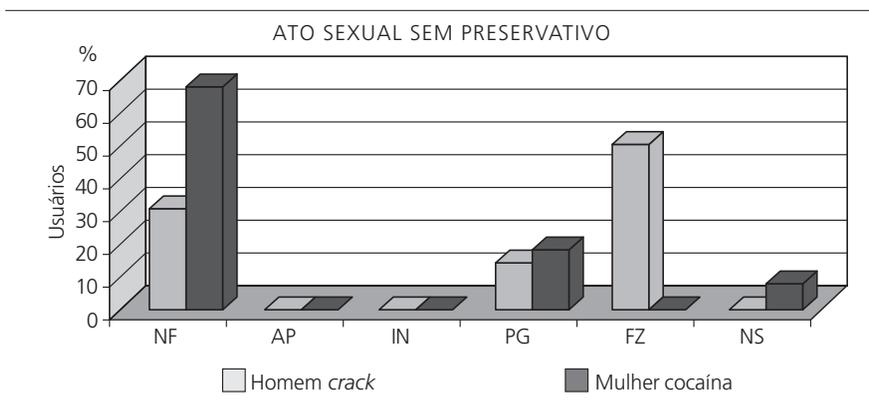


FIGURA 29 – Diante de um parceiro desconhecido, aspectos levados em consideração pelas mulheres de ambos os grupos na possibilidade de realizarem sexo sem preservativo.

70% das usuárias de cocaína revelaram desistir do ato sexual na falta de preservativo (NF), a mesma atitude foi relatada apenas por 32% das usuárias de *crack* ($p = 0,05$), e a maioria (52%), diante das alternativas da pergunta [*perguntaria ao parceiro se era portador de HIV (PG); consideraria se tivesse uma boa aparência (AP); consideraria se a pessoa era conhecida de alguém (IN); não faria nada, transaria de qualquer forma (FZ); não sabe (NS)*], afirmaram não fazer nada, realizando o ato sexual mesmo em condições de risco.

Esse comportamento sugere a possibilidade de venda do corpo por droga, quando, como identificado no estudo qualitativo (Parte A), o uso de preservativo na maioria das vezes é dispensado.

Foram questionados como avaliariam seu próprio risco de contrair HIV, considerando seu comportamento sexual. Foram dadas como alternativas as seguintes opções: *não sei; não tem risco; risco moderado; risco considerável; risco extremo* (Figura 30). Embora não tenha sido verificada diferença entre os gêneros quanto a essa variável, a probabilidade de o risco avaliado ser “moderado” ou inexistente era maior entre os usuários de cocaína (OR = 6,7; $p < 0,001$). Quando foram realizadas comparações intergrupos, observou-se uma tendência de risco maior entre as usuárias de *crack* ($p = 0,07$). A maioria (60%) das usuárias de cocaína afirmou *não ter risco*, enquanto apenas 28% das usuárias de *crack* revelaram esse mesmo comportamento.

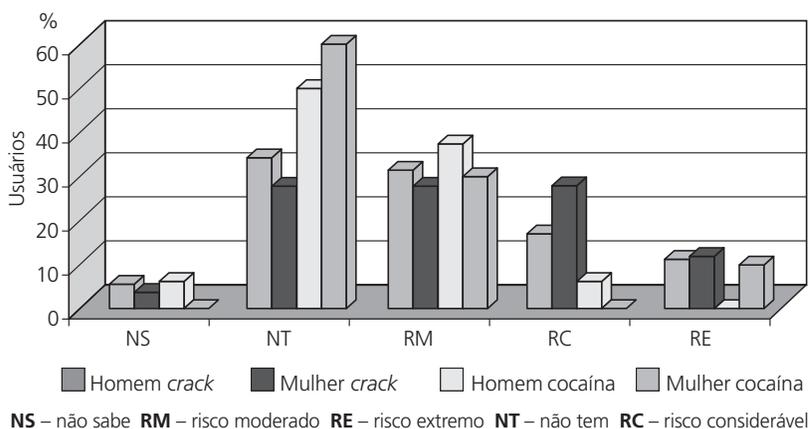


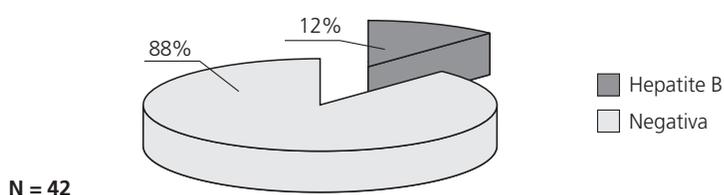
FIGURA 30 – Opinião dos usuários de *crack* e cocaína a respeito de si próprios em relação à possibilidade de contágio do HIV.

Essa percepção de risco maior entre as usuárias de *crack* sugere igualmente um comportamento maior de risco, o que se confirmou com o estudo qualitativo.

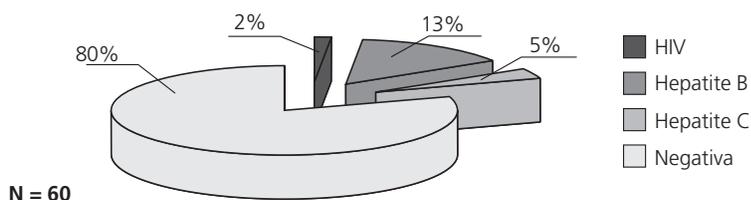
SOROLOGIA

Considerando não se tratar de amostra intencional (ou seja, não é uma amostra constituída somente de usuárias de *crack* com comportamento de risco) e sim de amostra aleatória, com um N formado a partir de dois centros de tratamento e, ainda, com um número significativo de homens (fenômeno da venda do corpo por droga é predominante entre mulheres), não se esperaria encontrar alta prevalência de soropositividade em quaisquer dos grupos, mesmo assim 20% da amostra de usuários de *crack* estavam infectados, contra 12% do grupo usuário de cocaína.

SOROLOGIA DA AMOSTRA DE USUÁRIOS DE COCAÍNA



SOROLOGIA DA AMOSTRA DE USUÁRIOS DE CRACK



Porém o comportamento de risco detalhadamente descrito no estudo qualitativo, e identificado no estudo quantitativo, leva-nos a inferir que, entre a população de mulheres usuárias de *crack* que se prostituem por droga, essa soropositividade pode ser alta, podendo alcançar os patamares encontrados por *Ross et al.* (1999). Esses autores, em pesquisa realizada em Houston com usuárias de *crack* com comportamento sexual de risco, encontraram entre as entrevistadas taxas altas de infecção por DST: 11,3% positivos para HIV; 14,9% para sífilis e 53,3% para hepatite B.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O usuário identificado no início do consumo de *crack* em São Paulo (1994), como homem e jovem, sofreu modificações com a entrada de mulheres que também passaram a eleger o *crack* como droga preferencial. Estas criaram uma cultura diferenciada de uso em relação aos homens, praticando a prostituição como meio de obtenção da droga.
- A prática de sexo inseguro faz das mulheres usuárias de *crack* um grupo importante de risco em relação às DST/AIDS.
- O fenômeno é recente, sem visibilidade, característico de mulheres usuárias de *crack*.
- A condição de serem mulheres, usuárias de droga, *crack*, prostitutas, dificulta o acesso e a busca de ajuda por parte delas.
- O risco em relação às DST/AIDS é alto, porém não ocorre devido ao uso de *crack*, mas está associado a comportamento sexual de alto risco (Wolfe et al., 1990).
- São incentivadas a se prostituírem, principalmente pelo traficante, que, após essa opção de venda do corpo por droga, consideram-na “boa pagadora”.
- O problema tem desdobramento, pois essas mulheres geram prole indesejável.
- O cachimbo inadequado que utilizam pode contribuir para esse comportamento de risco.
- Ações que possam amenizar esse quadro são possíveis e necessárias. Porém, o enfrentamento do problema pode ser dificultado por preconceitos, como a afirmação de que o fenômeno sexo-por-*crack* surge por falha moral, julgamento pobre, socialização inadequada ou depravação dos participantes. Esse argumento clássico que localiza a causa de um problema social nos defeitos imputados àqueles que são afetados por tal problema, embora mais fácil e, porque não dizer, mais cômodo para nossa compreensão, sistematicamente ignora as forças sociais que podem contribuir para sua existência (Rartner, 1993).

BIBLIOGRAFIA

- Balshem, M. et al. Syphilis, sex and crack cocaine: images of risk and morality. *Social Sciences and Medicine*, 35(2): 147-160, 1992.
- Baseman, J.; Ross M.; Willians M. Sale of Sex for Drugs and Drugs for Sex: An Economic Context of Sexual Risk Behavior for STDs. *Journal of American Sexually Transmitted Diseases Association*, 26(8): 444-449, 1999.
- Biernacki, P.; Waldorf, D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods and Research*, 10: 141-163, 1981.
- Bourgois, P.; Dunlap, E. Exorcising Sex-for-Crack: An Ethnographic Perspective from Horlem, 97-132 pp., 1992. In: Ratner, S.R. Crack Pipe as Pimp. *An Ethnographic Investigation of Sex-for-Crack Exchanges*. New York: Lexington Books ed., 1993. 248 p.
- Boyle, K.; Anglin, M.D. "To The Curb" Sex Bartering and Drug Use Among Homeless Cack User in Los Angeles, 158-185 pp., 1992. In: Ratner, S.R. *Crack Pipe as Pimpe. An Ethnographic Investigation of Sex-for-Crack Exchanges*. New York: Lexington Books ed., 1993. 248 p.
- Carlson, R.G. & Siegal, H.A. The crack life: An ethnographic overview of crack use and sexual behavior among African-Americans in a Midwest Metropolitan City. *J. Psychoactive Drugs*, 33(1): 11-20, 1991.
- Creswell J.W. *Qualitative Inquiry and Research Design – Choosing among five traditions*. USA: Sage Publications, 1998.
- Cuskey, W.R. Female Addiction: A Review of The Literature: *Journal of Addiction and Health*, 3: 3-33, 1982.
- Das, G. Cocaine abuse and reproduction. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 32: 7-11, 1994.
- Diaz, A.; Barruti, M.; Doncel, C. *The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona*. Barcelona: Laboratory de Sociologia, ICESB, 1992. pp. 1-361.

- Du Pont, R.L. *Crack-cocaine: a challenge for prevention*. OSAP prevention monography. US Department of Health and Human Services, 1991. 71 p. (publicação ADM/91-1806).
- Edlin, B.R. et al. Intersecting epidemics crack cocaine and HIV infection among innercity young adults. *New England Journal of Medicine*, 317: 1422-1427, 1994.
- Falck, R.S. et al. Factors influencing condom use among heterosexual users of injection drugs and crack cocaine. *Sexually Transmitted Diseases*, 24(4): 204-210, 1997.
- Fasoli, F. Current Knowledge in pharmacology of cocaine, its mechanism of action, and its interaction with other drugs. In: *Factors of cocaine abuse and harms*. Rome: WHO/UNICRI, 1995. 204 p.
- Feldman, H.W. et al. Street Status and The Sex-for-Crack Scene in San Francisco, 132-158 pp., 1993. In: Ratner, S.R. *Crack Pipe as Pimpe. An Ethnographic Investigation of Sex-for-Crack Exchanges*. New York: Lexington Books ed., 1993. 248 p.
- French, J.F. Pipe Dreams: Crack and the Life in Philadelphia and Newark, 204-232 pp., 1993. In: Ratner, S.R. *Crack Pipe as Pimpe. An Ethnographic Investigation of Sex-for-Crack Exchanges*. New York: Lexington Books ed., 1993. 248 p.
- Galduróz, J.C.F.; Noto, A.R.; Napo, S.A.; Carlini, E.A. *I Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas. Parte A*. São Paulo: CEBRID-UNIFESP, 1999. 193 p.
- Grinspoon, L.; Bakalar, J.B. Coca and Cocaine: an historical review. *Journal of Ethnopharmacology*, 3: 149-159, 1981.
- Halikas, J.A. et al. Cocaine reduction in unmotivated crack users using carbamazepine versus placebo in a short-term, double-blind crossover design. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 50: 81-95, 1991.
- Henriques, F. *Prostitution and Society: Primitive, Classical and Oriental*. New York: Grove Press, 1962 (citado em Inciardi and Surrat, 33(4), 2001).
- Henriques, F. Prostitution in Europe and the Americas (citado em Inciardi and Surrat, 33(4), 2001).
- Hutchinson, J. Crack. *Nursing Times*, 87: 36-37, 1991.
- Inciardi J.A. Kingrats, chicken heads, slow necks, freaks, and blood suckers: a glimpse at the Miami sex-for-crack market. In: Ratner, M.S. *Crack Pipe As Pimp*. New York: Lexington Books, 1993. pp. 55-56.

- Inciardi, J.A. Crack, Crack House Sex, and HIV Risk. *Archives of Sexual Behavior*, 24(3): 249-269, 1995.
- Inciardi, J.A. Crack cocaine in the Americas, 63-75 pp. In: Monteiro M.G.; Inciardi J.A. *Brazil-United States Binational Research*. São Paulo: CEBRID, 1993.
- Inciardi, J.A.; Surrat, H.L. Drug Use, Street Crime, and Sex-Trading Among Cocaine-Dependent Women: Implication for public Health and Criminal Justice policy. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(4): 379-389, 2001.
- Kandall, S.R. *Substance and Shadow: Women and Addiction in the United States*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1996 (citado em Inciardi and Surrat, 33(4), 2001).
- Koester, S.; Schwartz, J. Crack, Gangs, Sex, and Powerlessness: A View from Denver, 187-203 pp., 1992. In: Ratner, S.R. *Crack Pipe as Pimppe. An Ethnographic Investigation of Sex-for-Crack Exchanges*. New York: Lexitngton Books ed., 1993. 248 p.
- Kosten, T.A. et al. Gender differences in cocaine use and treatment response. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 10: 63-66, 1993.
- Logan, T.K.; Leukefeld, C. Sexual and drug use behaviors among female crack users: a multi-site sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 58: 237-245, 2000.
- MacDonald et al. Heavy cocaine use and sexual behaviour. *The Journal of Drug Issues*, 18: 437-455, 1988.
- Manschreck, T.C. et al. Characteristics of freebase cocaine psychosys. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 61: 115-122, 1988.
- Miller, N.S.; Gold, M.S.; Millman, R.B. Cocaine: general characteristics, abuse and addiction. *New York States Journal of Medicine*, 29: 390-395, 1989.
- Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Alnasca, 1993. 269 p.
- Ministério da Justiça. *Ocorrência de Estupro nas Capitais dos Estados e no Distrito Federal* <http://www.home> indicadores de estupros. Htm, 2002.
- Nappo, S.A. *Baqueros e Craqueros. Um estudo etnográfico sobre o consumo de cocaína na cidade de São Paulo*. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM) para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo, 1996. 300 p.
- Nappo, S.A.; Galduróz, J.C.; Noto, A.R. Crack use in São Paulo. *Substance Use & Misuse*, 31(5): 565-579, 1996.

- Newcomb, M.D. et al. Cocaine use and psychopathology: associations among young adults. *The International Journal of the Addictions*, **22**: 1167-118, 1987.
- Ouellet, L. J. et al. *Crack Cocaine and the Transformation of Prostitution in Three Chicago Neighborhoods*, 67-95 pp., 1993. In: Ratner, S.R. *Crack Pipe as Pimpe. An Ethnographic Investigation of Sex-for-Crack Exchanges*. New York: Lexington Books ed., 1993. 248 p.
- Patton, M.Q. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. London: Sage Publications, 1990. 531 p.
- Pollack, M.H.; Brotman A.W.; Rosenbaum, J.F. Cocaine abuse and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, **30**: 31-44, 1989.
- Porter, J. Crack Users' Cracked Lips: An Addiction HIV Risk factor. *American Journal of Public Health*, **83**(10): 1490-1491, 1993.
- Ratner, S.R. *Crack Pipe as Pimpe. An Ethnographic Investigation of Sex-for-Crack Exchanges*. New York: Lexington Books ed., 1993. 248 p.
- Reed, B.G. Drug Misuse and Dependency in Women: The Meaning and Implications of Being Considered a Special Population or Minority Group: *The International Journal of the Addictions*, **20**: 13-62, 1985.
- Ross, M.W. et al. Sexual behavior, STDs and crack cocaine use in a crack house population. *Int J STD AIDS*, **10**: 224-30, 1999.
- Sanger, W.W. *The History of Prostitution: Its Extend, Causes and Effects Throughout the World*. Medical Publishing Comany, New York, 1899. (citado em Inciardi and Surrat, **33**(4), 2001).
- Siegal, H.A. et al. History of sexually transmitted diseases infection, drug-sex behavior, and the use of condoms among midwestern users of injection drugs and crack cocaine. *Sexually Transmitted Diseases*, **23**(4): 277-282, 1996.
- Siegal, R.K. New patterns of cocaine use: changing doses and routes. In: Kozel, N. and Adams, E.H. eds. *Cocaine use in America: epidemiologic and clinical perspective*. Rockville: NIDA, 1985.
- Siegel, R.K. Cocaine and sexual dysfunction. *Journal of Psychoactive Drugs*, **14**: 71-74, 1982.
- Schawartz, R.H.; Luxenberg, M.G.; Hoffmann, N.G. Crack use by American middle-class adolescent polidrug abusers. *The Journal of Pediatrics*, **1**: 150-155, 1991.
- Smart, R.G. Crack cocaine use: a review of prevalence and adverse effects. *American Journal of Alcohol and Drug Abuse*, **17**: 13-26, 1991.

- Wealtherby, N.I. et al. Crack cocaine use and sexual activity in Miami, Florida. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24: 373-380, 1992.
- W.H.O. World Health Organization. *Adverse health consequences of cocaine abuse*. Geneva: Ed. A. Arif, 1994. 1-40 pp.
- W.H.O. World Health Organization. *Qualitative Research for Health Programmes*. Geneva: Division of Mental Health, 1994. 102 p.
- W.H.O. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneva, 2002. 346 p.
- Whyte, W.F. *Street corner society*. University of Chicago Press, Chicago, USA, 1943 (citado por Diaz et al., 1992).
- Wolfe et al. Crack use and related risk factors in IVDU's in San Francisco. Poster session presented at the VI International Conference on AIDS, San Francisco, June, 20-24, 1990.

