

# Modelos de Promoção da saúde num projecto de apoio a prostitutas/os

Raquel Magalhães [EB1//I Ermida, Agrupamento de Escolas de Santo Tirso]  
Maria João Silva [Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto]  
Graça S. Carvalho [Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho]

## INTRODUÇÃO

O presente artigo surge como resumo de uma investigação, desenvolvida entre 2004 e 2006, fruto do interesse em conhecer e aprofundar o trabalho de promoção social e da saúde desenvolvido num contexto específico e enquadrado num projecto de apoio a prostitutas/os de rua, o Espaço Pessoa (EP) da cidade do Porto.

O centro EP nasce, integrado no programa Contrato Cidade, celebrado entre o Governo e a Câmara Municipal do Porto, em 27 de Novembro de 1996, tendo como principal objectivo garantir a segurança urbana. O projecto EP é o resultado da acção da Associação para o Planeamento da Família (APF) no contexto de um dos quatro projectos de apoio a populações em risco (informação fornecida pelo coordenador do EP).

Inseridos neste projecto do EP existem dois sub projectos que contribuem para o mesmo objectivo: uma comunidade de inserção e as equipas de rua. Em 1996, foi realizado um trabalho de campo e um estudo exploratório, tendo o centro aberto as portas em 1997. Enquanto objectivos de intervenção e segundo relatórios anuais do centro, o EP pretende:

- intervir na promoção da qualidade de vida das pessoas que se prostituem;
- contribuir para a redução das situações de risco relacionadas com a prática prostitucional (IST);
- promover a sua (re) inserção social, intervindo paralelamente no espaço físico da Instituição (Centro/Comunidade de Inserção) e no terreno, através do Trabalho de Rua (Equipas de Rua).
- promover o reconhecimento do Centro como um recurso de suporte e de convívio para a população;
- promover o trabalho em rede com as outras institui-

ções, dando a conhecer os diferentes recursos sociais existentes e aprofundando relações de ajuda nos locais de prostituição.

O presente estudo empírico centrara-se na perspectiva de compreender os processos do fenómeno particular deste contexto do EP, analisando e interpretando as interacções que se estabelecem entre técnicos/as, enquanto promotores/as de saúde e sociais e utentes, no que diz respeito, não só a questões de promoção da saúde, mas também de interacção pessoal, destacando-se os seguintes objectivos:

- 1 - Identificar as perspectivas de técnicos e utentes do EP sobre as interacções estabelecidas entre uns e outros;
- 2 - Identificar as noções de saúde, comportamentos de risco e preventivos, perspectivados por técnicos e utentes;
- 3 - Identificar em que modelos se situam as abordagens de promoção da saúde, utilizados na instituição de apoio a prostitutas/os;
- 4 - Reconhecer possíveis dificuldades de acções promotoras de saúde no contexto específico.

A análise das perspectivas de saúde e dos comportamentos de risco e/ou preventivos assumidos pelos/as utentes, sobretudo ao nível da saúde sexual, puderam permitir-nos identificar e perspectivar em que modelos se integram as abordagens de promoção da saúde utilizadas.

Fizeram parte das nossas intenções neste estudo: (i) o reconhecimento dos meios e recursos físicos, humanos e técnicos que a instituição dispõe para concretizar os objectivos a que se propõe, (ii) as dificuldades com que

se deparam os/as técnicos/as no que se refere a recursos, sobretudo nas interacções com os/as utentes e, ainda, (iii) a análise das perspectivas dos/as utentes<sup>1</sup> e técnicos/as<sup>2</sup> sobre o(s) uso(s) que as utentes fazem da informação/formação recebida da instituição.

Foi também nosso propósito identificar algumas características de vida pessoal das utentes inquiridas, no que se reporta a antecedentes familiares e situação familiar actual, a fim de melhor caracterizar e compreender as atitudes tomadas pelas inquiridas.

Enquanto docentes e investigadores, importa-nos conhecer não só a realidade específica em estudo, mas também o contexto que a envolve e condiciona, por forma a poder vir a contribuir para uma melhoria destes serviços de apoio à comunidade bem como podermos aplicar na docência e investigação futuras.

#### ABORDAGENS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo Ewles e Simnett (1999) podem-se distinguir cinco tipos de abordagens de Promoção da Saúde, consoante o objectivo que se pretende: a Médica, a de Alteração de Comportamentos, a Educacional, a Centrada no Utente e a de Alteração Social.

Assim, a abordagem **Médica**, tem por objectivo terminar com as doenças e deficiências medicamente definidas e actua através da promoção da intervenção médica para a prevenção ou melhoria da saúde, ou seja aposta no tratamento e tem como valores o cumprimento das medidas médicas preventivas.

Na abordagem de **Alteração de Comportamentos**, tem-se por objectivo a mudança do comportamento individual com a intenção de terminar com as doenças. Pretende-se, neste modelo, a alteração de atitudes e comportamentos para a adopção de estilos de vida saudáveis. Esta perspectiva assume ainda que é da responsabilidade do/a profissional de saúde persuadir as pessoas a adoptarem estilos de vida mais saudáveis, baseados na perspectiva do/a promotor/a de saúde.

Numa abordagem **Educacional**, pretende-se que os indivíduos com conhecimento e entendimento possam

tomar decisões bem informadas e assumidas na prática. Assim, a função do/a promotor/a de saúde é a de informar sobre as causas e efeitos dos factores de diminuição da saúde, explorando valores e atitudes e permitindo o desenvolvimento de competências para uma vida saudável. Assim sendo, esta abordagem tem por valores o direito individual à livre opção do/a utente e a responsabilidade do/a promotor/a em identificar os conteúdos educacionais.

Numa quarta abordagem, a **Centrada no Utente**, o objectivo é o de trabalhar com os/as utentes em função deles próprios, ou seja trabalhar os temas de saúde, opções ou acções que os/as utentes tenham identificado, responsabilizando o/a próprio/a utente, permitindo-lhe desenvolver o seu *empowerment*. Neste tipo de abordagem os/as utentes são vistos como iguais e são eles/as que procuram os/as promotores/as de saúde.

Finalmente, a abordagem de **Alteração Social** pretende que é necessário alterar o ambiente físico e social para que possa haver uma escolha de estilos de vida mais saudáveis. Neste caso a actividade do/a promotor/a de saúde é uma atitude e acção política e social, na tentativa de alterar o ambiente físico e social. O principal valor deste tipo de abordagem é o direito e necessidade de melhorar a saúde ambiental.

#### METODOLOGIA

Optou-se por uma metodologia qualitativa – Estudo de Caso – por permitir aprofundar melhor os processos organizacionais das instituições e analisar, numa forma interpretativa, os objectivos organizacionais na realidade, em alternativa à análise exclusiva do que é declarado pelas pessoas (Marshall e Rossman, 1995). Foram realizadas dez entrevistas a utentes e oito entrevistas à equipa técnica (sete a técnicos e uma entrevista exploratória ao coordenador do projecto), o que nos permitiu conhecer perspectivas e opiniões pessoais acerca de diversos temas. Realizámos também análise documental a partir de documentos existentes no EP, sobretudo os relatórios anuais de actividades.

(1) Os indivíduos que utilizam o EP são homens e mulheres, mas na sua maioria são mulheres. Também nas entrevistas realizadas o número de mulheres foi superior, pelo que doravante quando nos referimos aos utentes no sentido colectivo, aplicamos o feminino.

(2) O corpo de pessoal técnico inclui homens e mulheres, mas estando em número igual, nas entrevistas realizadas, doravante quando nos referimos aos técnicos no sentido colectivo, aplicamos o masculino.

Com esta opção de linguagem, pretendemos garantir o uso equilibrado dos dois géneros, sempre que nos referirmos à população de técnicos e utentes do EP. Nos restantes contextos, será utilizado a dualidade de género.

Limitadas pelo factor tempo, e não podendo entrevistar todas as utentes do EP, efectuámos algumas observações em espaço interior (sala de convívio) e exterior (carrinha das equipas de rua) num horário compreendido entre as 21 e as 24 horas. A observação, quer em contexto de sala de convívio, quer em contexto de rua, permitiu-nos conhecer algumas das interações estabelecidas entre diferentes intervenientes: utente – utente; utente – técnico e técnico – técnico. Estes dois instrumentos, análise de documentos e observação, possibilitaram-nos cruzar informações com os dados fornecidos pelas entrevistas, tendo-se procedido à triangulação da informação.

#### UTENTES E TÉCNICOS/AS: QUE INTERACÇÕES?

As interações que se estabelecem, entre os diferentes sujeitos de estudo, foram alvo de observação, dada a relevância para a investigação em causa. As interações verbais que as utentes estabelecem com outras utentes, sobretudo na sala de convívio, são escassas uma vez que a **maioria dos assuntos é dialogada com os técnicos.**

Para cerca de metade das utentes entrevistadas é **indiferente** falar com um ou outro técnico, no entanto, para outra metade desta amostra essa **escolha é fundamental**, uma vez que criaram com esse técnico laços de confiança, que lhes dão alguma estabilidade e segurança emocional no diálogo que estabelecem. As principais **razões da preferência** estão relacionadas com **questões relacionais e afectivas**, motivos esses que são extremamente valorizados, sendo verbalizados várias vezes no discurso das utentes. Contudo, poderemos considerar outros aspectos, nomeadamente o facto da utente não ter necessidade de explicar várias vezes a sua situação ou de se expor a diversos técnicos. Os temas que as utentes habitualmente abordam com os técnicos dizem respeito a **situações particulares da sua vida**, sobretudo **relações familiares e amorosas** e a **questões de saúde**. Outros assuntos, de carácter mais geral são dialogados não só com técnicos mas também, por vezes, com outras utentes. Esta situação é referida tanto pelos técnicos como pelas utentes e foi também por nós registada nas observações na sala de convívio e nas saídas nas equipas de rua.

A necessidade das utentes conversarem com os técnicos sobre questões particulares e de saúde parece estar ligada a carências afectivas por parte das utentes e ao mesmo tempo num estabelecimento de relações de confiança com os técnicos ou com determinado técnico.

As questões de carácter mais pessoal eram quase sempre abordadas em privado, contudo durante algumas observações na sala de convívio registámos diálogos de carácter pessoal entre técnicos e utentes, daí lançarmos esta questão:

*O que poderá ser feito para se evitarem possíveis consequências negativas quando se estabelecem diálogos de foro íntimo entre utentes – utentes e entre utentes – técnicos num local público como a sala de convívio?*

#### SAÚDE: PERSPECTIVAS E COMPORTAMENTOS ASSUMIDOS E OBSERVADOS

A noção de saúde pública surge diversas vezes nos estudos relacionados com o fenómeno da prostituição. Foi nosso propósito conhecer as noções de saúde, mas não exclusivamente a de saúde sexual para posteriormente interpretar as possíveis atitudes preventivas ou de risco, nos seus diversos comportamentos, nomeadamente de carácter sexual.

As utentes incluem na sua concepção de saúde a questão física, mental e psicológica. Contudo as suas verbalizações iniciais quando questionados sobre o que é ter saúde passam por “*não ter doenças*”; “*ter uma alimentação boa*”; “*evitar drogas e bebidas alcoólicas*”; “*usar sempre o preservativo*”. Sob o ponto de vista **psicológico e mental**, tentam explicar através de expressões como: “*tem de estar bem*”; “*tem a ver com tudo, com a parte da cabeça também que é muito importante*”. Para uma das utentes (Maria), o factor dinheiro surge também como condicionante para a mesma ter ou não saúde. Assim também quanto ao facto de se sentirem ou não saudáveis, as utentes apontam quase sempre **razões** tanto de carácter **físico**, como **mental, psicológico e sentimental**. Esta análise permite-nos considerar que estas utentes apresentam uma noção relativamente ampla que coincide com o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) que define saúde como sendo “*estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade*”. Conhecer a noção das utentes sobre **Infeções Sexualmente Transmissíveis** era também um objectivo deste estudo. O **VIH/SIDA, sífilis e hepatites** foram algumas das infeções referidas embora por vezes mencionadas com termos não científicos. As **relações sexuais**, o **contacto com sangue de pessoas infectadas** e o **não uso de preservativo**, com **pessoas toxicodependentes**

são os meios de transmissão apontados pelas utentes. A noção do não uso do preservativo com pessoas toxicodependentes é, no nosso entender, uma associação directa da toxicodependência às IST, ou seja, uma ideia de grupo de risco. A **transmissão vertical**, ou seja, a transmissão de mãe para filho, nunca foi mencionada pelas utentes. Em diversos discursos são apresentadas várias concepções cientificamente erradas sobre algumas IST e seus modos de transmissão. Talvez seja necessário reflectir sobre o modo como a informação/formação de projectos como o EP é recebida pelas utentes, uma vez que existem ainda utentes com concepções confusas e mesmo erradas.

A **utilização do preservativo**, a **selecção dos clientes**, a **higiene pessoal** e o **acompanhamento médico** são os comportamentos que as utentes assumem praticar para evitar contrair IST. De acordo com os seus discursos, as utentes continuam, na sua maioria, a efectivar comportamentos de risco, nomeadamente quando não utilizam o preservativo. A pressão dos clientes, a afectividade com clientes antigos e os relacionamentos com o companheiro são apontadas pelos técnicos e pelas próprias utentes como razões para não utilizarem sempre o preservativo. Esta última situação é também referida por Warr e Pryett (1999)<sup>3</sup> demonstrando que, sobretudo, as mulheres prostitutas utilizam muito mais o preservativo nas suas relações comerciais do que nas suas relações com os seus companheiros, alegando que assim é feita a distinção do tipo de relações que estabelecem, tornando-se esta última de carácter afectivo.

Todavia, os técnicos acrescentam mais algumas razões para o facto de as utentes não utilizarem o preservativo: a questão de algumas estarem envolvidas na **toxicodependência**, implicando a necessidade constante e urgente de dinheiro; o próprio **conformismo da utente**, no caso de ter contraído alguma doença, através de clientes; e o **facilitismo pelo aspecto exterior do cliente**.

No que diz respeito à **pressão dos clientes** para a não utilização do preservativo também Marques (2001), num estudo realizado sobre condutores de longo curso, refere que muitos destes clientes da prostituição assu-

mem condutas de risco por considerarem que o comportamento de protecção está associado às mulheres, podendo colocar em causa a sua identidade masculina. Neste entendimento, seria necessário dirigir campanhas de informação e prevenção também aos clientes, que acabam por determinar muitas vezes a não utilização do preservativo.

Do nosso estudo tornou-se muito claro que outra razão para a não utilização do preservativo é a afectividade com clientes antigos e o relacionamento com o companheiro. No entender de Campbell (1991)<sup>4</sup> e Caravano, (1991)<sup>5</sup> há distinção entre o sexo como trabalho sexual (uso do preservativo) e o sexo afectivo (não uso do preservativo).

O investigador Giffen (1999)<sup>6</sup> refere que as campanhas de prevenção de VIH/SIDA focalizadas apenas no *empowerment* das mulheres em negociarem o uso do preservativo com os seus companheiros, ignoram as diferenças de género nos sentidos que são atribuídos às relações sexuais e à sexualidade, e sobretudo também à importância que as mulheres conferem ao lado afectivo, à sua sexualidade e contexto relacional. Estudos ulteriores poderão dar resposta às questões que emergiram do presente estudo:

*Será possível alterar estas concepções na maioria das vezes associadas a questões e crenças pessoais e culturais? A equipa do EP terá presente, no seu trabalho estas questões? Será possível implementar a promoção da saúde sem que haja interferência nos sentimentos e crenças pessoais dos indivíduos?*

Os comportamentos de risco são, na opinião dos técnicos, adoptados a um nível diferente, consoante os grupos de população. As más condições de vida, a necessidade urgente de dinheiro para o consumo do quotidiano conduzem à adopção de comportamentos de risco sobretudo da população **toxicodependente**, normalmente associada também às **mulheres mais jovens**, que ainda são as que se encontram mais informadas no que diz respeito às IST. Por outro lado, as **mulheres mais velhas** revelam concepções sobre as IST e sobre os seus modos de transmissão confusas e

(3) In Manita e Oliveira (2002).

(4) In MUSA – Mulher e Saúde (2000).

(5) *Ibid*

(6) *Ibid*

por vezes cientificamente erradas e abdicam de usar o preservativo, nomeadamente com clientes mais antigos, quase sempre por questões afectivas.

Ainda no entender dos técnicos, as **mulheres imigrantes** e as **transgéneros** são os grupos de utentes que poderão expor-se a um menor risco por estarem mais informadas e conscientes dos perigos, sendo as utentes transgéneros as que se expõem a menor risco pelo facto de se preocuparem com a sua aparência. Porém, julgamos que será necessário salientar no que diz respeito às intervenções hormonais e estéticas que estas nem sempre são realizadas em condições controladas por especialistas, o que poderá colocar em risco a própria saúde destas pessoas.

As diferenças dos comportamentos nos diversos grupos sociais destas utentes leva-nos a reflectir sobre os diversos projectos de promoção de saúde que é necessário levar a cabo, considerando as distintas situações em que se encontram.

A **alteração de comportamentos** por parte das utentes com o aparecimento do EP é perspectivada divergentemente entre os técnicos e as utentes. Se por um lado, os técnicos consideram que houve alteração de comportamentos, no sentido da existência de mais cuidados, as utentes, por seu turno, consideram que o aparecimento do EP não veio influenciar as atitudes e condutas sexuais adoptadas, uma vez que já teriam os mesmos cuidados, à excepção de duas utentes (Carol e Conceição) que assumem ter passado a saber, e a utilizar mais, o preservativo. Segundo os dados dos relatórios anuais do EP, o número de pedidos de preservativos tem vindo a aumentar bastante, o que pode ser interpretado como uma valência bem aceite pela população apoiada.

Questão que nos surgiu do estudo efectuado:

*O facto das utentes não considerarem que houve alterações nos seus comportamentos será resultado do insucesso das acções levadas a cabo pelo projecto ou poderá ser encarado como uma afirmação pessoal de quem não pretende admitir que tinha menos cuidados com a sua saúde, antes do aparecimento do EP? Ou será que as utentes não se aperceberam da alteração do seu próprio comportamento?*

#### **PROMOÇÃO DA SAÚDE: ABORDAGENS E DIFICULDADES DE ACÇÃO**

A promoção da saúde é um dos objectivos contemplados pela equipa técnica do Projecto Espaço Pessoa. Na

análise das observações realizadas e dos dados obtidos por via das entrevistas torna-se notório o cruzamento das, atrás expostas, cinco abordagens relativas à **promoção da saúde** nas diversas interações entre técnicos e utentes. A aplicação dos modelos, nem sempre explícita, parece variar de acordo com cada utente e situação.

As abordagens **Médica** e de **Alteração de Comportamentos** que têm como principal objectivo o término das doenças com a modificação de comportamentos, assumindo estilos de vida mais saudáveis, num ambiente já existente, são sobretudo detectados nos casos em que os técnicos verificam que as utentes não têm condições para agir autonomamente, por razões sociais ou psicológicas, por vezes por razões momentâneas, sobretudo em algumas situações de toxicodependência. Este tipo de abordagem, poderá ainda ocorrer, em questões de emergência e de risco elevado, ou seja, situações em que há necessidade de actuar de imediato, para evitar riscos maiores. Nestes casos, os técnicos adoptam **atitudes directivas**, e a própria utente apercebe-se que o técnico lhe está a indicar aquilo que deve fazer. Contudo, apesar da **"directividade"** apresentada, surgem dificuldades que têm a ver, não só com a própria pessoa, mas com todas as circunstâncias que a rodeiam.

A **abordagem Educacional**, que tem por função **informar e formar** das causas e consequências das suas atitudes, deixando as pessoas **optar livremente**, foi também observada em muitas situações. Os técnicos dão informações sobre determinados assuntos, sobretudo através do diálogo formal ou informal, nas formações que propõem, na organização e disponibilização de materiais informativos, sobretudo na sala de convívio ou nos atendimentos particulares.

Na abordagem **Centrada no Utente**, que visa a autonomização, reconhece-se na utente a capacidade de tomar decisões e de resolver os seus problemas. Na opinião dos técnicos, esta perspectiva, se por um lado por algumas utentes é bem aceite e até revelam capacidade de autonomização, procurando elas próprias os técnicos para resolver alguma situação, sendo as próprias as primeiras responsáveis, por essa resolução, para outras, essa responsabilização própria não é possível por questões psicológicas, mentais ou afectivas, sendo, por vezes, entendida pelas utentes como falta de apoio dos técnicos no imediato.

Numa visão mais alargada do Projecto EP, consideramos a possibilidade da existência, embora diluída nas acções dos técnicos, da abordagem **de alteração**

**social**, uma vez que o projecto tem também objectivos e acções sociais. Não é seu objectivo terminar com a prostituição, mas sim melhorar as condições de vida das utentes e permitir uma re(inserção) social, no caso destas o desejarem.

A interacção estabelecida entre técnicos e utentes tem sobretudo por base relações de empatia e confiança, o que nem sempre é suficiente para que as indicações e recomendações transmitidas às utentes, sejam concretizadas. Estas são da opinião, na sua maioria, que tudo o que os técnicos lhes indicam é para o seu bem e deve ser praticado, contudo os **problemas** de carácter **pessoal, psicológico, social** e **económico** surgem diversas vezes como entraves à concretização de tais recomendações.

A **falta de confiança**, o **medo**, a **falta de vontade** e a **reduzida auto-estima** são os principais motivos apresentados para não seguirem as indicações dadas pelos técnicos. Todas estas razões estão intimamente ligadas a questões psicológicas e emocionais do próprio sujeito. Todavia, os técnicos apresentam outros motivos que não são apontados pelas utentes, uma vez que são classificações de sujeitos externos: o **imediatismo**; as **estruturas de vida próprias** e a **falta de compromisso**. Para além destas razões, existem ainda as dificuldades extrínsecas às utentes no que diz respeito às **respostas sociais**. Da parte dos técnicos podem ser criados inconscientemente obstáculos que bloqueiam a própria utente como sejam o **discurso utilizado**, nem sempre compreendido, e as **divergentes visões das motivações e expectativas** de técnicos e de utentes. Em vários discursos dos técnicos, se nota que os próprios sentiram necessidade de adaptar os seus objectivos e expectativas aos objectivos e expectativas da população em causa.

#### REFLEXÕES FINAIS

Expõem-se agora alguns aspectos emergentes do estudo efectuado e que nos parecem de maior relevância. A promoção da saúde, em qualquer contexto,

mas sobretudo num contexto em que os sujeitos revelam diversos problemas económicos, sociais e também, muitas vezes emocionais, é necessário ser trabalhada mais com os sujeitos e não tanto para os sujeitos.

É também necessário considerar os antecedentes, as vivências e as expectativas dos sujeitos no sentido de não haver confronto ou choque do que é considerado essencial e prioritário na perspectiva das utentes e na dos técnicos.

Verificou-se neste estudo que as utentes revelam interesse e valorizam a capacidade relacional e de comunicação dos técnicos. As relações estabelecidas, sobretudo de empatia e confiança, entre técnico – utente poderão ser condicionantes para a promoção da qualidade de vida da utente.

Apesar das noções, em muitos casos, relativamente claras sobre as IST, algumas utentes continuam a adoptar comportamentos de risco, em determinadas situações envolvendo questões económicas, mas sobretudo afectivas.

A adopção de modelos de promoção da saúde deverá ter em atenção cada indivíduo, perspectivando ao máximo a sua autonomização, que poderá revelar-se a níveis diferentes. Assim, de acordo com os dados deste estudo, deparamo-nos com situações em que o mesmo técnico age de forma diferente, mediante a utente e a sua condição emocional, económica e social. Parece-nos correcta esta tentativa de colocar a utente como determinante da sua trajectória de vida, no sentido da sua auto determinação e *empowerment*. As dificuldades sentidas pelas utentes devem também ser analisadas pelos técnicos de modo a trabalhar com elas estratégias que lhes permitam ultrapassar essas mesmas dificuldades, numa perspectiva de valorização e auto-promoção social.

*Não gostaríamos de terminar este artigo sem antes deixar um agradecimento público, a todos os técnicos e utentes do EP que connosco colaboraram para a realização deste estudo, aqui divulgado. x*

#### BIBLIOGRAFIA

- Ewles, L. e Simnett, I. (1999). *Promoting health - A practical guide*. London: Baillière Tindall.  
Manita, C. e Oliveira, A. (2002). *Estudo da caracterização da prostituição de rua nas ruas do Porto e Matosinhos*. Porto: CIDM.  
Marques, A. (2001). *Dimensões de caracterização da masculinidade: estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA na população de condutores de longo curso*. Lisboa: APF.  
Marshall, C. e Rossman, G.B. (1999). *Designing qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.  
MUSA - Mulher e Saúde (2000). *Práticas sexuais e reprodutivas de profissionais do sexo da "Zona Grande" de Belo Horizonte e a prevenção às DST/HIV/Aids: Relatório Final de Pesquisa*. Belo Horizonte: MUSA.  
OMS - Organização Mundial de Saúde (1948). *Constituição da OMS*. Genebra, 1948.