

PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE ENTRE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO NO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA, NORDESTE DO PARÁ

Autores

Driene N. Silva Sampaio¹, Walquirene Nunes Sales¹, Brenda L. Assis Lisboa², Nairis Costa Raiol², Monalisa Freitas da Silveira², Amanda C. Ribeiro Costa³, Gláucia C. Silva-Oliveira², Aldemir B. Oliveira-Filho^{2*}

Afiliações

Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, Hospital Santo Antonio Maria Zaccaria & Universidade Federal do Pará, Bragança PA, Brasil¹.

Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações Vulneráveis, Instituto de Estudos Costeiros, Universidade Federal do Pará, Bragança PA, Brasil².

Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém PA, Brasil³.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Suporte Financeiro

WNS e DNSS receberam bolsas para residentes multiprofissionais em saúde do Ministério da Educação (MEC), Brasil. NCR e BLAL receberam bolsas de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTI), Brasil.

Correspondência

Aldemir B. Oliveira-Filho. Faculdade de Ciências Naturais, Instituto de Estudos Costeiros, Campos de Bragança, Universidade Federal do Pará. Alameda Leandro Ribeiro, s/n. Aldeia. 68.600.000. Bragança PA, Brasil. Telefone: + 55 91 3425 1209. E-mail: olivfilho@ufpa.br.

RESUMO

Este estudo descreve as percepções e as práticas de saúde no cotidiano de mulheres profissionais do sexo e relata como essas mulheres se relacionam com os serviços de saúde ofertados no município de Bragança, Pará. Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, de cunho descritivo, realizado com 10 mulheres que exercem atividades de prostituição no município de Bragança. Por meio de entrevistas, as profissionais do sexo forneceram informações demográficas, sociais, laborais e relacionados aos cuidados de saúde adquiridos e praticados. Tais informações foram copiladas em três categorias: *o cuidado que vem de casa*, onde as mulheres identificaram principalmente cuidados com higiene e o uso de plantas medicinais nos cuidados de saúde; *o cuidado a partir de informações entre profissionais do sexo*, onde as entrevistadas relataram obtenção de conhecimento entre mulheres profissionais do sexo estabelecendo rede cuidados e troca de experiências; e *o cuidado aprendido com profissionais de saúde*, onde foi observado o uso concomitante dos saberes tradicional e o sistema oficial de saúde.

Descritores: Cuidados à saúde, conhecimento tradicional, profissionais do sexo, Bragança.

INTRODUÇÃO

A saúde é “um conceito positivo, um recurso cotidiano que implica um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade” (1:1). Em consequência disso, a saúde pode ser considerada como “[...] um direito fundamental do ser humano e um requisito indispensável para o desenvolvimento social e econômico” (2:3).

Designar um indivíduo como sendo saudável ou doente, é considerar em parte que este se enquadra em um determinado patamar no que se refere à sua relação com o meio e com o seu corpo. Assim, a saúde de um indivíduo torna-se um dos componentes fundamentais para o seu bem-estar social. Os indicadores que determinam o estado de saúde de uma determinada pessoa “[...] são componentes essenciais de indicadores mais complexos de qualidade de vida”(3:7), isto é, quando se profere o termo “indivíduos saudáveis” existe uma extensão às escolas, famílias, cidades, enfim, todo o contexto micro e macro que envolve o indivíduo e que lhe proporciona condições favoráveis à promoção da sua própria saúde.

A promoção da saúde pode ser entendida como um processo complexo no qual os indivíduos são capacitados, consciente ou inconscientemente, a procurar um estilo de vida, de aprendizagem e de trabalho propício ao desenvolvimento da saúde (4). Isto é, trata-se da promoção de mudanças em dimensões, como: curricular, psicossocial, ecológica, comunitária e organizacional; pressupõe-se comportamentos que para além de saudáveis, sejam “[...] potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas”, sendo por isso um processo dirigido a todos os indivíduos, na presença ou ausência de doença (5:24).

A promoção da saúde é “[...] uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam realizar ações e atingir condições de vida conducentes à saúde” (6: 210), a responsabilização do estado de saúde dos indivíduos não deverá recair somente sobre estes, mas sobre o sistema organizacional e estrutural de um determinado país. Este é o principal responsável pela gestão e aplicação de apoios que permitem formar indivíduos com autocontrole e autonomia em face à sua saúde. Não se pode negligenciar o papel importante que o indivíduo tem perante o seu bem-estar, mas, também, não se deve apenas concentrar

toda a responsabilidade a ele, já que este é fruto do meio. Portanto, uma má gestão de recursos e falta de assistência do contexto que o envolve, como o não acesso à saúde ou à (in)formação, são fatores favoráveis à doença ou a ausência de saúde (5).

Frequentemente, os conceitos de promoção da saúde e de educação em saúde são utilizados de forma semelhante. No entanto, é fundamental delinear a barreira que os separa e os distingue. Assim, enquanto que a promoção de saúde é entendida como sendo um conceito amplo, que inclui distintas estratégias de atuação, a educação em saúde pode ser entendida como um instrumento ou uma estratégia concreta para a promoção de saúde, recorrendo a métodos ativos e participativos, de forma que os indivíduos adquiram autonomia e responsabilidade face às suas decisões enquanto agentes da sua própria saúde (5-6).

Atualmente, aceita-se que o campo de ação da educação em saúde é toda a comunidade. Logo, todas as pessoas que se prostíbem nas ruas, nos bares, nos postos de combustíveis e etc., ou seja, em qualquer lugar, em uma determinada comunidade, deverão ser abrangidas por estratégias da educação em saúde. Desse modo, qualquer pessoa, seja qual for a idade, sexo e condição econômica, deve ser beneficiada pela educação em saúde.

A prostituição é um fenômeno multifacetado complexo, presente no cenário social brasileiro e em diversos outros países resultante de processos sociais excludentes. A prostituição “[...] consiste em uma relação sexual entre pessoas, na qual o vínculo determinante não é o afeto ou o desejo recíproco, mas o ato de proporcionar prazer sexual em troca de dinheiro ou outro tipo qualquer de benefício [...]”(7:296). A prostituição se compõe de um contrato previamente estabelecido entre a profissional e o cliente, compostos pelos seguintes eixos: o serviço prestado, o preço e o tempo. Aliás “não existe uma explicação única para a prostituição, porém, vários são os motivos para praticá-la, dentre eles, os mais referidos são: o fator econômico; o abandono familiar; a dificuldade de integração no mercado de trabalho; e a baixa escolaridade”. (7:296).

No Brasil, a prostituição encontra-se disseminada em grandes cidades e municípios de médio e pequeno porte. “Estima-se que a população de profissionais do sexo no Brasil seja em torno de 1% da população feminina de 15 a 49 anos de idade, ou seja, aproximadamente meio milhão de mulheres” (8:259).

“Mulheres profissionais do sexo são consideradas como um dos subgrupos da população brasileira que está exposto aos graus mais altos de vulnerabilidade social e programática à infecção por HIV”(9:14). Ou seja, essas mulheres estão entre os grupos mais vulneráveis não só em relação a saúde sexual, mas também na reprodutiva, e assim estão propícias a apresentar em determinado período de vida: a gravidez não planejada, câncer do colo do útero, doenças sexualmente transmissíveis e etc. Isso é devido a fatores relacionados a atividade de trabalho e a vulnerabilidade no contexto social, como: pouco acesso aos serviços de saúde, a violência, estupro, a relação sexual desprotegida, início precoce da atividade sexual, elevados números de parceiros sexuais, uso de drogas, etc.

O trabalho das profissionais do sexo é caracterizado por grande vulnerabilidade, pois é uma população de alto risco para o câncer uterino e, também, para doenças sexualmente transmissíveis, pois apresentam elevados fatores de risco como o número de parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual, prática do sexo sem segurança e situações associadas como consumo de drogas lícitas e ilícitas (10:259).

As políticas de saúde para profissionais do sexo no Brasil tiveram desde seu surgimento um caráter higienista. Historicamente, as ações de educação em saúde voltadas para as mulheres profissionais do sexo foram direcionadas, em sua maior parte, ao controle e a prevenção da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, comumente conhecido como HIV e ao controle do câncer do colo do útero. Foi em 1996 que o Ministério da Saúde lançou a série “Manual do Multiplicador – Prevenção as DST/AIDS”, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS, esse manual foi dirigido a segmentos específicos da população, como profissionais do sexo.

Outras ações específicas a este grupo populacional foram observadas por meio das ações realizadas por entidades de representação e apoio a mulheres profissionais do sexo. No Brasil, desde 1979 as mulheres profissionais do sexo se organizam em associações, afim de, apresentar e reivindicar demandas específicas por meio de uma organização política ao estado e à sociedade. No Pará, o Grupo de Mulheres Prostitutas da Área Central de Belém do Pará (GEMPAC) é um dos grupos mais influentes na Amazônia. Foi fundada em 1990 e promove diversas ações de educação em saúde voltadas a mulheres profissionais do sexo. Atualmente, essas ações compreendem o controle e a prevenção à infecção pelo HIV e controle do câncer do colo do útero, além de questões relacionadas com o aborto e a saúde mental (11). No Brasil, poucos estudos foram desenvolvidos sobre as percepções e as práticas de saúde em mulheres profissionais do sexo.

Este estudo foi desenvolvido em Bragança, nordeste do Pará. No município de Bragança (PA) há um intenso comércio sexual, facilmente observado em áreas de circulação de pessoas, como: feiras, portos, praças, bares e postos de combustíveis. Possivelmente, isso seja reflexo da falta de condições socioeconômicas para a população, na exploração da atividade turística proporcionada pelas belezas naturais e históricas do município e do grande número de pessoas envolvidas no intenso comércio da área costeira, como a venda de peixes e crustáceos. Desse modo, identificar o perfil das mulheres que atuam no comércio sexual no município de Bragança, assim como o que aprenderam e fazem para a promoção de sua própria saúde é muito importante para o direcionamento de estratégias e políticas públicas eficazes na área da saúde desse grupo de vulneráveis.

Este estudo descreve as percepções e as práticas de saúde no cotidiano de mulheres profissionais do sexo e relata como essas mulheres se relacionam com os serviços de saúde ofertados no município de Bragança, Pará, norte do Brasil.

METODOLOGIA

Área do estudo

Este estudo foi desenvolvido município de Bragança, nordeste do Pará, norte do Brasil. Estima-se que 120.124 pessoas residem no município de Bragança, o qual possui uma área de 2.090.234 km², índice de desenvolvimento humano (IDH) em torno de 0,6 e cerca de 10% da população, acima de 10 anos, é analfabeta. O município de Bragança se destaca pelas belezas naturais e imensa riqueza histórica e cultural. Campos naturais, áreas de mangue, praias, rios, igarapés e ilhas constituem atrativos que anualmente intensificam o fluxo de pessoas e produtos no município. A economia de Bragança é baseada na pesca, sendo também detectada atividade expressiva no extrativismo de caranguejos e na agricultura. Os monumentos históricos e a forte expressão cultural dos bragantinos também são outras riquezas facilmente observadas no município (12). As áreas portuárias e diversos pontos de

lazer no município de Bragança se destacam como importantes pontos que intensificam o comércio sexual.

Desenho do estudo

Este trabalho pode ser caracterizado como um estudo qualitativo, de cunho descritivo. O método qualitativo pode ser aplicado ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus aparatos e a si mesmos, sentem e pensam (13).

O público-alvo do estudo foram mulheres profissionais do sexo que atuam no município de Bragança. Para acessar essas mulheres, a amostragem por conveniência e o método de “*Respondent-Driven Sampling*” (RDS) foram utilizados. Na amostragem por conveniência, as participantes do estudo foram escolhidas por conveniência ou por facilidade (14). Neste estudo, a conveniência ocorreu no por meio da seleção de mulheres que compreenderam os objetivos do estudo e se disponibilizaram em colaborar com a execução do mesmo. Sendo que, a definição do número amostral final foi estabelecida a partir da detecção do fornecimento de dados repetidos pelas participantes do estudo, ou seja, pela saturação dos dados (15).

Além disso, a população de profissionais do sexo é considerada um grupo de difícil acesso para realização de estudo científico. O RDS é uma proposta metodológica baseada em cadeias com capacidade de recrutar pares de uma população de difícil acesso. Na implementação do RDS, primeiramente, escolheram-se indivíduos da população-alvo, os quais foram chamados de “sementes” para participarem do estudo. A esses indivíduos “sementes” foi pedido que recrutassem um número fixo de pares, conhecidos, que recrutaram outros pares, e assim por diante. A coleta de dados foi realizada por sucessivos ciclos de recrutamento, ou ondas, até que o tamanho da amostra estipulado fosse atingido e observado o equilíbrio com respeito às variáveis mensuradas. Por fim, o RDS pode fornecer uma amostra final independente dos primeiros indivíduos selecionados de maneira não aleatória (16).

Nesta pesquisa, duas mulheres profissionais do sexo foram convidadas a participarem do estudo, cada qual já atuava há, pelo menos, um ano em conhecidos pontos de comércio sexual no município de Bragança – feira livre e bar à beira da estrada para a praia de Ajuruteua. Essas duas mulheres foram as “sementes” do estudo, para as quais foi solicitada a indicação de outra profissional do sexo para participação no estudo. Para tanto, cada semente recebeu um convite personalizado para convidar sua “colega”, iniciando, assim, a primeira onda do estudo. As mulheres profissionais do sexo recrutadas pelas sementes receberam, também, convites referenciados para recrutarem outras mulheres profissionais do sexo (novas ondas) e assim, sucessivamente, até a saturação das informações coletadas. Cada convite distribuído possuía um número de registro exclusivo que se interliga com o número do cupom da profissional do sexo recrutadora. Desse modo, foi possível realizar o controle da rede de recrutamento de acordo com cada semente. Além disso, todas as mulheres assinavam o termo de consentimento da pesquisa.

Em dia, horário e local, os pesquisadores e as mulheres profissionais do sexo se encontraram para a coleta de informações. Essas informações foram obtidas por meio de entrevista aberta e com áudio gravado, sendo que a condução da entrevista foi a partir de um roteiro com perguntas acerca das características, da vivência como profissional do sexo e a sua relação com a os cuidados de saúde. Posteriormente, as entrevistas gravadas foram transcritas digitalmente para análise de padrões sobre o fenômeno em estudo. As respostas das

mulheres profissionais do sexo possibilitaram a identificação da percepção e das práticas de saúde e, também, da relação das participantes com o serviço de saúde local, naquilo que parte da consciência e do vivido em relação ao pesquisado.

A coleta de informações ocorreu no período de março a setembro de 2017. Os locais de coleta foram salas de estabelecimentos comerciais, de centros comunitários ou nas casas das participantes, todos os locais situados no município de Bragança. Destaca-se que, as características originais da fala das participantes foram conservadas, podendo assim a escrita apresentar vícios e erros da linguagem corrente. No presente estudo, as participantes foram identificadas com a sigla MPS, oriunda de Mulheres Profissionais do Sexo, seguida de numeração, garantindo assim o anonimato delas.

Os critérios de inclusão utilizados neste estudo foram: (I) estar exercendo a atividade de prostituição no município de Bragança a, pelo menos, seis meses; (II) ter idade igual ou superior a 18 anos; e (III) concordar em participar voluntariamente da pesquisa. A afinidade, a disponibilidade para participar do estudo e a própria dinâmica do trabalho de campo influenciou na inclusão ou exclusão de participantes.

Produção e análise dos dados

Para a produção de dados foram realizadas entrevistas constituídas de perguntas abertas, as quais foram gravadas por equipamento adequado e, posteriormente, transcritas. Essas entrevistas foram guiadas por um roteiro com perguntas para caracterização social, demográfica e de trabalho das mesmas, além de identificar as percepções e as práticas de saúde adquiridas durante a infância e adolescência e no cotidiano das mulheres profissionais do sexo, assim como a relação dessas mulheres com os serviços de saúde ofertados no município de Bragança.

As percepções e as práticas em relação ao corpo e a saúde foram buscadas com intuito de descrever as estratégias de educação e promoção da saúde, adquiridas e utilizadas pelas mulheres profissionais do sexo no município paraense de Bragança. Para tal, o estudo descreve as práticas de saúde a partir de três categorias: *cuidados que vêm de casa* e são aprendidos no contexto da família; *cuidados adquiridos na vida profissional*, que advêm da própria experiência na atividade e no convívio entre as mulheres profissionais do sexo; e *cuidados ensinados por algum profissional dos serviços de saúde*. Essas três categorias utilizadas neste estudo foram identificadas e descritas em outro estudo realizado com mulheres profissionais do sexo no município de Santa Maria no Estado do Rio Grande do Sul (17).

Aspectos éticos

Este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa “Histórias, percepções e cuidados de mulheres profissionais do sexo que atuam na região costeira do Pará, norte do Brasil”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Núcleo de Medicina Tropical da UFPA. Desse modo, o estudo foi conduzido de acordo com os Critérios de Ética em Pesquisa indicados pela Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Brasil).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características das mulheres profissionais do sexo

No total, 10 mulheres profissionais do sexo participaram do estudo. Essas mulheres apresentaram idades na faixa de 18 a 54 anos, com média de 26 anos. Todas se declararam negras ou pardas. Sendo que, a maioria delas afirmou estar solteira ou dentro de outras denominações de relacionamento, corresponderam, assim com 80% das respostas. Além disso, 80% das mulheres informaram ser naturais do município de Bragança ou municípios circunvizinhos. Todas informaram também ter iniciado a vida sexual antes dos 18 anos, variando de 12 a 17 anos, correspondendo assim aos dados de que “em quase todas as partes do mundo, a primeira atividade sexual das meninas ocorre na adolescência tardia, entre 15 e 19 anos de idade” (18:30).

Já em relação à prostituição, a maioria delas informou ter realizado a 1ª troca de sexo por dinheiro aos 16 anos, variando entre 14 a 23 anos. Apenas uma participante informou ter se prostituído pela primeira vez após 18 anos de idade. Além disso, 40% delas informou não ter filhos, porém 70% dessas mulheres relatam já ter realizado aborto. Os dados são semelhantes a estudos realizados por outros autores onde a média de idade das mulheres foi de 26,1 anos, sendo que a maioria tinha nove ou mais anos de estudo, era solteira e teve coitarca antes dos 15 anos”(19:877).

De forma geral, a maioria das mulheres afirmou não ter um ponto fixo para realizar de programas sexuais, sendo que os locais de comércio sexual mais informado foram bares. As mulheres profissionais do sexo relataram existir no município de Bragança diversos serviços de prostituição que vão desde boates, apartamentos até bares populares e ponto de rua. Outro estudo informa a existência dos seguintes locais de prostituição: ruas, praças, praias, região portuárias, boates, drink bares, casas, salas, bordeis, privês, espaços de lazer, termas (9:31-34). Qualquer lugar pode se tornar espaço de trabalho para um/a trabalhador/a sexual, mesmo bairros residenciais, apesar de que isto não seja propriamente aceito pelo público (9:31).

Com relação ao tempo total de prostituição, a média de tempo em que realizavam programa era de 10,1 anos, variando de 1 a 40 anos de prostituição. Essa grande variação no tempo de prostituição foi encontrada não só em relação às entrevistadas, mas no contexto geral da pesquisa (17:783). Em relação aos benefícios sociais, 90% das mulheres informaram não estar vinculadas a programas sociais do governo federal e estadual. Todas informam a prostituição como principal fonte de recurso, e que após entrarem para o comércio sexual permanecem nele até o momento, permanecendo em cenário adverso e com poucas possibilidades de transformação, essas mulheres iniciam na prostituição para aquisição de recursos e bens de consumo, demonstrando que as desigualdades sociais, são ainda os principais motivos para prostituição.

Em relação ao valor do programa sexual, verificou-se que o mesmo varia de R\$ 40,00 a R\$ 250,00, sendo que uma das entrevistadas relatou receber cerca de R\$ 1.800,00 por semana (não referindo o valor do programa). Outras entrevistadas não souberam informar o valor por elas recebido durante o programa, pois estas mulheres informam outra modalidade de pagamento pelos serviços prestados, por elas identificados como “bançar” ou “manter”, que significa custear, pagar ou financiar neste caso, sejam questões ligadas às necessidades básicas, pessoal e/ou estéticas e de beleza das profissionais do sexo.

“Geralmente, eles me dão roupas, perfumes, essas coisas assim, e também me dá um dinheiro” (MPS 6, 21 anos).

Nesse contexto, a profissional perde a noção do valor pago pelo serviço por ela prestado, passando o pagamento a ser chamado de “presente”.

“Sim, e como eu já tenho meus clientes fixos né? Então não tenho noção e eles que me, eles me presenteadam na verdade né?” (MPS 7, 22 anos).

A legislação brasileira inseriu a prostituição como parte da Classificação Brasileira de Ocupações em 2003, o que denota que a prostituição vem sofrendo profundas transformações. Porém, essa mudança na legislação não garante a essas mulheres, ainda que façam parte da classe trabalhadora, vivenciar condições dignas de trabalho. Desse modo, condições adversas são comumente relatadas, incluindo à total inexistência de garantias sociais ou trabalhistas. Assim, “as MPS trabalham, geralmente, em lugares que não lhes oferecem condições de trabalho adequadas ao exercício de sua atividade. Dependendo do local onde realizam seu programa, as mulheres enfrentam situações muito precárias de higiene e segurança”(20:115).

Nesse estudo, observa-se que a prostituição é uma atividade com reduzida remuneração, quando considerada os riscos à saúde sexual e reprodutiva, a instabilidade financeira, discriminação social vivenciada por essas trabalhadoras e a violência.

Os determinantes socioeconômicos atravessam as questões de gênero e também podem se constituir em barreiras para a acessibilidade aos serviços de saúde. Isso coloca a necessidade de articularmos gênero e classe social como a formação contemporânea das identidades. A relação entre vulnerabilidade e pobreza é consistente, havendo uma aparente associação entre a instabilidade profissional, que atinge os jovens das camadas populares (e seus familiares), e a busca de novas estratégias de sobrevivência, nem sempre compatíveis com os ditames da lei e da moral vigentes. Esse quadro social desfavorável foi agravado a partir da década de 1980 com o advento da AIDS e a posterior globalização da epidemia, aumentando a vulnerabilidade das camadas populares, que tem menos acesso aos recursos e as informações em saúde (21:78).

A invisibilidade social observada nos depoimentos das mulheres profissionais do sexo pode tornar esse público mais vulnerável às questões relacionadas à saúde. Nesse ponto, o conceito de saúde apresentado pela maioria dessas mulheres denota um estado de ausência de doenças.

“Pra mim saúde é se sentir bem, não se sentir doente ou se sentir saudável. Pra mim saúde é se sentir bem mesmo” (MPS 4, 18 anos).

“(Risos)... saúde eu acho que é quando a gente não tá sentindo nada, a gente tá bem (risos), a gente só tá doente quando tá sentindo alguma coisa” (MPS 3, 29 anos).

Essas mulheres informam formas de cuidados essenciais para a manutenção e cuidados de saúde, onde se destaca o uso da camisinha e o acompanhamento de saúde em estabelecimentos oficiais. Todas as mulheres profissionais do sexo afirmaram utilizar camisinha nas relações sexuais. Ainda que relatados pelas entrevistadas a utilização da camisinha, observamos ainda fragilidades bastante pertinentes. Algumas profissionais do sexo relataram não utilizar o preservativo com os parceiros fixos (namorados, companheiros, maridos e etc).

“As vezes eu faço com outros sem. É mais sem do que com preservativo, com camisinha. É mais sem, sem preservativo mesmo. Geralmente com os clientes mais fixos é sem preservativo” (MPS 6, 21 anos).

“Ah então né? Como tem isso né e tal? Eu te confesso que as vezes fica pra lá. O uso do preservativo com ele, com o meu parceiro né? Com meu marido” (MPS 7, 22 anos).

Além disso, algumas mulheres relataram que deixam o uso da camisinha quando há uma exigência do cliente ou quando há um pagamento maior para isso:

“Bom, depende. Se o cliente pedir que não use, aí ele se ele pagar mais, aí a gente não usa, eu não uso, mas por uma opção dele, mas eu sempre procuro ter um pouco de cuidado” (MPS 4, 18 anos).

“Sim! Se caso ele não quiser, eu não uso. Às vezes, eu também já cobre por não usar, mas não deu muito certo” (MPS 6, 21 anos).

E ainda quando o cliente utiliza estratégias para burlar a negociação prévia do programa, afim de não utilizar a camisinha.

“É assim, sempre ficar olhando pro cliente por que tem deles que quer estourar a camisinha escondido. Aí eu sempre uso camisinha mesmo, mas eu fico assim vendo se ele não procura rasgar a camisinha” (MPS 2, 25 anos).

Os relatos apresentados pelas profissionais do sexo são semelhantes aos relatos encontrados em outras pesquisas, que procurou verificar o comportamento de prostitutas quanto à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da AIDs e como estão se prevenindo, sendo evidenciado que, muitas delas, não utilizam o preservativo, em todas as relações sexuais, e que “a busca de afetividade nos relacionamentos, seja com o companheiro, namorado ou cliente fixo surge como possível fator impeditivo para adoção de comportamentos preventivos consistentes e seguros” (22:549).

Já outro estudo afirma que “uma renda familiar diminuta pode dificultar o acesso aos métodos preventivos, tornar a prostituta mais susceptível a aceitar a não utilização do método em troca de uma quantia maior, deixando-a mais vulnerável à aquisição de DST”(23:5). Já entre as formas de negociação para uso do preservativo entre a profissional do sexo e cliente

“a utilização do preservativo feminino (PF) é uma medida que pode ser adotada, uma vez que independe da aceitação do parceiro”(24:401). A questão da não utilização do preservativo em todas as relações sexuais demonstra a necessidade da educação em saúde para a vivência do sexo seguro, e a necessidade se enfatizar para este público os riscos e vulnerabilidades a que estão expostos e as possibilidades e meios de prevenção.

O cuidado que vem de casa

“Eu aprendi com a família que me criou, porque assim, quando a gente mora no interior, mas o que o pessoal faz é isso”. (MPS 3, 29 anos)

Nesta categoria, encontram-se os cuidados com higiene e o uso das *garrafadas*¹ como prática central de cuidados de saúde e bem-estar, configurando os mesmos como aprendidos no ambiente familiar, e utilizados como estratégias de saúde também no contexto da prostituição.

Ao referir os cuidados aprendidos em casa, essas mulheres relatam os cuidados com a higiene pessoal, como presente no relato a abaixo:

“Lembro de alguns, como escovar os dentes, tomar banho, se lavar direito.... quem me ensinava era minha mãe e minha professora de escola. E eu acho muito importante isso que elas me ensinava” (MPS 2, 25 anos).

Identifica-se uma importante reflexão sobre o tema da higiene encontrada no seguinte estudo:

Quanto às questões de cuidado com a higiene, Pasini (2000) encontrou em seu estudo essa preocupação com o corpo por parte das prostitutas. Suas entrevistadas revelavam, por exemplo, lavar com duchas as partes do corpo que entraram em contato com os clientes após o programa. Esse cuidado é entendido pelas mulheres de duas maneiras: relacionado a uma maneira de distinguir as relações que mantinham com seus companheiros e com seus clientes – como modo de demarcar fronteiras entre as diferentes relações – e enquanto forma de cuidar da saúde (17:7).

Outro hábito relatado por algumas das mulheres entrevistadas e tido por elas como um cuidado aprendido no ambiente familiar refere-se ao uso das *garrafadas*, que são comumente utilizadas na cultura popular da Amazônia. Tratam-se do uso do conhecimento popular para produção de uma mistura de ervas, cascas e raízes, associados a outros ingredientes naturais, que segundo a tradição popular, esses preparos são utilizados para diversos fins, neste caso, utilizados como remédio para manter a saúde do órgão sexual e reprodutivo feminino e combater infecções. São plantas comumente encontradas nos quintais ou de fácil acesso e baixo custo em mercados e feiras. Podem ser utilizadas na forma de chás, pastas, banhos de acento e outros, sendo principalmente referido pelas profissionais do sexo o uso do Barbatimã, do Pau de Verônica, Aroeira entre outros.

“E ai eu não queria muito, tinha aquele de ir no posto e me abrir pro doutor né? Ai só que eu tinha aquelas receitas da minha mãe caseira e eu acabava tomando, que era barbatimão com verônica e fazia chás, fazia pastas e tal”. (MPS 1, 23 anos)

Ao se falar do local de pertencimento dessas mulheres é importante situar não só um espaço geográfico com peculiaridades geográficas e ambientais, mais como um complexo espaço que abarca um rico ecossistema e diversidade de plantas e animais, mais também de populações e culturas, que se misturam com práticas culturais que formam a complexa rede que configura a região.

“Olha quando a gente mora no interior a gente aprende muita coisa de remédio, sou mesmo de tomar remédio do mato (Risos). Eu faço asseio, eu compro aquelas cascas de pau, aroeira, barbatimão, pau de verônica, faço em casa, boto na geladeira, ai bebo, ai quando não eu me asseio” (MPS 3, 29 anos).

O uso de plantas medicinais, comumente encontradas na região, apresentam importantes elementos para compreender os processos de saúde e doença e os sistemas de saúde presente na região. Essas interações apresentam-se intensamente, através da cultura, que em suas múltiplas facetas nos permite analisar o objeto de estudo em diversos enfoques, obtendo importantes inflexões à cerca dos grupos sociais e de suas práticas culturais referenciadas pela identidade local.

Cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja, determinada pela biologia, e que sejam compartilhados por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas (25:175).

Daí pode-se deduzir sobre a enorme contribuição que as práticas locais de saúde têm para a população local, na preservação dos saberes, no trato da saúde e na preservação de práticas culturais que envolvem o respeito ao meio ambiente, devido sua relação com plantas e ervas medicinal. Assim, “a cultura, antes de tudo, oferece uma visão de mundo, isto é, uma explicação de como o mundo é organizado, de como atuar em um mundo que ganha sentido e é valorado através da cultura” (25:177).

Apesar do modelo hegemônico de cuidados, em termos de saúde, ser o biomédico, é bastante presente os cuidados de saúde que envolvem uso de conhecimentos da natureza, principalmente na região norte do Brasil, devido as especificidades geográficas, socioeconômicas e culturais, sendo esse conhecimento presente no dia-a-dia de diversas comunidades rurais, ribeirinhas, quilombolas e indígenas. Trata-se de uma prática comumente ensinada entre gerações e está presente no cotidiano dessas famílias.

“A gente mistura, pega um pedaço do barbatimão, da verônica, unha de gato, aroeira, bota numa vasilha e ferve com um pouco de água, aí deixa esfriar, a gente bota na geladeira e tu vai bebendo feito água e também pode fazer asseio” (MPS 3, 29 anos).

No estudo de Silva e colaboradores (26) é sugerido que a família é o primeiro contato com o cuidado e que é a principal fonte de transmissão desses conhecimentos, obtendo influência cultural significativa na vida dos indivíduos.

A inserção das práticas alternativas no âmbito Sistema Único de Saúde- SUS, está em discussão desde 1986, com a 8ª Conferência de saúde, que só se consolida a partir de 2006, com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNIC), e posteriormente, ainda no mesmo ano com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que reconhece que a utilização das plantas medicinais é culturalmente aceita entre a população, e estabelece as diretrizes e linhas prioritárias para garantir o acesso seguro, a qualidade, eficácia e o uso racional dessas plantas, além de ampliar as ações terapêuticas com plantas medicinais aos usuários afim de possibilitar a escolha de práticas democráticas de cuidado, por meio da atenção integral.

Cuidados aprendidos na vida profissional

“Eu aprendi, me ensinaram, as mais experientes que me ensinaram” (MPS 3, 29 anos).

No que se refere às trocas realizadas entre profissionais do sexo, observamos que há um intenso fluxo de conhecimento entre elas. Essas mulheres compartilham histórias de vida, trocas que favorecem a atuação na profissão, práticas de cuidados, entre outras.

“Às vezes aparecia, eu tava sem dinheiro, ou eu fazia, ou então eu ia perder o dinheiro e no outro dia? Ai a minha amiga dizia assim: - não tu tem que fazer quando aparece. As vezes a gente quer o dinheiro mas não tem o cliente” (MPS 3, 29 anos).

Assim as trocas realizadas entre elas parecem favorecer a realização da atividade, e o desempenho individual, e assim formam uma rede de cuidados.

“Sim! Às vezes a gente... elas sempre passava né?! Como elas eram mais experientes que eu, sempre davam dicas de como tratar o cliente, e cuidar de si, do corpo e da própria saúde também. E até levar pro hospital, consultar, pra ter uma” (MPS 6, 21 anos).

Essa rede de cuidados forma também laços de familiaridade e solidariedade entre elas.

“Mas, convivi um pouco lá. A dona de lá sempre prezava a saúde das meninas, então esse tipo de informações, essas trocas, sempre ocorria. Aí elas falavam comigo, conversando, até porque tenho umas amigas que ainda moram lá” (MPS 6, 21 anos).

Um ponto interessante no relato dessas mulheres é quanto à menstruação, entre as que afirmam realizar programa durante o período menstrual. No relato abaixo, observamos a questão das trocas de experiências de vida e dos cuidados aprendidos a fim de favorecer o desempenho pessoal e a manutenção do contrato comercial sexual.

“O que eu aprendi, eu ensinei. Uma vez tinha uma menina menstruada e eu falei pra ela, olha usa o algodão. Ai eu ensinei, pega a bolinha de algodão, molha, e ela foi” (MPS 3, 29 anos).

“É porque é assim, a gente quando tá menstruada e vai fazer programa a gente molha um pedacinho de algodão e encaixa dentro da vagina. Então ele não percebe” (MPS 3, 29 anos).

Cuidados ensinados por algum profissional dos serviços de saúde

Entre as entrevistadas foi observado o uso concomitante do saber tradicional e uso do sistema oficial de saúde. Essas mulheres não se opõem ao sistema oficial de saúde, porém reconhecem a existência de limitações no SUS, seja na questão do diagnóstico e demora quanto aos resultados de exames, na escassez de materiais e de equipamentos, ou na falta de profissionais qualificados para atender a este público de forma a garantir de fato qualidade no atendimento das demandas por elas apresentadas.

“Sim, sim! As vezes tem muita dificuldade. Não especificamente no CTA não, é tu tem um atendimento bem... mas em hospital assim, ainda é um... é um tabu, as pessoa num se sente a vontade em falar e pra dizer a o... o, de fato, o que é o teu caso, porque que tu fazendo aquilo em fim” (MPS 9, 23 anos).

“O ambiente aqui da comunidade é bem agradável! Assim, eles tentam é... instruir a gente neste modo de cuidar da saúde, só que por... pela minha profissão sempre existe certo... preconceito assim, mas nunca que deixe de atender a gente bem não” (MPS4, 18 anos).

Neste estudo os locais mais relatados pelas profissionais do sexo que procuraram as unidades de saúde foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS), de seus territórios ou as mais perto, representando o papel de fato das UBS, de ser porta de entrada dos serviços de saúde. O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), como espaço que capta essas mulheres através de palestras e visitas *in loco*, sendo o mais citado durante a pesquisa; e o hospital.

O serviço de saúde tem suma importância na veiculação da informação, pois é lá que a população busca atendimento de saúde e onde há a condição de serem obtidas as informações corretas sobre as formas de prevenir e/ou tratar problemáticas de saúde, sem incorrer em riscos desnecessários ou utilizar métodos ou tratamentos inadequados. Em relação à prevenção de DST, é nas UBS que a população pode ter acesso aos preservativos, então, os profissionais presentes nas unidades podem aproveitar esses

momentos e transmitir informações sobre os métodos de prevenção e como utilizá-los corretamente (24:7).

As principais demandas por elas citadas ao procurarem os serviços de saúde referem-se às questões relacionadas aos cuidados ginecológicos, à realização de exames de sorologias para identificação de algum patógeno. Tendo ainda algumas referidas em menor quantidade, procurarem o hospital em caso de gripe, hipertensão e diabetes. E a partir daí, uma série de situações são relatadas como questão de vulnerabilidade dentro dos serviços públicos de saúde para atender a essas mulheres e suas demandas, tais relatos referem-se à discriminação devido a profissão, a demora em realizar e receber os resultados dos exames, representando sérios entraves de acesso.

“Olha, por conta dessa demora né? Que se tu faz um exame no mês tu vai receber três, quatro meses depois, esse... esse resultado, é muito estressante né?!” (MPS 7, 22 anos).

Em um estudo realizado nos municípios de Porto Alegre e Rio de Janeiro, que investigou e avaliou os serviços de prevenção, assistência médica e tratamento das DST/HIV/AIDS oferecidos pelo sistema público de saúde a profissionais do sexo, também conseguiu captar as percepções e avaliar o acesso de grupo de vulneráveis aos serviços de saúde pública disponíveis nos anos de 2008 e 2009.

Todas as profissionais do sexo ouvidas no estudo têm acesso relativamente fácil a serviços de saúde, fazem controles ginecológicos regulares e realizam testes periódicos de HIV. A maioria investe muito nos cuidados com a saúde, exatamente em razão do trabalho que realizam. Essas mulheres dizem que estar bem de saúde é fundamental para seu desempenho profissional. Praticamente todas reconhecem os riscos do HIV e das DSTs como sendo inerentes ao trabalho sexual, têm grande preocupação com a saúde sexual e buscam sistematicamente serviços ginecológicos. Entre as entrevistadas, apenas uma não se insere neste padrão (9:34).

As informações detectadas nessa pesquisa em muito se contrapõe a realidade verificada no município de Bragança. Ainda que os municípios em questão apresentem imensas diferenças entre número de pessoas, cidades de grande porte e cidade interiorana observa-se também a questão de estarem vinculadas a um único sistema de saúde, o SUS. Entretanto, o SUS se apresenta com estruturas diferenciadas em cada localidade.

A maior parte das mulheres entrevistadas em Porto Alegre, diferentemente das do Rio de Janeiro, conhece e acessa serviços do sistema público de saúde, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), ou hospitais (como o Hospital Presidente Vargas, a Rede Conceição e o Hospital Fêmeina). Com poucas exceções, elas são testadas para o HIV nos CTAs e buscam cuidados gerais de saúde na rede pública. Apenas duas das entrevistadas, ambas mais jovens (em torno de 25 anos), desconheciam a possibilidade de realizar testes pelo SUS. No caso

do Hospital Presidente Vargas, é importante dizer que há um convênio com o NEP que facilita o acesso das profissionais do sexo vinculadas à ONG, aos serviços oferecidos pelo hospital (9:35).

Os resultados encontrados na pesquisa acima descrita, quando confrontados com a realidade do município de Bragança são ainda agravados devido a não existência de ONG ou instituições parceiras que fomentem a causa e as bandeiras de lutas das profissionais do sexo.

Como presente na pesquisa:

No caso das prostitutas de Porto Alegre, o maior conhecimento e acesso à rede de serviços do SUS podem ser explicados pela melhor qualidade dos serviços públicos na cidade e por uma tradição mais consolidada de participação cidadã. Mas, sem dúvida, deve-se tomar em conta a ação pedagógica e administrativa do NEP, em particular o convênio informal com o Hospital Universitário Presidente Vargas (9:36).

O que denota a imensa necessidade do incentivo a participação dessas mulheres em engajarem suas lutas e reivindicações, a fim de se fortalecerem. O modo como os serviços de saúde estão articulados encontram fragilidade para o acesso de determinados grupos sociais, como profissionais do sexo, moradores de ruas, etc. Essa fragilidade se encontra principalmente quanto as:

“... atitudes de estigma por parte dos profissionais da saúde, nas limitações de horário – em função do trabalho, as mulheres que participaram da pesquisa dificilmente tinham disponibilidade para frequentar o serviço de saúde pela manhã, por exemplo, horário bastante usual de atendimento nos serviços de atenção primária do município – e na abordagem fragmentada de assistência, calcada em cada vez mais especializações, não atendendo integralmente essas mulheres” (17:793).

Apesar de referido os relatos com profissionais de saúde aparecem em intensidade menor, o que sugere a necessidade de reflexão sobre como os serviços de saúde estão acessando e sendo acessado por essas mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou o perfil das profissionais do sexo bastante semelhante aos encontrados em outros estudos e coloca a atividade ligada ao comércio sexual como a principal fonte de renda das mulheres que colaboraram no estudo. Nesse contexto, essas mulheres relataram diferentes formas de pagamento pelo serviço sexual: o dinheiro (previamente negociado) e outras modalidades como: “bancar ou manter” representando outro contexto de pagamento pelos serviços prestados, na qual a profissional perde a noção do real valor por ela recebida na negociação.

No que se refere ao contexto sobre saúde, a saúde é um direito constitucional pautada pelo princípio da universalidade do direito e acesso à saúde, e da equidade e integralidade da atenção à saúde no âmbito do SUS, deve ser assegurada a toda população, sem discriminação como meio de garantia da cidadania. Nesse contexto, é pertinente delinear como promover o

princípio da universalidade do acesso à saúde de forma a abranger os seguimentos mais vulneráveis como essas trabalhadoras do sexo?

Percebe-se a necessidade de efetivação de políticas públicas voltadas a pessoas em situação de vulnerabilidade social, e no caso das profissionais do sexo há a necessidade de programas de atenção à saúde sexual e reprodutiva específicas a esse público. É fundamental também o incentivo a organização política dessas mulheres no município de Bragança, possibilitando a esse grupo colocar em pauta suas demandas, aspirações e especificidades, sendo estratégia de resistência e planejamento coletivo frente ao movimento de subalternização a que esses grupos estão submetidos. É necessário dar voz a essas mulheres, e colocá-las no centro do debate. E é da organização política que se pode de fato efetivar os direitos desses grupos. As principais bandeiras de luta das profissionais do sexo hoje se referem quanto aos incentivos de organização política, em torno dos movimentos sociais, o reconhecimento da prostituição como profissão, garantias de melhores condições de trabalho, incentivo ao combate das DST'S/ AIDS, e perpassam por temas transversas, que impactam os condicionantes de saúde e de vida dessas mulheres, como reivindicação por melhorias na segurança, combate a violência, entre outros temas.

Já quanto aos cuidados de saúde, em termos específicos do município de Bragança, constatamos que em sua maioria essas mulheres realizam dentro dos cuidados de saúde o uso e pratica de plantas medicinais apreendido em contexto familiar, e que essas experiências são também por elas compartilhadas no âmbito do contexto de trabalho, representando assim a principal forma de cuidado utilizado, e criando assim uma rede de cuidados. E que, sob o contexto dos órgãos oficiais de saúde, observamos ainda a distância que estão dessas profissionais, ainda que a maioria delas tenha relatado ter em algum momento utilizado algum dos serviços de saúde.

A inserção das práticas alternativas no âmbito Sistema Único de Saúde- SUS, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNIC), e com a Política Nacional de Plantas Mediciniais e de Fitoterápicos (PNPMF), deve ser maior disseminada entre os profissionais de saúde no município de Bragança, já que, sob uma leitura seja cultural ou econômica, observamos o uso comum de plantas medicinais para o tratamento de diversas doenças entre a população bragantina.

Esta pesquisa propõe a realização de estudos interdisciplinares no município sobre a temática de profissionais do sexo que abordem a questão dos direitos sexuais dessas mulheres, que aprofundem a questão da prática de cuidados com ervas medicinais, uma vez que isso é algo característico da Amazônia, a fim de melhorar as políticas públicas para este grupo de vulneráveis.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization-WHO. WHOQOL: study protocol. WHO, Genebra, 1993.
2. Dias, S. Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2006.
3. Chaves, M. M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. Leptrans. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 1998.
4. Dias MR, et.al. Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia?. *Análise Psicológica* 2004; 22: 463-473.
5. Pires RCV et.al. Educação e promoção de saúde na prostituição: (re)estruturar estratégias de intervenção nas ruas do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Portugal: Universidade do Porto, 2009.

6. Candeias N. M. F. Conceitos de educação e de promoção de saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista Saúde Pública*, 1997, 31: 13-29.
7. Zeviani B et al. A prática cotidiana de saúde das profissionais do sexo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2012, 25: 1806-1222.
8. Damacena el al. 2011 citado por Costa AB et al. Situação de saúde de profissionais do sexo em um município do norte do Paraná. *Rev. Odontologia* 2014, 14, 257-276.
9. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA. Sexualidade e Desenvolvimento: A política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro, 2011.
10. Passos el al 2004; BRASIL, 2006; citados por Costa AB. et al. Situação de saúde de profissionais do sexo em um município do norte do Paraná. *Rev. Odontologia* 2014, 14: 257-276.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual do Multiplicador- Profissionais do Sexo. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
12. Instituto brasileiro de geografia e estatística – IBGE. Cidades do IBGE, 2017.
13. Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.
14. Medronho RA et.al. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.
15. Fontanella BJB, et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública* 2008, 24: 17-27.
16. Heckathorn DD. Respondent-Driven Sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems* 1997, 44: 174-199.
17. Bonadiman P, et al. Práticas de saúde entre prostitutas de segmentos populares da cidade de Santa Maria-RS: o cuidado em rede. *Physis* 2012, 22: 779-801.
18. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã, 2009.
19. Pogetto M, et al. Características de população de profissionais do sexo e sua associação com presença de doença sexualmente transmissível. *Revista Escola de Enfermagem USP* 2012, 46: 77-83.
20. Silva E, et al. O trabalho das profissionais do sexo em diferentes lócus de prostituição da cidade. *Revista Psicologia Teoria e Prática* 2010, 12: 109-122.
21. Santos MA. Prostituição Masculina e Vulnerabilidade as DSTs/AIDS. *Texto Contexto Enfermagem* 2011, 20: 76-84.
22. Moura AD, et al. O comportamento de prostitutas em tempo de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? *Texto Contexto Enfermagem* 2010, 19: 545-553.
23. Nicolau AI, et al. Caracterização social de prostitutas diante da visão integral da saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2008. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/232>
24. Oliveira FSC, et al. A utilização do preservativo feminino pelas profissionais do sexo. *Revista eletrônica trimestral de enfermagem. Enfermeria Global* 2008, 26: 399-407.
25. Langdon EJ, Wilk FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2010, 18: 173-181.
26. Silva SO, et al. Saberes e práticas de homens adultos a cerca do uso de plantas medicinais. *Revista Saúde (Santa Maria)* 2017, 43: 45-54.