

USA

Coro



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

EVELY MARLENE PEREIRA KOLLER

**DA VULNERABILIDADE AO PROTAGONISMO:
PROFISSIONAIS DO SEXO E CAMINHONEIROS FRENTE À AIDS**

2007

EVELY MARLENE PEREIRA KOLLER

**DA VULNERABILIDADE AO PROTAGONISMO:
PROFISSIONAIS DO SEXO E CAMINHONEIROS FRENTE À AIDS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para obtenção do título de Doutora em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.
Linha de Pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

2007

Ficha Catalográfica

K81v Koller, Evely Marlene Pereira
Da Vulnerabilidade ao Protagonismo: profissionais do sexo e
caminhoneiros frente à AIDS / Evely Marlene Pereira Koller — Florianópolis
(SC): UFSC/PEN, 2007.
202 p. il.

Inclui bibliografia.
Possui Quadros e Mapas.

1. Saúde – Epidemiologia. 2. AIDS – HIV. 3. Pesquisa - Etnografia. I.
Autor.

CDD 21^a ed. – 362.109 81

EVELY MARLENE PEREIRA KOLLER

**DA VULNERABILIDADE AO PROTAGONISMO – PROFISSIONAIS
DO SEXO E CAMINHONEIROS FRENTE A AIDS**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 30 de abril de 2007, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

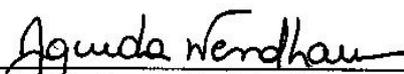


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

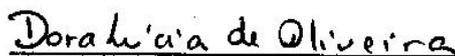
Banca Examinadora:



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Presidente



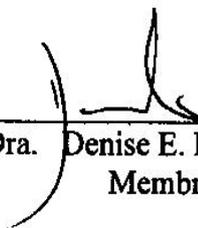
Dra. Agueda Lenita P. Wendhausen
Membro



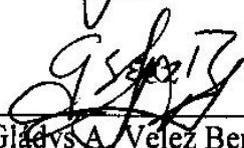
Dra. Dora Lúcia L. Correa de Oliveira
Membro



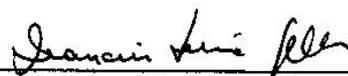
Dra. Marta Inês Machado Verdi
Membro



Dra. Denise E. Pires de Pires
Membro



Dra. Gládis A. Velez Benito
Membro Suplente



Dra. Francine Lima Gelbcke
Membro Suplente

Homenagem

*À Paulo Junqueira de Aguiar (in memoriam) Coordenador
do Programa de Prevenção à Aids do Ministério da
Saúde, quem me despertou a necessidade do trabalho com
populações vulneráveis.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Em primeiro lugar, a Deus – Aquele que torna tudo possível.

Ao Meu pai Salvador (in memoriam) e a minha mãe Maud da Cunha Pereira, pela formação que me deram.

Ao meu companheiro Osvino Leonardo, pelo amor, compreensão e, sobretudo paciência em todas as horas.

Aos meus filhos Alexandre Augusto, pelas traduções; Felipe Leonardo, pelo suporte técnico em computação; e a Larissa Helena, por ter me proporcionado, durante a trajetória do curso, a alegria de ser avó de Maria Luísa.

À minha irmã Eleide, colega de profissão e de trabalho, pela disponibilidade, incentivo, e tempo para me ouvir.

À Dra Flávia Regina Souza Ramos, orientadora e amiga, pela acolhida em todos os momentos e por guiarme com firmeza nesta jornada.

Aos colegas da Turma de Doutorado 2003, em especial a Gladys Brodersen, com quem compartilhei momentos de estudo, as viagens de ida e volta a Florianópolis, a amizade.

Aos colegas do Grupo PRÁXIS – Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Saúde, Trabalho e Cidadania, pelo maravilhoso espaço de debate e crescimento profissional, além das contribuições feitas a este estudo.

Às amigas Maria Hipólita Portilho Soares, Márcia Dalago Cunha, Andréa Wolf, pela colaboração no trabalho de campo.

À minha amiga Nalva Lima de Souza, pela correção ortográfica e aprimoramento do texto.

À amiga Rosângela Borba, pelo constante intercâmbio de idéias.

À Universidade do Vale do Itajaí, nas pessoas de Arlete Terezinha Besen Soprano, Heloisa Beatriz Machado, Águeda Lenita Wendhausen, o que oportunizou o desenvolvimento deste trabalho.

À APROSVI- Associação de Profissionais do Sexo do Vale do Itajaí, por possibilitar a minha participação com pesquisadora, no processo de emancipação política na trajetória da Associação.

Ao SEST/SENAT e Porto de Itajaí, pela oportunidade da realização dos trabalhos de campo.

Às secretarias de saúde de Balneário Camboriú, nas pessoas do Secretário de Saúde Celso Golim, Leila Gaebler e, em Itajaí secretária de Saúde Nausicaa Morastoni, Marisa da Rocha, pela abertura para circular pelos serviços.

Ao Programa Municipal de Aids de Itajaí, nas pessoas de Rosalie Kupka Knoll e equipe Bem Me Quer pela colaboração nos trabalhos de campo.

Aos membros da Banca de Qualificação, pelas valiosas contribuições, na construção do trabalho.

Aos membros da Banca de Defesa pela disponibilidade que demonstraram ao meu convite para análise do relatório final da pesquisa e pelas contribuições ao seu aprimoramento.

Aos caminhoneiros e profissionais do sexo, minha sincera gratidão.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de aprendizado.

KOLLER, Evely Marlene Pereira. **Da vulnerabilidade ao protagonismo:** profissionais do sexo e caminhoneiros frente à aids, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 202 p.

Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade
Linha de Pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem
Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

RESUMO

Analisar a relação entre vulnerabilidade e protagonismo a partir da experiência de profissionais do sexo e caminhoneiros frente à aids foi o objetivo deste estudo. O desenho desta pesquisa caracteriza-se pela metodologia RARE (Rapid Assessment, Response and Evaluation), a qual utiliza Epidemiologia, Etnografia e dados já disponíveis num determinado contexto, para obtenção de informações importantes acerca de populações vulneráveis e de difícil acesso. Vem sendo empregada para a obtenção de informações rápidas, onde não existam dados suficientes para que programas, intervenções ou políticas de prevenção sejam mais eficazes para determinada população. O total de sujeitos acessados diretamente foi de 69 indivíduos, através de diferentes técnicas. Os temas focados foram local/condição de trabalho, acesso a serviços de saúde, gênero e saúde. Os resultados após a triangulação de dados apontam para a existência de deficiências no acesso dessas populações a serviços de saúde, colaborando com a manutenção da vulnerabilidade social. A preferência de grande quantidade de caminhoneiros por relacionamentos com travestis expõe a bissexualidade e a necessidade de maior poder de barganha no sexo protegido da parceria fixa, bem como necessidade para os serviços de prevenção incluírem essa opção sexual como meta de prevenção, utilizando a abordagem de gênero. O número de caminhoneiros que pretende/realiza relações sexuais com profissionais do sexo sem proteção continua motivo de preocupação na disseminação da epidemia HIV/AIDS; o uso de camisinha, embora relatado como freqüente e consistente, na prática ainda se configuram como elemento distante da prática sexual cotidiana. O consumo de álcool, rebites é freqüente entre caminhoneiros e estes se percebem sem liderança que promova seu empoderamento. O uso do Rebites é admitido pelos caminhoneiros e empresários do setor de transportes com uma “certa naturalidade”. Os tomadores de decisão em políticas públicas têm consciência da problemática, todavia não promovem encontros entre os diversos serviços que prestam assistência a essas populações, para o planejamento de políticas públicas adequadas, que acolham, promovam saúde, atendam às próprias populações móveis em suas reivindicações e diminuam os índices de contaminação ao HIV/aids, demais doenças infecciosas e agravos à saúde. Os profissionais do sexo na região estão organizados através da APROSVI*, que luta pelo próprio reconhecimento e afirmação envolvendo grande número de atores sociais além

* Associação dos profissionais do sexo do Vale do Itajaí.

dos próprios profissionais do sexo. Apesar de inúmeras dificuldades, o acesso a serviços de saúde pelos profissionais do sexo está melhor do que para os caminhoneiros. O estudo recomenda que sejam realizadas campanhas de conscientização para os profissionais do sexo, enfatizando-se o uso correto do preservativo, a necessidade de uso incondicional e a possibilidade de empoderamento – para que consigam negociar o uso com os clientes sem sofrerem as conseqüências da violência. A divulgação sobre locais de distribuição gratuita de preservativos carece de maior divulgação, ao longo das principais rodovias e nos postos de combustíveis de paradas mais freqüentados. A “quota” de preservativos distribuída necessita ser revista. Parcerias entre serviços públicos de saúde, centros formadores de profissionais de saúde, ONGs e demais segmentos da sociedade civil são desejadas a fim de promover o protagonismo entre as populações vulneráveis.

Descritores: vulnerabilidade, protagonismo/advocacy, caminhoneiros e profissionais do sexo, aids.

KOLLER, Evely Marlene Pereira. **From vulnerability to protagonism, sex professionals and truck drivers against aids**, 2007. Thesis – Pos-Graduation Program on Nursery at Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 202p.

ABSTRACT

Analyzing the relationship between vulnerability and protagonism on sex professionals and truck drivers experience with aids was the objective of this study. The design of this project was based on the RARE (Rapid Assessment Response and Evaluation) methodology, which uses Epidemiology, Ethnography and available data in a given context to obtain important information about vulnerable and hard reachable populations. It has been used to obtain quick information when there are not enough data so that prevention programs, interventions or politics could be more effective to a determined population. The number of individuals directly accessed was 69, through different techniques. The focused themes were place/condition of working, access to health services, gender and health. The results, after data triangulation, indicate the existence of deficiencies on the access of these populations to health services, collaborating to the maintenance of their social vulnerability. The preference of a great number of truck drivers on having relationships with travesties exposes bisexuality and the need of a higher bargain power on safe sex with the regular partner, as well as the need of prevention services considerate this sexual option as a prevention objective, using gender approach. The number of truck drivers which intends/have sexual relations with sex professionals without protection is still a reason to worry about on epidemic dissemination of HIV/AIDS; the use of condoms, although related as frequent and regular, is actually steel a distant element on daily sexual practice. The use of alcohol and stimulants is recurrent among truck drivers and they find themselves without a leadership which promotes their empowerment. The use of stimulants is acceptable among truck drivers and transport entrepreneurs as a “kind of natural”. The decision makers in public politics are conscious of this problematic, however do not organize meetings with the many care services which attend those populations, to plan adequate public politics to take care, promote health and attend even the claims of the mobile populations and reduce the incidence of contamination of HIV/AIDS, other infectious diseases and health injuries. Local sex professionals are organized on ASPROVI[†], which fights for their recognition and affirmations, involving a great number of social actors including sex professionals themselves. Despite uncountable difficulties, the access to public health service by sex professionals is easier than to truck drivers. This study recommends that campaigns be organized to aware sex professionals to the correct use of preservatives, the need of its unconditional use and the possibility of empowerment – so that they could negotiate its use in relations with their clients without having consequences of violence. The announcing of places of free distribution of preservatives need more publicity, along

[†] Sex Professionals’ Association of Itajaí Valley.

the main roads and gas stations of the most frequented stops. The share of distributed preservatives must be reviewed. Joint ventures among public health services, health professionals training centers, NGOs and other civil society segments are desirable as a way to promote protagonism among vulnerable populations.

Key-words: vulnerability, protagonism/advocacy, truck drivers and sex professionals, aids.

KOLLER, Evely Marlene Pereira. **De la vulnerabilidad al protagonismo, profesionales del sexo y camioneros frente al Sida**, 2007. Tesis.- Programa de posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 202p.

RESUMEN

Analizar la relación entre vulnerabilidad y protagonismo a partir de la experiencia de profesionales del sexo y camioneros frente al Sida, fue el objetivo de ese estudio. El diseño de esta investigación se caracteriza por la metodología RARE (*Rapid Assessment, Response and Evaluation*), la cual utiliza la Epidemiología, Etnografía y datos ya disponibles en un determinado contexto, para la obtención de informaciones importantes referentes a poblaciones vulnerables y de difícil acceso. Se está empleando para la obtención de informaciones rápidas, donde no existen datos suficientes para que programas, intervenciones o políticas de prevención, sean más eficaces para determinada población. El total de sujetos tratados fue de 69 individuos, a través de diferentes técnicas. Los temas enfocados fueron local/condición de trabajo, acceso a servicios de salud género y salud. Los resultados después de la triangulación de datos, apuntan a la existencia de deficiencias en el acceso de esas poblaciones a servicios de salud, colaborando con la manutención de la vulnerabilidad social. La preferencia de gran cantidad de camioneros de relacionarse con travestis, expone la bisexualidad y la necesidad de mayor cuidado para el sexo protegido con la compañía fija, como así también la necesidad para los servicios de prevención, incluyan esa opción sexual como meta de prevención, utilizando el abordaje de género. El número de camioneros que pretende/realiza relaciones sexuales con profesionales del sexo sin protección continúa siendo un problema de preocupación en la diseminación de la epidemia del HIV/Sida, el uso de profilácticos, si bien es relatado como frecuente y consistente, en la práctica son elementos bien distantes de la práctica sexual cotidiana. El consumo de alcohol y energéticos, es frecuente entre los camioneros y estos se perciben sin liderazgo si no los consumen. El uso de la anfetamina es admitido por los camioneros y empresarios del sector del transporte con una “cierta naturalidad”. Quienes toman las decisiones en políticas públicas, tienen conciencia de la problemática, no obstante, no promueven encuentros entre los diversos servicios que prestan asistencia a esas poblaciones, para el planeamiento de políticas públicas adecuadas, que acojan y promuevan salud, atiendan a las propias poblaciones móviles y sus reivindicaciones y disminuyan los índices de contaminación del HIV/Sida, demás enfermedades infecciosas y atentados en contra de la salud. Los profesionales del sexo de la región están organizando a través de la APROSVI[‡], que lucha para su reconocimiento, envolviendo gran número de actores sociales, además de los propios profesionales del sexo. No obstante las innúmeras dificultades, el acceso a servicios de salud por los profesionales del sexo está mejorando respecto al de los camioneros. El estudio recomienda que sean utilizadas campañas de concientización para los profesionales del sexo, destacando el uso correcto de preservativos, la necesidad de

[‡] Asociación de los Profesionales del Sexo del Valle de Itajaí.

uso incondicional y la posibilidad de empoderamiento, para que consigan negociar el uso sin sufrir violencia, como consecuencia. La divulgación sobre locales de distribución gratuita de preservativos, carece de mayor divulgación en las carreteras y gasolineras de detención más frecuentes. La “cuota” de preservativos distribuidos debería ser revista. Convenios entre servicios públicos de salud, centros formadores de profesionales de la salud, ONG y demás segmentos de la sociedad civil, son deseados a fin de promover el protagonismo entre las poblaciones vulnerables.

Descriptores: vulnerabilidad, protagonismo/advocacy, camioneros y profesionales del sexo, Sida.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ASICAL - Associação para Saúde e Cidadania Integral na América Latina e Caribe.

AMFRI - Associação dos Municípios da Foz do Itajaí-Açú.

APROSVI - Associação de Profissionais do Sexo do Vale do Itajaí.

DST - Doença Sexualmente Transmissível.

CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças (EUA).

CNDST/AIDS - Coordenação Nacional/DST/AIDS.

CNT - Confederação Nacional de Transportes.

CODIM - Centro de Diagnose Municipal.

DVE - Departamento de vigilância epidemiológica.

GLTB - Gays, lésbicas, transexuais e bissexuais.

HIV- Vírus da Imunodeficiência Adquirida.

HSH - Homens que fazem sexo com homens.

IST- Infecção sexualmente transmissível.

INST - Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador.

IPPF - International Planned Parenthood Federation.

NPRF/SC - Núcleo de Comunicação Social da Polícia Rodoviária Federal de Santa Catarina.

NAFTA - North American Free Trade Agreement- Acordo de Livre Comércio da América do Norte.

MONITORAids - Sistema Nacional de Monitoramento em Aids.

OIT - Organização Internacional do Trabalho.

ONG - Organização Não Governamental.

PACT - Organização Internacional sem fins lucrativos. Trabalha para o empoderamento de grupos em vulnerabilidade, gênero e microcrédito.

PN-DST/Aids - Programa Nacional de DST/Aids do Ministério de Saúde do Brasil.

PRF SC - Polícia Rodoviária Federal de Santa Catarina.

SEST – Serviço Social do Transporte.

SENAT - Serviço Nacional de Aprendizagem.

SUS- Sistema - Único de Saúde.

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde.

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.

UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí.

UNESCO - Programa Conjunto das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

WHO/OMS - World Health Organisation / Organização Mundial de Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Operacionalização Metodológica	72
Quadro 2: Demonstrativo dos dados coletados na Pesquisa “Da Vulnerabilidade ao Protagonismo: Profissionais do Sexo e Caminhoneiros frente à aids”	74

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	15
I O OBJETO DE ESTUDO	18
1.1 Exploração inicial	18
1.2 Políticas em HIV/Aids	23
1.3 Profissionais do Sexo e Caminhoneiros Frente à Aids	32
II REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: UMA POSSIBILIDADE DE ABORDAGEM DO OBJETO	46
2.1 Os significados de Vulnerabilidade na perspectiva dos participantes.....	46
2.2 Evolução e implicações éticas do conceito de vulnerabilidade em saúde	50
2.2.1 Vulnerabilidade Individual	52
2.2.2 Vulnerabilidade Social	53
2.2.3 Vulnerabilidade Programática	53
2.3 Conceitos e práticas no enfrentamento da vulnerabilidade à aids – Protagonismo e Advocacy	55
2.4 Gênero e saúde	60
III ASPECTOS OPERACIONAIS DO ESTUDO.....	67
3.1 Desenho Metodológico.....	67
3.2 Descrição do Campo e Sujeitos da Pesquisa	73
3.3 Detalhamento da coleta de dados	76
3.3.1 Dados pré-existentes.....	77
3.3.2 Mapeamento	78
3.3.3 Observações de campo	78
3.3.4 Grupos focais.....	79
3.3.5 Entrevistas em profundidade	80
3.4 Análise e Interpretação dos Dados.....	81
3.5 Aspectos éticos do estudo	84
IV OS SIGNIFICADOS DA VULNERABILIDADE NA PERSPECTIVA DOS PARTICIPANTES.....	86
4.1 Interface entre profissionais do sexo e caminhoneiros na produção da vulnerabilidade a aids	88
4.1.1 Práticas sexuais e segurança frente a AIDS	92
4.1.2 Sexo desprotegido com profissionais do sexo	94
4.1.3 Influência do uso de álcool e drogas, inclusive “rebites”, sobre a vulnerabilidade	106
4.2 Acesso aos serviços de saúde - atendimento dos serviços públicos	111
4.2.1 Acesso à saúde em unidades privadas de saúde	117
V PROTAGONISMO E ADVOCACY EM CONSTRUÇÃO - O DESAFIO DO CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	126
5.1 Aproximações conceituais.....	126
5.2 A APROSVI - um começo de conversa sobre advocacy/protagonismo.....	133
5.3 Desvelando o advocacy	138
5.4 Protagonismo/Advocacy como ferramentas para a construção da cidadania .	142

5.5 Considerações acerca dos serviços de saúde	158
VI UMA SÍNTESE FINAL – REAFIRMAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	164
REFERÊNCIAS.....	170
APÊNDICES	182
ANEXOS.....	197

I O OBJETO DE ESTUDO

1.1 Exploração inicial

As tecnologias de comunicação promoveram uma sociedade em rede, onde grupos e indivíduos estão em constante interação, o que permite a difusão tanto das ações quanto dos problemas locais, funcionando como um instrumento de formação de opinião pública. O crescente protagonismo dos cidadãos e de suas organizações é um fenômeno global e contemporâneo, o qual não podemos ignorar.

A saúde por sua vez, é complexa e exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores – na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se através da construção e da gestão compartilhadas (BRASIL, 2005).

Procurando me envolver nessa realidade, enquanto profissional dessa área, no ano de 1987 ocorreu meu contato inicial com a temática sobre as DST/Aids, quando a Unidade Sanitária de Itajaí recebeu três notificações compulsórias de clientes positivos. A partir de abril de 1988, devido à grande pressão da população, iniciou-se a coleta de sangue para a realização do teste anti-HIV. Na época, comecei a trabalhar no atendimento ambulatorial a clientes com suspeita de contaminação pelo vírus HIV, como atividade de extensão, enquanto docente da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). O trabalho estava apenas começando e existiam poucas pessoas dispostas a desenvolvê-lo. A partir da coleta regular de sangue para o teste de Elisa, o número de casos diagnosticados aumentou assustadoramente.

Em maio de 1989, chegava a 76 o número de pessoas infectadas pelo vírus HIV. Dois anos depois, a quantidade de portadores subiu para 309 e as mortes se elevaram

para 49 e não pararam mais de se repetir. Diante de tão dura realidade, ingressei no curso de Mestrado com a convicção de que deveria realizar minha dissertação com um estudo feito nessa área. Em 1992, defendi a dissertação “Cuidando de Famílias sob o impacto do Vírus HIV em seu Espaço Sócio Cultural” (KOLLER, 2002). Minha trajetória nessa área foi um processo contínuo; passei a elaborar projetos e a obter financiamentos para trabalhos de pesquisa e extensão com populações de maior vulnerabilidade ao vírus HIV, publicações que serão citadas oportunamente ao longo do texto.

No início da epidemia, falava-se em “grupos de risco” – sendo as profissionais do sexo e os caminhoneiros considerados desses grupos. Atualmente, essas populações são denominadas de “maior vulnerabilidade”. Em Itajaí, o fluxo de caminhoneiros ao porto e a quantidade de casas de prostituição na orla marítima levavam a supor ser a cidade, com base nessa concepção, importante foco de disseminação do vírus HIV.

Preocupada com a situação, e ao mesmo tempo sem noção sobre a complexidade do tema, elaborei um projeto intitulado: Intervenção comportamental em grupos sociais distintos na área portuária de Itajaí-SC, incluindo no estudo estivadores, caminhoneiros e profissionais do sexo. Não imaginava, então, a dimensão do trabalho, nem que cada grupo merecia um estudo próprio (KOLLER, 1997).

No ano de 2000, um de meus projetos foi sítio de pesquisa realizada pela Universidade de Brasília (UNB) que, financiada pela Coordenação Nacional de DST e Aids (CN DST/aids), avaliou a efetividade das ações educativas sobre as DST e Aids voltadas para mulheres profissionais do sexo, em três regiões brasileiras (BRASIL, 2003).

O projeto intitulado “A vulnerabilidade às DST/AIDS de caminhoneiros que transitam no Vale do Itajaí” (KOLLER, CUNHA e MALTA, 2003)¹, realizado na metodologia RARE, confirmou dados preocupantes sobre a vulnerabilidade a toda sorte de agravos à saúde, principalmente às DST/AIDS, o uso de drogas, a dificuldade de acesso a serviços de saúde e a importante interface com profissionais do sexo. Este

¹ A metodologia RARE foi por mim utilizada em pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde/ Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) de Atlanta, em 2003/2004 com a mesma população do estudo atual e, que forneceu subsídios para o presente estudo. Os detalhes do processo (no que se refere a dados anteriores, estão explicitados na metodologia).

foi outro motivo que me levou a continuar trabalhando no sentido de contribuir com as populações de maior vulnerabilidade, incentivando-as através de suas próprias organizações e parcerias possíveis, para que lutassem por melhorias nas condições de acesso aos serviços de saúde, qualidade de vida e a auto-organização (KOLLER, CUNHA e MALTA, 2004).

Vivemos em uma época de degradação de valores éticos e humanistas, de fragmentação, de descrença e individualismo. Este fato se agrava por termos, no Brasil, uma história marcada por profundas desigualdades e diferenciações em relação à renda, ao acesso à saúde, aos benefícios do desenvolvimento, enfim à cidadania plena, embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha preconizado, para o início desse século, a equidade, não somente para a saúde, mas como aprimoramento dos direitos humanos e cidadania (GARRAFA et al, 2000).

Para que os modelos de assistência possam romper com a desigualdade, devem se referenciar em pressupostos de garantia de acesso e acolhimento aos usuários, integralidade na assistência, democratização, gestão pública e adequação à realidade local.

A integralidade, como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser entendido como relativo à prática da saúde dentro do modelo assistencial proposto pelo Ministério da Saúde (SANTOS, 2007, p. 431).

Para Santos (2007) o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; e as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando, um sistema capaz de prestar assistência integral.

O princípio da integralidade funda-se na idéia de que “o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (ibidem, 2007, p. 432).

Desse modo, a idéia de integralidade pressupõe uma nova prática de saúde que

supere a lógica flexneriana² imbuída no ato médico e na organização dos serviços. A integralidade também necessita de uma articulação entre a área da saúde e de outras políticas sociais de modo a assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (CUNHA, CUNHA, 1998).

Nesse sentido, Goulart (1999) aponta alguns aspectos que um modelo assistencial deveria conter: a) garantir a universalidade, a integralidade e a equidade; b) a atenção a grupos populacionais específicos; c) atenção a doenças crônicas, tendo em vista os custos crescentes com inovações tecnológicas; d) metodologias e tecnologias de educação e promoção de hábitos e comportamentos saudáveis, entre outros.

Ao relacionarmos protagonismo/advocacy³ aos princípios da cidadania, democracia, justiça, liberdade e equidade, queremos mostrar que estes valores não fazem parte da realidade da grande maioria da população em nossa sociedade. Dentre estes, há ainda os segmentos mais atingidos: profissionais do sexo, caminhoneiros, homossexuais, idosos, mulheres, negros, portadores de deficiências, presidiários, índios, entre outros. Populações que são discriminadas por suas características específicas, aumentando, ainda mais, sua vulnerabilidade às violações dos direitos humanos.

O processo de construção da cidadania brasileira nunca foi linear em sua história e se mantém em um frágil equilíbrio, particularmente se o analisarmos pela ótica dos direitos que balizam o conceito de cidadania, seja individual ou coletiva. Os direitos civis dizem respeito ao conjunto de direitos fundamentais à vida, como liberdade, equidade e justiça.

A problemática vivenciada por profissionais do sexo e caminhoneiros nos impulsiona a estudar melhor essa temática para que possamos articular a sociedade

² Para Mendes, o paradigma flexneriano surgiu a partir do Relatório Flexner, de 1910, o qual se tornou hegemônico no ensino e na prática médicas desde então. Seus elementos estruturais são o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa e a concentração de recursos (MENDES, 1998).

³ Os conceitos de protagonismo e advocacy serão tratados mais detidamente no próximo capítulo e embora na literatura sejam utilizados em contextos e com sentidos um pouco diferentes, guardam relações e semelhanças que fazem com que sejam tomados, em alguns locais deste estudo, em conjunto. Apesar do termo protagonismo ter sido o eleito, não se perde de vista proposições teóricas e metodológicas que guardam estreita relação e similaridade, como “advocacy” ou mesmo “empoderamento”.

civil organizada para uma atuação mais efetiva frente a gestores e/ou legisladores. Enquanto a equidade social não existir, é de suma importância conhecermos esse segmento populacional, participando do processo de instrumentalização destes atores para o exercício do advocacy ou empoderamento, em prol dos direitos sociais e, no futuro, a ampliação de direitos civis e políticos (KOLLER e JOHN 2002).

Itajaí-SC, situada no litoral norte de Santa Catarina (sul do Brasil), tem em torno de 150.000 habitantes. É sede do porto com maior movimentação de cargas frigorificadas no sul do país. Seu porto recebe de 400 a 500 caminhões por dia, número que aumenta em períodos de safra. Limita-se ao sul com Balneário de Camboriú, importante pólo turístico da região, que igualmente nos meses de verão e nas festas de outubro chega a quadruplicar sua população, atraindo para a região um grande contingente de populações móveis.

O Departamento de Vigilância Epidemiológica do município de Itajaí registrou, no período de 01/09/2002 a 24/11/2003, um total de 2.929 testes para HIV, tendo como resultados 215 casos de HIV positivos, sendo 115 masculinos e 100 femininos. Atribui-se à alta prevalência nessa população por terem sido todos os sujeitos testados no Centro de Testagem Anônima, o que por si só identifica uma população de maior vulnerabilidade (DVE, 2003).

Quanto à distribuição dos casos de aids no município de Itajaí, por ano e sexo, tem-se observado que acompanha a tendência da epidemia no Brasil. Até o ano de 1999, a população masculina vinha crescendo. A partir deste período, mantém-se estável com ligeira queda. A feminização da epidemia teve um aumento expressivo e preocupante no ano de 2002, merecendo uma análise minuciosa e reflexão no sentido de se desenvolver trabalhos de prevenção direcionados a esta população, com ênfase na autonomia e capacidade de negociação do uso de preservativos com as parcerias sexuais (DVE, 2003).

Nessa perspectiva, esta tese se propôs a analisar a relação entre vulnerabilidade e protagonismo a partir da experiência de profissionais do sexo e caminhoneiros frente à aids, principais agentes e sujeitos das ações de prevenção e não meramente seu objeto ou alvo, como segmentos profissionais que podem ser protagonistas em intervenções para a diminuição da vulnerabilidade frente à aids. Para isso, o caminho

metodológico utilizado foi a metodologia de diagnóstico Rápido e Pronta Resposta - RARE, por ser um meio para descrição da extensão e da natureza dos problemas sociais e de saúde e para sugerir maneiras de melhorá-los (OMS UNAIDS, 1998).

Pretendemos dar maior visibilidade a essa temática também no meio acadêmico, conscientizando os jovens da necessidade de intervir em populações de maior vulnerabilidade, na perspectiva da redução das desigualdades sociais e para que o direito à vida tenha o mesmo significado para todos.

Conforme trataremos a seguir, a experiência brasileira tornou evidente a importância da organização comunitária no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, não só em termos de operacionalização de ações, mas de delineamento de políticas específicas e de seus impactos e resultados. Apesar de inúmeras dificuldades, o Programa Nacional de DST e Aids tem obtido avaliações positivas, o que pode ser atribuído, em grande parte, a estratégias de compartilhamento de ações por diversos segmentos da sociedade civil.

Apesar desses princípios, ainda nos perguntamos: caminhoneiros e profissionais do sexo podem/devem ser os principais agentes e sujeitos das ações de prevenção para esses segmentos populacionais e não meramente seu objeto ou alvo? Pode-se despertar e fomentar o protagonismo desses segmentos profissionais, no enfrentamento de sua própria vulnerabilidade frente a aids? Esta foi uma pergunta fundamental no delineamento desta pesquisa. A partir desta questão inicial, proponho a seguinte tese: Caminhoneiros e profissionais do sexo possuem uma importante interface na produção da vulnerabilidade a aids; e esta vulnerabilidade “interage” com potenciais de protagonismo/advocacy desenvolvidos em experiências concretas por estas populações.

1.2 Políticas em HIV/Aids

A presença do Estado na regulação das relações sociais apresenta-se carregada de uma ambigüidade latente que se produz em função de uma evidência no contexto social. De um lado, permanência e agravamento das diferenças sociais - os mecanismos cruéis da distribuição do produto social desmascaram

o mito da igualdade. De outro lado, preocupada em regular tensões latentes, a sociedade produz por meio do Estado ações compensatórias para atender à demanda por bens e serviços coletivos necessários à vida em sociedade (NUNES, 2003, p.96).

O movimento sanitário na década de 1980 criticava o modelo vigente e propunha a reforma sanitária brasileira, que tinha como princípios básicos a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. Esses princípios orientadores do processo de reforma sanitária brasileira reafirmam que a organização de serviços de saúde não poderá mais ser concebida em termos da dicotomia que opõe medidas de caráter coletivo ao serviço de atenção médica individual, devendo referir-se ao conjunto de medidas do setor saúde, entendido de maneira integrada, e não fragmentada como um somatório de programas e ações pulverizadas em inúmeras instituições impermeáveis entre si (COHN, 1996).

No final dos anos 1980, os anseios pela equidade em saúde levaram àquilo que pode ser considerado a culminância do movimento sanitário, por meio de sua materialização na Constituição Federal. O direito ao acesso universal e atenção integral à saúde foi conquistado pela sociedade brasileira na Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição, além de reafirmar saúde como direito de todos e dever do Estado, assegura a sua universalidade e integralidade com o financiamento tripartite (União, Estados e Municípios). Estes preceitos constitucionais encontram-se reafirmados na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (BRASIL, 1990).

O financiamento do SUS tem sido um dos grandes desafios, desde a sua criação e durante o processo de sua implantação, pois é contraditório em relação ao modelo econômico dominante no país, acentuadamente a partir da década de noventa, caracterizado pelo estabelecimento do “estado mínimo” e pela insuficiência de políticas públicas voltadas para a atenção integralizada à população. Além disso, existem grandes distorções na forma de financiamento, relacionadas com a oferta e a produção de serviços de saúde, herança do modelo centralizado até então existente na política de saúde brasileira.

No que diz respeito á aids, entretanto, reconhecemos que o Sistema de Saúde tem evoluído, credenciando hospitais-referência para tratamentos, serviços de hospital-dia e inúmeros projetos que vêm se transformando em programas para promoção e prevenção à saúde. Algumas críticas são feitas, porém já temos um modelo em franco processo de implementação.

As desigualdades econômicas, sociais e culturais são, em todos os lugares do mundo, fatores decisivos para vulnerabilidade de populações específicas à transmissão do HIV/AIDS.

Uma das mais importantes características do enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil é a intensidade das respostas comunitárias desencadeadas. Aqui, como em todo o mundo, as organizações não governamentais também foram as primeiras a enfrentar o problema, a denunciar seu impacto social e fatores culturais que contribuem para sua expansão e gravidade.

No início dos anos 80, quando as respostas oficiais inexistiam, foram as ONGs que lutaram contra a epidemia tendo, por isso, uma fundamental influência no desenho das políticas públicas de prevenção e assistência hoje implementados pelo Brasil (SZWARCOWALD, 1997). O resultado disso foi que, mesmo diante da caótica situação da saúde brasileira, o Programa Nacional de DST/AIDS consolidou-se e é reconhecido como um dos setores mais eficientes do país. Isso é resultado de um trabalho de parceria estabelecido há anos entre o governo e diversos segmentos da sociedade civil, formando uma resposta nacional concreta no enfrentamento da aids.

O período que vai de 1986 até 1990 foi caracterizado pela organização de uma estratégia global, coordenada pelo Programa Global de Aids da Organização Mundial de Saúde (OMS) e envolvendo várias agências de financiamento (ROCHA, 1999). De fato, esta foi a primeira vez na história da OMS, em que foi proposta uma estratégia com esta amplitude, abarcando todas as áreas do planeta.

Esta estratégia definia que "o componente mais importante dos Programas Nacionais de Aids era a informação e educação... (com) os indivíduos, governos, a imprensa e todos os setores tendo um papel primordial na prevenção da infecção do HIV" (MANN,1992b, p. 24). Qualquer medida de discriminação e isolamento do portador do HIV/Aids foi completamente rechaçada.

Data deste período a formação de Programas Nacionais em quase todos os países. As Organizações Não-Governamentais também se tornam mais atuantes e numerosas. Em 1989, o Programa Global de Aids se transforma na maior e na mais dinâmica instância da OMS, implementando atividades de assessoria técnica a cerca de 155 países e colaborando efetivamente na criação de diversos Programas, baseados em suas diretrizes e modelos específicos de prevenção e assistência.

Na década de noventa, Fee e Fox (1992) defendem que a aids passa a assumir a característica de uma doença crônica, semelhante em alguma medida ao câncer e às doenças cardíacas, implicando longos períodos de tratamento e a necessidade de suporte social e institucional. A imagem de doença emergencial não se adequa mais a esta situação.

Outras características que marcam este período são: intervenções cada vez mais institucionalizadas a partir de um viés cientificista, dificultando as interlocuções com os movimentos sociais; maior preocupação com o investimento em tratamentos, embora os ativistas ainda tenham que lutar por uma maior rapidez nos protocolos de pesquisa e pelo acesso aos tratamentos disponíveis; ênfase maior nos argumentos em favor da realização de testes sorológicos.

É oportuno mencionar que o jogo de pressões em torno da busca de tratamento foi o elemento norteador das relações entre os diferentes atores sociais envolvidos no cenário da política de controle da epidemia. O esforço coletivo para o desenvolvimento da pesquisa médica criou uma dinâmica específica no campo da política de aids, gerando mudanças no andamento das pesquisas médicas, que ganham um ritmo mais ágil para acompanhar a demanda do campo (SILVA, 1998; EPSTEIN, 1996).

No decorrer dessa trajetória foi caracterizada uma postura de "excepcionalidade" na área da política de saúde pública (JONSEN e STRYKER, 1993; KIRP e BAYER, 1992), fazendo do respeito à diferença a matéria prima de suas intervenções, buscando transformar as cercas de discriminação em redes de solidariedade e cidadania.

Nesse contexto, a educação era compreendida, sem dúvida, como a melhor defesa contra a epidemia da aids, ancorando suas ações através do trabalho de

lideranças comunitárias, mais identificadas com os códigos de linguagem das populações vulneráveis ao vírus da aids.

Certamente, sabemos que este quadro não foi homogêneo, observando-se situações de estigmatização, tais como: a proibição de crianças infectadas pelo HIV/AIDS de freqüentarem as escolas na Espanha, Estados Unidos e Brasil, fechamento de boates e saunas *gays* nos Estados Unidos, obrigatoriedade da apresentação do resultado do teste sorológico para os imigrantes (ressuscitando os antigos "certificados de isenção de doenças venéreas"), rejeição de atendimento de pacientes com HIV/Aids nos serviços de saúde, demissão de funcionários após o conhecimento da resposta sorológica positiva (KIRP e BAYER, 1992; MANN et al., 1993). Note-se que em alguns lugares, a resposta discriminatória partiu em grande parte da área da saúde, ao recusar-se atender a pacientes com HIV/AIDS ou exigindo a adoção de testes compulsórios (MANN et al., 1993).

De qualquer forma, criou-se a possibilidade de mudanças na postura dos profissionais no atendimento aos clientes e de reversão de um discurso normatizador, presente no campo tradicional da saúde e da educação em saúde, para outro discurso vinculado à contextualização da história do paciente. Outras características foram: a associação numa mesma doença de temas considerados tabus (morte, sexualidade e drogas); a entrada no cenário de pessoas consideradas marginalizadas (travestis, homossexuais, prostitutas, usuários de drogas), historicamente ignoradas na formulação de políticas públicas. Mudanças ainda foram sentidas na organização dos serviços de saúde, implicando a construção de propostas de trabalho em equipes multidisciplinares, apontando para a quebra da onipotência do poder soberano da categoria médica. A linguagem médica também é retraduzida pelas ONG, tentando tornar as informações técnicas mais democráticas e acessíveis. Enfim, foram criadas possibilidades de se produzir novos entendimentos sobre a dinâmica sócio-cultural da epidemia, como também a produção de novos sentidos da própria vida e da morte.

Nesse sentido, o cenário atual traz elementos novos, a começar pela liderança que o Programa de DST e Aids do Brasil adquiriu nos últimos anos no plano internacional. Foi o primeiro país em desenvolvimento a garantir o acesso universal e gratuito à terapia anti-retroviral, expressa em Lei desde 1996. É importante ressaltar

que esta decisão política foi fruto da convergência de dois fatores fundamentais: vontade política e participação ativa da sociedade civil. Esta convergência trouxe à tona uma inovação no campo da saúde pública, que até hoje faz do Programa Brasileiro de DST e Aids uma referencia para outros países em desenvolvimento, qual seja, a articulação e integração das ações de prevenção e assistência, em um movimento único guiado pelos princípios que norteiam o sistema de saúde: equidade, integralidade e universalidade. A vantagem comparativa deste modelo é mensurável. A política de acesso universal as anti-retrovirais propiciou aos cerca de 163 mil pacientes em tratamento ARV uma melhoria na qualidade de vida, redução das taxas de mortalidade e das infecções oportunistas (BRASIL, 2005).

Assim, a discussão sobre Justiça Social, a noção de direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado, relacionada às noções de igualdade e liberdade, que vêm sendo estabelecidas ao longo da história, principalmente desde os séculos XVIII e XIX, culminando na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e na Convenção Européia dos direitos do Homem em 1950, envolve, na sua discussão a questão de juízo de valor, freqüentemente relacionado com a distribuição de renda, de riquezas e de outros benefícios, assim como as opções políticas associadas à alocação de recursos pelo Estado para promover a Justiça Social (ALMEIDA, 2002).

A estratégia de prevenção que tem sua ação marcada pela ampliação da cobertura, pela inovação no campo da intervenção comportamental dirigida as populações mais vulneráveis, no acesso gratuito ao diagnóstico e aos insumos de prevenção, vem evitando que novas infecções aconteçam e isto também se traduz em números. No período de 2002 a 2005, foram capacitadas cerca de 60% das equipes de saúde da atenção básica. Pesquisa realizada em 2004 indica que 57,3% dos jovens na faixa etária entre 15 e 24 anos reportaram uso do preservativo na última relação sexual e 74,1% dos jovens na mesma faixa etária reportaram uso do preservativo em relações eventuais (BRASIL, 2005).

O trabalho desenvolvido pelos movimentos sociais que se aglutinam em torno a luta contra a epidemia HIV/Aids também devem pensar a política pública de luta contra as DST e Aids, como um campo de prática em permanente movimento, como um setor que dispõe de uma capacidade de articular a esfera pública do SUS e ao

mesmo tempo torná-la espaço de atuação e exercício de cidadania, de participação cidadã e de controle social.

A discussão de Justiça Social nos remete à noção de direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado, relacionada às noções de igualdade e liberdade, que vêm sendo estabelecidas ao longo da história, principalmente desde os séculos XVIII e XIX, culminando na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e na Convenção Européia dos Direitos do Homem em 1950 (ALMEIDA, 2002, p. 26). Envolve na sua discussão a questão de juízo de valor, freqüentemente relacionado com a distribuição de renda, de riquezas e de outros benefícios, assim como as opções políticas associadas à alocação de recursos pelo Estado para promover a Justiça Social.

O financiamento de políticas públicas e, especificamente, das políticas de saúde, torna-se foco de interesse e pesquisa em todo o mundo, quando o provimento dos cuidados e serviços de saúde torna-se atribuição de Estado em muitos países e a saúde passa a ser entendida como um direito universal, isto é, estendida a todos, enquanto tributo da cidadania (MÉDICI, 2002, p. 23). Na atenção em saúde, justiça geralmente se refere ao que os filósofos chamam de “justiça distributiva”, ou seja, distribuição equitativa dos bens escassos em uma comunidade.

Para o entendimento do direito à atenção em saúde é necessária a compreensão das principais teorias de justiça até hoje desenvolvidas no pensamento liberal que, conforme Porto, podem ser descritas em três correntes distintas: o igualitarismo, o utilitarismo e a Teoria de Justiça de Rawls (PORTO, 2002 p. 124).

Os igualitaristas, que concebem o conceito de justiça social baseado na idéia de igualdade em relação à questão da distribuição da riqueza na sociedade, propõem: “a cada um conforme seu próprio trabalho”, mas não levam em consideração a existência de necessidades diferentes. Consideram haver duas espécies de desigualdades: natural ou física (estabelecida pela natureza: idade, força corporal), e desigualdade moral ou política (que depende de uma convenção pré-estabelecida e consiste nos privilégios desfrutados por alguns em detrimento de outros). Porto (2002) ressalta ainda que o aprofundamento das desigualdades é promovido pelas desigualdades sociais, e que somente o trabalho pode dar direito à propriedade e propõe o Contrato Social, afirmando a necessidade de um pacto social para corrigir as desigualdades produzidas

pela instauração do estado civil.

O Utilitarismo adotado por Locke, Sidgwick e, posteriormente, por Adam Smith, considera que uma sociedade é corretamente ordenada e, portanto, justa, quando obtém a maior soma de satisfação, independente da distribuição entre os indivíduos pertencentes a essa sociedade. Esta teoria se traduz em quantificação de custo e benefício e com a eleição de obter o menor do primeiro e o maior do segundo. Entendem ser justo, em saúde, a utilização de critérios como o de melhor resposta, ou seja, gastar mais com quem tenha melhor condição de produzir (PORTO, 2002).

Em 1971, conforme aponta Rouanet (2002), com o lançamento do livro *A theory of justice*, por Rawls, renova-se o campo da filosofia política e obriga-se a repensar os problemas sociais, o papel do Estado e o conceito de cidadania: - cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais amplo possível de liberdades básicas; todos os societários têm direito a mais extensa liberdade compatível com as liberdades dos demais.

O princípio de igualdade tem por base o conceito de cidadania, segundo o qual todos os indivíduos são iguais, portanto, tendo os mesmos direitos; já a equidade incorpora em seu conceito um valor de justiça. Desta forma, o debate sobre a justiça alocativa gira predominantemente sobre dois paradigmas de justiça: o princípio da igualdade e o princípio da equidade. Sendo que a equidade em saúde, conforme salienta Almeida (2000, p.15) refere-se à forma de como diminuir ou eliminar as diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas injustas.

Segundo Rawls apud Porto (2002) as desigualdades econômicas e sociais devem ser enfrentadas de tal modo que as ações: (a) sirvam ao maior benefício dos mais desfavorecidos, dentro dos limites de um justo princípio de repartição; (b) devem estar relacionadas a funções e posições abertas a todos, em acordo com o princípio de justa igualdade de oportunidades. Desta forma, novamente, desafia-se o debate sobre a questão de justiça. O autor desenvolve um critério para a justiça na desigualdade, que é assumido pela equidade: o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carentes (MEDEIROS, 1999). Desta forma, a justiça é feita quando se aumenta o nível de utilidade do indivíduo em piores condições. Este tem sido o desafio das políticas públicas.

O debate sobre a justiça, no âmbito da saúde pública, vem experimentando um decisivo aprofundamento nas duas últimas décadas, mormente nas sociedades latino-americanas abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, que coloca os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde/adoecimento ao longo da vida (CORDEIRO, 2001; VIANA et al., 2003).

Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida, envolvendo forças políticas, econômicas, afetivas, culturais e sociais existentes num território (local, regional, nacional e/ou global) (CAMPOS et al., 2004).

A expressão desigualdade em saúde se refere às disparidades sanitárias de um país. Para a Organização Panamericana de Saúde (2001) e (2002) a expressão equidade social em matéria de saúde, se refere à ausência de disparidades sanitárias injustas entre grupos sociais. Ainda referendando a OPAS (2002), promover a equidade, em saúde, significa diminuir os privilégios, pois a busca da igualdade social no âmbito da saúde induz à redução da prestação de maus serviços de saúde em detrimento de serviços de qualidade, melhorando os níveis de saúde em geral.

Garrafa (2000) refere que a distância existente hoje entre os excluídos e os incluídos na sociedade mundial – tanto qualitativamente, quanto quantitativamente – é paradoxalmente maior do que há vinte anos.

A complexidade destes problemas de saúde influenciados por múltiplos processos, nos impõe revisar as vinculações existentes entre gênero e políticas de saúde. O desafio para saúde é a equidade. Equidade não só de atenção à saúde (direito, acesso, qualidade) como a equidade de gênero da própria saúde. Trata-se de uma política dirigida à diminuição das iniquidades nas condições de vida da população,

com o objetivo de reduzir os fatores que atuam diminuindo as possibilidades e oportunidades de vida, limitando os direitos e o bem estar.

Igualdade é o “princípio pelo qual todos os cidadãos podem invocar os mesmos direitos. Igualitário, portanto, é o “sistema que preconiza a igualdade de condições para todos os membros da sociedade”, onde igualdade corresponde à “justiça, equidade, relação entre indivíduos em virtude da qual todos eles são portadores dos mesmos direitos fundamentais que provêm da humanidade e definem a dignidade humana” (KOOGAN/HOUAISS, 1997). Ao revés, desigualdade é considerada como sinônimo de injustiça, iniquidade, relações onde os direitos fundamentais são desrespeitados e a dignidade ferida (FERREIRA, 1986). A Constituição brasileira adota esse conceito de igualdade. Seja por reconhecer que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”(C. F., art. 5º, capítulo 3), seja porque “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”, bem como “promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” constituem objetivos nacionais (C. F., art. 3º, III e IV).

Neste sentido, diminuir desigualdades - diante da impossibilidade de eliminá-las - deve ser o objetivo central de toda política pública. Buscar essa redução é, também, requisito para que uma política pública possa ser considerada como social, já que nem toda ação governamental tem essa virtude apenas por que se situa em setores sociais como saúde, educação, previdência, habitação.

1.3 Profissionais do Sexo e Caminhoneiros Frente à Aids

A prostituição é uma das profissões mais antigas do mundo. As sacerdotisas do templo, que eram ao mesmo tempo mulheres sagradas e prostitutas, foram as primeiras prostitutas da história (ROBERTS, 1998).

Abarcando todas as atividades essenciais que deram lugar ao mundo humano, as mulheres eram vistas como incorporação viva de uma geradora universal, que os humanos da Idade da Pedra conceituam sob a forma de uma deusa. Talvez o mais

milagroso de tudo é que as mulheres eram capazes de reproduzir crianças de seus próprios corpos: um ato de pura mágica criativa aos olhos dos homens que ignoravam a sua própria parte na reprodução (ROBERTS, 1998).

A sexualidade em certo ponto da história é encerrada, ou seja, muda-se para dentro de casa. A família conjugal a confisca e absorve-a inteiramente, na seriedade da função de reproduzir. Em torno do sexo, se cala. O caso legítimo e procriador dita a lei, impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar, reservando-se o princípio do segredo. Romper as leis do casamento e procurar formas de prazer fora de casa e com estranhos, de qualquer modo, merece a condenação (FOUCAULT, 1997).

Com o decorrer dos anos, a relação monogâmica foi ganhando espaço nas famílias, contudo a prostituição não deixou de existir. A prostituição moderna aparece como um fenômeno essencialmente urbano, inscrevendo-se numa economia específica do desejo, caracterizada pela troca, na qual todo o sistema de codificações morais, que valoriza a união sexual monogâmica, a família nuclear e a fidelidade feminina, destina um lugar específico ao que considera sexualidade insubmissiva (RAGO, 1991).

Conhecida como a profissão mais antiga do mundo, a prostituição se apresenta como uma atividade provocadora e desconcertante para a sociedade. É curioso observar que, mesmo identificada como “a mais antiga das profissões”, é negado o status profissional à atividade da prostituta (BRASIL, 2002).

A expressão profissional do sexo, segundo Moraes (1996), derivou dos Encontros Nacionais das Prostitutas. O primeiro deles foi realizado em 1987, na cidade do Rio de Janeiro. Esta expressão designa uma pessoa que faz sexo, de forma impessoal, por uma determinada quantia de dinheiro ou troca-o por qualquer outro bem (GASPAR, 1988).

Para compreender como se dá a divisão entre o mundo profissional e o mundo privado é necessário compreender a unidade da atividade sexual profissional, a saber, o que as profissionais chamam de programa. O “programa” é a unidade elementar da atividade da prostituta. Sua execução requer acordos prévios sobre três itens: as práticas, ou o conteúdo do serviço que será prestado, o preço e o tempo disponível pela prostituta. (FREITAS, 1985, p. 30). O programa refere-se tanto ao ato sexual, em troca

de uma quantia em dinheiro, quanto ao fato de o cliente apenas ocupar um determinado tempo com a profissional do sexo para conversar. Mas, basicamente, ele consiste em “pagamento pelo serviço prestado, conforme o combinado, utilização de preservativo masculino, restrição do contato boca a boca (beijo) e ausência de feridas ou assaduras nos órgãos sexuais” (SILVA, SALMITO, VENDRAMINI, e PATRICIO, 1998, p. 328).

O campo que se constitui em torno da prostituição está ligado ao crescimento econômico e a explosão demográfica, surgindo os restaurantes, cafés e centros noturnos de diversões, expandindo-se, a partir daí, as formas de consumo de amor, estimulando o crescimento da prostituição profissionalizada e tornando as casas de encontro o ideal de toda uma nova geração. Constituindo um mercado de oferta e consumo em torno do prazer, a prostituição transforma-se numa atividade lucrativa, que exige cada vez mais investimentos. As prostitutas profissionalizam-se à medida que o crescimento urbano-industrial aumenta, constituindo-se um mercado de trabalho disputado (RAGO, 1991).

Tanto no campo simbólico quanto no imaginário social, a prostituta desempenha papéis que seriam inconcebíveis para a mulher “de família”, podendo ser sexualmente livre, despudorada, sem dono, sedutora e ativa na arte da conquista, além de “boa de cama”, devido à experiência que a profissão provê. São esses atributos que atizam os desejos dos homens e atemorizam as esposas (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2001).

De um modo geral, as profissionais do sexo são muito vulneráveis aos relacionamentos amorosos e quando um cliente comprometido com outra mulher, ou não, lhe dispensa maior atenção pode rapidamente tornar-se seu “namorado”. Com esta pessoa com quem, além das relações sexuais prazerosas, existe maior envolvimento afetivo, acaba acontecendo maior falta de poder de barganha para o sexo mais seguro (GALVÃO, 1999). No imaginário da profissional, seu namorado é limpo, saudável, só dela, pelo menos enquanto ambos estão envolvidos. Logo, para que se proteger?

As profissionais do sexo foram particularmente associadas à epidemia de aids desde o seu início, em razão de uma conjunção de fatores que decorre tanto de sua

atividade profissional como de seu gênero, do estigma e da conseqüente discriminação (BRASIL, 2002).

Para Paiva et al (1998), o peso das condições de gênero sobre as mulheres tem sido descrito nas últimas duas décadas de intensa produção feminista. Vários outros estudos têm demonstrado que a cultura sexual, na qual mulheres e homens são socializados é um dos fatores que dificultam conter a epidemia da aids. No caso da transmissão sexual, os “roteiros sexuais de gênero” são constituintes essenciais daquilo que se define como sendo “próprio do homem” e “próprio da mulher”, deixando ambos mais vulneráveis. A cultura machista e latina fragiliza também os homens, que são pressionados a serem impulsivos sexualmente para se provar homens, a declamar que o uso do preservativo “atrapalha o prazer” ou dificulta o controle necessário ao senso de invencibilidade e competição associado à potência do sexo masculino. Essas mesmas condicionantes do gênero masculino contribuem para que os homens deixem de assumir responsabilidades pela contracepção, ou reprodução compartilhada com a mulher.

Como demonstra a literatura de aids dos últimos anos, as normas de gênero também estimulam a perseguição dos homens que têm desejo homoeróticos e são obrigados à clandestinidade, criando o contexto psicossocial que dificulta a adesão ao sexo seguro ou a proteção das mulheres com quem têm relações sexuais (PAIVA et al 1998).

No cotidiano das relações, é comum se afirmar que as diferenças biológicas entre os sexos em vista aspectos que apontavam para a existência de limitações destas frente determinam as características que tornam os homens “masculinos” e as mulheres “femininas”. Nesse caso, por serem “naturalizadas”, tais características são consideradas fixas e imutáveis. Assim, as mulheres nascem, vivem e morrem em situação de desigualdade em relação aos homens. Partindo dessa reflexão, torna-se fundamental criar ações de advocacy entre as categorias profissionais ora estudadas, que se constitui em uma estratégia chave para garantir os direitos humanos de mulheres e homens e ampliar a sua cidadania; e também, para aumentar seu poder de influenciar o processo de tomada de decisões, a implementação de políticas públicas e leis igualitárias e o cumprimento dos acordos internacionais (LIBARDONI, 2002).

Logo, pensar cidadania segundo Costa et al (2002) exige reflexão sobre os papéis desempenhados nas relações sociais entre homens e mulheres, as chamadas relações de gênero.

Para compreender melhor essa questão reportamo-nos ao princípio de igualdade entre homens e mulheres, inscrito na Carta de 1945 da ONU, que ganhou novas dimensões por meio das Conferências Internacionais, realizadas na década de 90. Com a Conferência sobre Direitos Humanos, em Viena (1993), as mulheres passaram a ser consideradas “sujeitos de direitos”, ou seja, tiveram seus direitos humanos reconhecidos como inalienáveis - como parte integral e indivisível dos direitos humanos universais (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

As Conferências de População, Cairo/1994, e sobre a Mulher, Beijing/1995, definiram Planos de Ação contendo propostas abrangentes de políticas em prol da igualdade dos gêneros. A Conferência do Cairo reconheceu o papel central da sexualidade e das relações entre homens e mulheres no tocante à saúde e aos direitos da mulher. Estabeleceu, também, que os homens devem assumir a responsabilidade por suas práticas sexuais, pelo risco de sua companheira engravidar e pelas práticas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, devem se responsabilizar pelo bem estar de suas companheiras, dos filhos e filhas que procriarem (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

No pós-Cairo, quase todos os governos tornaram-se defensores intransigentes do “empoderamento” das mulheres. Em Beijing (1995), foram asseguradas as conquistas da ONU dos anos 1990. Vários governos tornaram-se signatários da Plataforma de Ação de Beijing, dentre eles o Brasil, que, inegavelmente, contém avanços que, se concretizados na vida das mulheres, mudariam exponencialmente o cenário da feminização da pobreza, e a qualidade de vida feminina chegaria a níveis jamais alcançados na história da humanidade. Feghali (2000) alerta que os compromissos assumidos no âmbito internacional, sobretudo os Planos de Ação das Conferências Mundiais da ONU, não foram suficientes para que os governantes assumissem que a perspectiva de gênero é absolutamente indispensável em toda e qualquer política pública voltada para o bem estar social.

O advento da aids trouxe uma série de desafios, tanto para o campo jurídico, da

vida cotidiana e emocional, como para a saúde pública. Durante boa parte da primeira década da epidemia, nosso pensamento se via dominado pela noção de risco individual – no sentido de que o comportamento específico (ligado a atitudes e crenças) por parte de indivíduos poderia abrir caminho para a transmissão do HIV (PARKER 2000).

Indivíduos que não se protegiam, relacionando-se com outros indivíduos que também não se protegiam, formavam, então, o que se chamava de “grupos de risco”. Contudo, a evolução da epidemia contrariou a concepção de risco, rapidamente espalhou-se mundo afora, não respeitando credo, raças, etnias, nem fronteiras, retirando, assim, o enfoque inicial de categorias epidemiológicas, para transformar-se na epidemia de todos, uma vez que qualquer cidadão pode a qualquer momento tornar-se um soropositivo para o HIV - tudo vai depender do grau de vulnerabilidade a que está exposto.

Precisamente porque culturas e comunidades sexuais diferentes organizam o risco potencial da infecção pelo HIV de maneiras específicas, o entendimento da diferença cultural é imprescindível para o desenvolvimento de atividades eficientes de educação e prevenção da aids. As estratégias voltadas para as mulheres em situação particularmente difíceis de opressão sexual ou violência não podem ser as mesmas usadas com mulheres cujo meio social ou cultural lhes oferece formas mais eficazes de negociação de práticas sexuais reprodutivas, (GUPTA e WEISS 1995; HEISE, 1995 apud PARKER 2000). Os homens opressores também precisam ser instrumentalizados, pois muitas vezes estão apenas repetindo comportamentos culturalmente assimilados.

Em minha vivência no trabalho com profissionais do sexo pude constatar várias vezes, que a profissional pratica sexo “mais” seguro com os clientes, mas prescinde do uso do preservativo se o parceiro sexual for seu “namorado”, mesmo que o romance tenha iniciado há uma semana, por exemplo. Também é visível a questão da subserviência feminina ao homem tanto emocionalmente como culturalmente. E para que isso ocorra, não é necessário que a mulher seja uma profissional do sexo para não negociar o uso do preservativo com o parceiro sexual, mesmo que ela tenha dúvidas sobre sua fidelidade na relação, haja vista o aumento de incidência de casos de aids em mulheres, na nossa região, no Brasil e no mundo inteiro.

Com o avanço da epidemia de aids entre as mulheres, no início da década de 90, as relações de poder existentes entre homens e mulheres tornaram-se o foco de atenção, principalmente no que se refere às desigualdades produzidas a partir dessas relações.

Essas reflexões, sem sombra de dúvida, transformaram-se em prioridade para o trabalho com mulheres em geral, tendo aos homens, neste caso, no que diz respeito às possibilidades de negociação de práticas sexuais mais seguras nas interações sexuais (BRASIL, 2002).

Por outro lado, considerada uma população móvel, os caminhoneiros possuem especificidades quanto ao seu perfil profissional e às necessidades de acesso aos serviços de saúde. Com sua enorme extensão territorial e extrema diversidade de condições econômicas, o Brasil apresenta, ainda hoje, um sistema de transporte desequilibrado, em que a evolução dos diferentes meios de transporte não se harmoniza com o crescimento e a natureza das cargas transportadas. De acordo com as atuais políticas públicas sobre transportes, o transporte rodoviário está fazendo hoje um papel que não lhe compete, isto é, o transporte de produtos de baixo valor agregado a longas distâncias, que seria papel das ferrovias e hidrovias (RIEVERS, 2003). O impacto econômico negativo provocado por esta situação é transferido para toda a sociedade, afetando os consumidores e a competitividade dos produtos brasileiros no mercado externo.

Historicamente ligado aos fluxos de desenvolvimento, o transporte compõe um segmento sensível em nível extremo, pois atua com as duas pontas do processo de circulação de bens e mercadorias: junto a quem produz (indústrias) e a quem consome (clientes). Com seus processos de trabalho definidos pela política neoliberal internacional, os caminhoneiros enfrentam muitas dificuldades - a insegurança em relação ao vínculo empregatício, é uma delas. As grandes empresas transportadoras estão sofrendo o impacto dessas transformações.

Durante o Fórum Social de Saúde de janeiro de 2007, realizado em Nairóbi no Quênia, o representante da Organização Mundial do Trabalho (OMT) Assane Diop, declarou: “a maioria dos trabalhadores não tem proteção alguma, sejamos ativistas na economia”. Ele estava se referindo a responsabilidade ética e moral das autoridades

instituídas a lutarem pelos direitos das maiorias sem representatividade política. O imperativo moral é um imperativo de cuidar do outro e uma responsabilidade ética pelo outro.

Características relacionadas à própria atividade profissional podem influenciar na adoção de determinados comportamentos. O trajeto percorrido, o tipo de carga transportada (se perecível ou não perecível), o tempo gasto para que a mercadoria transportada chegue ao destino, farão com que os caminhoneiros determinem graus diferentes de empenho para desenvolverem as atividades com margem de tempo variada (ARREGUY et al, 1999).

Apesar de muitos problemas referentes à saúde, o segmento social dos caminhoneiros costuma ter maior dificuldade em acessar os serviços de assistência e educação em saúde, constituindo-se num grupo à margem das intervenções de saúde. Essa dificuldade de acesso é acentuada pela grande mobilidade dessa população.

Além das péssimas condições da grande maioria das estradas brasileiras, “os caminhoneiros” enfrentam também toda a sorte de adversidades: pirataria das quadrilhas de roubo de cargas, más condições de alimentação, infra-estruturas deficientes para higiene, assédio de profissionais do sexo e dificuldades de acesso a serviços de saúde, entre outros.

Um dado preocupante se dá em relação ao número de horas trabalhadas por dia. As pesquisas realizadas pela CNT (2002) mostram que a esmagadora maioria (90,9%) dos caminhoneiros autônomos trabalha mais de oito horas diárias, a jornada máxima que um motorista deveria cumprir sem comprometer sua saúde física e mental. A jornada de trabalho média dos caminhoneiros é de aproximadamente 15 horas diárias. Os dados informam ainda que 51,5% dos caminhoneiros trabalham de 13 a 19 horas por dia, 29%, trabalham de 9 a 12 horas e 10,4% trabalham mais de 20 horas diárias, dados corroborados por (KOLLER, SCUSSEL, 2003.).

Por outro lado, dados colhidos pelo Núcleo de Comunicação Social da Polícia Rodoviária Federal de Santa Catarina - NPRF/SC informam que no período de janeiro a junho de 2003 foram registrados, do Km 0 até o Km 216,9, da BR 101, um total de 465 acidentes envolvendo caminhões, em um universo de 2.807 veículos envolvidos em colisões, perfazendo um percentual de 16,56% de caminhões entre os veículos

acidentados (PRF-SC, 2003).

No ano de 2006, foram registrados 894 mortes no trânsito, em acidentes ocorridos nas estradas que cortam Santa Catarina. O número é exatamente igual ao de 2005. A única diferença é que em 2006 o número total de ocorrências foi menor do que no ano anterior, tanto nas rodovias estaduais quanto federais. Isso significa que os acidentes estão mais violentos e com maior número de vítimas por acidente.

Espera-se quando a duplicação da BR-101 estiver concluída, que o Estado de Santa Catarina deixe de ser o segundo Estado do país onde mais acontecem mortes nas estradas federais. Estes números são resultado de uma fiscalização mais eficiente e da maior conscientização dos motoristas (DIÁRIO CATARINENSE, 2007).

A escolaridade dos caminhoneiros varia em torno de primeiro grau e segundo grau incompleto (Brasil, 2001; CNT, 2002), situação que os leva a enfrentar dificuldades em aprender as inovações do ofício, como por exemplo o uso de computadores nos modernos caminhões (KOLLER, SCUSSEL, 2003).

Os caminhoneiros trabalham de duas formas: como assalariados em empresas transportadoras, ou como autônomos, transportando mercadorias (serviço terceirizado) para particulares e ou empresas. Boa parte dos caminhoneiros cozinha no próprio caminhão, quando dispõem de uma pequena cozinha situada em uma das laterais da carroceria, a popular “caixa”, com a intenção de fazer economia. São poucos os que possuem geladeira, logo, necessitam transportar alimentos não perecíveis. Utilizam-se muito de carne seca e embutidos que contêm sal em excesso. Também consomem pouca verdura e frutas e, quando se alimentam em restaurantes à beira das rodovias, geralmente fazem refeições do tipo “espeto corrido”, comem carne em excesso, com muito sal e gorduras, ou ainda, acompanhada de cerveja ou, precedida por aperitivos servidos gratuitamente na maioria dos restaurantes de beira de estrada.

Estudos ainda têm demonstrado que, para se manterem acordados, caminhoneiros passam a fazer uso de anfetaminas, que entre eles são chamadas de “rebites” (MEDEIROS, BARBOSA Jr.; AGUIAR, 2001; VILLARINHO et al, 2002, NASCIMENTO, 2003). O uso mais comum é de comprimidos para emagrecer de nome comercial Desobesi®, seguido de maconha, cocaína e bebidas alcoólicas em geral, ou ainda associado a conhaque, guaraná, coca-cola e energéticos (KOLLER,

SCUSSEL, 2003). Dependendo da distância a percorrer e da data e hora aprazados para a entrega da mercadoria, passam vários dias sem dormir, transportando a carga, e outros dias na espera para descarregar ou carregar o caminhão.

A rota que o caminhoneiro pode utilizar para trafegar nas cidades também é pré-determinada, impedindo, muitas vezes, o acesso a serviços públicos de saúde, que dificilmente situam-se às margens de rodovias. A vida desregrada em termos de horários a cumprir e distâncias a percorrer, longas permanências longe da cidade de origem e da família fazem com que o caminhoneiro não tenha o hábito de realizar exames de saúde preventivos, nem sequer quando adoecem.

As longas horas de ociosidade, à espera de cargas ou na fila para descarga, os colocam em situações de vulnerabilidade constante. Continuam sem poder dormir, porque podem perder o número da chamada para carregar ou descarregar as mercadorias, descansam e/ou dormem na cabine do próprio caminhão. Tudo isso gera o cansaço, o estresse e a falta de conforto, fatores predisponentes a várias doenças.

Como permanecem sentados por longas horas, queixam-se de dores lombares, nas pernas e de dores no estômago. Além disso, são comuns as queixas dos sintomas de hipertensão arterial e diabetes. Costumam consumir muito analgésicos e antiácidos, antimicrobianos e antibióticos, além das anfetaminas, comprados em restaurantes, farmácias e lojas de conveniência ao longo das rodovias (MEDEIROS, BARBOSA JR. e AGUIAR, 2001; VILLARINHO et al, 2002, KOLLER, SCUSSEL, 2003).

O assédio de profissionais do sexo ao longo das rodovias e nos locais de parada dos caminhoneiros é outra realidade nacional, também fator de vulnerabilidade às DST/AIDS e facilitadora de assaltos, se os locais de parada não forem protegidos.

Os caminhoneiros aguardam sua entrada na cidade em terminais de cargas de empresas privadas, como a Rebesquini, que libera as cargas refrigeradas para o porto privado da empresa Seara Alimentos, e/ou em pátios de postos de combustíveis como o Santa Rosa, que abriga uma unidade de triagem do Porto de Itajaí. Exemplificando, os caminhoneiros que trazem e levam mercadorias que passam pelo Porto de Itajaí-SC, quando chegam ao pátio de triagem, às margens da BR 101, recebem uma senha numerada. Só quando forem chamados podem entrar na cidade para carregar ou descarregar o caminhão. Essa sobrecarga de trabalho nas 24 horas de um mesmo dia

pode se repetir por dois, três até cinco dias consecutivos, em uma mesma semana, dependendo da carga que transportam, como as perecíveis e perigosas (peixe, carnes, frios, hortifrutigranjeiros, animais vivos, inflamáveis, tóxicas).

A espera, dependendo do movimento no porto, ou nos depósitos da cidade pode demorar de poucas horas até dois ou três dias, quando não sofrem intercorrências, como greve dos estivadores, greve dos funcionários da receita federal, demora na liberação de documentos de cargas, entre outros contratempos que os fazem perder muito tempo e dinheiro.

Em relação à saúde, a falta de acesso do caminhoneiro nem sempre acontece por motivos sócio-econômicos, mas pela dificuldade em estacionar seu caminhão frente a uma unidade de saúde e pela indisponibilidade de tempo para enfrentar filas, agendamentos prévios que não coincidem com sua permanência nas cidades. Em Itajaí, os trajetos de acesso ao Porto, nesse estudo denominados de rota I e rota II, não contemplam os caminhoneiros com serviços públicos de saúde. As unidades sanitárias situadas em ruas adjacentes às rotas, além de trabalharem com demanda reprimida, têm horários restritos de atendimento do profissional médico, dificultando ainda mais o acesso da classe a serviços públicos de saúde, fazendo-os procurarem atendimentos em Pronto Atendimento e se automedicarem em farmácias ao longo dos trajetos ou em postos de combustíveis.

Antes de iniciar o estudo RARE, havia realizado, em 2001/2, uma pesquisa com 397 caminhoneiros que transitaram em Itajaí-SC, com o intuito de estudar a vulnerabilidade das DST/AIDS nessa população. Entre os resultados obtidos na pesquisa constatou-se que 86,9% dos caminhoneiros têm oito anos de estudo ou menos; que o tempo de permanência fora de casa varia de 8 a 30 dias em 50,2% e mais que 30 dias em 15,1%. O predomínio do uso de drogas estava relacionado ao das chamadas drogas lícitas, como o álcool e o cigarro. Entre as drogas ilícitas as mais utilizadas foram a maconha, a cocaína e as anfetaminas, conhecidas como “rebites”, para mantê-los acordados (KOLLER e SCUSSEL, 2003).

A atual política brasileira de saúde dispensada à maioria da população através do SUS, utilizando a estratégia de promoção da saúde é uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento. Este estudo propõe,

portanto, que intervenções em saúde para caminhoneiros e profissionais do sexo tenham um olhar mais abrangente, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde seus determinantes e condicionantes de modo que, a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos na área geográfica onde vivem e trabalham.

No caso dos caminhoneiros e profissionais do sexo, populações de elevada mobilidade territorial, o exercício da cidadania, vai além dos modos institucionalizados de controle social, implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação com os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede. O trabalho em rede, com a sociedade civil organizada favorece que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.

Nessa perspectiva, esta tese norteou-se pelos seguintes objetivos:

Objetivo Geral

* Analisar a relação entre vulnerabilidade e protagonismo a partir da experiência de profissionais do sexo e caminhoneiros frente a aids.

Objetivos Específicos

* Discutir a vulnerabilidade a aids em populações móveis (caminhoneiros e profissionais do sexo) na região do Vale do Itajaí.

* Analisar a interface entre profissionais do sexo e caminhoneiros na produção da vulnerabilidade a aids.

* Identificar e descrever experiências de protagonismo/advocacy em construção por profissionais do sexo e caminhoneiros em relação a aids.

Além deste capítulo I, em que é feita uma breve exposição inicial, uma simples

introdução ao leitor, esta tese apresentará mais cinco momentos: O Capítulo II, que contém o referencial teórico metodológico baseado em autores que apreendem os conceitos epistemológicos de vulnerabilidade, protagonismo/advocacy e analisam as dimensões explicativas dos conceitos; o capítulo III, que destaca os aspectos operacionais do estudo e onde descrevo, minuciosamente, os passos da metodologia RARE que tem como principal característica envolver os sujeitos de pesquisa para obtenção de informações importantes acerca das populações vulneráveis e, com eles, procurar respostas aos problemas encontrados; o capítulo IV, que apresenta a apreensão dos conceitos de vulnerabilidade pelos caminhoneiros e profissionais do sexo. Analisa a percepção dos caminhoneiros e profissionais do sexo quanto a característica dos serviços utilizados no sistema local de saúde, a prática do sexo desprotegido com profissionais do sexo, a influência do álcool, drogas- inclusive rebites, durante a jornada de trabalho dos caminhoneiros; o capítulo V, Protagonismo e Advocacy em construção – o desafio do controle social das políticas de saúde, que procura mostrar que o processo de mobilização social não se faz sem luta, pois profissionais do sexo engajadas na APROSVI, Associação de profissionais do sexo do Vale do Itajaí, já apresentam uma postura crítica e reflexiva sobre suas dificuldades e são exemplos de agentes de mudança. Entretanto, os caminhoneiros, ainda necessitam fortalecer lideranças que venham a lutar pela classe; e, por fim, o capítulo VI onde apresento as considerações finais e propostas de trabalho a serem apresentadas em devolutivas à secretaria Municipal de Saúde de Itajaí, Balneário Camboriú, APROSVI E SEST/SENAT, conforme preconizado na metodologia RARE e explicitado na conclusão do estudo. É preciso salientar, ainda, que a pedido da diretoria da Coordenação do Programa Nacional de DST e Aids, utilizei as normas relacionadas à grafia e sigla daquela instituição, que são assim descritas: **Programa Nacional de DST e Aids** (sem barra)- Esta é a grafia correta do setor que trabalha no Ministério da Saúde. **PN-DST/AIDS** esta é a sigla correta do Programa Nacional de DST e Aids. **AIDS** (toda em caixa alta)- quando for escrito dentro da sigla do PN-DST/AIDS ou for escrito em expressões de outros idiomas, como por exemplo UNGASS- United Nation General Assembly on HIV and AIDS. **Aids**(com a primeira letra maiúscula)- só quando vier em títulos escritos em Caixa Alta e baixa (A História das Pessoas Vivendo

com HIV e Aids) ou quando apresentado o nome do Programa Nacional de DST e Aids. **aids** (todas as letras minúsculas)- sempre escrito em caixa baixa, pois trata-se de substantivo comum, já dicionarizado em nossa língua. Isso serve também para a escrita das demais doenças: sífilis, gonorréia, hepatite, etc (BRASIL, 2007).

II REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: UMA POSSIBILIDADE DE ABORDAGEM DO OBJETO

2.1 Os significados de Vulnerabilidade na perspectiva dos participantes

A cada ano, mais líderes políticos de todo o mundo percebem que suas populações não estão imunes aos efeitos do HIV. Cada vez mais, o tema da aids ocupa um lugar de relevância na agenda de debate público, obrigando políticos de todas as esferas governamentais a tratar de questões delicadas como o sexo seguro, a redução de danos a usuários de drogas injetáveis, entre outros. A epidemia da aids é, na verdade, o resultado de dezenas de epidemias ocorrendo em paralelo, acometendo segmentos diversos da sociedade com disseminação e velocidades diferentes. Uma resposta ampla ao HIV/Aids aborda mais que comportamento individual a correr riscos.

A interação complexa de diversos fatores pode criar ou reforçar a vulnerabilidade individual e, portanto, coletiva, pessoal, como por exemplo: o histórico sexual; a qualidade e abrangência isto é, a acessibilidade, adequação e custo dos serviços e programas que têm como objetivo a prevenção, o cuidado, o apoio social e o alívio do impacto; e na sociedade, normas culturais, leis, crenças e práticas sociais que venham a superestimar a simplicidade do paradigma da vulnerabilidade (UNAIDS,1998).

A obra clássica de BEAUCHAMP e CHILDRESS (2001), inspirada nas conclusões do Relatório Belmont (1978), elaborado por uma comissão designada pelo Senado Americano para avaliar questões éticas relacionadas às pesquisas envolvendo seres humanos, introduziu a corrente teórica denominada Princípioalismo e seus quatro princípios básicos: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. O termo autonomia tem sido usado com vários significados técnicos em diferentes escolas de ética (HOLM, 1998). O respeito pelas pessoas (autonomia), na visão do Relatório Belmont (1978), incorpora pelo menos duas convicções éticas: 1) as pessoas devem

ser tratadas com autonomia e; 2) as pessoas cuja autonomia está diminuída (vulneráveis) devem ser protegidas. O ser vulnerável é alguém que possui cidadania frágil e que ignora a relevância do direito à integridade física e psicológica como condição de acesso a seus direitos. Apesar de existir uma correlação entre autonomia e vulnerabilidade, existe uma diferença notável entre elas. Enquanto em muitos casos, a condição da autonomia reduzida pode ser passageira, a eliminação da vulnerabilidade necessita que as condições de privação de uma pessoa nos âmbitos social, cultural, psicológico e físico sejam ultrapassadas. A vulnerabilidade está presente em todos os indivíduos e, conseqüentemente, nas diversas fases de sua vida, porém ela ganha uma representação diferente e patológica, quando se manifesta em indivíduos que não possuem base ou ideais de vida pela falta de modelos a seguir (famílias estruturadas, crenças, amizades saudáveis). Para Oliveira (2001) a vulnerabilidade faz com que a pessoa esteja susceptível ou sujeita a diversas influências sobre suas idéias ou pensamentos, assim como os grupos vulneráveis se caracterizam pela restrição/diminuição da sua autonomia. Portanto a vulnerabilidade é inversamente proporcional à autonomia (DINIZ e GUILHEM, 1999). Para Diniz e Guilhem (2004), sem sombra de dúvida, não é de uma bioética como esta que os grupos e as pessoas socialmente vulneráveis necessitam para a defesa de seus direitos e interesses, mas de uma bioética capaz de, por um lado, romper com as amarras da transcendência etnocêntrica das teorias principialistas e, por outro, contestar as estruturas de privilégio que a perseguem. Para isso, é fundamental a consideração de perspectivas teóricas bioéticas compromissadas com a opressão social e a desigualdade de poder, pois, caso contrário, a bioética se converterá em um recurso argumentativo sedutor para a legitimação dos interesses hegemônicos de cada sociedade. Ignorar as experiências, os interesses e mesmo a vida moral dos tradicionalmente postos à parte das reflexões bioéticas, sejam eles os vulneráveis, os oprimidos, os desiguais ou meramente os imorais, fará com que o fantasma do elitismo, do absolutismo e do imperialismo rondem cada vez mais intensamente a bioética⁷. Estima-se que 38,6 milhões de

⁷ Alguns autores já apontaram a imprecisão conceitual da bioética em denominar a teoria dos quatro princípios de autoria de Tom Beauchamp e James Childress como teoria principialista. Na verdade, todas as teorias éticas baseadas em princípios são principialistas. A despeito do reducionismo conceitual, optamos pela nomenclatura corrente da bioética e usaremos teoria principialista como sinônimo das idéias contidas no livro *Principles of biomedical ethics*. 1st ed. New York: Oxford University Press, 1979.

pessoas no mundo vivem com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) ou com aids (UNAIDS, 2006), sendo que destas, 370.333 são brasileiras (BRASIL, 2005). Diante dessas cifras, muitos(as) pesquisadores(as) se dedicam a conhecer as diversas dimensões que norteiam a vulnerabilidade de indivíduos à contaminação pelo HIV. Durante a primeira década da epidemia de aids (1980 – 1990), a probabilidade de um indivíduo ou grupo se contaminar pelo HIV foi analisada sob uma perspectiva epidemiológica, na qual o risco de contaminação estava associado aos comportamentos individuais, resultantes de escolhas ou decisões autônomas, guardando íntima relação com a idéia de grupos de risco (PAIVA, 2004).

Na segunda década (1990-2000), a epidemia passou a apresentar outro padrão epidemiológico em muitos países, inclusive no Brasil. Avançou entre os heterossexuais, intensificou a feminização e a transmissão vertical, e a atual tendência aponta para um crescimento acentuado na população jovem e entre as pessoas com mais de 50 anos (PAIVA, 2004).

A partir da formulação mais clara do conceito de vulnerabilidade, fatores sociais e culturais intervenientes no processo de exposição ao risco passam a ser priorizados, reconhecendo-se o limitado poder de intervenção do sujeito frente a questões que aí estão. A autonomia e conquista da liberdade são conceitos e princípios de teorias críticas que se misturam na busca pela igualdade social, ou mesmo na proteção de pessoas ou comunidades socialmente vulneráveis (DINIZ e GUILHEM, 2004). Entretanto, para além do princípio da autonomia, muitas vezes mecanicamente referenciado pela teoria principialista de Beauchamp e Childress (1979), as perspectivas críticas apontam a necessidade de se demarcar a fronteira de situações em que a autonomia pode ser mascarada pela coerção da vontade, explicitando um dos aspectos fundamentais da perspectiva política do conceito de vulnerabilidade.

A autonomia e conquista da liberdade são conceitos e princípios de teorias críticas que se misturam na busca pela igualdade social, na crítica a todas as formas de opressão social ou mesmo na proteção de pessoas e/ou comunidades socialmente vulneráveis (DINIZ e GUILHEM, 2004). Entretanto, para além do princípio da autonomia, muitas vezes mecanicamente referenciado pela teoria principialista de Beauchamp e Childress (1979), as perspectivas críticas apontam a necessidade de se

demarcar a fronteira de situações em que a autonomia pode ser mascarada pela coerção da vontade, explicitando um dos aspectos fundamentais da perspectiva política do conceito de vulnerabilidade. Nesse estudo, quando me refiro às profissionais do sexo, estou falando de mulheres que sofrem as conseqüências de vários sistemas de opressão/dominação: gênero; raça; nacionalidade; prática sexual. Já em relação aos caminhoneiros, a cultura machista e latina contribuem negativamente na vulnerabilidade dos homens, principalmente por dois motivos: (1) reforça o caráter impulsivo e necessário que o sexo deve apresentar para que os homens possam provar sua masculinidade e virilidade e (2) concorda com a não utilização do preservativo para não “atrapalhar o prazer” e não pôr em risco sua reputação sexual (PAIVA et al, 1998). Além disso, eles têm dificuldade de verbalizar suas necessidades de saúde, pois - em seu imaginário - pode significar demonstração de fraqueza e feminilidade (FIGUEIREDO, 2005).

O reconhecimento da fragilidade da vida humana e da responsabilidade social compartilhada de todos para com todos remete para uma nova visão de proteção ativa e dinâmica social. Devem ser continuamente avaliadas as circunstâncias que podem afetar negativamente a liberdade necessária ao processo de tomada decisão, construindo, desta forma, riscos adicionais.

É neste sentido que a bioética crítica, e mais especificamente a bioética crítica de inspiração feminista, propõe: 1) não uma epistemologia "essencial" da certeza, mas sim uma epistemologia compensatória da desigualdade; não um ser humano abstrato, genérico e universal, mas sim uma atenção às condições de vulnerabilidade; 2) não uma visão superficial do conflito moral compromissada com a hegemonia do poder, mas sim uma análise crítica das estruturas de poder presentes na sociedade e sua influência lesiva na escolha das pessoas, especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade, fundadas historicamente no espaço do coletivo como, por exemplo, as relacionadas a gênero e às relações de poder, seja esse social, cultural, econômico ou político.

O discurso sobre vulnerabilidade em saúde e no acesso à qualidade de bens e serviços em saúde não tem contemplado suficientemente as discussões sobre o direito a acesso a serviços de qualidade por grupos sociais da população brasileira. As

condições de saúde de homens e mulheres em nosso país apresentam diferenças importantes, associadas a características biológicas e à diferença de papéis, assim como ao conjunto de condições econômicas, sociais, políticas e culturais em que se desenvolvem suas vidas (URBANEJA, 2000).

O tema exclusão social também precisa ser considerado no contexto da epidemia da aids. Um grupo social está excluído segundo determinada limitação geográfica ou em relação à estrutura e conjuntura econômica e social do país a que pertence (RIBEIRO, 2004).

Entende-se, portanto, que para a inclusão/acesso à saúde tornam-se necessárias estratégias de articulação transversal nas quais se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas, princípios da Constituição Federal de 1988, que o Estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, dentre os quais a saúde (BRASIL, 1988). Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, mas também a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer.

2.2 Evolução e implicações éticas do conceito de vulnerabilidade em saúde

O conceito de vulnerabilidade foi desenvolvido por Mann e Cols, em 1992, ao estabelecerem padrões de referência para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Foram definidos três planos interdependentes para mensurar a vulnerabilidade: vulnerabilidade individual (cognitiva e comportamento pessoal), vulnerabilidade social (contexto social) e vulnerabilidade programática - anteriormente designada como

“Programa Nacional de Combate à Aids ” (AYRES, 2003).

Inicialmente, esses três planos eram avaliados por meio de escores e modelos quantitativos que reafirmavam que a possibilidade de um indivíduo ou grupo se contaminar pelo HIV, estaria vinculada a índices de baixa, média e alta vulnerabilidade (SOUZA, 2001). Contudo, alguns anos depois - 1996 - Mann e Cols. retomam de modo mais amplo a questão da vulnerabilidade ao HIV/Aids, substituindo o extenso espaço ocupado pelos indicadores sócio-econômicos por uma ênfase nos direitos humanos. Fundamentados nos ideais de Mann, Ayres (1999) proporciona uma visibilidade subjetiva e condensada à vulnerabilidade individual, social e programática. Com este enfoque, “os comportamentos individuais de maior ou menor exposição ao risco são considerados em relação a um conjunto mais amplo de determinantes, que devem ser contemplados no planejamento das intervenções preventivas” (SANCHES, 1999, p.110).

O plano social ou contextual geral avalia aspectos como: acesso à informação, recursos destinados à saúde, qualidade dos serviços de saúde prestados, comportamento de indicadores epidemiológicos, aspectos sócio- políticos e culturais, legislações de proteção específica, exposição à violência, restrições à cidadania, grau de liberdade de pensamento, grau de prioridade política, entre outros. O plano programático diz respeito à abrangência e amplitude de objetivos dos programas nacionais direcionados à prevenção, controle e assistência em HIV/Aids. Já o plano individual, profundamente implicado nos outros dois eixos, refere-se ao acesso a recursos que possibilitam a adoção de comportamentos seguros ou, ao contrário, que possibilitem a infecção pelo HIV, ultrapassando a visão de comportamento seguro como dependente apenas de ações e vontades individuais (AYRES, 1999; TAKAHASSHI e OLIVEIRA, 2004).

O fato do Sistema de Transporte brasileiro ser elemento estratégico para a integração dos mercados, fundamental em tempos de globalização, não impede que falta de acesso a ações e serviços de saúde e educação seja considerada um fator “programático” de ampliação da vulnerabilidade da população de caminhoneiros. Como já referido, com base em Mann et all (1993) a vulnerabilidade pode agregar diversas dimensões: a individual, que se relaciona aos comportamentos adotados pelo

indivíduo e que pode favorecer oportunidade de se infectar, como, por exemplo, o não uso do preservativo; a social, que implica questões econômicas e sociais que influenciam o aumento da violência sexual, prostituição e tráfico de drogas; a institucional, que se relaciona à ausência de políticas públicas que tenham por objetivo o controle da epidemia em populações e/ou localidades.

A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma “síntese conceitual e prática das dimensões sociais, políticas, institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos, grupos populacionais e até mesmo nações, à infecção pelo HIV e às suas conseqüências indesejáveis (doença, morte)”. (AYRES, 1996, p. 5-6). A experiência brasileira de programas destinados ao controle da aids tem sido avaliada positivamente, inclusive quando são consideradas as recomendações aos países membros da ONU, quanto à abrangência deste tipo de programa, de forma a englobar a prevenção ao HIV e Assistência (incluindo o desenvolvimento de microbicidas), maior acesso à assistência e tratamento (incluindo medicamentos, melhor infra-estrutura da saúde ao nível nacional) e desenvolvimento de pesquisa científica e vacinas.

2.2.1 Vulnerabilidade Individual

A vulnerabilidade individual envolve tanto a dimensão cognitiva quanto a comportamental, estando dessa forma, associada às informações sobre a doença, percepção de risco, valores e crenças que determinarão as formas de prevenir a contaminação e a possibilidade de execução de práticas seguras (AYRES et al, 2003; SANCHES, 1999).

Entretanto, para além de uma análise subjetiva, a vulnerabilidade individual também se estende às características biológicas. Dessa forma, as mulheres se mostram mais suscetíveis à contaminação pelo HIV do que os homens, pois além do sêmen apresentar maior concentração de HIV, a superfície vaginal é relativamente extensa (SILVEIRA et al, 2002). Um dos motivos que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos é o modelo ideológico relacionado à aids que a representa como sendo uma “doença do outro”, que possivelmente, está vinculado a um “grupo de risco”

(SANCHES, 1999; PAULILO e JEOLÁS, 2005). Este modo de pensar faz com que muitas pessoas se sintam invulneráveis à contaminação pelo HIV não aderindo a práticas de sexo seguro. Guerriero, Ayres e Hearst (2002, p. 09) enfatizam: “o fato de ser entendida como uma doença ‘dos outros’ serve como justificativa para não se sentir vulnerável, nem ter interesse em receber informações”. Silveira et al (2002, p. 03) acrescentam que: “indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas”.

2.2.2 Vulnerabilidade Social

A vulnerabilidade social tem uma forte influência tanto na vulnerabilidade individual quanto na programática, pois valoriza o impacto socioeconômico provocado pela aids e as construções sociais que interferem na vulnerabilidade dos indivíduos. Dessa forma, são relevantes a situação sócio-econômica, as relações de gênero e geracionais, os valores culturais, e outros que possibilitem o acesso do indivíduo às condições capazes de reduzir sua vulnerabilidade (SANCHES, 1999).

Contudo, a vulnerabilidade social não se restringe apenas ao aspecto negativo dos indicadores sócio-econômicos; as relações de gênero também são relevantes nesta temática por serem consideradas construções sociais e por repercutirem na saúde. Para Joan Scott (1989, p. 14) a definição de gênero baseia-se na conexão integral entre duas proposições: “[1] gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e [2] o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Estudos têm demonstrado que a cultura sexual que rege o comportamento de homens e mulheres é um dos fatores que dificultam conter a epidemia de aids, afinal, no momento em que são definidos os roteiros “próprio do homem” e “próprio da mulher”, ambos se tornam mais vulneráveis (PAIVA et al, 1998).

2.2.3 Vulnerabilidade Programática

A vulnerabilidade programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV/Aids na redução da vulnerabilidade pessoal e social, como: proporcionar

informações e educação de forma abrangente, sustentada e coerente; implementar ações preventivas; fomentar pesquisas e colaborar na aderência ao tratamento.

Para Ayres (2005) ela se estende ao acesso aos serviços de saúde, qualidade da atenção, e implantação e implementação de programas de combate à aids e outros desta natureza, que propiciam a existência de contextos sociais favorecedores à adoção de medidas de proteção.

Ayres (1999), analisando estes três eixos ou planos, ressalta que o plano individual refere-se ao acesso a recursos que possibilitam a adoção de comportamentos seguros ou, ao contrário, que possibilitem a infecção pelo HIV. Este último eixo está intrinsecamente relacionado com os eixos social e programático. Para o autor, adotando esta perspectiva foi possível ultrapassar a visão de que o comportamento seguro em relação à aids dependia, apenas, de ações individuais. Tais ações também sofrem influência do ambiente no qual se desenvolvem; pelo acesso a políticas públicas de lazer, educação, projetos sócio-educativos, valores religiosos e familiares socializados; pela condição econômica e pelo contexto social que permite ao indivíduo uma maior ou menor suscetibilidade aos riscos (AYRES,1999).

Na vulnerabilidade individual, Takahashi e Oliveira (2004) consideram o conhecimento acerca do agravo e a existência de comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção. Deve-se compreender que os comportamentos não são determinados apenas pela ação voluntária da pessoa, mas especialmente pela sua capacidade de incorporar, ou melhor, de aplicar o conhecimento que possui, transformando o comportamento que a torna suscetível ao agravo. As autoras esclarecem, ainda, que os seguintes pressupostos orientam o grau de vulnerabilidade: qualquer pessoa é vulnerável ao HIV; os meios que a pessoa dispõe para se proteger determinam sua vulnerabilidade; quanto maior o amparo social e a assistência à saúde, menor será sua vulnerabilidade; a vulnerabilidade é determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da susceptibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a susceptibilidade) e sociais (acesso a recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção). Nesse sentido, a vulnerabilidade se associa às diferenças individuais e às formas de lidar com elas associadas às dificuldades

ambientais. Dessa forma, reconheceu-se a complexa interação entre a predisposição individual, a vulnerabilidade, o ambiente vivenciado e a presença/ausência de estrutura social.

2.3 Conceitos e práticas no enfrentamento da vulnerabilidade à aids – Protagonismo e Advocacy

Protagonismo enquanto modalidade de ação educativa é a criação de espaços e condições capazes de possibilitar às pessoas envolver-se em atividades direcionadas à solução de problemas reais, atuando como fonte de iniciativa, liberdade e compromisso LIMA (2005).

Costa (2004) define protagonismo das instituições sociais comunitárias e dos indivíduos, como a maneira que as comunidades têm se tornar autoras dos seus próprios destinos. Isso implica em permitir e facilitar a participação destes indivíduos e instituições em processos decisórios, principalmente quando tratam de questões que envolvam suas comunidades. O fortalecimento acontece quando se dá voz - e, mais importante, quando se dá ouvidos - às pessoas que geralmente têm um canal de expressão ou participação em processos decisórios. Ao criarem-se condições para que os integrantes das comunidades exercitem seu poder de decisão e participação, também se torna possível o desenvolvimento de talentos e potencialidades destes indivíduos para gerar soluções e superar os desafios que se impõem no seu cotidiano.

Uma ação é dita protagônica quando, na sua execução, o sujeito é o ator principal no processo de seu desenvolvimento. Por meio desse tipo de ação, a profissional do sexo, caminhoneiro, adquirem e ampliam seu repertório interativo, aumentando, assim, sua capacidade de interferir de forma ativa e construtiva em seu contexto. No olhar de Costa, (2004), nessa perspectiva, o sujeito, além de ser beneficiado, também contribui para a transformação social. Por outro lado, a participação ativa e autônoma dos sujeitos no planejamento, execução e avaliação das ações influencia positivamente a eficácia, a resolutividade e o impacto social das mesmas. Esta estratégia também favorece a mudança do olhar “de população

vulnerável” para “população solução”.

O protagonismo segundo Costa (2004) se constitui numa estratégia eficaz de promoção da saúde de populações excluídas, uma vez que aumenta sua auto-estima e fomenta a construção de um projeto de vida além de desenvolver uma série de outras habilidades como manejo de emoções, negociação, comunicação, assertividade e tomada de decisão.

Transportando esses conceitos para o sistema vigente de saúde, o SUS foi concebido no contexto histórico de democratização do país, no qual o desafio da construção de viabilidade de controle da sociedade sobre o Estado é vigente. Controle que exige pessoas capazes de protagonismo, de exercício de cidadania e autonomia, capacidades a serem desejadas e conquistadas por parcelas significativas da sociedade. Para tanto, há necessidade de propostas de distribuição de poder (políticas) geradoras de empoderamento, de valor, de multiplicidade de processos de subjetivação de pessoas até então discriminadas por questões de gênero, de etnia, de patologias, de classe social, como os sujeitos deste estudo. Propostas que necessitam de organizações e métodos democratizantes, participativos, includentes, inovadores para terem suporte e consistência. Neste estudo, o termo protagonismo designa a atuação dos caminhoneiros e profissionais do sexo como personagens principais, com iniciativas voltadas para a solução de problemas reais. O cerne do protagonismo, portanto, é a participação ativa e construtiva de pessoas/grupos da comunidade ou da sociedade mais ampla.

Advocacy é um conceito ainda em construção, que vem sendo reformulado com base nos diferentes contextos políticos e nas diferentes maneiras como são compreendidos a política e o poder. Ainda sem uma tradução para o espanhol ou para o português, o conceito que a palavra advocacy expressa vem adquirindo, no seu trajeto para o sul das Américas, novos conteúdos e significados e maior relevância social (AGENDE, 2000).

Advocacy tem um amplo significado, (LIBARDONI, 2002) denotando iniciativas de incidência ou pressão política, de promoção e defesa de uma causa e/ou interesse e de articulações mobilizadas por organizações da sociedade civil com o objetivo de dar maior visibilidade a determinadas temáticas ou questões no debate público e influenciar políticas visando à transformação da sociedade.

Com origem na palavra *advocare*, em latim, *Advocacy* significa ajudar alguém que está em necessidade. Em inglês, provém do verbo *to advocate*. Mas como advocacia e advogar, em português, referem-se, fundamentalmente, a atividades de natureza legal e jurídica, preferimos traduzir *advocacy* “como defender e argumentar em favor de uma causa, demanda ou posição” (LIBARDONI, 1999 p.68).

No significado amplo da palavra, *advocacy* trata-se de um processo que visa trazer mudanças nas atitudes, práticas, políticas e leis de pessoas, grupos e instituições influentes, denotando iniciativas de incidência ou pressão política, de promoção e defesa de uma causa e/ou interesse e de dar visibilidade a determinadas temáticas ou questões no debate público e influenciar políticas visando à transformação da sociedade.

Quando falamos em *advocacy*, falamos de política e processos de transformação, sobre valores e crenças, consciência e conhecimento. Falamos sobre influenciar o poder em questões e problemas que concernem aos cidadãos, sobretudo àqueles marginalizados e excluídos dos processos políticos.

O trabalho de *Advocacy* em saúde sexual reprodutiva já é feito no Brasil desde a década de 80. Embora estes conceitos tenham sido explicitados oficialmente na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 (USP, 1996), setores do movimento de mulheres já identificavam a importância de promover mudanças culturais a favor do direito da população feminina de ter informações e acesso a ações de contracepção, acompanhadas de outras ações de saúde. O pressuposto era de que uma mulher – tenha ela a idade que tiver – necessitava ser compreendida em toda a sua complexidade, rompendo-se a visão de que suas necessidades de saúde são determinadas por sua função reprodutiva e seu papel de mãe.

Para que as mulheres pudessem “quebrar” esse paradigma, ao longo do tempo foram se formando redes e alianças com organizações e grupos que lutam pela mesma causa. Um exemplo disso é a Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, que aglutina hoje cerca de 100 organizações que operam no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Nos últimos anos, este caminho tem sido seguido por várias organizações no mundo todo. Para que efetivamente o *advocacy* ocorra, é necessário recorrer à mídia para transmitir mensagens a um número maior de pessoas. É

necessário lobbys políticos e pressões políticas organizadas, informação, educação, enfim, um leque de ações.

Em todas as situações acima mencionadas, vale a pena ressaltar que o trabalho de advocacy no Brasil está apenas começando, a exemplo da metodologia RARE, que exige uma articulação política muito grande com vários segmentos da sociedade.

O trabalho com políticas se refere ao desenvolvimento do pensamento e da posição de uma organização em questões específicas e fornece uma estrutura em torno da qual as decisões são tomadas. Embora o trabalho com políticas em questões que estão fora de sua área programática possa ser útil, geralmente é mais eficaz que esteja ligado diretamente às atividades principais da organização. O trabalho com políticas é uma ferramenta importante para advocacy, uma vez que contribui e influencia as políticas de outras pessoas e organizações (AIDSALLIANCE, 2004).

Ações de advocacy podem ser reativas ou proativas. Muitas Organizações Não Governamentais (ONGs) e Organizações da Sociedade Civil Organizadas (OSCs) realizam, principalmente, trabalhos de defesa reativos, reagindo a questões ou problemas à proporção que eles aparecem. À medida que ficam mais experientes, suas ações de advocacy se tornam mais proativas, identificando práticas menos óbvias ou abstratas que prejudiquem seu trabalho.

Dependendo do contexto político e do grau de abertura dos sistemas políticos, as ações das organizações da sociedade civil podem influenciar mais ou menos as elites institucionais, isto é, as ações de advocacy podem ser conduzidas desde perspectivas que se centram no lobby junto aos tomadores de decisão, ou que enfatizam participação institucional (em conselhos, comissões, foros de consulta, foros públicos, campanhas cívicas), ou que enfocam a educação ou a persuasão, ou ainda que são abertamente de contestação e confrontação com o poder (manifestações, protestos, greves) (MILLER E COVEY, 1997, p. 13).

No mundo globalizado de hoje, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, a economia está sendo regulamentada de fora para dentro. Esse fato obriga a que órgãos internos estejam atentos, pois a área trabalha, cada vez mais, entre a pressão econômica externa e a demanda interna por produtos e serviços que não causem riscos à população. Para Sophia (2002) isso pode ser visto com clareza em

relação à saúde, onde muitas vezes os instrumentos de proteção viram procedimentos cartoriais, burocráticos e moeda de troca política. “Os cargos são barganhados, e nem sempre a competência, o compromisso e a responsabilização são levados em consideração” (LUCHCHESE, 2002, p.24).

O ponto de encontro para o fim da incompetência seria a reunião do poder público com os usuários dos serviços de saúde. Quando juntos passarem a problematizar as questões de acesso a serviços, necessidades prioritárias para determinadas camadas populacionais, o sistema se tornará mais eficiente. O somatório de forças do setor regulado, da sociedade e do Estado se dá nas práticas do dia a dia. Os problemas só serão resolvidos, quando todos trabalharem em conjunto na fiscalização (AIDSALLIANCE, 2004).

Uma das grandes dificuldades para que isso aconteça, é a falta de conhecimento sobre como estimular a participação da sociedade civil na interlocução com o Estado. Mesmo porque, o poder das organizações da sociedade civil de influenciar o processo de tomada de decisões e implementações de políticas públicas, é bastante limitado. Para LIBARDONI (1999) a promoção e defesa é uma ação estratégica para fortalecer e aumentar o poder de ação da sociedade civil e a participação da cidadania organizada no processo de tomada de decisões políticas e programas; promover uma nova cultura política mais transparente, participativa e democrática; consolidar a democracia. É, ao mesmo tempo, importante para resolver problemas específicos através de mudanças concretas em políticas e programas.

Existem diferentes abordagens organizacionais para a advocacy. Uma organização pode trabalhar em parceria com públicos-alvo da advocacy a fim de influenciar em mudanças ou se colocar em oposição a eles e desafiá-los a mudar. Isso, muitas vezes, é chamado de ativismo. Quanto a esse aspecto, os programas de apoio freqüentemente mantêm uma posição mais neutra e imparcial do que suas organizações parceiras, que estão na linha de frente da implementação e podem, por essa razão, refletir e apresentar pontos de vista contrários (LIBARDONI, 1999).

Várias ações de advocacy vêm sendo desenvolvidas, especialmente por grupos feministas, junto aos governos e agências internacionais, meios de comunicação que contribuíram para os resultados alcançados em conferências, no final do século XX,

dentre elas Viena, Cairo e Beijing. Nessas conferências foram discutidos e firmados compromissos que poderão aumentar a influência e participação política das mulheres.

Citamos como exemplo as organizações feministas, que estão à frente nesse processo, mas defendendo as ações de advocacy para a sociedade em geral, almejando atingirmos a igualdade de direitos para homens e mulheres. O objetivo mais amplo é a implementação de políticas públicas de igualdade e o cumprimento dos compromissos firmados nos acordos internacionais. As atividades devem ser desenvolvidas em parceria com outras organizações e núcleos universitários, núcleos de estudos, sempre mantendo diálogo constante com diversos atores sociais e agentes governamentais.

2.4 Gênero e saúde

Gênero é a construção social, cultural e econômica dos papéis feminino e masculino na sociedade. A palavra gênero é uma tradução do inglês, gender e diferencia-se de sexo (diferenças biológicas entre homens e mulheres). Esta construção e as formas como eles (homens e mulheres) se relacionam na sociedade. É um construto específico em cada cultura – há diferenças significativas nas quais os homens e as mulheres podem e não podem ser comparados aos outros. Mas o que há de consistente entre as culturas é que há diferenças entre os papéis de homens e mulheres, no acesso aos recursos produtivos e na autoridade para tomar decisões. Este poder diferenciado entre os gêneros está articulado de forma complexa na vivência da sexualidade (ALVES, 2005). O autor pondera ainda que gênero é uma construção sociológica relativamente recente, respondendo à necessidade de diferenciar o sexo biológico de sua tradução social em papéis sociais e expectativas de comportamentos femininos e masculinos; tradução esta demarcada pelas relações de poder entre homens e mulheres vigentes na sociedade (ALVES, 2005).

Já Scott (1990, p.14), afirma que o gênero deve ser entendido como “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, (...) um primeiro modo de dar significado às relações de poder...”. Ou seja, abordar as questões de gênero significa refletir de forma ampliada sob uma ótica que

ultrapasse a concepção de papéis sexuais (GUILHEM, 2007).

Em uma análise mais detalhada sobre o tema, Scott (1990) considera quatro elementos: os símbolos culturalmente disponíveis que evocam as representações simbólicas; os conceitos normativos que delimitam a interpretação e dão significado aos símbolos; a explosão da noção de fixidez relativa à bipolaridade primordial; e a identidade subjetiva, quando homens e mulheres participam de um processo histórico de construção de sua identidade sexuada.

Para Guilhem (2007 p.105) “de fato, gênero, como construção histórica, origina questionamentos em diferentes esferas do domínio social, ocasionando implicações analíticas e políticas, já que provoca a desnaturalização das experiências humanas e a conseqüente dissociação entre o biológico e o social”. Logo, o gênero é um construto social e cultural que estabelece valores diferenciados para homens e mulheres, e as formas como eles (homens e mulheres) se relacionam na sociedade. É um construto específico em cada cultura – há diferenças significativas nas quais os homens e as mulheres podem e não podem ser comparados aos outros. Mas o que há de consistente entre as culturas é que há diferenças entre os papéis de homens e mulheres, no acesso aos recursos produtivos e na autoridade para tomar decisões. Este poder diferenciado entre os gêneros está articulado de forma complexa na vivência da sexualidade (ALVES, 2005).

O poder diferenciado na esfera sexual amplia a vulnerabilidade tanto das mulheres quanto de homens por várias razões, muito presentes, mesmo nos dias de hoje. No caso das mulheres, isso se dá pela expectativa de que as mulheres “direitas” devam ser ignorantes e passivas sexualmente; pelo valor dado à virgindade vaginal; pela cultura do silêncio sobre as doenças de transmissão sexual; pela relação da sexualidade com a dependência econômica das mulheres (mesmo dentro do casamento e fora do sexo comercial); e ainda pela violência de gênero contra mulheres adultas, crianças e adolescentes de ambos os sexos, que está fortemente associada à vulnerabilidade, a infecções sexualmente transmissíveis (RAO GUPTA, 2000; UNAIDS, 2000).

Devido à complexidade dos problemas de saúde, influenciados por múltiplos processos, é pertinente revisar as vinculações entre gênero e políticas de saúde.

Embora esse estudo não intencione fazer uma revisão dos aspectos históricos de tais políticas, cabe lembrar que a política pública de saúde no Brasil, com suas origens no final do século XIX e início do século XX, teve como forte característica o fato de privilegiar a atenção ao segmento materno infantil. Políticas de base higienista e centradas nas ações de pré-natal e puericultura, enfatizaram o papel da mulher como mãe responsável pelo cuidado dos filhos (BOARETTO, 2000). Esse foco das políticas públicas tem obscurecido a situação de mulheres em geral, principalmente em relação ao ciclo gravídico-puerperal

Se nos reportarmos ao número médio de filhos por mulher na população brasileira, estudos demográficos demonstram que as famílias estão tendo cada vez menos filhos: em 1960, a média era de seis filhos por mulher; caiu para 2,89 em 1991 e, em 2000, para 2,39. A projeção para 2004 era de 2,31 e, em 2023, a média deverá ser de 2,01 filhos por mulher – ou seja, a mera reposição das gerações (IBGE, 2004).

Essa importância dada ao ciclo gravídico puerperal privilegia quase que tão somente a prevenção da transmissão vertical, deixando de assistir preventivamente importantes parcelas da população feminina: as adolescentes, todas as mulheres que se utilizam de outros métodos contraceptivos e não usem também preservativos, além da faixa etária acima de 60 anos cuja contaminação pelo vírus HIV, vem aumentando consideravelmente.

Em nível macro-social a vulnerabilidade da mulher relaciona-se com diferenças em relação ao gênero, nomeadamente no acesso às oportunidades de educação, emprego e estruturas da modernidade (UNAIDS, 2002). Num contexto de pobreza, muitas mulheres encontram nas relações com parceiros (casuais ou formalizadas através do casamento) uma forma de sobrevivência econômica, de segurança social ou de satisfação de aspirações materiais (WHO, 2000). Numa conjuntura de dependência econômica, verifica-se uma maior probabilidade de sexo coercivo, violência diária, exploração, falta de poder de negociação nas decisões para uma vida sexual saudável, sendo que a falta de recursos impõem uma lógica de sobrevivência na qual o HIV é um risco secundário (EPELE, 2002).

Vários autores têm sugerido cada vez mais uma forte ligação entre violência doméstica, comportamentos sexuais e a existência de risco para o HIV/AIDS (El-

Bassel, Gilbert, Rajah et al, 2000; Verma e Collumbien, 2003). Por outro lado, uma possível detecção de infecção pelo HIV ou DST é retardada pelos enormes riscos que isso pode comportar, como por exemplo, aborto, abandono, violência do parceiro e estigmatização social (WHO, 2003).

Estas desigualdades de gênero se apresentam de formas diferenciadas e muitas vezes pouco visíveis. As informações com as quais se elaboram as estatísticas nacionais apresentam dados discriminados por sexo, e não por gênero, apesar de que, freqüentemente estão, de fato, espelhando relações de gênero, razão pela qual a análise de séries históricas de dados estatísticos permite uma leitura sobre mudanças nos padrões sociais e no relacionamento entre mulheres e homens na sociedade brasileira (PITANGUY, 2003).

O processo de socialização dos comportamentos sexuais também pode resultar num fator de risco. É necessário ter em conta o valor que o fato de ser sexualmente ativo assume socialmente, as diferentes formas de conceitualizar a atividade sexual consoante ao gênero, a pressão exercida pelos parceiros e as diferenças de poder nas relações heterossexuais (WHO, 2000; UNAIDS, 2002).

As estratégias preventivas não podem ter apenas como grupo alvo as mulheres, mas é necessário desenvolver esforços para envolver os homens neste processo de mudança, dado que, em muitos contextos, é o comportamento sexual do homem que afeta diretamente a mulher, colocando-a mais vulnerável às DST/Aids (MANN, 1992; UNAIDS, 2002).

A saúde do homem, por sua vez, é pouco citada em programas de saúde. Mas, poderia vir ao encontro de uma política que preconiza a superação do modelo de mulher e saúde, para o de gênero e saúde. A proposta de programas de saúde voltados para gênero busca sair de um enfoque do risco e do dano da saúde da mulher para o da saúde como satisfação das necessidades humanas (RIOS, 1993).

Na proposta de Rios (1993) está presente a idéia de que, para se chegar a um programa de saúde, a mulher, como sujeito de direitos, deve ser fortalecida. Destacar os direitos das mulheres não contraria a dimensão relacional entre os gêneros porque para que se chegue à equidade deve-se, antes, combater as assimetrias. Fortalecendo um gênero em desvantagem, poderia se promover uma melhor distribuição de poder

entre os gêneros. Nesse sentido, assim como a ênfase dos direitos das mulheres numa proposta de saúde com o enfoque de gênero é pertinente, uma proposta de se focalizar a saúde do homem também pode ser válida.

Reflexos da discussão da sexualidade masculina na saúde do homem, relacionados à percepção ou não da crise da masculinidade, em específico, e aos sentidos atribuídos à sexualidade masculina, em geral, produzem reflexos no campo da saúde, revelando dificuldades, principalmente, no que se refere à promoção de medidas preventivas.

Poderia citar vários exemplos para problematizar a dificuldade de promovermos medidas preventivas que demandem a discussão da representação da sexualidade masculina, entre eles, a prevenção do câncer de próstata e das DST/Aids. No Brasil, o câncer de próstata é, sabidamente, um grave problema de saúde pública. Para que se aumentem as possibilidades de cura, entre as medidas preventivas ressalta-se o toque retal realizado por profissionais de medicina; medida de baixo custo, no entanto, é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata. Essa recusa não ocorre, necessariamente, por conta da falta de informações acerca da efetividade dessa medida preventiva. Quando arrebatados pelo senso comum, homens bem informados, no mínimo, resistem a se prevenirem dessa forma (DAMATTA 1997).

Nolasco (1997), tomando como base uma sociedade patriarcal, refere que meninos e meninas crescem sob a crença de que mulher e homem são o que são “por natureza”. No modelo de masculinidade a ser seguido ressaltam-se as idéias de que o homem de verdade é solitário e reservado no que se refere às suas experiências pessoais, ou, quando muito superficial e prático, direcionado para agir e realizar atividades. Por outro lado, espera-se que o homem compreenda demandas emocionais de suas parceiras e de seus filhos.

No final do século 20, ainda eram percebidas tensões na construção da identidade sexual masculina. Estudos como o de Goldenberg (1991), realizados com homens das camadas médias urbanas e intelectualizados, apontam para tensões masculinas diante de padrões tradicionalmente construídos. Os homens estudados expressaram a existência de alguns marcos vigentes para a afirmação da identidade

masculina: a iniciação sexual com prostitutas; a negação do homossexualismo; a referência constante a certo padrão de comportamento sexual masculino (mesmo quando para rejeitá-lo); o desejo de corresponder às expectativas sociais (em especial dos amigos e das mulheres). Esses homens expressavam medo de serem questionados na sua masculinidade por se afastarem dos padrões tradicionais, por eles rejeitados.

As tensões que surgem entre a manutenção do poder do macho nas relações íntimas entre os gêneros e a possibilidade de se viver novos modelos de masculinidade, em que se contemplam a associação entre sexo e afetividade e um relacionamento igualitário com a parceira amorosa, têm sido um dos motivos para se falar de uma crise masculina (Ciência e Saúde Coletiva, 2003).

Ramos (2000) considera, baseado em Foucault, que falar atualmente de um novo homem e de uma nova mulher significa ordenar o que parece confuso. Quando não se pode mais falar de um único modelo hegemônico de ser homem e de ser mulher, do qual uma simples classificação binária (masculino versus feminino) dava conta, essa parece ser uma boa “técnica” para “restaurar” a classificação de gênero, mesmo que às avessas. Para ele, frente a esse cenário, abrem-se possibilidades relacionadas à transformação da intimidade - terreno tenso e confuso para o homem, devido ao fato de homens comumente pouco conhecerem as dimensões do contato, da proximidade, da troca, da solidariedade e da cumplicidade.

A discussão sobre as relações de gênero e a vulnerabilidade dos homens é um dos temas centrais a ser incorporado aos programas de prevenção, trazendo desafios adicionais. É importante aqui partir da evidência de que existem diferentes masculinidades, referidas às diferenças de classe social, raça e etnia, orientação sexual, entre outras variáveis, que tornam os homens consideravelmente diferentes e desiguais entre si e, portanto, enfrentando diferentes situações de vulnerabilidade.

Em termos gerais, a vulnerabilidade masculina às DST/AIDS se constrói a partir da socialização dos homens para um estilo de vida auto-destrutivo, em que o risco não é visto como algo a ser evitado e prevenido, mas enfrentado e superado; e em que o sexo deve ser buscado à revelia do risco e jamais recusado. Some-se a isso, a crença de que o cuidado consigo mesmo e com o outro são valores, em nossa sociedade, associados ao feminino: homem que é homem nem adoce. Esses

repertórios parecem fazer parte e orientar, em maior ou menor grau, o cotidiano dos homens em geral, a despeito de raça, cor, credo e orientação sexual (WHO, 2000; UNAIDS, 2002).

Por isso, para concluir, é necessário enfatizar que gênero e saúde, controle social, empoderamento (protagonismo/advocacy) e promoção à saúde são conceitos que devem ser apreendidos por homens e mulheres para que se possa, realmente, superar a concepção tradicional de saúde/doença.

III ASPECTOS OPERACIONAIS DO ESTUDO

3.1 Desenho Metodológico

O desenho desta pesquisa segue a metodologia RARE (Rapid Assessment, Response and Evaluation), conforme descrito pela Organização Mundial da Saúde (Stimson et al., 2003; Stimson et al., 2001; Stimson et al., 1998; Stimson et al. 1998a; Howard et al., 1998) e por Needle e colaboradores (2003). Essa metodologia, possui aderência à proposta deste estudo uma vez que utiliza Epidemiologia, Etnografia e dados já disponíveis num determinado contexto, para obtenção de informações importantes acerca de populações vulneráveis e de difícil acesso. Ela tem como idéia central que o comportamento individual é⁸ também definido por questões relativas ao ambiente no qual se insere o indivíduo, incluindo, aí, facilidades e dificuldades que têm o meio como origem. Finalmente, sua base comunitária influi na movimentação dos pesquisadores no campo e, sobretudo, na implementação da resposta que as informações geradas propõem.

A metodologia de diagnóstico Rápido e Pronta Resposta é um meio para descrição da extensão e da natureza dos problemas sociais e de saúde e para sugerir maneiras de melhorá-los (OMS/UNAIDS, 1998).

⁸ KOLLER, E.M.P.; FOLTRAN, NERILDA. **Mitos, Preconceitos e Violência na Vivência de profissionais do Sexo Frente ao Risco das DST/AIDS**. In: Texto e Contexto- Enfermagem/Universidade federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, v.8,n.2, Florianópolis:UFSC,1999.

KOLLER, E.M.P.; JOHN, V.M. **Projeto Bem Me Quer: Formação e Participação de Profissionais do Sexo na Busca de Seus Direitos Sexuais e Reprodutivos**. In: Experiências em Advocacy em saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Brasília, Distrito Federal, Agende, 2002. p.110.

KOLLER, E.M.P.; SCUSSEL, M. **Vulnerabilidade às DST/AIDS de Caminhoneiros que transitam em Itajaí-SC**. In: Seminário de Iniciação Científica, 2003, Itajaí, ANAIS.

KOLLER, E.M.P.; CUNHA, M.D.; MALTA, M. **Caminhoneiros, Vulnerabilidades, Justiça e Desigualdades Sociais**. In: III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, ABRASCO/UFSC, 2005, Florianópolis. ANAIS

KOLLER, E.M.P.; CUNHA, M.D.; MALTA, M. **Relatório RARE – Itajaí-SC**. UNESCO/MINISTÉRIO DA SAÚDE/CDC/UNIVALI- 2004. OBS: Os dados obtidos na pesquisa RARE, sítio de Itajaí foram cedidos a pesquisadora coordenadora da pesquisa em Itajaí, desde que citando os órgãos financiadores.

KOLLER, E. M. P.; RAMOS, F. R. S. **El acceso a los servicios de salud como un componente de la vulnerabilidad frente al sida y las dst: el caso de los camioneros de la región portuaria en el sur del Brasil**. In: IV Congreso Mundial de Bioética, 2005, Gijón. Resumen de Ponencias e Comunicaciones IV Congreso Mundial de Bioética - IV World Conference on Bioethics. Gijón : SIBI - Sociedade Internacional de Bioética. v. IV. p. 616-63.

Para Lima (2004) o RARE é uma metodologia em que o movimento de repensar é constante, favorecendo a melhor avaliação do contexto, para aperfeiçoamentos do processo de pesquisa e das intervenções concomitantes. A autora alerta que o reconhecimento da especificidade do setor saúde não retira sua cumplicidade com a problemática social mais ampla, seja no campo da realidade empírica, seja no âmbito conceitual, onde o específico está atravessado por distintas posições face às possibilidades da organização da vida social.

Para Paiva, Pupo e Barbosa (2006) no Brasil existem várias iniciativas no plano da vulnerabilidade social e intervenções (leis, portarias e decretos) para legitimar as decisões programáticas. Por outro lado, mesmo que os programas adotem o referencial da vulnerabilidade e dos direitos humanos, alguns grupos continuam sistematicamente mais desassistidos, dentre eles os caminhoneiros e profissionais do sexo. Em projetos com populações compostas por pessoas excluídas socialmente, com alta vulnerabilidade individual, social e programática (AYRES, 2000), o acesso às mesmas é elemento imprescindível, quando se pretende agregar conhecimentos específicos e propor ações eficazes.

A metodologia RARE vem sendo empregada para a obtenção de informações rápidas onde ainda não há dados suficientes para que programas, intervenções ou políticas de prevenção sejam mais eficazes para determinada população. Os resultados são utilizados tanto para planejar como para desenvolver tais políticas e intervenções em saúde, assim como permite a melhora de serviços pré-existentes. Além disso, esta metodologia é inovadora e já foi implementada com sucesso em diversos países, especialmente naqueles que vêm experimentando uma epidemia de HIV explosiva entre usuários de drogas injetáveis e pauperização da epidemia, a exemplo do nosso país. Os achados fornecem base para recomendações específicas para estruturação de novas políticas públicas em saúde e intervenções voltadas ao controle da epidemia de HIV/Aids entre as populações vulneráveis e de difícil acesso. No Brasil, além da pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde/UNESCO, LIMA (2006) realizou a tese intitulada “Adesão ao tratamento de HIV/AIDS por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas de São Paulo”, utilizando a metodologia RARE.

O método RARE tem possibilitado um link entre avaliação e intervenção

relacionadas ao HIV/AIDS, considerando a necessidade de que tais ações sejam social, cultural, religiosa, política e economicamente apropriadas para uma determinada comunidade.

Por ser uma pesquisa interventiva, ao mesmo tempo em que identifica lacunas, procura novos informantes chave, lideranças em políticas públicas, porque essa metodologia, ao mesmo tempo em que identifica problemas, tenta resolvê-los. Finalmente, o RARE tem auxiliado o desenvolvimento de capacidades locais para avaliar e responder a problemas críticos e pontuais em saúde.

Para melhor situar a Metodologia RARE, apresentamos, a seguir, uma classificação de pesquisa proposta por Bulmer apud Minayo (2004)⁹, classificada em cinco modalidades ou “tipos”:

1. Pesquisa básica: preocupa-se com o avanço do conhecimento através da construção de teorias, o teste das mesmas, ou para satisfação da curiosidade científica. Ela não tem uma finalidade prática, embora as descobertas da pesquisa básica possam influenciar e subsidiar tanto políticas públicas, decisões de homens de negócio e o avanço do movimento social;

2. Pesquisa estratégica: baseia-se nas teorias das ciências sociais, mas orienta-se para problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas para esses problemas. Ela tem a finalidade de lançar a luz sobre determinados aspectos da realidade. Seus instrumentos são os da pesquisa básica tanto em termos teóricos como metodológicos, mas sua finalidade é a ação. Essa modalidade seria a mais apropriada para o conhecimento e avaliação de Políticas, e segundo nosso ponto de vista, particularmente adequado para as investigações sobre saúde.

3. Pesquisa orientada para um problema específico: é em geral aquela realizada dentro das instituições governamentais ou para elas. Os resultados da investigação são previstos para ajudar a lidar com problemas práticos e operacionais

4. Pesquisa-ação: consiste numa investigação pari passu ao desenvolvimento de programas governamentais, para medir seu impacto. Essa acepção de Bulmer difere do conceito de pesquisa-ação apresentado por Thiollent (1986, apud Minayo). Para

⁹ Apud Minayo, 2004 – O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2004 (8ª. edição).

esse autor a pesquisa tem estreita associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. No primeiro caso, a investigação acompanha a ação dos programas, mas é externa a elas; no segundo, o envolvimento do pesquisador na ação é parte integrante da pesquisa.

5. Pesquisa de Inteligência: são os grandes levantamentos de dados demográficos, econômicos, estatísticos, realizados por especialistas ou instituições, a fim de ajudar a formulação de políticas.

Considerando tal tipologia, o RARE agrega elementos da pesquisa-ação, da pesquisa estratégica e aprimora a metodologia RAR (Stimson) por introduzir a avaliação – ou seja, elementos de monitoramento específicos (planilhas, relatórios e formulação de recomendações a partir de achados científicos), o que permite uma participação politizada e cientificamente orientada das equipes, bem como a articulação com gestores e parceiros institucionais que podem interferir na redução da vulnerabilidade das populações de modo singular e apropriado.

Como a população de caminhoneiros já foi objeto de estudo RARE anterior, o objetivo atual ampliou o potencial de análise, por seu foco de aprofundamento nas ações de protagonismo realizadas pelas categorias, assim como em relação à população de profissionais do sexo, que há mais de seis anos vem desenvolvendo um processo de empoderamento por meio de sua Associação.

A coleta e a análise dos dados são praticamente concomitantes e permitem que a pesquisa seja remanejada e adaptada às condições e contextos específicos da população estudada. Tanto a alteração dos roteiros da pesquisa, como da amostragem, por exemplo, são comuns e necessárias para que os dados obtidos possam fundamentar propostas e recomendações específicos. Os gestores e demais pessoas envolvidas no contexto de risco para HIV/Aids são mobilizados desde o início, participando ora como entrevistados, ora como recrutadores.

A metodologia RARE utiliza um modelo de pesquisa simplificado (se comparado ao modelo de pesquisa tradicional) para identificar os diferentes níveis de comportamentos vulneráveis de uma determinada população, em um determinado espaço social, cultural e geográfico. Esta avaliação tem um caráter fundamental no

sentido de identificar os aspectos que determinam uma maior vulnerabilidade da população alvo da pesquisa - profissionais do sexo e caminhoneiros - frente ao HIV/AIDS e demais DSTs, assim como permite à identificação de intervenções adequadas, factíveis e direcionadas às necessidades da população estudada. No RARE, são enfatizados os fatores de proteção: quais as crenças, comportamentos e idéias que aquela população tem acerca de seus riscos, como avaliam, se os comportamentos têm base científica correta ou são fatores de agravamento de risco.

Algumas características específicas da metodologia RARE determinaram a sua viabilidade e adequação para o objetivo da presente pesquisa, a saber (NEEDLE, R.H., et al 2000): rapidez: o tempo é um fator vital ao abordar problemas sociais e/ou relacionados à saúde, permitindo uma avaliação mais rápida do que vigilância epidemiológica ou pesquisas convencionais; relação custo benefício: utiliza técnicas que possibilitam uma grande e factível quantidade de informação mediante um esforço relativamente pequeno; relevância prática para intervenções; fortalecimento de respostas locais: identifica e envolve informantes-chave locais, incluindo aqueles responsáveis pelo desenvolvimento e sustentabilidade de intervenções; encoraja a participação comunitária, visando a alcançar uma maior relevância e aplicabilidade prática da avaliação; utilização de informações pré-existentes: utiliza informações pré-existentes para descrever e compreender melhor a situação local e utiliza estes dados iniciais para identificar lacunas no conhecimento disponível, otimizando tempo, esforço e recursos; utilização de diversos métodos e diversas fontes de dados: um único método de coleta de dados não é suficiente para abordar todos os aspectos de problemas sociais e de saúde complexos, principalmente comportamentos que são muito particulares e tendem a ser "escondidos", como é o caso do sexo comercial.

A adequação dos achados às necessidades da população-alvo e à viabilidade das recomendações elaboradas visa a fornecer informação que permita a tomada efetiva de ações factíveis, sustentáveis ao longo do tempo e culturalmente adequadas, obtendo o apoio de formuladores de políticas, financiadores e representantes da população alvo.

No caso do abandono do trabalho com os caminhoneiros no Posto de combustíveis Santa Rosa, os trabalhos de prevenção, foram retomados pela Secretaria de Saúde de Itajaí, ainda durante o desenvolvimento da pesquisa. A falta de

financiamento para a manutenção do espaço físico da APROSVI foi custeado pela AMFRI, Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú. O aumento de preservativos para distribuição aos profissionais do sexo, foi negociado e resolvido com a secretaria de saúde de Bal. Camboriú.

Um aspecto comum da metodologia RARE é o uso de diversas técnicas qualitativas, como observação direta, mapeamento, entrevistas em profundidade com experts e grupos focais, sendo a análise dos dados feita através de triangulação: dados coletados com uma técnica são comparados com dados obtidos por outras técnicas. Os consensos e contradições, comparados à literatura, são base para formulação de recomendações e proposição de novos estudos.

Na presente pesquisa, o componente da triangulação de dados foi essencial e os objetivos específicos foram norteadores do processo de escolha de estratégias e fontes de dados, do tratamento dado aos mesmos, bem como do suporte teórico que subsidiou os encaminhamentos analíticos. De forma esquemática, a operacionalização metodológica pode ser apresentada no quadro abaixo:

Quadro 1: Operacionalização Metodológica

Objetivo Geral: Analisar a relação entre vulnerabilidade e protagonismo a partir da experiência de profissionais do sexo e caminhoneiros frente a aids		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONCEITOS/CATEGORIAS	FONTE DE DADOS/ ESTRATÉGIAS
1. Discutir o conceito de vulnerabilidade em relação a aids em populações móveis (caminhoneiros e Profissionais do sexo) na região do Vale do Itajaí	* VULNERABILIDADE * Populações móveis (caminhoneiros e prof. do sexo) * Gênero e saúde	* Pesquisa bibliográfica (geral e específica à aids) * Dados pré-existentes: - Pesquisa RARE na região; - Pesquisa multicêntrica com profissionais do sexo.
2. Analisar a interface entre profissionais do sexo e caminhoneiros na produção da vulnerabilidade a aids		* Aprofundamento das fontes e dados levantados, para ênfase no objetivo citado. * Atualização dos dados pré-existentes, de acordo com a necessidade.
3. Identificar e descrever experiências de protagonismo/advocacy em construção por profissionais do sexo e caminhoneiros em relação a aids	* PROTAGONISMO E ADVOCACY	* Grupo Focal com profissionais do sexo e caminhoneiros * Entrevistas em profundidade c/sujeitos chaves identificados nas experiências de protagonismo/advocacy

3.2 Descrição do Campo e Sujeitos da Pesquisa

Esse estudo foi realizado com duas populações distintas: profissionais do sexo e caminhoneiros. Os profissionais do sexo foram contatados através de uma Associação de Profissionais do Sexo de Santa Catarina (APROSVI), enquanto os caminhoneiros foram contatados no Porto de Itajaí através da enfermeira do programa Porto Saudável e no Posto de combustíveis Santa Rosa, através do coordenador do SEST/SENAT. O contato anterior com as entidades que agregam estes sujeitos e a manifestação do interesse em participar do estudo foi um elemento facilitador do acesso aos sujeitos do estudo. Os três locais já foram projetos de extensão da UNIVALI (Universidade do Vale do Itajaí) e tiveram como coordenadora a pesquisadora deste estudo.

O desenho da pesquisa, conforme apresentado anteriormente no Quadro 1, demonstra a importância do mapeamento antes do início da coleta de dados para que a amostra seja direcionada. Os sujeitos desse estudo foram escolhidos pela pesquisadora e sua equipe, norteados pelos objetivos do estudo, em locais previamente mapeados, considerados estratégicos para obtenção de êxito na pesquisa (Anexos 3 e 4). O quadro 1 mostra as técnicas, locais e sujeitos que participaram da coleta de dados deste estudo, segundo metodologia RARE, mas que não representam a totalidade dos dados, uma vez que a estes foram acrescentados os dados pré-existentes (como será melhor relatado a seguir).

Quadro 2: Demonstrativo dos dados coletados na Pesquisa “Da Vulnerabilidade ao Protagonismo: Profissionais do Sexo e Caminhoneiros frente à aids”

TÉCNICA DE COLETA	Nº IDAS A CAMPO	Nº DE SUJEITOS	LOCAIS DE COLETA DE DADOS
Observações e Mapeamentos	08	20	(01) Cidade de Itajaí; rota I (02) Cidade de Itajaí; rota II (03) Posto Santa Rosa;(Itajaí) (04) Porto de Itajaí; (05) Casas de Prostituição;BC e Itajaí (06) Balneário Camboriú) Avenida Marginal (07) (Inauguração nova sede APROSVI-BCamboriú (08) Inauguração Centro de Direitos Humanos para HSH-B.Camboriú
Entrevistas Informante-chave (IC)	06	09	(01) Posto Santa Rosa; (02) Unidade de Saúde São Vicente (03) Associação Profissionais do Sexo
Entrevistas Profissionais do sexo (EPS)	06	06	(1) Casas e pontos de Prostituição, (2) Sede da APROSVI
Entrevistas Caminhoneiros (ECAM)	05	05	(1) Posto Santa Rosa (2) SEST/SENAT (3) Porto De Itajaí
Grupos Focais GFP.SEXO	01	08	(1) Sede da APROSVI-B.Camboriú
Grupos Focais GF-CAMINHONEIROS	02	12 09	(1) Posto Santa Rosa/Itajaí (1) Porto de Itajaí
TOTAL DE SUJEITOS		69	
TOTAL DE ENTREVISTAS		19	
TOTAL DE GRUPOS FOCAIS		03	

O lócus de pesquisa foram os municípios de Itajaí e Balneário Camboriú. Para escolha dos sujeitos não houve limites pré-fixados quanto ao número de informantes, mas como previsão inicial, indicou-se um mínimo de quinze (15 por segmento populacional profissional do sexo e caminhoneiro), sendo 5 entrevistas em profundidade e 10 participantes em grupo focal). O critério de escolha para entrevistar profissionais do sexo, foi que trabalhassem na Avenida Marginal em Balneário Camboriú ou na Avenida Reinaldo Scmithausen, em Itajaí (ambas são rota de caminhoneiros) e que tivessem caminhoneiros como clientes. As profissionais do sexo poderiam ser mulheres ou travestis, já que o foco do estudo recai sobre a interface

caminhoneiros/profissionais do sexo. Observando o que preconiza a metodologia RARE, a coleta de dados é direcionada ao foco da pesquisa, e a nossa primeira entrevistada passou a ser parceira, como recrutadora dos sujeitos a serem entrevistados.

Iniciamos, realizando uma entrevista em profundidade com a presidente da APROSVI, Associação de Profissionais do Sexo do Vale do Itajaí, que a seguir agendou um grupo com as profissionais do sexo. Trabalhar com esse segmento populacional promete surpresas; foram agendadas 13 profissionais do sexo e compareceram apenas 8 (oito) para a realização do trabalho, que também iniciou com uma hora e meia de atraso. Após a análise da primeira entrevista e do grupo focal, gradativamente foram sendo agendadas outras profissionais do sexo que quisessem participar do estudo.

Concomitantemente, fizemos observações dos locais de prostituição que atendem a clientela caminhoneiros, para triangular com o estudo anterior realizado em Itajaí e refazer os mapas geográficos da prostituição de Balneário Camboriú e Itajaí, que eram muito antigos e desatualizados.

Para os sujeitos caminhoneiros, primeiramente, entrevistamos a enfermeira do programa Porto Saudável, que foi quem providenciou o primeiro grupo focal (recrutadora) com estes participantes. O convite foi realizado, pessoalmente, com auxílio do estagiário do Programa Porto Saudável. O encontro aconteceu no “Container da Prevenção”, um container transformado em sala, equipado com mesa, cadeiras tv e vídeo, ar condicionado, localizado dentro da área alfandegada, na rota obrigatória dos caminhões dentro do porto, o que exigiu permissão especial para nossa entrada e permanência no local. A partir da análise desse grupo focal, a enfermeira convidou e realizou três entrevistas com caminhoneiros na área portuária. Os dados indicavam a necessidade de entrevistar o Diretor do Programa Porto Saudável, o que fizemos a seguir. Depois de conhecermos a realidade do caminhoneiro dentro do Porto de Itajaí, partimos para o segundo grupo focal com caminhoneiros, dessa vez realizado no SEST/SENAT, bem como duas entrevistas com caminhoneiros no mesmo local. Devido à troca do ocupante do cargo de coordenador do SES/SENAT, durante a execução de nosso trabalho, houve contato formal para exposição da pesquisa e

solicitação da disponibilização do espaço físico para a realização do grupo focal nas dependências do SEST/SENAT.

Os formuladores de políticas e profissionais de saúde puderam ser consultados e entrevistados, seja como informantes chave, ou em entrevistas de profundidade, quando de nossas observações e mapeamentos, ou em encontros agendados especificamente para esse fim. Foram entrevistados a fim de evidenciar a atualização dos dados pré-existentes, ou para esclarecer lacunas dos dados, conforme é esperado na metodologia RARE.

Durante a pesquisa, os roteiros de entrevistas foram revisados no sentido de abordar novas descobertas e novas questões de pesquisa que fossem surgindo ao longo da coleta de dados. As definições quanto ao número de informantes e estratégias de coleta foram tomadas e revistas, conforme os resultados eram obtidos e sofriam uma pré-análise. Em todos os passos do estudo, seguimos as determinações da Resolução 196/96. (CNS, 1996) e só foram colhidos e utilizados dados de informantes que manifestaram seu aceite de participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

3.3 Detalhamento da coleta de dados

A metodologia RARE foi considerada perfeitamente adequada às necessidades do estudo, se não na abrangência de todos os seus objetivos, especialmente aos dois primeiros (conforme quadro anterior). Isto se deu pelo foco sobre aids, como uma epidemia em expansão, e sobre populações extremamente vulneráveis, que indicam a necessidade de desenvolver respostas rápidas e eficazes a esta questão.

Existem cinco métodos principais de coleta de dados utilizados pela equipe de campo RARE, acrescidos de diversos métodos complementares e opcionais, como: grupos focais; entrevistas com informantes chaves, surveys de avaliação rápida; geo mapeamento; observação direta. Nesse estudo, não realizamos Surveys. Orientados pela metodologia RARE, utilizamos os seguintes métodos de coleta de dados:

1. Atualização do Geo-Mapeamento

2. Observações de campo
3. Entrevistas com informantes-chave e Entrevistas em profundidade
4. Grupos focais;

As etapas da pesquisa foram didaticamente separadas, para fins de esclarecer o leitor dos vários métodos de que lançamos mão ao longo da coleta. Entretanto, estas etapas em alguns momentos foram concomitantes, não obedecendo necessariamente à cronologia estabelecida, na dependência das avaliações dos dados feitas pela pesquisadora. Enquanto eram desenvolvidas todas as técnicas de coleta de dados (acima referidas e abaixo descritas) procedemos um estudo dos arquivos da Associação das Profissionais do Sexo do Vale do Itajaí (APROSVI) para acompanharmos as ações desencadeadas em prol da categoria, ou de desenvolvimento do protagonismo, através de ações de advocacy, subsidiando o aprofundamento previsto no objetivo

O trabalho de campo foi realizado no período novembro de 2006 até fevereiro de 2007, sendo coordenado pela pesquisadora. A equipe de campo foi composta por uma enfermeira, uma psicóloga e duas acadêmicas de enfermagem, que tiveram a tarefa de coletar as informações necessárias para guiar o desenvolvimento do Plano de Ação do RARE.

3.3.1 Dados pré-existentes

Em um primeiro momento da pesquisa, foram coletados e re-ordenados dados pré-existentes e disponíveis sobre a população alvo da pesquisa - profissionais do sexo, caminhoneiros. As fontes utilizadas para coletas desses dados foram: Boletins epidemiológicos do Programa Nacional de DST/AIDS, dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde dos municípios incluídos no estudo, dados publicados por outras pesquisas nacionais envolvendo profissionais do sexo, caminhoneiros (referências) e dados previamente coletados e publicados pela pesquisadora (KOLLER, E. M. P, 1997; BRASIL, 1995; BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; KOLLER, E. M. P, JOHN, V. M., 2002; KOLLER E SCUSSEL, 2003) KOLLER et al (2004) A, KOLLER ET AL 2004 B., KOLLER, RAMOS E CUNHA, 2005).

Os dados iniciais permitiram uma primeira descrição e compreensão sobre a epidemia de HIV/AIDS no Vale do Itajaí, assim como disponibilizou dados iniciais sobre aspectos relativos à vulnerabilidade acrescida de populações móveis frente ao HIV/AIDS e demais DSTs. Estas informações também auxiliaram a detectar lacunas no conhecimento atualmente disponível sobre as profissionais do sexo nessa região.

3.3.2 Mapeamento

Os dados do mapeamento são considerados pré-existentes (obtidos na Pesquisa RARE de 2004), mas sofreram atualização no atual estudo. Foram realizadas anotações nos mapas plotados das cidades, a fim de que pudessem ser modificados na medida em que os dados de campo fossem checados e atualizados. Ao término do mapeamento, foi elaborada uma completa e atual descrição gráfica do ambiente do estudo, incluindo as seguintes informações: locais importantes, áreas de atividade (rotas de entrada e saída da cidade, locais de parada de profissionais do sexo, localização de serviços de saúde); localização das populações vulneráveis identificadas (caminhoneiros, profissionais do sexo); comportamentos mais vulneráveis e condições associadas à adoção destes comportamentos (onde as profissionais do sexo consomem drogas e álcool, locais de comércio sexual) (Anexos 3 e 4).

3.3.3 Observações de campo

Ao longo da pesquisa, e de acordo com a necessidade de atualização dos dados pré-existentes, foram realizadas observações de campo nos seguintes locais: pontos de parada de caminhoneiros, postos de combustíveis, restaurantes, zonas de prostituição e rodovias de acesso e saída da cidade, sede da APROSVI. Estes dados, segundo o Manual RARE (2002), foram coletados em três momentos diferentes da pesquisa, a saber:

No início do estudo, as observações foram utilizadas para: identificar áreas de pesquisa, mapear áreas chave, estabelecer maneiras de acesso a estas áreas e identificar informantes chave; identificar comportamentos mais vulneráveis; obter uma melhor compreensão sobre comportamentos locais, costumes e vocabulários próprios da

população acessada.

No decorrer do estudo, as observações de campo serviram para: Validar e checar achados de outros métodos, de outras fontes de dados e hipóteses de pesquisa; Identificar novos achados (a serem validados ou não através de outros métodos de coleta de dados);

Na etapa final do estudo, as observações serviram para: validar e checar achados de outros métodos, de outras fontes de dados e hipóteses de pesquisa; avaliar a representatividade de achados emergentes (através da repetição de observações com diferentes grupos e em diferentes áreas); identificar problemas em potencial e possíveis soluções e/ou sugestões para intervenções futuras;

As observações foram realizadas nos diversos segmentos da sociedade que tem interface com profissionais do sexo como: caminhoneiros, frentistas, profissionais de saúde, formuladores de políticas.

A equipe de campo já era treinada em RARE por ter participado da pesquisa anterior financiada pelo Ministério da Saúde e pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, com exceção das acadêmicas que foram treinadas para esse trabalho. Os planos de atividades da equipe de campo foram sempre pautados nos achados sobre a relação entre vulnerabilidade e protagonismo a partir da experiência de profissionais do sexo e caminhoneiros frente à aids coletados, anteriormente.

3.3.4 Grupos focais

O grupo focal é uma técnica de entrevista na qual os membros do grupo narram e discutem visões e valores sobre eles próprios e o mundo que os rodeia, sendo frequentemente usado nas Ciências Sociais, para buscar as respostas dos “porquês” e “como” dos comportamentos (ABROMOWAY, RUA 2001). Os grupos focais são formados por 8 a 12 pessoas representativas da audiência selecionada (nesse estudo, caminhoneiros e profissionais do sexo). Utilizando um esboço previamente elaborado, um moderador mantém a discussão centrada no tema em causa e conduz de forma a obter respostas para as questões propostas, propiciando livre expressão de todos os

participantes. À medida que as respostas são obtidas, o moderador poderá acrescentar questões adicionais, a fim de obter análises em profundidade (BRASIL, 1998).

O grupo focal vem-se mostrando uma estratégia privilegiada para o entendimento de atitudes, crenças, valores de um grupo ou de uma comunidade. Também tem se revelado um dos principais instrumentos dos métodos de “investigação rápida” desenvolvida para obter uma informação ágil, pouco onerosa, em profundidade e com volume significativo de informação qualitativa fornecida por membros de um grupo específico (WORD BANK, 1993).

Ao longo do estudo, realizamos três grupos focais, sendo 01 com profissionais do sexo (oito participantes) e 2 com caminhoneiros (nove e doze participantes) com quem as profissionais do sexo têm importante interface. Para a realização dos grupos focais, utilizamos um roteiro de temas com objetivo de fomentar a troca de informações entre os participantes. Os temas abordados foram: cotidiano, vida emocional, acesso a serviços de saúde, conhecimento sobre HIV/AIDS e demais DST, comportamento sexual e participação na associação para reivindicação de direitos. A facilitadora foi a própria pesquisadora, com ajuda de uma componente da APROSVI, para as profissionais do sexo, e da enfermeira do Porto para os caminhoneiros, devidamente treinados a conduzir os grupos focais, além de um assistente para apoio aos diversos procedimentos do grupo focal (gravação, anotações, insumos para participantes, etc).

Para definir o número de grupos necessários, utilizou-se a técnica de saturação dos conteúdos. No caso dos profissionais do sexo, complementamos as informações com entrevistas em profundidade, devido à dificuldade de reunir profissionais do sexo em número suficiente para a formação de um grupo focal em Itajaí.

3.3.5 Entrevistas em profundidade

As entrevistas em profundidade foram planejadas como individuais e semi-estruturadas, uma vez que se utilizou de um roteiro de entrevista amplo, cobrindo vários aspectos do fenômeno estudado. Partiu-se do princípio que em suas respostas os informantes revelam seu “pensamento” sobre a realidade, suas experiências e percepções básicas e, assim, as entrevistas possibilitam “compreender o mundo a partir do ponto de vista dos sujeitos, a fim de revelar o significado de suas experiências e desvendar o mundo em que vivem, antes de explicações científicas” (ABRAMOWAY,

RUA, 2001).

Esse formato de entrevista permite alterar a ordem das questões de acordo com o andamento da entrevista e também permite ao entrevistado esclarecer os assuntos segundo sua percepção e usando formas de expressão próprias, flexibilizando perguntas, respostas e categorias que poderiam ser tomadas como fechadas ou distantes do entendimento dos sujeitos.

Foram realizadas entrevistas com 6 profissionais do sexo e 5 caminhoneiros, além de 4 profissionais de saúde, nos municípios de Balneário Camboriú e Itajaí. Estas duas cidades possuem grande número de profissionais do sexo, contingente que chega a duplicar na temporada de verão e festas de outubro. O roteiro, previamente elaborado, incluiu temas sobre as barreiras para um melhor acesso aos serviços de saúde, as vulnerabilidades a que estão expostos os sujeitos da pesquisa, bem como ações de advocacy/protagonismo desenvolvidas pelos dois segmentos populacionais acessados. Durante a pesquisa, os roteiros de entrevistas foram revisados no sentido de abordar novas descobertas e novas questões de pesquisa que surgiram ao longo da coleta de dados. Também ouvimos as sugestões e recomendações destes profissionais em relação à problemática vivenciada.

Em relação aos formadores de políticas, investigamos sobre viabilidade e possibilidades de sustentabilidade das recomendações coletadas, quais as sugestões factíveis e viáveis que eles próprios têm sobre o problema e quais as barreiras e dificuldades enfrentadas no manejo desta questão, inclusive em termos de “vontade política” para propiciar meios para mudar a realidade.

3.4 Análise e Interpretação dos Dados

A análise dos dados obtidos foi desenvolvida de forma coerente aos objetivos do estudo, ou seja, de modo a apresentar: a realidade das profissionais do sexo quanto à vulnerabilidade às DST/AIDS, incluindo a questão da equidade de acesso a serviços de saúde e interação com os profissionais de saúde; as interfaces entre caminhoneiros e profissionais do sexo na produção desta vulnerabilidade: as experiências de

Empoderamento, Protagonismo ou Advocay, uma vez que a interpretação dos achados se valeu não apenas do entendimento mais geral sobre tais conceitos, mas da própria metodologia já proposta e denominada “Advocacy” disponível na literatura. Além disso, a revisão da produção científica sobre o fenômeno em estudo e, ainda, as experiências pessoal e profissional da pesquisadora foram subsídios importantes para tal análise.

Na análise de dados qualitativos, convém lembrar o que Minayo (op. cit, p. 197) que aponta como os três grandes obstáculos da análise dos dados obtidos no campo: a “ilusão da transparência” ou o perigo da compreensão espontânea, como se o real se mostrasse nitidamente ao observador. Essa “ilusão” é tão mais perigosa, quanto mais o pesquisador tenha a impressão de familiaridade com o objeto. É uma luta contra a sociologia ingênua e o empirismo; a magia dos métodos e técnicas tomadas como preponderantes em relação ao essencial, que é a fidedignidade às significações presentes no material e que dizem respeito a relações sociais dinâmicas; dificuldade em se juntar teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos.

No caso desta pesquisa RARE, foi utilizada a Análise de Conteúdo, como descreve Bardin (1979, p.103) particularmente na etapa de análise temática, que "consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido". Além de se buscar respostas para questões previamente colocadas, com esta técnica pode-se caminhar na direção da "descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado" (GOMES, 1994).

As técnicas de Análise de Conteúdo visam a atingir os significados manifestos e latentes nos material qualitativo e são: Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise do Discurso – sendo as duas últimas as mais apropriadas para investigação de material sobre Saúde, e mais utilizadas na pesquisa RARE.

Análise Temática: a noção de Tema está ligada a uma afirmação a respeito de um determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada através de uma palavra, frase, resumo. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria

que serve de guia à leitura (BARDIN, 1979, p.105).

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Esta análise, Op Cit., reúne três etapas, efetivamente desenvolvidas neste estudo, conforme descrito a seguir:

Pré-análise: escolha dos materiais a serem analisados, retomada de hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Técnicas: leitura flutuante, organização do corpus e formulação de hipóteses. Na constituição do corpus, o material é organizado de modo a responder a algumas normas de validade: exaustividade: que contempla todos os aspectos levantados no roteiro; representatividade: que contenha a representação do universo pretendido; homogeneidade: que obedeça a critérios precisos em termos de temas, técnicas e interlocutores; pertinência: os documentos analisados devem ser adequados aos objetivos do trabalho.

Nessa fase pré-analítica determinam-se a Unidade de Registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que orientarão a análise.

Exploração do material: operação e codificação: Compreende regras de contagem, construção de índices e parâmetros e classificação e agregação dos dados. Foram realizadas análises cuidadosas de todo material, criando códigos para os temas investigados e obtendo resultados muito precisos.

Tratamento dos resultados obtidos

Os resultados brutos foram submetidos a operações estatísticas simples (porcentagens/ frequências), que permitiram colocar em relevo as informações obtidas. Os dados relevantes foram comparados com respostas dadas nos grupos focais, resultados de outras pesquisas com as mesmas populações, observações e mapeamentos, realizando a triangulação. Com este processo, os consensos e contradições passaram a ser comparados com os dados já existentes na literatura e as formulações para políticas foram articuladas.

O princípio da triangulação dos dados foi aplicado a partir do entendimento como uma combinação de diferentes fontes de dados: caminhoneiros, profissionais de saúde, formuladores de políticas - diferentes técnicas de investigação (geomapeamento, entrevistas em profundidade, grupos focais). Ou seja, embora o foco da pesquisa incluía caminhoneiros e profissionais do sexo, outros sujeitos que compõem o contexto social dos sujeitos de pesquisa contribuem para a triangulação dos dados.

Fontanella, Campos e Turato (2006) explicam que nessa forma de pesquisar, o investigador, ao confrontar seus achados com os dados de literatura, tem, então, uma função complementar, uma estratégia de triangulação teórica. Todavia, os autores recomendam que nunca deve servir como ponto inicial da discussão, na qual a apresentação das citações, extraída do material das entrevistas, somente ajudaria a confirmar teorias já estabelecidas. Para esses autores, uma verdadeira pesquisa de campo deveria ir além do histórico papel passivo de confirmar ou de refutar hipóteses. As entrevistas qualitativas têm que produzir dados, a fim de realizar, pelo menos, quatro importantes funções que deveriam desenvolver os modelos teóricos, nomeadamente: os resultados iniciam, reformulam, redirecionam e clareiam teorias.

3.5 Aspectos éticos do estudo

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI (Parecer nº 415 de 22/09/2006). Todo o desenvolvimento do estudo foi pautado por normas éticas, conforme Resolução CNS 196/96. Alguns aspectos éticos mais específicos, relacionados à perspectiva teórico-metodológica e a postura dos pesquisadores, merecem ser destacado.

Quanto à avaliação crítica e riscos em relação aos objetivos do projeto: Embora sendo uma pesquisa de risco mínimo, como foram abordadas questões íntimas como comportamento sexual, uso de drogas, presença de alguma DST, entre outros aspectos, existe sempre um risco inerente de que o participante sinta-se emocionalmente abalado após a coleta de dados. Buscando minimizar ao máximo tal risco, a equipe tomou todos os cuidados para que nenhuma norma ou princípio ético fosse desrespeitado: que

o participante fosse sempre autônomo em sua participação, com plena liberdade para recusar responder a qualquer pergunta ou para abandonar a pesquisa em qualquer momento da coleta de dados, sendo-lhe assegurado a ausência que qualquer forma de prejuízo, dano ou represália, presente ou futura.

Quanto ao impacto previsto, o objetivo de conhece questões envolvidas na Vulnerabilidade de Profissionais do Sexo e Caminhoneiros frente a Aids e as ações de protagonismo e advocacy desenvolvidas por esses dois segmentos populacionais, há uma clara pretensão de subsidiar ou contribuir para reformulações ou propostas de intervenções visando a abordar as lacunas identificados em informações ou serviços. Tais intervenções objetivarão sempre melhorar a qualidade de vida dos caminhoneiros e profissionais do sexo, seja através da criação de novos serviços ou na reestruturação dos serviços existentes. O objetivo maior, a longo prazo, é diminuir a altíssima incidência de HIV/AIDS na região e, em qualquer desdobramento futuro, tais propostas ou ações manterão o respeito aos sujeitos do estudo e buscarão a maior participação destas populações.

Quanto ao plano de divulgação e disseminação dos resultados, prevê-se que estes serão apresentados em devolutivas no Porto de Itajaí, no SEST SENAT e nas Secretarias de Saúde de Itajaí e Balneário Camboriú e APROSVI, conforme preconizado pela Metodologia RARE.

Apresentações em eventos acadêmicos, bem como elaboração e submissão de artigos à periódicos científicos da saúde coletiva e áreas afins, obedecerão cuidados éticos de proteção e preservação dos sujeitos e de seus interesses. Enfim, os dados obtidos serão utilizados apenas para os fins acadêmico-científicos a que se destinam. A fim de identificar corretamente quem prestou que tipo de informação, criamos a seguinte codificação para os sujeitos de pesquisa:

ECAM-2007	Entrevista Caminhoneiro
GFCAM-2007	Grupo Focal Caminhoneiro
GFPS -2007	Grupo Focal Profissional do Sexo
EPS -2007	Entrevista Profissional do Sexo
EIC-2007	Entrevista Informante Chave
OM-2007	Observação e Mapeamento

IV OS SIGNIFICADOS DA VULNERABILIDADE NA PERSPECTIVA DOS PARTICIPANTES

Através do presente texto pretende-se discorrer acerca de como a rede de apoio social é caracterizada e percebida por caminhoneiros e profissionais do sexo. Discute-se a vulnerabilidade a AIDS em populações móveis (caminhoneiros e profissionais do sexo na região do Vale do Itajaí. É feita uma análise da interface entre profissionais do sexo e caminhoneiros na produção da vulnerabilidade a aids, bem como identifica-se e descreve-se experiências de protagonismo/advocacy em construção por profissionais do sexo e caminhoneiros em relação a aids). Propõe-se que essas lógicas se tocam em alguns pontos e se afastam consideravelmente em outros, sobretudo os relativos às interpretações sobre o corpo, o "cuidar-se", ao "risco", sexualidade e saúde. Defende-se que há por parte das técnicas e dos formuladores de políticas públicas uma forte dicotomização espacial entre "posto" (unidades de saúde) e "as ruas" (áreas de prostituição) impedindo uma visão integral da realidade do grupo almejado pelos Projetos de Prevenção.

A pesquisa atual, transitando por outras já realizadas com a mesma população na mesma área geográfica, além da revisão bibliográfica em geral, permitiu a construção de cartografias existenciais que evidenciaram elementos que recontam as histórias coletivas do movimento organizado das profissionais do sexo, suas reivindicações, desafios e conquistas. Também solicitou novas possibilidades de diálogos entre os órgãos governamentais e demais setores da sociedade civil, de modo a favorecer o surgimento de novas políticas públicas, assim como, maior empoderamento e respeito para com as diferenças e a defesa do direito a ter direitos como estratégia de emancipação psicossocial e política dessa população, permitindo observar que as reivindicações, desafios e conquistas, do segmento caminhoneiros pede novas possibilidades de diálogos entre os órgãos governamentais e demais

setores da sociedade civil.

Neste estudo, através da metodologia RARE, focamos a produção da vulnerabilidade à aids nas populações acessadas através de experiências relatadas em entrevistas e grupos focais sobre os temas: local/condição de trabalho, acesso a serviços de saúde, gênero e saúde, a partir dos três eixos da vulnerabilidade propostos por Mann et al (1993), social, programático e individual.

A formulação do conceito de vulnerabilidade está associada ao reconhecimento dos limites de intervenção do sujeito em face de condições historicamente fundadas no espaço da vida social coletiva. O discurso sobre vulnerabilidade em saúde trouxe à pauta questões de acesso e qualidade de bens e serviços em saúde, bem como de um conjunto de condições biológicas, econômicas, sociais, políticas e culturais (URBANEJA, 2000, BRASIL, 2002) que marcam as diferenças no processo de viver de indivíduos e populações.

Na perspectiva bioética, segundo Anjos (2000), podemos dizer que a vulnerabilidade é um conceito-chave a ser evocado constantemente, quando se pensa em autonomia, embora a autonomia em Bioética seja um referencial teórico e não um campo de análise sociológica. Em minha concepção de profissional de saúde, entender esse usuário como agente autônomo significa aceitar o direito que ele tem de ter opiniões próprias, de fazer escolhas de acordo com seu valores e crenças, mesmo que essas opiniões sejam diferentes das prescrições técnico-científicas. Logo, no sentido moral dos desafios do nosso tempo, o conceito de vulnerabilidade torna-se uma ferramenta interessante na análise e definição de políticas de intervenção no campo da saúde (KOTTOW, 2003; MACKLIN, 2003).

No que se refere a populações específicas, indicadas nestas recomendações internacionais e consideradas por sua maior vulnerabilidade, o Brasil busca contemplar em suas políticas as especificidades de Usuários de Drogas injetáveis; Populações de Risco Acrecido (migrantes, móveis, trabalhadoras e trabalhadores sexuais, instituições fechadas); Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) e População Jovem. Além dessas, contempla população confinada adulta; população em situação de pobreza; caminhoneiros; populações cujo local/condição de trabalho predispõem a situações de maior vulnerabilidade. Obviamente, que o fato de serem tomadas algumas

medidas de precaução não significa terem acesso a essas medidas, e que as ações sejam suficientes e adequadas às suas necessidades, uma vez que a quantidade e qualidade das respostas governamentais, em muito, dependem de lutas políticas, poder e visibilidade social conquistada, além de permanentes negociações entre atores diversos em posição, condições e propostas. Nesse aspecto, a resposta brasileira à epidemia de aids tem se caracterizado pelo amplo envolvimento de diversos setores sociais, entre os quais se destacam as organizações da sociedade civil, o setor privado, os sindicatos e associações trabalhistas, os organismos sociais e, especialmente, as pessoas vivendo com HIV e aids.

Doneda, Brito e Gandolfi (2002) consideram que a aliança entre o governo, sociedade civil e setores privados, que puderam fazer da experiência brasileira uma das melhores do mundo, trouxe a necessária visibilidade dos direitos humanos, da cidadania e do direito ao acesso à saúde de populações extremamente vulneráveis sob a perspectiva das políticas públicas. Nesse cenário, ainda é necessário equacionar os processos em jogo no plano econômico, onde cada vez mais prevalecem regras injustas e restritivas no plano do comércio internacional, para ressaltarmos os valores universais que fundamentam a saúde pública e a defesa dos direitos das pessoas à vida.

A análise apresentada a seguir está embasada tanto em dados colhidos especificamente para este estudo como, como em dados pré-existentes (2004 e 2003, conforme explicitado na metodologia), além do aporte de diferentes pesquisas sobre objetos afins.

4.1 Interface entre profissionais do sexo e caminhoneiros na produção da vulnerabilidade a aids

Para justificar a dificuldade dos caminhoneiros/profissionais do sexo em acessar as oportunidades de prevenção, proteção e assistência à saúde, apresenta-se um conjunto de dados secundários sobre a educação, saúde, cultura, lazer, processo de trabalho, insumos fundamentais para o desenvolvimento dos recursos materiais e simbólicos. Esses dados, novamente checados através de grupos focais, entrevistas e

observações apontam para a existência de deficiências no acesso dessas populações a esses bens e serviços, o que colabora com a manutenção da vulnerabilidade social.

Em determinadas profissões, os trabalhadores têm mais chances de se expor a comportamentos de risco, principalmente quando são obrigados a deixar a sua casa e a sua família durante longos períodos - a exemplo dos caminhoneiros, os marinheiros, trabalhadores nas plataformas petrolíferas. As conseqüências das esperas e a estrutura deficiente para os motoristas em fronteiras internacionais, onde acomodações seguras, limpas e acessíveis nos locais de parada de caminhões podem ser caras, quando existem, tornam mais barato passar a noite com uma profissional do sexo que pagar por um quarto (ILO, 2006). Para caminhoneiros em transito, opções de entretenimento são limitadas e com poucas atividades recreacionais. Além de bares e restaurantes, o álcool e a prostituição preenchem esta lacuna. Além disso, motoristas internacionais têm que atingir complicadas exigências de trabalho sob condições difíceis, e isso pode gerar estresse. Eles também são estigmatizados e marginalizados por conta dos assédios pela polícia, aduanas e oficiais de imigração (ILO, 2006). A mesma situação referenciada em nível internacional, é referenciada em estudos brasileiros (KOLLER E SCUSSELL, 2003; RELATÓRIO RARE, 2004).

Conforme o relatório anual do Programa Conjuntos das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, existe no mundo aproximadamente 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Esse número inclui os 4,9 milhões estimados de pessoas que adquiriram o HIV em 2004. O número de pessoas que vivem com aids aumentou globalmente em comparação com os dois anos anteriores e os aumentos mais marcados foram em regiões da Ásia Oriental e da Europa Oriental e da Ásia Central. O crescimento foi de 50% e 40%, respectivamente (principalmente China). A África Sub-saariana é a região mais afetada, com aproximadamente dois terços do total mundial (25,4 milhões de pessoas com HIV). Desse número, três quartos são do sexo feminino.

No Brasil, já foram identificados cerca de 433 mil casos de aids. Este número refere-se a identificação do primeiro caso de aids, em 1980, até junho de 2006. A taxa de incidência foi crescente até metade da década de 90, alcançando, em 1998, cerca de 19 casos de aids por 100 mil habitantes. Cerca de 80% concentram-se nas Regiões Sudeste Sul. O Sudeste é a região mais atingida desde o início da epidemia e, apesar da

alta taxa de incidência, mantém-se num processo de estabilização. Na região Sul, observa-se aumento das taxas de incidência de casos até 2003, porém com uma provável desaceleração de crescimento nos anos mais recentes.

Observa-se tendência de crescimento da epidemia nas pessoas com 50 anos ou mais, entre 1996 e 2005. Na faixa etária de 50-59 anos, a taxa de incidência entre homens passou de 18,2 para 29,8, entre as mulheres, cresceu de 6,0 para 17,3. No mesmo período, há um aumento da taxa de incidência entre indivíduos com mais de 60 anos. Nos homens, o índice passou de 5,9 para 8,8. Nas mulheres, cresceu de 1,7 para 4,6. (BRASIL, 2007).

Apesar dos avanços alcançados com a terapia dos anti-retrovirais e seu impacto nas taxas de mortalidade, assim como as experiências bem sucedidas no campo da prevenção, cujos resultados têm sido observados nas regiões mais remotas do mundo globalizado, ainda nos deparamos com desafios e obstáculos, que exigem de todos os países membros uma posição sustentável de garantia dos direitos, de acesso aos medicamentos e insumos de prevenção e da melhoria da qualidade dos serviços assistenciais. É imperativo que os países membros e o sistema das Nações Unidas encontrem soluções para as principais situações que vulnerabilizam as comunidades para a infecção do HIV/Aids, como a pobreza e outras desigualdades sociais, tais como a baixa escolaridade, a precariedade dos sistemas de saúde, a falta de poder da mulher nas relações de gênero e o abandono e violência com relação às crianças. Atuar dentro desta perspectiva, não deve ser uma tarefa isolada, mas sim uma iniciativa global capaz de oferecer respostas tanto aos problemas gerados pela epidemia, como àqueles que criam condições de vulnerabilidade a infecção pelo HIV. (ONU, 2001, p. 1).

O direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade brasileira na Constituição de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), num processo histórico de lutas, avanços e recuos. No que diz respeito ao HIV/Aids, o Sistema de Saúde tem evoluído em inúmeros projetos que tem demonstrado impacto relevante. O gasto anual total do governo com aids foi de 274 milhões de reais (2002): em 2003 foram gastos 183 milhões com aquisição de medicamentos e em (2004): 147.500 milhões gastos com antiretrovirais.

Há cerca de 154 mil pacientes em terapia ARV, com uma estimativa de 58 meses de sobrevida mediana para adultos e 67 meses para crianças. A incidência anual (1999) em indivíduos adultos é 24.144 (9.158 mulheres e 15.956 homens) e por categoria de exposição sobressai a transmissão heterossexual (12.615). A taxa de mortalidade por aids no país é de 6,33/100000 habitantes (2002). Quanto ao tamanho das populações vulneráveis (em relação à população total, 2004) sobressai a de Homens que fazem sexo com Homens (HSH), com 3,2%; profissionais do sexo (1%); clientes de profissionais do sexo (4,6%); e usuário de drogas injetáveis (0,2%) (BRASIL, 2005).

O HIV tem um impacto considerável no mundo do trabalho. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o HIV ameaça os meios de existência de trabalhadores e empregadores, bem como os direitos ao trabalho, diminui a mão de obra e as competências disponíveis, aumenta os custos com o pessoal, além de reduzir a produtividade. Muitas vezes, o ambiente e as condições de trabalho aumentam o risco para os trabalhadores, homens e mulheres, contraírem o HIV, o vírus responsável pela aids; muitos trabalhadores estão expostos ao risco no próprio local de trabalho, em especial nos serviços de saúde (OIT, 2006).

A nova ordem mundial tem como principal característica o fenômeno da globalização da economia. É um processo unificador, em pleno desenvolvimento, que tem na política capitalista neoliberal o seu carro-chefe. Com o avanço dos setores de transportes e de comunicações, o mundo ficou "menor", impondo ao mercado agilidade e novas estratégias na transferência de bens e informações (DONEDA, BRITO, GADOLFI, 2002).

Nesse complexo processo econômico em movimento, com muitas peças diferentes deslocando-se em velocidades desiguais e afetando cada país de maneira própria, de forma geral, a globalização está destruindo milhões de empregos, tanto nos países do Primeiro Mundo quanto nos demais, concentrando os lucros, reorganizando o capital mundial nas mãos de poucos e fomentando a miséria em escala global (GRECO, 1999). É importante destacar que, em um contexto de grandes desigualdades sociais, as conseqüências da globalização sobre as populações de maior vulnerabilidade assumem dimensões mais graves como resultante da combinação de

determinantes de classe e gênero.

A hegemonia do pensamento capitalista tem trazido sérios problemas para as classes trabalhadoras, em especial nos países periféricos. A eficiência a todo custo, a concentração da riqueza, o enfraquecimento das políticas públicas sociais, têm contribuído para transformar a nação em um grande mercado global, no qual as políticas e as ações são decididas pelos países centrais. Greco (1999) alerta para a necessidade de combater esta nova cultura neoliberal mediante a luta por um novo paradigma, centrado na capacidade do ser humano e não na sua capacidade monetário-financeira.

Esse fenômeno é descrito por Motta (1999) como irreversível e no qual o Brasil tem uma inserção lenta e gradual, desde 1990. A "integração" ocorre inicialmente entre os blocos e não entre países, portanto, para as empresas com sede no Brasil o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) já desempenha um papel importante. Assim também se observa com a integração da Europa pela Comunidade Econômica Européia, os Estados Unidos, Canadá e México com o acordo de livre comércio da América do Norte (NAFTA) e a integração do Japão com os Tigres Asiáticos.

Alguns grupos de trabalhadores parecem estar particularmente vulneráveis ao HIV/AIDS por conta das condições particulares do seu trabalho. Trabalhadores móveis, em geral, encontram com frequência fatores individuais e sociais que aumentam sua vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV. Muitos trabalhadores de transporte são extremamente móveis e passam bastante tempo longe de casa. Alguns também trabalham isolados, tendo em vista a variedade dos lugares onde passam as noites, duração das viagens e frequência da ausência de casa (ILO, 2006). Nos itens subseqüentes serão descritas a expressão concreta dos sujeitos a partir de tópicos específicos que configuram a vulnerabilidade em análise.

4.1.1 Práticas sexuais e segurança frente a AIDS

Um primeiro dado válido aponta as/os profissionais do sexo como negociadores para o sexo mais seguro.

Existe um consenso entre as/os profissionais do sexo abordados, com relação ao

papel ativo das/dos profissionais na negociação do sexo mais seguro. Segundo a maioria dos participantes, a iniciativa de usar o preservativo e a negociação pelo sexo mais seguro é papel das/dos profissionais do sexo. Segundo o grupo acessado, sem este papel ativo em busca do uso de preservativos, muitos caminhoneiros prefeririam não usar o preservativo. Além deste papel persuasivo em busca do sexo mais seguro, as/os profissionais do sexo referem que muitos caminhoneiros não possuem preservativos, o que dificulta a adoção do sexo mais seguro, caso a/o profissional do sexo também não possua preservativos:

(...) eu já chego e já falo, tem camisinha? Tem ou não tem, os que não têm, eu falo que eu tenho (EPS 01 Sexo F: Idade: 25 Anos- 2004).

(...) eles não querem usar (EPS-02 Sexo M Idade 22 Anos – 2007).

A negociação do uso do preservativo com o cliente é um momento importante a/o Profissional do Sexo, pois se relaciona diretamente com sua prevenção de DST/HIV/Aids. Uma grande porcentagem de Profissionais do Sexo entrevistados disse que não aceita fazer o programa, preferindo perder o cliente, caso ele não concorde com o uso do preservativo. Entretanto, na prática, muitas questões estão envolvidas, como a necessidade financeira dos entrevistados:

Caminhoneiro não pensa em prevenção, todos, ninguém quer preservativo, e o pescador é igual. É a profissional do sexo que exige camisinha. Muitas de nós deixamos de fazer programa por causa disso, a gente sabe que tem as que fazem sem, por isso eles não aprendem (OM 05- Sexo F Idade 57 Anos-2007).

De acordo com os participantes, é bastante freqüente a prática de sexo desprotegido com profissionais do sexo, principalmente sexo oral desprotegido:

(...) eu já deixei de transar porque não tinha preservativo, mas o sexo oral com camisinha não tem graça nenhuma, é melhor nem fazer. (ITA CAM EP 15 Idade: 27 Sexo: M 2004)

(...) Sexo oral eles preferem que seja sem camisinha? Sim, a grande maioria prefere que seja sem camisinha. (EPS 01- Sexo F Idade 30 Anos -2007)

Pesquisa brasileira mostra que quase 91% da população brasileira de 15 a 54 anos citou a relação sexual como forma de transmissão do HIV e 94% citou o uso de preservativo como forma de prevenção da infecção. O conhecimento é maior entre as pessoas de 25 a 39 anos, entre os mais escolarizados e entre as pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste. Os indicadores relacionados ao uso de preservativos mostram que aproximadamente 38% da população sexualmente ativa usou preservativo na última relação sexual, independentemente da parceria. Este número chega a 57% quando se consideram apenas os jovens de 15 a 24 anos. O uso de preservativos na última relação sexual com parceiro eventual foi de 67%.

A proporção comparável em 1998 foi de 63,7%. O país acumulou cerca de 183 mil óbitos por aids até dezembro de 2005. Até 1995, a curva de mortalidade acompanhava a de incidência de aids, quando atingiu a taxa de 9,7 óbitos por 100 mil habitantes. Após a introdução da política de acesso universal ao tratamento anti-retroviral, observou-se queda na mortalidade. A partir de 2000, evidencia-se estabilização em cerca de 6,3 óbitos por 100 mil, embora essa tendência seja bem mais evidente na Região Sudeste e entre os homens. Além disso, entre 1993 e 2003, observou-se um aumento de cerca de cinco anos na idade mediana dos óbitos por aids, em ambos os sexos, refletindo um aumento na sobrevivência dos pacientes (BRASIL, 2007).

4.1.2 Sexo desprotegido com profissionais do sexo

Em decorrência de condições variadas, tais como as exigências do trabalho, tensões familiares, preocupações financeiras - indo além da capacidade do caminhoneiro em lidar com estes desafios - podem levar a instabilidade emocional, depressão, falta de concentração, que interferem na capacidade de trabalho dos motoristas. O complexo de agravos à saúde mostra a abrangência infindável das conseqüências a que esses trabalhadores estão submetidos (INST, 2000).

Devido aos papéis sociais que lhe foram designados, a mulher, muitas vezes, se percebe obrigada a servir aos outros em detrimento de sua própria saúde.

Em se tratando de profissionais do sexo, além da própria saúde ela poderá

comprometer a saúde de parceiros sexuais e das parcerias fixas desses parceiros eventuais. A percepção dos riscos, as relações perigosas e os modos de transmissão são também determinados diretamente pela participação desvantajosa da mulher nos processos decisórios que envolvem a sexualidade. Por exemplo, o baixo status das mulheres restringe suas opções para tomar o controle de sua vida em relação ao HIV/AIDS. Isto está comprovado pelas estatísticas que mostram a tendência de feminização da pandemia. Fatores biológicos, aliados a situações freqüentemente vivenciadas pelas mulheres, como o sexo não-consensual, as relações sexuais desprotegidas por falta de poder de negociação do preservativo e os comportamentos de risco adotados por seus parceiros, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV. VILLELA (2003, p. 9):

(...) Eu tive dois só esse mês que eu (...) não usei camisinha.. (...) Ah, porque é bonitinho. Na hora tava no bem bom, sabe. Às vezes nem penso em camisinha. Ta tão bom que a gente nem lembra (EPS 04 Sexo: F Idade: 24Anos - 2004).

A percepção de risco, relatada por Monteiro (2002), está relacionada a como o indivíduo encara a possibilidade de contaminação pelo HIV, isto é, se considera tal risco baixo ou alto e em que medida essa percepção influencia suas atitudes, levando a práticas sexuais mais ou menos seguras. A autora assinala que as situações de risco devem ser entendidas em função de um contexto político e moral, de atitudes compartilhadas socialmente e não de forma isolada e/ou limitada à probabilidade de um acontecimento. Destaca, ainda, que práticas sexuais não-seguras não decorrem necessariamente da falta de informação sobre os meios de prevenção, mas de visões de mundo resultantes das experiências sociais em que o risco é minimizado ou super-reconhecido.

A resistência por parte dessa população em utilizar o preservativo também tem contribuído para o aumento nos índices de contaminação pelo HIV (BRASIL, 2001). São vários os obstáculos ao uso da camisinha, pois muitos homens temem perder a ereção e/ou não possuem habilidades para colocar o preservativo, e acreditam que o cuidado só é necessário nas relações extraconjugais ou com profissionais do sexo

(CÔRTEZ, 2001).

De modo geral, os sujeitos reconheceram o risco do “sexo desprotegido” na vulnerabilidade ao HIV/aids e afirmaram que é preciso ter “cuidado”. No entanto, segundo Silva e Paiva, 2005, os discursos demonstraram que esta população não costuma usar o preservativo. Dentre os entraves para o seu uso estão o incômodo provocado no homem e na mulher, o amor, a paixão, a crença de que a relação sexual com a esposa não é tida como perigosa e que quando se tem parceiro (a) fixo (a), a responsabilidade de se proteger é do “outro”.

Uma minoria dos participantes ainda refere que a adoção do sexo desprotegido é também influenciada pela percepção de que determinados clientes sexuais “parecem” estar saudáveis, são bonitos e não aparentam ter nenhuma infecção sexualmente transmissível:

Sim, a grande maioria prefere que seja sem camisinha. Casados que dizem que não têm doença, que são casados há muito tempo. “Ah, só saio com a minha mulher, sou casado há muito tempo, sou sadio”. É muito comum e principalmente eles querem que...(sexo oral) eles querem sem camisinha, dizem (...) não dá nada (EPS 01- Sexo F- Idade 30 Anos – 2007).

A vulnerabilidade biológica das mulheres só se torna importante, de fato, em função da sua vulnerabilidade social, e diversas ações sociais podem influir para a mudança dos comportamentos masculinos de risco, dentre eles, a participação do homem nos programas de prevenção/intervenções educativas, que é vital para se alcançar um impacto mais equilibrado. Da mesma forma, o gênero pode influir na vulnerabilidade do indivíduo à infecção pelo HIV de diferentes maneiras: as práticas sexuais que aumentam as causas elevam também esta vulnerabilidade. Em muitas culturas, a exemplo da brasileira, espera-se que os homens sejam sexualmente aventureiros e as mulheres submissas (IEVM, 2004). Estas expectativas desmotivam o homem a agir responsabilmente e as mulheres a se protegerem adequadamente. Esse comportamento acontece com o sexo dentro do casamento e, mais ainda, em relação ao sexo comercial. Mas, também já colhemos frutos da transformação social:

Nunca tive nenhuma DST, nem mesmo herpes labial. No caso de ter qualquer sintoma, eu vou ao médico. Se vejo em um cliente oriento para que procure

um médico também (EPS-02 Sexo M Idade 22 Anos – 2007).

Sobre a idade do parceiro, muitas são as causas atribuídas ao aumento nos índices de contaminação pelo HIV em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos. As mudanças sócio-culturais, sobretudo na sexualidade, representam papel de destaque para justificar tal assertiva. Lemos (2003, p. 69) assinala que: “transitamos numa época de mudanças, sendo que a visão de sexualidade tem-se alterado rapidamente nas últimas décadas”. Para a autora, os meios de comunicação, sobretudo a televisão, têm contribuído para acelerar a transformação de valores que antigamente mudavam devagar. Os condicionantes de gênero, também estão incutidos nos discursos dos homens, quando afirmam que o homem é mais vulnerável do que a mulher, em decorrência do próprio comportamento. Sabe-se que a construção simbólica da masculinidade determina certas características que propiciam ao homem liberdade sexual, seja na escolha de suas parceiras, na opção em utilizar o preservativo, na adoção de práticas sexuais, ou mesmo, na sua relação com o mundo:

É muito importante, faz parte da vida, sem sexo ninguém vive. Faz parte (ECAM 03 Sexo M Idade 42 A nos- 2007).

Tem as garota de programa, elas sempre aparecem no posto né, elas precisam ganhar alguma coisa, aí a gente... um ajuda o outro. Aqui no estado de Santa Catarina tem uma boate que é tipo um restaurante, que é onde vai elas, que nós chamamos de Grampolas. De vez enquanto vai tomar uma cerveja lá, aí fica com alguém, se não der volta embora, o que acontece, acontece (GF 01 CAM 08 Sexo M Idade 44 Anos - 2007).

Esse restaurante “Granpola” é citado nas duas pesquisas RARE 2004 e o estudo atual, situado às margens da Br 101 nas imediações de Piçarras, funciona como ponto de encontros sexuais para caminhoneiros.

Outro fator de vulnerabilidade é o prolongamento da vida sexual ativa, com o advento de medicamentos que favorecem à ereção, mas temos observado que a prescrição médica dos mesmos não vem acompanhada de educação para a prevenção

às DST/Aids. Embora o Ministério da Saúde reconheça, desde 2001, a necessidade de incluir as pessoas com mais de 50 anos nas campanhas de prevenção à aids (BRASIL, 2001), o que se observa atualmente é que os trabalhos educativos – em sua maioria – continuam sendo direcionados ao público jovem, à gestante, ao usuário de droga, aos homossexuais e às profissionais do sexo. Dessa forma, esta população que viveu uma juventude sem o apelo à utilização de preservativos, não incorpora a necessidade de fazer seu uso. A resistência por parte dessa população em utilizar o preservativo também tem contribuído para o aumento nos índices de contaminação pelo HIV (BRASIL, 2001):

Aqui na cidade (Itajaí) homem com mais de 35, 40 anos principalmente de 60 não querem usar preservativo, não precisa ser caminhoneiro, é qualquer homem (OM 05-Sexo F Idade 28 Anos 2007).

(...) ela disse que cuida da pele, dos seios, mas que não quer operar (referiu-se as genitais) porque senão perde a clientela, os caminhoneiros e os velhões de dinheiro, que vêm pra BR com carrão bonito; eles querem penetrar e também ser penetrados pela travesti (OM 05 - Sexo M Idade 24 Anos 2007).

Para Silva e Paiva (2005), por outro lado, a cultura machista enaltece o homem por ter a capacidade de gerar filhos em qualquer idade, assim sendo, o uso do condom os priva dessa possibilidade.

Em várias pesquisas observa-se um percentual expressivo de profissionais do sexo que referem usar o preservativo de forma consistente (BRASIL, 2000; TRINDADE, 2001; RARE, 2004; FERRAZ, 2005). Entretanto, esse número baixa, consideravelmente, quando o parceiro sexual é o companheiro ou namorado, ou seja quando existe o componente afetivo. As profissionais do sexo externaram as mesmas dificuldades que, em geral, a população feminina possui de se perceber também exposta ao HIV em seus relacionamentos estáveis (BRASIL, 2000). Uma particularidade no estudo RARE (2004) foi verificar a existência de muitos caminhoneiros bissexuais em Itajaí, referida tanto por profissionais do sexo feminino quanto do sexo masculino:

(...) Ah! eles procuram geral, mas é travestis, (...) geralmente os homens que

saem com travesti também gostam de dar,(...) Ter relação com sexual anal.. a maioria, entendeu, (...) como diz, assim, eles querem a beleza feminina, mas com um pênis no meio das pernas; bem isso, bem brasileiro, né. E é isso (EPS 09. Sexo M Idade: 29 anos.- 2004).

Na pesquisa atual aprofundamos esse tema com os sujeitos da população acessada, bem como pesquisamos em outros estudos realizados com a mesma população. Ao abordar o comportamento dos clientes que usam a condição de casados como argumento – chegando até a propor mais dinheiro às profissionais do sexo – para que o preservativo não seja usado no programa, as entrevistadas tratam de uma questão muito importante. Nos últimos 20 anos, os dados epidemiológicos do HIV/Aids no Brasil vêm passando por uma grande mudança. Se antes existia 28 casos entre homens para cada caso em mulheres, hoje a proporção é de dois casos masculinos para cada um feminino (BUCHALLA, PAIVA; 2002).O cotidiano vivido pelas entrevistadas faz com que elas tenham consciência não só da vulnerabilidade das mulheres inseridas em relações estáveis, monogâmicas, como também do risco, que elas próprias correm, de abrir mão do uso do preservativo com os clientes, seja ele quem for:

Não só caminhoneiros. Mas gente que trabalha com outras coisas, conhecidos e vizinhos e companheiros de trabalho. (...) elas (travestis) ficam nas proximidades do trevo Santa Rosa, na Reinaldo Schimitausen e na rua Silva, após a ponte da Sadia, sentido BR a rua inteirinha (CAM Sexo M Idade 36 Anos -2007).

Você chega nos postos e tem vários motoristas que trocam mulheres por travestis; em qualquer lugar que você for tem, estão tomando conta, em Pernambuco são 10 mulheres e 5 viado (GFCAM-O2 Sexo M Idade 43 Anos-2007).

Ferraz (2005), em seu relatório sobre o estudo de profissionais do sexo na região de Uberlândia/MG, relata que entre as que trabalham na rua – em pontos como postos de combustíveis e bares ao longo da rodovia – os caminhoneiros constituem sua clientela principal. Nesse relato apontam a existência de uma forte disputa de clientes com as travestis profissionais do sexo, que atualmente teriam a preferência dos

caminhoneiros.

Em estudo realizado pela PROMUNDO (2007) os pesquisadores chamam atenção para o grande número de campanhas trabalhadas com grupos historicamente “vulneráveis” em relação à aids no Brasil, como no caso de homens que fazem sexo com outros homens (HSH), mulheres, adolescentes e profissionais do sexo. Mas referem haver poucas discussões acerca dos homens heterossexuais e daqueles homens que se identificam como heterossexuais, mas que também tem parceiros masculinos:

As duas travestis,(...) recém chegadas de São Paulo falaram que os caminhoneiros que as procuram a maioria são bissexuais. E sempre que possível tentam não usar preservativos, para nada, qualquer tipo de relacionamento tentam fazer sem o preservativo (OM 05- Sexo M Idade 27 Anos – 2007).

Com a feminilização e heterossexualização da aids, os maiores grupos “vulneráveis” à transmissão do HIV são majoritariamente os adultos e adolescentes com vida sexual ativa. A aids não se encontra mais restrita a grupos de risco ou populações vulneráveis. Encontra-se presente em casais e indivíduos de todos os tipos, idades e orientação sexual. Não podemos nos esquecer de que susceptíveis a adquirir o vírus HIV somos todos nós; a vulnerabilidade é que aumenta ou diminui dependendo de fatores individuais ou coletivos, muitas vezes fora do controle individual.

Outrossim, a relação heterossexual é a forma de transmissão que mais tem contribuído para a feminização da aids no Brasil. A maioria dessas infecções deve-se às relações sexuais com parceiros heterossexuais que tiveram ou mantêm múltiplas parcerias desprotegidas, parceiros usuários de drogas injetáveis e, ainda, parceiros que são bissexuais. Assim, a relação sexual se configura como a principal forma de transmissão do HIV entre as mulheres (FERRAZ, 2005).

Nessa temática, observa-se claramente que existem diferentes posições, algumas que podem ser consideradas mais conservadoras, no sentido de mais conformadas às normas de gênero, segundo as quais ser o parceiro sexual da esposa é algo muito diverso do que ter relações com mulheres “na rua”, e outras que já não fazem esse tipo de distinção tão rigidamente. Para alguns dos participantes da

pesquisa, o sexo doméstico tem o objetivo de procriação, sendo, por isso, relacionado ao sexo vaginal. Outros consideraram possível a inclusão de um espectro mais amplo de práticas sexuais dentro do casamento. Além disso, um homem nunca deve recusar uma mulher que se coloque disponível para relacionamento sexual, pois, se assim agir, poderá ser considerado menos viril por ela e pela comunidade a qual ele imagina, e ela divulgará a informação (GUERREIRO et al, 2002).

Repensar a relação entre homens e HIV/Aids também requer discussão sobre os homens que fazem sexo com outros homens (HSH), um tema que, com frequência, tem sido escondido e está sujeito a preconceito. Discussões sobre a atividade sexual entre homens é frequentemente distorcida por uma idéia simplista que somente homens de comportamento “efeminado” ou homens que se definem como gays ou bissexuais têm sexo com outros homens. Mas, o comportamento sexual raramente corresponde rigorosamente a identidades estanques - heterossexual, homossexual ou bissexual. Paiva et al (1998, p. 02) consideram que as normas de gênero também geram a repressão dos homens que têm desejos homoeróticos, obrigando-os a vivenciarem suas experiências na clandestinidade, dificultando, dessa forma, a adesão ao sexo seguro ou a proteção das mulheres com quem têm relações sexuais. Durante um grupo focal, houve uma longa discussão sobre a inadequação de praticar sexo anal com uma mulher, em especial com a esposa, e sobre homens que procuram travestis para manter relação sexual. Houve a consideração de que um homem que procura travestis gosta das duas coisas: de penetrar e de ser penetrado.

Estudos no Brasil mostram que entre 5 a 13% dos homens relatam que tiveram ambas experiências, hetero e homossexual (MONTEIRO, 2002). Preconceito, hostilidade e concepção equivocada em relação a HSH e a homens que se definem como homossexuais é diretamente responsável por medidas inadequadas à prevenção do HIV.

O advento dos antiretrovirais, que passaram a oferecer melhor qualidade e a prolongar a vida de indivíduos com aids, pode ter contribuído para essa banalização. Engajar os homens na prevenção do HIV e responder de forma adequada às mudanças que o HIV requer, confronta-se com exemplos de homofobia ou preconceito em relação aos HSH.

A homofobia serve não só para manter o comportamento homossexual ou bissexual escondido, prejudicando a prevenção, mas também para reforçar uma visão rígida de virilidade por parte de homens heterossexuais. Em muitos contextos, rapazes que têm um percurso não tradicional – participam de tarefas domésticas ou têm relação de amizade com garotas – podem ser vistos como “gays”. Usar a homofobia como uma forma de educação dos rapazes, reforça tanto a visão rígida de como os homens devem ser e o caminho que devem seguir, como reforça o preconceito contra os HSH (PROMUNDO, 2007).

Os fatos acima relacionados nos levam a recomendar aos serviços de saúde - não somente aos dedicados a Programa de DST e Aids, mas aos de planejamento familiar, às equipes de PSF, à clínica médica em geral, enfim a todos os serviços de saúde - que a vulnerabilidade existente dentro dos relacionamentos fixos seja abordada no cotidiano das práticas de saúde. Agindo dessa forma, estaremos promovendo a integralidade das ações de saúde, além de contribuímos para a qualidade de vida da população. Nas recomendações do manual sobre HIV/Aids da OIT, cada setor/atividade, no sentido de categoria profissional, merece uma abordagem diferenciada para a redução de riscos (ILO, 2005). Da mesma forma, os profissionais de saúde devem estar atentos à desigualdades de gênero que também envolvem o tema da vulnerabilidade.

Na opinião dos profissionais de saúde, o uso do preservativo está aumentando, principalmente entre os profissionais do sexo. Dados do Sistema Nacional de Monitoramento em Aids (Monitoraids), serviço do Centro de Informação Científica e Tecnológica (Cict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), indicam que enquanto 96% dos indivíduos sexualmente ativos entre 15 e 54 anos citam o preservativo como principal meio de prevenção contra aids e as doenças sexualmente transmissíveis, apenas 25% reconhecem o uso em todas as relações com parceiros estáveis ou eventuais. Ainda considerando os indivíduos com idades entre 15 e 54 anos, 67% disseram ter usado preservativo com parceiros eventuais na última relação sexual (Szwarcwald, 2007). O Monitoraids indica ainda que 75% da população sexualmente ativa entre 15 e 54 anos não usa preservativos de maneira regular, quando tem parceiros fixos, comportamento que pode se refletir no aumento da incidência de Aids

entre homens e mulheres com parceiros fixos.

Em relação ao uso do preservativo com clientes, em termos gerais, há um percentual expressivo de profissionais do sexo que referem usá-lo de forma consistente. Este fato foi observado na pesquisa RARE 2004, no presente estudo e no relatório de avaliação de efetividade das ações de prevenção, dirigida a profissionais do sexo em três regiões brasileiras (2003). Nessa última, as mulheres, de ambos os grupos (de intervenção e sem intervenção) participantes dos grupos focais demonstraram ter um alto grau de compreensão da necessidade do uso do preservativo:

O uso do preservativo está aumentando, pelo menos entre as profissionais do sexo; não vejo o mesmo com casados. Nessas profissionais aumentou o nível de conhecimento sobre transmissão de doenças, (...) elas usam com o cliente, mas quando envolve o sentimento, que é o caso dos casados, acabam sempre vacilando (EIC- O4 Sexo F - Idade 28 anos -2007).

No tocante à prevenção nas parcerias estáveis, muitos estudos – inclusive o de Monteiro (2002) - apontam para a necessidade de ações preventivas e educacionais voltadas para a população feminina em geral, abordando a vulnerabilidade que existe dentro de relacionamentos fixos. Heilborn (2006) corrobora com a idéia e alerta que as políticas voltadas à prevenção das DST/AIDS no Brasil não incorporam em seu bojo a contracepção. Tal separação resulta da ausência de uma concepção mais abrangente sobre a esfera da sexualidade, e acaba por preconizar ações educativas e de saúde fundadas na mudança do comportamento individual. Essa postura desconsidera que os comportamentos são socialmente apreendidos e que importantes diferenças de gênero orientam a conduta dos sujeitos. Para a autora, é imperativo ampliar o foco das políticas públicas direcionadas à juventude. Abordar juventude, sexualidade e reprodução sob uma ótica pluridisciplinar amplia a compreensão dos processos de aprendizado da sexualidade, das formas de interação afetivas e sexuais entre os parceiros, das prescrições dos papéis de gênero e, por fim, do desenrolar das trajetórias juvenis, em face dos eventos relativos à saúde, reprodução, sexualidade e exposição às doenças sexualmente transmissíveis.

Em Brasil (2003), verificamos que as condições de vida e as pressões sofridas

no ambiente de trabalho, tais como a concorrência entre profissionais do sexo pela realização de programas, afetam diretamente a negociação do programa. De maneira geral, a decisão por usar ou não camisinha (preservativo masculino) é feita pelo homem; a mulher só pode solicitá-la para evitar gravidez. Guerreiro e Ayres (2002) atribuem a não-utilização da camisinha à estética, ao alto custo, ao medo de perder a ereção, a perda de sensibilidade no homem e na mulher.

O número de mulheres que adota o preservativo feminino regularmente, em todas as suas relações sexuais, é bem pequeno. O uso correto do preservativo feminino pode reduzir em mais de 90% o risco de contrair o HIV (VILLELA, 2003). Existe no Brasil um programa de distribuição de preservativo feminino para mulheres com risco maior de contrair ou transmitir o HIV, como profissionais do sexo, usuárias de drogas injetáveis ou parceiras de usuários, mulheres com HIV ou parceiras de homens com HIV, além de mulheres com DSTs. Para (VILLELA, 2003, p.10), a avaliação desse programa mostrou uma aceitação de 54% a 70% do preservativo feminino que, segundo as usuárias, é considerado “instrumento importante para a autonomia da mulher na prevenção das DST/AIDS e também da gravidez”.

Quanto aos homens, diferentes aspectos podem se destacados como fatores culturais que incidem sobre a maior vulnerabilidade: sentir-se forte, imune a doenças; ser impetuoso, correr riscos; ser incapaz de recusar uma mulher; considerar que o homem tem mais necessidade de sexo do que a mulher e de que esse desejo é incontrolável. A infidelidade masculina é considerada natural; a feminina é atribuída a deficiências do parceiro (GUERREIRO, AYRES 2002). Um caminhoneiro participante em um de nossos grupos focais assim se manifestou:

Nas escapadas, quando acontece de dá umas escapadas, como aquela coisa, eu não mato pra comer, mas se de repente aparecer morto vai. Ai nesses casos tens obrigatoriedade de fazer isso ai. (usar preservativo) Todo tipo de relação eu usaria, só não usaria com a minha mulher (GFCAM-O3 -01-Idade 36 Anos -2007).

Buchalla (2002), avaliando vários estudos com profissionais distintos, como caminhoneiros de rota curta, motoristas de ônibus ou funcionários de empresa de

transporte coletivo e moradores de uma comunidade empobrecida, dentre outros, confirma a urgência de trabalhar na sensibilização conjunta de homens e mulheres em suas comunidades. Emerge desses estudos o impacto da socialização dos rapazes brasileiros que ainda estimulam noções de virilidade associadas à "impetuosidade", ao desejo sexual masculino "incontrolável", à idéia de que é natural do homem "correr riscos" e que o controle das conseqüências, desejadas ou indesejadas do sexo é tarefa feminina. Neste estudo apreendemos essa fala:

Minha mulher é legal, a gente se dá bem, mas eu não falo pra ela que saio com as outras, ela também não pergunta e a gente não fala dessas coisas (ECAM 04- Sexo M Idade 38 Anos- 2007).

A discussão sobre os modelos de assistência à saúde necessita ser melhor trabalhada pelas equipes multidisciplinares de saúde. As questões trazidas por grupos sociais, como caminhoneiros e profissionais do sexo, homossexuais masculinos e femininos, ganham cada vez mais amplitude na sociedade com a epidemia da aids. Na medida que os grupos se organizam passam a exigir maior qualidade de atenção, exigindo dos serviços que incorporem em sua prática a noção de direitos. Isto significa que as estratégias de prevenção devem incidir principalmente sobre os contextos de encontro sexual entre homens e mulheres, tendo em conta que na maior parte das vezes este é constituído tanto pela assimetria de poder quanto pelas expectativas românticas que caracterizam as relações de gênero (WILLELA, 2003).

A vulnerabilidade manifesta uma relação assimétrica entre o fraco e o forte, demandando um engajamento eticamente adequado de proteção do mais frágil. Rendtorff (2002) enfatiza que o direito é basicamente institucionalizado de forma a proteger os seres humanos vulneráveis, porque a condição humana é marcada por um extremo grau de fragilidade devido à característica temporal e finita de toda a vida humana.

Pensando dessa forma, quando nos reportamos a expressão gênero em saúde, não estamos nos referindo à construção histórica, política e cultural, econômica e subjetiva, realizada a partir da diferença anatômica entre homens e mulheres, mas

como descreve BOARETTO (2000):

Ao falar de gênero na atenção à saúde, estaremos falando de uma relação com o outro sujeito construído social e historicamente. Falaremos da necessidade dos serviços aguçarem a percepção da opressão, da ausência de direitos e da negação da palavra, em decorrência das desigualdades experimentadas nas suas relações sociais.

4.1.3 Influência do uso de álcool e drogas, inclusive “rebites”, sobre a vulnerabilidade

De acordo com uma parcela dos profissionais do sexo acessada, o uso de álcool e/ou drogas é um importante fator para a adoção de sexo desprotegido com clientes sexuais. Este uso de álcool e/ou drogas refere-se tanto ao uso por parte dos clientes quanto por parte das/dos profissionais do sexo. Uma parcela dos profissionais do sexo participantes refere a dificuldade em utilizar preservativos com parceiros estáveis e/ou com clientes “estáveis” – aqueles que costumam sempre buscar sexo comercial com a/o mesma/o profissional do sexo. Tais parceiros sexuais são identificados como conhecidos e “confiáveis” e, nestes relacionamentos, é freqüente a prática de sexo desprotegido:

Quando eles estão bêbados. Alguns ficam agressivos (...) (EPS 06 Sexo F Idade: 34 -2004).

(...) uma amiga nossa foi daqui a Curitiba (acompanhante de caminhoneiro), dois dias usando drogas, dirigindo, levando a carga e usando,(...) eles sempre levam uma companheira junto. Eles já fazem isso para manter-se acordados, “ligados” na estrada (GFPS Sexo F Idade 28Anos-2007).

O uso de drogas, em pequena quantidade é consenso na pesquisa atual e no estudo RARE, porém o uso do rebite é feito em grande quantidade, uma vez que os caminhoneiros geralmente, desconhecem o destino da carga, antes de ter o caminhão carregado, e se utilizam da droga para manterem-se acordados:

Durante o horário de trabalho eu bebo às vezes, no tempo que a gente fica esperando. Fumo direto, uma carteira por dia, fumo em casa. Já experimentei maconha, mas não gostei, e só experimentei por curiosidade, não foi pra

deixar maluco, ou deixar legal, ou vez que eu tava depressivo, só curiosidade mesmo, dei uma bola e deu (ECAM-02 Sex. M Idade 36 Anos – 2007).

Um problema grande é em relação ao crack, temos dois casos de soropositivos, associado ao crack. Todos os programas devem trabalhar junto à redução de danos. Nas avenidas é grande o consumo do crack. Elas pra comprar drogas, deixam de usar preservativos, porque o programa é mais caro sem preservativo, normalmente o crack induz a não se protegerem (EIC- O4 Sexo F Idade 28 Anos -2007).

Elas consomem muito álcool. Elas ganham em cima do consumo de bebida. Alguns donos misturam com refrigerante, mas a maioria põe puro. Temos uma alcoólatra que temos dificuldade de levar ao CAPS. (EIC- O4 Sexo F Idade 28 Anos -2007).

Tem umas que usam mais do que vendem, tem umas que trabalham só para isso, aquelas que usam fazem programa até por R\$ 10,00 por causa do vício, pensando na droga para manter o vício (GFPS 03 Sexo F Idade 37 Anos – 2007).

Embora já tratado anteriormente, o tema da vulnerabilidade diferencial que afeta mulheres, também tem relação com o uso de álcool e as drogas.

Estudos realizados com população de mulheres (TRINDADE, 2001) também apontam que o envolvimento emocional, o amor e a paixão são apresentados como fortes aliados para a não-prevenção. As mulheres abrem mão do uso do preservativo assim que se envolvem emocionalmente com o parceiro, mesmo que isso aconteça com pouco tempo de relacionamento.

Lima (2003) também sinaliza que a dificuldade em perceber-se vulnerável à infecção pelo HIV geralmente advém da confiança no (a) parceiro (a), na paixão e no amor. Tomados por estes sentimentos, muitos indivíduos, ainda que informados sobre os meios de transmissão e prevenção da aids, dispensam o uso do preservativo e se expõem ao risco de contrair o HIV. A experiência no trabalho de campo levado a cabo com mulheres profissionais do sexo em seus próprios locais de trabalho nos remete a questionamentos acerca dos motivos que as levam a vacilar quando a prerrogativa é o “auto cuidado e modo geral e” ações de prevenção” especificamente, em relação às DST/HIV/AIDS.

Nas intervenções educativas realizadas com profissionais do sexo, pelos

programas de Itajaí e Balneário Camboriú, foram abordados os temas vulnerabilidade e consciência de riscos, no que concerne à contaminação feminina pelo HIV e também por outros agentes patógenos causadores de doenças que são transmissíveis por via da relação sexual desprotegida (a maior causa de infecção por HIV feminina), uma vez que, reconhecidamente, a presença de alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST) é fator facilitador para ingresso do HIV no organismo, por fornecer portas de entrada (lesões nas mucosas, por exemplo) e também por fragilizar o sistema imunológico e, obviamente, por caracterizar a não utilização de quaisquer proteções nas relações sexuais. A feminização da aids se relaciona à vulnerabilidade proveniente das desigualdades de gênero, social, econômica, cultural e histórica. Essas desigualdades têm implicações no poder de negociação das mulheres em relação ao uso de preservativo dentro de suas parcerias. As profissionais do sexo em suas relações afetivas tornam-se tão vulneráveis quanto qualquer outra mulher. Dificuldades de negociação do preservativo, baixa percepção de risco, dependência econômica e emocional do parceiro, usar ou ter parceiro usuário de drogas injetáveis, comercialização do sexo e violência, dentre outros, são fatores que facilitam a exposição das mulheres ao HIV (VILLELA, 2003).

Parker, Camargo Jr. e Rochel (2000) abordam a chamada vulnerabilidade diferencial que afeta mulheres diferentes de modo diverso, dependendo de outros fatores estruturais, ou seja, que “mulheres pobres são mais vulneráveis que as que não o são, que as mulheres pobres jovens são mais vulneráveis que as mais velhas pertencentes ao mesmo estrato, que as mulheres pobres jovens sem alternativas econômicas viáveis além do trabalho com sexo são mais vulneráveis do que aquelas que dispõem de outras opções econômicas e assim por diante”. Essa vulnerabilidade de fato é mais observada em profissionais do sexo que trabalham nas ruas e, principalmente as envolvidas com drogas, que têm dificuldades em negociar o sexo seguro devido à necessidade de trocar os serviços sexuais por drogas, cuja necessidade é urgente e premente:

Eu acho a pessoa que não usa camisinha é quando ela usa drogas ou quando ela bebe. (...) É porque a pessoa às vezes se altera né, não pensa, não está em si às vezes, acho que é por aí (ECAM 03 Sexo M Idade: 23 Anos-2004).

(...) quando tiver tem que usar [camisinha], às vezes quanto o cara está meio

alto, de cara cheia, ele esquece, sabe aquela coisa de deixar rolar (ITA CAM EP 15 Idade: 27 Sexo: M -2004).

Outro fator bastante referido pelos caminhoneiros como propiciador da adoção de comportamentos de risco é a distância de casa e assédio de profissionais do sexo. A maioria dos caminhoneiros acessados refere ter relações sexuais tanto com parceiras estáveis quanto com profissionais do sexo, referindo que os longos períodos fora de casa são o fator que mais influencia a busca por profissionais do sexo/parceiras ocasionais:

O problema é ficar muito tempo no mesmo lugar pois fica mais chegado pegando confiança e não usa mais camisinha (GF-02-CAM-O4-Sexo M Idade 39 Anos-2007).

Qual é o posto que não tem ? (profissional do sexo). Tem posto que elas ficam dentro, que elas batem na tua porta, e tem posto que elas ficam nas proximidades (GF02 CAM 05 Sexo M Idade 36 Anos -2007).

Sobre o consumo de bebidas alcoólicas entre os caminhoneiros foi encontrado um contraste entre os participantes: Segundo uma parcela dos entrevistados e participantes de grupos focais, o consumo de álcool ocorre apenas em momentos de ‘parada’, ou seja, quando não irão viajar após o consumo de álcool, sempre referindo que tal consumo é feito de forma ‘moderada’. Segundo outra parcela dos entrevistados, o consumo de álcool entre caminhoneiros é constante e alto, ocorrendo tanto em momentos de parada, quanto durante a viagem. Este alto consumo de álcool entre caminhoneiros é confirmado pela grande maioria dos participantes de grupos focais:

Eu só tomo nas paradas mesmo, cachaça, cerveja, isso que tem em qualquer lugar onde os caminhoneiros param. Cerveja posso dizer que metade dos motoristas tomam cerveja sempre que podem, todo dia tem gente que bebe no almoço e continua a viagem. Eu não faço isso sempre, mas vejo quem faz sempre (ECAM 05 Sexo M Idade 30 Anos -2007).

Eu às vezes abuso. Eu sei que é com vinte e quatro horas que corta o efeito. Mas, a gente... pra quem bebe que nem (...), não chega a dizer que o cara fica bêbado, saiu balançando (...) o cara toma ali uma cerveja. Principalmente naquele famoso ‘encontro amigo’. Sempre tem uma cervejinha, uma

caipirinha, uma coisa ou outra. Não é coisa que vá te abalar né. Diz os especialistas que abala igual. Diminui o reflexo isso e aquilo. Mas, às vezes eu tomo uma... (ECAM GF 04 Sexo M Idade: 39 anos-2004).

Vejo os caminhoneiros beberem, principalmente à noite (...) Muitos bebem e vão dirigir, bebem bastante cerveja, vinho, dois ou três conhaques e seguem viagem e saem contando 'vantagem'” (ECAM 15 Sexo: M Idade: 27 anos 2004).

Já usei muito rebite, hoje eu evito até porque já nem faz mais efeito, preciso tomar quatro ou cinco comprimidos misturado com coca cola. Ponho tudo na garrafa e vou tomando que nem água, mas evito. Evito e é por isso que tenho tanto sono, como já falei (ECAM 05 Sexo M Idade 30 Anos – 2007).

Especificamente sobre o uso do tipo de droga conhecido como rebite, os participantes se referem ao mesmo como um medicamento amplamente utilizado por caminhoneiros, para manterem-se acordados e dirigirem por mais tempo. Porém, uma grande parte dos entrevistados e participantes de grupos focais relata não fazer uso deste medicamento, embora todos conheçam outros caminhoneiros que utilizam freqüentemente o rebite como estimulante.

O caminhoneiro só sabe o destino da carga depois que carregou, aí.. se precisar tomar rebites para entregar no dia e no horário, ele vai tomar (OM 04- Sexo M.Idade 23 Anos – 2007).

Depende da transportadora, tem transportadora que você trabalha dia e noite(...) Ai tem que tomar rebite, muitas vezes é escondido, infelizmente chega um ponto que nos obrigamos a tomar, por que é super -produção, às vezes, fica 2 a 3 dias sem ganhar nada,(...) você aproveita a hora que sai a carga pra fazer horário,a carga tem hora pra chegar (GFCAM 01- Sexo M Idade 33 Anos 2007).

A alta freqüência da fadiga entre os motoristas é inegável. A fadiga é caracterizada por sensações de cansaço físico e mental e passa a ser considerada fadiga patológica ou crônica quando o cansaço não é recuperado com os períodos de sono e descanso. Começam a aparecer distúrbios de sono, insônia, irritabilidade, sensação de desânimo, dificuldade para realizar qualquer atividade, de trabalho ou não, perda de apetite. A fadiga não é um problema apenas físico – o corpo cansado – pela atividade

física intensa, há também uma série de situações nas quais aparentemente não há esforço do corpo:

Eles esperam ganhar mais dinheiro, mas acabam com uma parada cardíaca ou um problema cerebral como já aconteceu com alguns de nossos amigos. Depois eles vêem que não vale a pena (ITA CAM EP 13 Idade: 42 anos Sexo: F 2004).

O trabalho de caminhoneiros não demanda apenas esforço físico; eles têm que estar atentos para cumprir metas, para não cometer erros; sofrem pressão por fazerem parte de um processo de trabalho que nem sempre lhes dá condições adequadas de trabalho:

Olha...que bastante usa é o tal do rebite (...) quando eles precisam virar a noite né, para chegar no destino né... nós os caminhoneiros temos muito esse negócio de cumprir horário. Se não cumprir horário já não serve para eles lá (...) Olha, sei que faz mal para a saúde por isso que eu não uso né, já vi muitos caminhoneiros que deu infarto, deu..infarto, perde a potência sexual, coisa assim né (ITA CAM EP 10 Idade: 29 anos Sexo: 2004).

4.2 Acesso aos serviços de saúde - atendimento dos serviços públicos

Apesar dos problemas de saúde dos caminhoneiros, muitos relacionados à suas condições laborais, não raro estes têm maior dificuldade em acessar os serviços de assistência e educação em saúde, constituindo-se num grupo à margem de intervenções. A triangulação de dados demonstra que a maioria dos entrevistados e participantes de grupos focais concordam com a inacessibilidade aos serviços de saúde que atendam às necessidades dos caminhoneiros, ora pela falta do serviço (vulnerabilidade programática), ora pelo desconhecimento sobre a existência/funcionamento dos mesmos:

Não tenho muita Idéia. O Sistema Público de Saúde tem muita dificuldade de acesso, se precisar de remédio, precisa ter comprovante de residência. Se não reside na cidade dele deveria ter um tratamento diferenciado para essa

população de caminhoneiros aqui em Itajaí (EIC- 04 Sexo F Idade 28 Anos – 2007).

Não, porque as cidades se preocupam com a situação dos moradores, não com quem vem de fora. Ele (o caminhoneiro) procura os atendimentos de urgência. Então ele não resolve nunca o problema, ele trata os sintomas (EIC- 05 Sexo M Idade 45 Anos- 2007).

(...) o Posto de Saúde identifica o município, aí o caminhoneiro não tem vez (EIC-03 Sexo F Idade 31 Anos -2007).

Nos serviços públicos, o depoimento de profissionais de saúde é contraditório. Funcionários do Programa de Prevenção às DST/Aids para profissionais do sexo, desconhecem como o caminhoneiro é atendido, embora exista uma importante interface entre essas duas populações. Na unidade de saúde e Policlínica, referência para caminhoneiros, a informação é de que:

(...) a média de atendimentos é de 3 a 4 caminhoneiros/dia, geralmente são de fora, querem consultar no dia, praticamente na hora que chegam, e têm como queixas: dores de cabeça, pressão alta, braço dormente, vômito, dores no peito. Os funcionários procuram encaixá-los o mais rápido possível, muitas vezes são eles que ocupam as vagas de emergência do serviço. Após a consulta médica, o paciente é medicado e muitas vezes faz eletrocardiograma; exames laboratoriais não fazem, eles tem pressa e dificilmente retornam para saber o resultado (OM-05 Sexo M Idade 45 Anos -2007).

Eu tenho sorte, ainda não fiquei doente, porque se ficar nem sei onde ir quando saio por aí nas viagens (ECAM 04 Sexo M Idade 38 Anos 2007).

Segundo os entrevistados, os serviços públicos geralmente não suprem as necessidades do grupo – principalmente por estarem frequentemente muito cheios e não funcionarem nos fins de semana. As opiniões dos caminhoneiros nas duas pesquisas são convergentes (dados anteriores e atuais): o Serviço público de Itajaí não trabalha integrado a outros serviços de prevenção e, na opinião de dois informantes chave (ambos profissionais de saúde), compete ao município de origem o atendimento ao caminhoneiro. Ora... se o caminhoneiro não tem parada fixa e, quando retorna a cidade de origem é para passar um final de semana com a família ou

carregar/descarregar o caminhão, como pode cuidar da saúde somente no município de origem? Essa situação necessita ser discutida com os responsáveis por políticas públicas. Trata-se de vulnerabilidade programática a dificuldade de acesso a serviços de saúde vivenciada pelos caminhoneiros.

A partir do posicionamento de Luz (2001) saúde nos dias atuais não é mais vista como “ausência de doença, ou capacidade/incapacidade de trabalhar e desempenhar atividades“, ela é tão importante na cultura atual, a ponto de nos referirmos a ela como a nova utopia. Para a mesma autora, “para muitos ter saúde é poder trabalhar”, não no sentido de ter força física ou disposição para o trabalho, mas no sentido de estar empregado. Neste contexto, fala que a medicina vem se transformando numa atividade de “produção de bens” (enquanto ofertante de serviços médicos) e em instância social de “consumo de bens” (pelo lado da demanda de serviços pelo paciente, reduzido a cliente). Deste ponto de vista, ter saúde significa, muitas vezes, não mais poder adoecer, não ter mais esse direito. Na verdade, adoecer significa, para muitos indivíduos e famílias atualmente, seja na América do Norte ou na Europa, na América Latina ou na Ásia, perder o emprego, abrir falência, cair abaixo da linha da pobreza e, de lá, provavelmente não sair. Cuidar da saúde, ou “manter a saúde em forma” implica nesse momento cuidar também do emprego, portanto da própria sobrevivência (LUZ, 2001).

É importante observar, nas falas abaixo, que a procura por serviços de saúde ocorre no horário noturno, mas, se necessário, os trabalhadores seguem viagem sem receberem cuidado ou se restabelecerem:

(...) no período noturno aparecem caminhoneiros, geralmente de outros municípios que referem quase sempre as mesmas queixas: hipertensão arterial, dores de estômago. O médico receita para os sintomas, não costuma pedir exames porque é pronto atendimento, portanto o paciente deve procurar resolver o problema em ambulatório. (...) o biótipo dos pacientes (...) geralmente são: obesos, quarenta anos ou mais, referem sedentarismo e má alimentação, nervosos (OM-05 Sexo M Idade 45 Anos -2007).

A funcionária frisou ainda, mesmo estando com dores, se aparecer uma carga, ele vai priorizar o serviço em detrimento da própria saúde. E como são atendidos em

serviços de emergência, não existe comprometimento com a pessoa, o caminhoneiro doente. Tudo não passa de estatística, foi apenas mais um atendimento realizado:

Esse caminhoneiro tem 43 anos é hipertenso, estava com pés e pernas edemaciados, mas com um container pronto para levar à Mato Grosso(...) conversando com ele após o grupo focal admitiu se auto medicar e só ir ao médico no Pronto Socorro, porque é atendido na hora. (GFCAM-O2 Nota do Pesquisador -2007).

Em relação aos serviços de saúde, observamos avanços, a exemplo do Porto de Itajaí, mas também retrocessos, como no SEST/SENAT, quando o trabalho de prevenção às DST/Aids deixou de ser contínuo para ser pontual em dias pré-determinados a campanhas educativas. Os preservativos também não têm mais distribuição gratuita. Já em relação ao atendimento de saúde em serviços públicos às profissionais do sexo em Balneário Camboriú, os sujeitos acessados nas pesquisas estão satisfeitos, considerando que o atendimento dos profissionais de saúde tem melhorado. Em Itajaí o zelo da equipe BEM ME QUER, pelos profissionais do sexo é evidente e já é referido por “criar dependência” ao programa:

Já quando preciso de ginecologista, sempre marco com a Dra. X, essa que atende as pacientes do Bem Me Quer, ela é legal atende a gente direitinho e não humilha as pessoas (OM 05-2007).

Reforcei com as multiplicadoras do programa, e elas confirmaram: As profissionais do sexo têm uma médica específica e sempre que precisam; é o pessoal do programa quem agenda as consultas, porque conseguem agilizar conforme a gravidade do caso. Se caírem na rede pública sem interferência do programa Bem Me Quer, a triagem não acontece. Essa dependência do programa Bem Me Quer de Itajaí, gradativamente necessita ser absorvido pela rede de serviços de saúde. Profissionais do sexo são cidadãos e a porta de entrada na rede de serviços deveria ser feita sem intermediários. Ficando com isso explicitado que a discriminação e o preconceito a esses segmento populacional continua existindo entre os profissionais de saúde, mas que o Programa Bem Me Quer de Itajaí é muito bem visto pelos profissionais do sexo:

Eu vi que o tratamento dos profissionais de saúde já mudou (em relação as profissionais do sexo), já existe mais humanização com elas, mas ainda tem que mudar, mas já vi melhoras. O programa Bem Me Quer influenciou nesse comportamento dos profissionais de saúde (EIC- O4 Sexo F Idade 28 anos - 2007).

Os vínculos com os serviços de saúde construídos pelos grupos de intervenção, já referenciados na avaliação da efetividade de Prevenção dirigida às Profissionais do sexo (BRASIL, 2004) continuam existindo, tanto em Itajaí, como em Balneário Camboriú. No último município o trabalho de campo com o segmento populacional profissional do sexo está sendo feito pela ONG APROSVI através de multiplicadores pares, no caso, profissionais do sexo, senão vejamos a fala delas:

As minhas amigas elas têm carteirinha lá na 1500 (Unid. Saúde Central de Balneário Camboriú), (...) uma me pediu ajuda porque é de..... (...) peguei o endereço da minha rua para fazer carteirinha para ela na 1.500.(mentem o endereço para terem o acesso), ou pedem ajuda na APROSVI (a carteirinha da associação também dá acesso nos serviços de saúde) (EPS 01- Sexo F Idade 30 Anos- 2007).

A gente além de fazer intervenção, a gente conversa; pára, ouve o que ela tem pra falar. É um trabalho que julgo bonito e, te faz tornar uma pessoa muito humana (IC- O4 Sexo Fem, Idade 28 anos -2007).

Em Itajaí, apesar dessa dedicação, sentimos que o programa necessita melhor se integrar aos demais serviços de saúde e afins, oferecidos pelo município, como ao SEST/SENAT, que desconhecem; ao serviço oferecido pelo Porto, à educação e ao próprio Programa de Saúde da Família (PSF).

Aliás, essa é uma velha crítica que ainda faz sentido: “ existe, no Brasil, um abismo, entre o direito vigente e o direito vivido” (SCHEFFER, 2007, p.18). Se nos reportarmos ao início do Movimento da Reforma Sanitária e pensarmos na universalização da assistência, percebemos que ela ainda não está, de fato, efetivada. E as populações de maior vulnerabilidade vivenciam esse abismo. Se não tiverem alguém que faça o papel intermediário, dependendo do município/local de atendimento são discriminadas.

A Constituição de 88, tornou-se conhecida como a Constituição Cidadã, tendo como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania, enfatiza (MATTOS, 2001):

A saúde, (...) é reconhecida como direito de todos, e como um dever do Estado. De acordo com o texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas para a “ redução do risco de doença e de outros agravos”, quanto ao “ acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”

É nessa perspectiva que a constituição reconhece a relevância pública das ações dos serviços de saúde e delinea um Sistema Único de saúde, o SUS. Comprometida como profissional de saúde com a prática, vejo que a realidade enfrentada diariamente é difícil, mas tenho a convicção de que somos nós, cidadãos brasileiros, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, profissionais de saúde em geral, que pensamos e executamos as ações do SUS, que poderemos, e muito, contribuir para a melhoria da saúde da comunidade, se como atores sociais tomarmos consciência das causas profundas dos problemas de saúde e das relações sociais, que os permeiam.

Os serviços de saúde oferecidos em postos/pedágios, no Porto de Itajaí são percebidos como mais acessíveis e com melhor qualidade do que os serviços públicos de saúde, mesmo assim as opiniões são controversas. Para a enfermeira responsável pela Policlínica de Referência à caminhoneiros em Itajaí:

(...) os caminhoneiros não têm acesso à serviços de saúde por indisponibilidade deles. Porque os serviços teriam como absorvê-los. Existe uma divergência na disponibilidade dos profissionais de saúde e os caminhoneiros em relação aos horários de ambos, segundo ela (OM-05 Sexo M Idade 45 Anos -2007).

A vulnerabilidade programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV/aids na redução da vulnerabilidade pessoal e social. Para Ayres (2005) ela se estende ao acesso aos serviços de saúde, qualidade da atenção, e implantação e implementação de programas de combate à aids e outros desta natureza, que propiciam

a existência de contextos sociais favorecedores à adoção de medidas de proteção. Uma enfermeira da policlínica de referência para caminhoneiros em Itajaí assim se expressa:

(...) trabalho realizado no Porto não tem conhecimento, tão pouco ouviu falar do SEST/SENAT no Posto Santa Rosa (OM-04-2007).

A situação acima descrita caracteriza a vulnerabilidade programática à qual esse segmento populacional está submetido. Em trabalho desenvolvido pela equipe técnica da Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina são apontadas dificuldades para desenvolver um trabalho integrado e interdisciplinar, em função principalmente da falta de profissionais com dedicação exclusiva, ou com formação diversificada. A epidemia de aids com suas complexas interfaces biopsicossociais demanda ações de caráter abrangente; o trabalho individual leva a uma visão compartimentalizada da realidade e das respostas a serem implementadas, o que diminui drasticamente o impacto das intervenções frente à epidemia. O mesmo documento aponta para a necessidade de uma discussão aprofundada desta questão pelas secretarias municipais e respectivas Regionais de Saúde, na medida em que o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, integrado e contínuo de coordenação é um critério mínimo para que as ações executadas atendam à realidade local e sejam eficazes (SANTA CATARINA, 2000).

4.2.1 Acesso à saúde em unidades privadas de saúde

Na pesquisa RARE (2004) existia um consenso entre os participantes sobre a importância e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pela iniciativa privada e/ou em projetos de intervenção/pesquisa, mas passados três anos, o estudo atual apreendeu outras falas:

(...) apresenta muitas falhas, começa já a infra estrutura que o programa do SEST/SENAT, ele é um programa só para caminhoneiros, (...) deveria ser mais divulgado(...) a maioria não sabe que existe, ou acaba desconhecendo pela falta de divulgação (GF-CAM 02 Sexo M Idade 28 Anos- 2007).

(...) o Sest Senat não funciona, mas na época da (...) ela fazia tudo, até o

curativo, mas daí até o curativo cortaram, disse que dava despesa. Os moradores vêm aí e daí, se aproveita do que nós estamos pagando então não da né? (GF-CAM 04 Sexo M Idade 38 Anos -2007).

Os caminhoneiros se referiam à época em que funcionava o “Projeto Carreiro Prevenido”, parceria Ministério da Saúde/UNIVALI/SEST/SENAT. Havia cobertura com bolsistas da universidade nos períodos, manhã, tarde e noite até às 21 horas, com intervenções educativas em DST/Aids, distribuição de preservativos/folders informativos sobre saúde em geral. Os acadêmicos circulavam no pátio de estacionamento dos caminhões, agendavam consultas para médico e dentista, intermediavam com a recepcionista a prioridade nos atendimentos, favorecendo acesso ao motorista com exigüidade de tempo apresentando problemas de saúde. Dessa forma, se promovia uma maior interação cliente/equipe multidisciplinar de saúde:

Aqui no Santa Rosa tinha um tempo que tinha, eles vinham no caminhão, davam o preservativo, revistinha, convidavam a gente para assistir filme de educação. Agora a gente tem esse telão aí, essa TV grande e só escuta música o dia todo (ECAM-04 Sexo M Idade 38 Anos 2007).

O atendimento médico no SEST/SENAT é de segunda a sexta feira das 12 às 16Horas. Não existe divulgação sobre o trabalho e nem sobre os horários de atendimentos em local nenhum, os próprios clientes é quem transmitem uns para os outros (OM- 03 Sexo M Idade 23 Anos -2007).

Aqui no SEST/SENAT tem medico, mas você chega aqui na hora ai não tem hora marcada, (...) não funciona por que o medico já esta com os horários cheios com os clientes da cidade, então (...) isso não é pros motoristas por que não tem mais vaga. (GFCAM-02 C 01 Sexo M Idade 22 Anos – 2007)

O horário de trabalho do profissional médico é de quatro horas por dia de segunda a sexta feira e quando os caminhoneiros chegam não conseguem agendar consultas porque os horários da agenda, geralmente, encontram-se preenchidos. Os depoimentos dos caminhoneiros nos levam a inferir que o SEST/SENAT no município de Itajaí atualmente não consegue atender às necessidades dessa população, porque mediante o pagamento de uma pequena taxa qualquer pessoa da população que

procurar o serviço pode ser atendido lá:

Eles fizeram isso para os moradores e não para os motoristas. E ainda temo que paga, por que tudo que você carrega tem que pagar uma taxa pro SEST/SENAT aí chega na hora quando você precisa é os moradores daqui que usam e você não pode usar (GFCAM 02 CAM 07 Sexo M Idade 50 Anos – 2007).

(...) aqui no Santa Rosa (sede do SEST/SENAT) tinha que ter médico, agora por exemplo, hoje não tem (GFCAM -02 CAM-10- Sexo M Idade 59 Anos – 2007).

Se você vem aqui pra um dentista, você nunca tem dentista por que ta sempre com os horários cheios, se você chega aqui com dor de dente, vai embora com dor de dente.. um cara aqui do lado que deixou a carga aí e foi com o cavalo lá na cidade, lá no hospital, ele tava com dor muito forte no estômago (ECAM-04 Sexo M Idade 38 Anos - 2007)

No quadro acima relatado, ganha força a perspectiva de que mais do que a insuficiência de recursos, o que caracteriza os serviços de saúde no Brasil é a má distribuição dos recursos existentes. O SEST/SENAT com a infra-estrutura física/organizacional e abrangência nacional de que dispõe, ao nosso ver, teria condições de oferecer serviços com resolutividade aos caminhoneiros. Por serem organizações com personalidade jurídica e direito privado, o SEST e o SENAT têm sua receita formada por contribuição compulsória das empresas de transporte rodoviário e do transportador autônomo. Podem, também, contar com receita operacional decorrente da prestação direta de serviços e da celebração de convênios com entidades públicas ou privadas, nacionais ou internacionais (SEST/SENAT, 2007).

O coordenador do Programa Porto Saudável de Itajaí refere-se como problemática a situação dos caminhoneiros avulsos:

(...) caminhoneiros avulsos. As grandes transportadoras estão acabando. Ele fica a mercê da própria sorte nas estradas. Os caminhoneiros convivem com problemas como: hepatite, problemas digestivos, alcoolismo, depressão, colesterol, alimentação não saudável, hipertensão. Embora o autônomo e as empresas descontem para o SEST/SENAT direto na fatura do transporte. Eles têm dificuldade para assistência à saúde, não sei como funciona lá no SEST. Aqui no Porto temos o ambulatório o dia inteiro, qualquer caminhoneiro pode ir lá. (IC-05- Sexo M Idade 45 Anos – 2007)

Devido à falta de fiscalização, a assistência medica periódica não é feita, e ao

mesmo tempo falta de conscientização das próprias empresas não fazem. O trabalhador precisa trabalhar e fica quieto, e trabalha assim mesmo (EIC-05-Sexo M Idade 45 Anos – 2007).

(...) tem alguma coisa a respeito pra quem é associado, alguma coisa associado ao SEST/SENAT, ou então do Sindicato, mais a gente não sabe se o processo é rápido.... (ECAM- 01 Sexo M Idade 22 Anos – 2007).

Há que se pensar em estudos específicos em nível nacional para o melhor atendimento à saúde dos caminhoneiros via SEST/SENAT. Se os recursos financeiros são insuficientes nos parece que a parceria com universidades, ONGs e outros segmentos da sociedade civil, provavelmente traria resultados positivos, a exemplo do que já é feito na rodovia Anhanguera/Bandeirantes em São Paulo, pela concessionária AutoBan. O programa implantado em junho de 2001, segundo relato do médico responsável pelo programa VidaBan, Sergio Ferreira, oferece rotineiramente aos caminhoneiros que param no posto de pedágio os seguintes serviços: testes de glicose, colesterol, tipagem sanguínea, percentual de gordura, acuidade visual, além de cortes de cabelo e cuidados com podólogo. A concessionária que administra a auto-estrada tem parcerias com a UNIP, através do curso de fisioterapia, o Colégio Tableau através do curso técnico de enfermagem e de uma escola de cabeleireiros e podólogos (AUTOBAN, 2007).

Estudo realizado por Koller (2005) aponta como uma resolução barata e ao alcance da grande maioria dos caminhoneiros o uso do radio PX, tão utilizado entre eles para comunicação. Enquanto não chegam ao destino/local de possibilidade de assistência à saúde, os caminhoneiros poderiam se utilizar do Radio PX sem sequer interromper a viagem para agendar consultas de saúde. Para essa modalidade de comunicação torna-se necessário uma parceria entre os radioamadores (onzemetristas) de cada cidade (em Itajaí já foram abordados através desse estudo e mostraram-se receptivos). Os onzemetristas já prestam relevantes serviços à comunidade, mas ainda não fazem parte da rede oficial de cuidados à saúde. Esse assunto também fez parte da devolutiva da pesquisa RARE 2004, realizada para os gestores de saúde em Itajaí.

Os testes oferecidos em São Paulo, vêm ao encontro das necessidades de

prevenção e controle das doenças que mais acometem os caminhoneiros, independente da unidade federativa do país em que estejam trabalhando, conforme relatos já apresentados neste estudo.

Nos discursos sobre o trabalho desenvolvido no Porto de Itajaí a percepção sobre a atenção à saúde é contraditória, tanto se ouviram elogios como críticas aos trabalhos desenvolvidos:

(...) o porto não dá,[assistência] é muito precária a ajuda que eles dão, a orientação, é precária, é quase que nenhuma, é só ouvir desaforo e engolir; gente que não tem o mínimo de paciência pra trabalhar (ECAM-05 Sexo M Idade 30 ANOS- 2007).

No porto, no ambulatório ele é atendido para diabetes, hipertensão, e é atendido na hora, ele sabe disso, é divulgado pela equipe de prevenção, o pessoal que atende no container. O nosso trabalho Ambulatorial faz verificação de pressão, glicemia, um trabalho de prevenção as DST/Aids, com distribuição de preservativos, folders educativos e oficinas (EIC- O5 Sexo M. Idade 45 Anos-2007).

Embora o Porto de Itajaí, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, através do programa DST/Aids ofereça atendimento ambulatorial de prevenção e assistência, os serviços preventivos e ambulatoriais são desenvolvidos em espaços físicos separados.

(...) o caminhoneiro é muito relaxado, ele não procura muito, ele não corre atrás, então se vir à mão como veio, como é divulgado pelo Porto aqui, o programa de saúde, aí é fácil (GFCAM -04 Sexo M Idade 39 Anos-2007).

Eu não costumo ir no médico só fui duas vezes e fizeram aqui, no container (ECAM 03 Sexo M Idade 42 Anos -2007).

(...) existe, existe uma ambulância,(Porto de Itajaí) tem uma UTI móvel e tem o pessoal do corpo de bombeiro que é vinculado junto a eles. Tem um pessoal da DST/Aids que dá informação e encaminhamento e o pessoal do ambulatório que trabalha vinculado com o pessoal da DST/Aids (ECAM-03 Sexo M. Idade 42 Anos-2007).

Com a modernização, a área física para o desenvolvimento do trabalho tornar-se-á adequada e terá maior visibilidade. No grupo focal com caminhoneiros realizado

nas dependências do Porto, caminhoneiros se referiram à má qualidade de conservação e ao tamanho demasiado pequeno do espaço físico destinado ao trabalho de prevenção (container da prevenção):

Eu acho que pontos negativos (no Porto de Itajaí) é só a estrutura que tá precária, que vocês estão dentro do container, que se entra 2 ou 3 ou 4 já vai ficando apertado, vocês tem um monte de material, e está faltando espaço, pra desenvolver a maioria das atividades, e no demais não posso reclamar, porque as dúvidas que eu tenho eu tiro, nunca ninguém faltou informação pra mim. Só falta um local mais adequado, onde não ficasse exposto, há uma curva aqui no posto que tem muita poeira, muita sujeira. A sorte que o pessoal ainda limpa por dentro porque por fora não tem como manter limpo (GF1 CAM 02 Sexo M Idade 36 Anos- 2007).

Não sabia, não conhecia, o trabalho do porto não pode ficar só lá, tem que ser adaptado para todas as unidades[saúde] do município, pelos menos algumas, e o CODIM enxerga essa necessidade (EIC- O4 Prof. Saúde- Sexo F Idade 28 Anos-2007).

Não tenho muita idéia. O sistema público de saúde tem muita dificuldade de acesso, se precisar de remédio, precisa ter comprovante de residência. Se não reside na cidade dele deveria ter um tratamento diferenciado para essa população (EIC- O4 Prof. Saúde- Sexo F Idade 28 Anos-2007).

A grande maioria dos caminhoneiros participantes da pesquisa refere-se à falta de qualidade nos serviços de saúde, os quais são difíceis de serem acessados e não atendem às necessidades específicas desses trabalhadores como, por exemplo, funcionar aos sábados e domingos.

No serviço de triagem e testes para HIV Centro de Diagnose Municipal (CODIM), o atendimento é considerado rápido:

(...) o caminhoneiro ou marinheiro, ele agenda para o momento da chegada, é orientado e faz o atendimento na hora, espera muito pouco. Se não puder pegar o resultado, pode fazer uma declaração e autorizar outra pessoa pegar o resultado. Nas outras especialidades isso não acontece, não enxergam essa realidade (EIC- O4 Sexo F Idade 28 ANOS -2007).

A busca por um serviço público de saúde, muitas vezes, termina na constatação de um ambiente pouco acolhedor. Unidades lotadas, funcionários atarefados e não comprometidos com a individualidade e especificidades apresentadas pelos clientes. O

acolhimento marca o primeiro contato cliente/profissional de saúde e é o primeiro passo para resolução de problemas. Geralmente, o funcionário que atende no balcão não está preparado para ouvir a queixa do paciente, e conseqüentemente não faz o devido encaminhamento, chegando inclusive “afugentar” o cliente, daí a busca pela auto-medicação e pelos serviços de urgência e emergência (Hospital), quando muitas vezes o problema de saúde é crônico e deveria ser acompanhado nestes serviços. Geralmente, são queixas de dores lombares, problemas gástricos (úlceras) hipertensão arterial e diabetes:

A hipertensão e diabetes são as doenças mais comuns nos caminhoneiros, não tenho medo de errar, digo e assino, inclusive tenho dados de hipertensão (EIC- O1 Prof.Saúde Sexo F Idade 57 ANOS -2007)

Fatores de risco tais como pressão social, crenças culturais e outras prioridades imediatas, aumentam a vulnerabilidade do caminhoneiro em relação à saúde sexual. Outros fatores sociais, como a pobreza, a falta de poder, a falta de respeito pelos direitos humanos, a discriminação para quem é forasteiro, conduzem à marginalização, à discriminação e à exploração, criando situações de risco nas quais as pessoas têm poucas escolhas individuais. Políticas públicas mal adaptadas à realidade vivenciada por determinados segmentos populacionais aumentam a vulnerabilidade e riscos sexuais e de ordem reprodutiva, pois essas políticas (de exclusão) afetam, também, parceiras sexuais fixas.

Para Knippe (2003) medidas necessárias para reduzir os riscos de populações móveis são as mesmas como as de qualquer outro grupo. Elas incluem a provisão de educação e informação sobre a saúde, aconselhamento e testagem voluntária, planejamento familiar e cuidados pré-natais, e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis. A educação dos pares também é uma abordagem particularmente importante para as tais populações, assim como a forma ativa de extensão que asseguram que a informação e serviços oferecidos não são, apenas, apropriados em termos de linguagem e cultura, mas também de "fácil utilização" (que podem ser entendidos, acessíveis, acolhedores e fácil para usar). O planejamento de ações

educativas para prevenção da transmissão do HIV deve considerar especificidades culturais e laborais conhecidas a partir de estudos como o presente. Assim, por exemplo, teria que enfrentar temas menos valorizados ou negligenciados, talvez por sua própria complexidade, como aqueles relativos aos papéis sexuais, relações conjugais e extra-conjugais, modelos de representações sobre família e matrimônio, sexualidade, entre outros. Atitudes antes impensáveis por parte das pessoas que vivem os conflitos inerentes às relações afetivas com ‘quem vive na estrada’, mostram que comportamentos tradicionais estão em cheque e não cabe ao profissional pensar apenas sob a ótica dos antigos modelos.

De um modo geral, quem vive ao volante de um caminhão mantém relações sexuais com mais de uma pessoa. Os próprios caminhoneiros atribuem esse comportamento às condições de trabalho e a cultura da própria profissão (ZORZETTO, 2007). As intermináveis horas de espera e o assédio constante de profissionais do sexo predispõem a relações sexuais com múltiplos parceiros. Os trechos abaixo demonstram algumas destas características:

È muito bom, (casamento), ela aceita a minha profissão, sobre isso nunca brigamos. Às vezes fico uma semana sem ir em casa e ela não pergunta nada (ECAM 03 Sexo M Idade 42 Anos-2007).

A minha mulher não só suspeitava como tinha certeza, ela dizia eu sei que você vai aprontar não adianta dizer que não então pega essas camisinhas, ela colocava na minha mala. AIHH.... (GFCAM –O1 CAM 09- Idade 57 Anos- 2007).

Em minha trajetória de trabalho foi o primeiro depoimento que coletei informando sobre a atitude positiva da parceira fixa do caminhoneiro, provavelmente por meio do acesso à informação qualificada sobre os meios de transmissão e prevenção e para a percepção de risco da parceira fixa além das eventuais. Após a coleta de dados confirmatórios triangulados e posterior análise confirmatória, podemos concluir que:

O número de caminhoneiros que pretende/realiza relações sexuais com profissionais do sexo sem proteção continua motivo de preocupação na disseminação da epidemia HIV/aids.

O consumo de álcool, rebites é freqüente entre caminhoneiros;

A preferência de muitos caminhoneiros por relacionamentos com travestis expõe a bissexualidade e a necessidade de maior poder de barganha no sexo protegido da parceria fixa.

O acesso a serviços de saúde, tanto os públicos como os privados não atendem as necessidades de saúde dos caminhoneiros e deixam a desejar também em relação aos profissionais do sexo.

Durante a realização dos grupos focais, os caminhoneiros e profissionais do sexo foram unânimes em concordar com as interpretações acima descritas. A interação entre os pares durante a realização dos grupos focais permitiu, além da coleta dos pontos de vista, a busca de um consenso entre o grupo.

A maioria dos participantes de grupos focais concorda com um aspecto chave: caminhoneiros consomem com freqüência bebidas alcoólicas, independente de estarem dirigindo, esperando cargas ou pernoitando em algum local. Têm encontros com profissionais do sexo, com freqüência, sem proteção, e não têm assistência a saúde adequada.

V PROTAGONISMO E ADVOCACY EM CONSTRUÇÃO - O DESAFIO DO CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

O objetivo deste capítulo é apresentar, partindo do diagnóstico e das experiências de âmbito local, um panorama de algumas possibilidades de caminhoneiros e profissionais do sexo estabelecerem mecanismos de participação nas agendas políticas, serviços e práticas sociais que envolvem ou que tomam como foco a vida sexual e reprodutiva e o acesso à serviços de saúde. Em outras palavras, este capítulo se refere a potencialidades de novas práxis de inovação democrática, construídas a partir de demandas desses segmentos populacionais.

5.1 Aproximações conceituais

Promoção da Saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, segundo a Carta de Ottawa (1986), documento que se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, promovidas pela OMS (Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000, Bangkok, 2005) assim como para as Conferências Mundiais realizadas pela UIPES (1991, 1995, 1998, 2001, 2004) e para a III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde (São Paulo, 2002). A definição acima chama atenção para o almejado protagonismo das pessoas e a necessidade de que sejam “empoderadas”, isto é, desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas (UIPES/ORLA, 2003). Nesta visão, são estratégias da Promoção da Saúde, entre outras: intersetorialidade, mobilização social e de parcerias na implementação das ações, sustentabilidade, defesa pública da saúde (advocacia). Sua meta é qualidade de vida e seus princípios norteadores são a equidade, a paz e a justiça social.

As condições sociais que produzem as exclusões também variam no tempo. São os movimentos sociais e políticos, através de suas lutas, que visibilizam as formas de exclusão e denunciam suas causas. O processo político altera a representação social sobre essas causas, que estavam absolutamente naturalizadas no senso comum, tornando-se, portanto, formas evidentes da existência social:

(...) No contexto atual, as exclusões são de diferentes bases e atingem milhões de pessoas. Exclusão social, na perspectiva de quem defende a possibilidade de transformação social, não deve ser entendida como estar fora da sociedade, como se imagina comumente. Na sociedade em que vivemos, as relações sociais são formadas pela tensão entre inclusão e exclusão. Estar excluídos/as não é estar fora da sociedade, é muito mais grave do que isso: é estar dentro dela destituído da participação nos bens sociais, sem acesso à riqueza e à proteção comuns aos cidadãos/ãs (AVILA, 1999 p.41).

É cada vez maior a preocupação em relação a grupos socialmente vulneráveis, o que representa a necessidade de singularizar os sujeitos sociais com os quais as ciências e, sobretudo, a ética, tendem a tratar de forma universal e abstrata. Jonathan Mann, um dos principais pensadores na epidemiologia da aids, já argumentava que o grau de vulnerabilidade das comunidades à infecção pelo HIV poderia e deveria ser mensurado a partir de indicadores relativos, ressaltando, dentre outros aspectos, o respeito aos Direitos Humanos dos grupos mais intensamente afetados pela epidemia (MANN apud PASSARELLI, 2002). Resumidamente, quanto maior for o desrespeito aos valores e condições vitais assegurados, inclusive, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, maiores serão também as chances de um sujeito, um grupo, ou comunidade, assim destituídos de sua cidadania, contrair o HIV.

Na verdade, não podemos pensar em iniciativas que possam tornar mais efetivas as políticas sociais sem fazer um diagnóstico de como está funcionando, hoje, à cobertura (extensão e qualidade) e o impacto redistributivo destas políticas na sociedade brasileira.

Quando nos referimos ao empoderamento, estamos falando das relações de poder dentro da sociedade; poderes que se entrecruzam com o gênero, a classe social, a raça, a cultura e a história. Poder que está identificado com a equidade e a igualdade da mulher e do homem, no que se refere ao acesso aos recursos e vantagens. Para

Hamann e Costa (2000) refletir o processo saúde-doença através do olhar de gênero faz com que nos afastemos do enfoque restrito ao risco epidemiológico para que possamos enxergar os fenômenos na perspectiva de condições e situações de vulnerabilidade, que confere um maior alcance, integralidade e contextualização. Se por um lado, busca-se a inclusão de todos os indivíduos, a partir de um discurso universalizante, por outro, esvazia-se o conteúdo dessa inclusão, na medida em que não é possível identificar as especificidades (biológicas, psicológicas, sociais, políticas, religiosas, culturais dentre outras) e as reais necessidades desses sujeitos.

Teoricamente, do ponto de vista dos direitos e das garantias legais, da gestão das políticas sociais, da atenção aos grupos vulneráveis, temos assegurado avanços significativos em relação ao passado, seja do ponto de vista do reconhecimento de que as políticas sociais são direitos e, portanto, devem ser universais; seja do ponto de vista de uma nova institucionalidade democrática, que constrói novos espaços públicos e mecanismos de gestão que contemplam a participação de representantes da sociedade civil (BAVA, 1999). Porém, como brasileiros, somos sabedores que não basta a existência de leis, aliás, o que não falta nesse país são leis, todavia, o mecanismo de controle social para que se cumpram as leis é o nosso verdadeiro problema. Exemplificando, todo brasileiro tem direito à saúde, proporcioná-la é um dever do Estado, então o que procuramos é a configuração dos direitos de usufruir o que nos está assegurado por lei.

Embora haja avanços da perspectiva jurídica, conquistas fruto da mobilização social, no sentido de se afirmar direitos universais, o fato é que as políticas sociais estão cada vez mais em crise. Passarelli, (2002), reforça nosso pensamento dizendo ser preciso que a sociedade civil participe na defesa e garantia dos direitos humanos, a fim de que possamos implementar o que está escrito na constituição, mas que ainda não está escrito na sociedade e que ainda geram formas de preconceito.

No caso dos caminhoneiros e profissionais do sexo, esse empoderamento consiste na importância de desenvolver o pensamento crítico e reflexivo, enquanto sujeito histórico e social capaz de desvelar a realidade, propor ações transformadoras e participar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e da coletividade. Obter o controle é um elemento essencial do empoderamento, o que inclui a

capacidade de dirigir ou de exercer influência sobre os acontecimentos, com a finalidade de proteger os próprios interesses. O controle permite que os indivíduos tenham a certeza de que os recursos e benefícios serão distribuídos de forma a que homens e a mulheres tenham acesso a eles em partes iguais.

Segundo o Projeto Transnacional de Prevenção de aids e DST entre Prostitutas Migrantes na Europa (TAMPEP, 2001), a prostituição é hoje em dia um fenômeno de dimensões internacionais. Ela é composta por grupos multiculturais assim como dirigida por organizações multinacionais. Mas o trabalho sexual não é somente uma ocupação para mulheres, muito menos só para mulheres que vivem um processo migratório.

A migração é uma clara consequência da estrutura política e econômica mundial. Homens e mulheres migram das regiões mais pobres para as mais regiões mais ricas, em busca de oportunidades de trabalho, de melhores condições de vida. Neste contexto, migram cada vez mais mulheres do que homens, a partir do momento que as mulheres têm cada vez mais que responder pelo sustento familiar. Por isso fala-se de uma “feminização” da pobreza. Nesta situação de dificuldade, há uma primeira decisão, a de migrar na esperança de encontrar trabalho. Por isso, fala-se atualmente de um movimento migratório feminino por trabalho (TAMPEP, 2001).

No momento em que a mulher se decide pela migração, não importa se ela o faz sozinha ou através de terceiros, se ela irá trabalhar como doméstica, numa fábrica ou na prostituição. O importante para ela é encontrar trabalho com o qual sustentará filhos e família. Prostituição é um meio de vida, uma atividade econômica para muitas mulheres no próprio país de origem. O relatório da organização acima referida (TAMPEP, 2001) cita exemplos: - segundo a revista alemã *Der Spiegel*, (dezembro de 1999), 70 mil mulheres vivem em Bombaim, na Índia, da prostituição; - segundo a revista brasileira *Veja*, (abril de 2000), trabalham no Brasil um milhão e meio de mulheres na prostituição; - segundo a Organização Internacional para Migração (*Le Monde*, março de 2000), são cerca de 300 mil mulheres do centro e do leste europeu trabalhando na União Européia na prostituição; - na rica Alemanha fala-se de 400 mil pessoas trabalhando na prostituição num período de um ano, entre aquelas que a exercem como atividade principal e aquelas que a exercem esporadicamente; - a

maioria das mulheres que exercem o trabalho sexual na União Européia são migrantes.

A exemplo da situação internacional, a região do Vale do Itajaí atrai para essa região um contingente de populações móveis de turistas, estudantes, trabalhadores da construção civil, marinheiros, caminhoneiros a profissionais do sexo dentre outros. A isto se relaciona o fato de Itajaí possuir uma elevada densidade demográfica, ser um pólo turístico e universitário, abrigar o maior Porto do Estado de Santa Catarina¹⁰ em movimentação de cargas além de ter em seu território várias cidades litorâneas famosas, dentre elas Balneário Camboriú, que é rota internacional do turismo sexual. A proximidade da BR 101, que corta o Brasil de norte a sul, e dos aeroportos de Blumenau, Joinville, Navegantes e Florianópolis, conferem à região o status de rota internacional do narcotráfico. Nesse contexto, inserem-se as questões das populações de maior vulnerabilidade ao HIV, ora estudadas.

Os aspectos supra citados têm influências em várias esferas sociais. Assim como o corpo, a sexualidade, a vida e a morte, por exemplo, sempre foram assuntos controlados por religiosos, médicos ou juízes; na modernidade passaram a ser alvo de controle por parte dos próprios indivíduos. É o que se pode chamar de autogestão, decorrente de um processo que estimulou a ampliação dos direitos e das liberdades individuais e, conseqüentemente, acarretou uma maior autonomia do indivíduo sobre a sua intimidade, o seu corpo e o seu sistema de valores (ANJOS, 2000).

No entanto, entendemos que outros elementos se incorporam à discussão do conceito de autonomia, especialmente com vistas à promoção da saúde, através da participação social. Além de pensar o indivíduo como um todo, é preciso pensá-lo inserido na comunidade, no próprio município/cidade e no país. Anjos (2000), explicita que no princípio da autonomia, além dos enfoques principalmente filosóficos do tema:

a reflexão realça também as bases sociológicas com que as autonomias se sustentam ou são ameaçadas e às vezes até anuladas. Não lança apenas as bases de uma ética do dever, mas enfatiza a dignidade da pessoa humana. Pensa não somente em termos de indivíduos, mas também de grupos e comunidades. Ajuda a Bioética a colocar-se diante da identidade de seus diversos sujeitos sociais e das desigualdades que por vezes os subordinam (ANJOS, 2000, p.59).

¹⁰ O Porto de Itajaí é apenas um dos quatro portos desse Estado, além dos Portos de São Francisco do Sul, Criciúma e Imbituba, quando outros Estados como São Paulo, Rio de Janeiro dispõem de apenas um Porto.

Pensando dessa forma, Albuquerque e Stotz (2004) observaram que as ações de saúde não podem estar voltadas apenas para a assistência ou mesmo para o setor saúde, sendo necessário articular políticas sociais e econômicas para a promoção da saúde. No que se refere à participação social, uma ação integral de saúde também deve incorporar a idéia de cidadania, de forma que nenhum cidadão possa ser considerado saudável sem que tenha seus direitos garantidos. Diante dessa discussão, poderíamos conceituar integralidade como um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004).

A Lei Orgânica da Saúde estabelece como um dos princípios do SUS a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso e em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990, inciso II do artigo 7o). A vinculação do termo integralidade à assistência aparece em outros artigos da Lei Orgânica (art. 5o., inciso III e art.6o., inciso I, alínea d). É clara também a necessidade de formulação de políticas para promoção da saúde envolvendo os setores econômicos e sociais, como conseqüência do entendimento da amplitude de fatores determinantes e condicionantes da saúde, o que também vai refletir numa posterior ampliação da abrangência do conceito de integralidade para além do indivíduo e da assistência (CARVALHO; SANTOS, 1995, p.71).

Nas últimas décadas, homens e mulheres das mais variadas classes sociais, culturas e raízes étnicas organizaram-se das mais diversas maneiras para, juntos, promover em causas como a defesa dos direitos humanos e a preservação do meio ambiente, ou, de modo ainda mais simples e direto, para oferecer ajuda aos mais frágeis e vulneráveis, onde quer que eles se encontrem, na rua próxima, na cidade em que se vive ou em países distantes e desconhecidos. A multiplicação destas organizações de cidadãos e a crescente visibilidade de sua atuação dão origem a uma nova sigla que vai ganhar reconhecimento público no âmbito das Nações Unidas: ONGs - organizações não-governamentais. Nos termos do parágrafo 7 da resolução

1296 (XLIV) do Conselho Econômico e Social (ECOSOC), de 23 de maio de 1968, as ONGs são definidas como organizações internacionais que não foram criadas pela via de acordos inter-governamentais (FERNANDES, 1988). No caso brasileiro, segundo Fernandes (1988), já na primeira metade dos anos 80 as organizações não-governamentais, ou ONGs, ou “ongues”, haviam se tornado “uma realidade sociológica”.

Ao longo do tempo, as ONGs foram se destacando entre as experiências organizativas e participativas da sociedade civil. Hoje, três décadas após seu surgimento na América Latina, suas atividades cobrem os mais diversos campos da experiência social: do desenvolvimento rural ao controle cidadão de políticas públicas e convenções internacionais (HADDAD, 2002).

No contexto, em oposição às práticas típicas da caridade e do assistencialismo, as ONGs valorizam a competência técnica. Em outras palavras, elas criam uma categoria de “ativistas profissionais”, distantes da militância religiosa, universitária ou partidária, mas guardando conexões com elas. Em resumo, para analisarmos os casos referentes ao setor saúde, é preciso termos em mente as características fundadoras das ONGs brasileiras e latino-americanas, que são: 1) a valorização da competência técnica, a profissionalização da militância e a especialização; 2) a tendência à multiplicação e à diversificação; 3) a perspectiva internacional; 4) a autonomia em relação ao Estado (RAMOS, 2004).

A caracterização das ONGs como “aquilo que não é governo” revela a dificuldade dos Estados em apreender a verdadeira natureza de um fenômeno que tem suas raízes em “outro lugar” que a esfera estatal, com uma história, valores e modos de atuação originais. A ninguém ocorreria definir o cidadão como aquele que não é governo. Do mesmo modo, ninguém diria que o fundamento da cidadania é não ser Estado (LICEIA, 2005).

Em contraponto a estas duas definições por oposição - não-governamental e sem fins lucrativos - tem-se afirmado, nos últimos anos, a busca de uma definição positiva, valorizadora do que há de novo e significativo no fenômeno da participação dos cidadãos. Hoje, se fala menos de ONGs e mais de “organizações da sociedade civil” ou “organizações do Terceiro Setor”. A multiplicação de organizações baseadas nesses três grandes tipos: (de apoio e de advocacy; de pressão política e de pesquisa

aplicada; e de pessoas vivendo com aids, ocorreu, nos anos seguintes, em escala extraordinária. Constituiu-se um campo político e institucional que passou a ser nomeado de ONG/Aids (RAMOS, 2004).

5.2 A APROSVI - um começo de conversa sobre advocacy/protagonismo

A APROSVI – Associação dos Profissionais do Sexo do Vale do Itajaí é uma organização da sociedade civil que tem como princípio e finalidade fundamental agregar os profissionais do sexo em uma entidade para que possam unidos reivindicar, buscar e defender seus direitos individuais e coletivos.

Os primórdios da associação datam do ano de 1996, tendo em vista um treinamento para formação de multiplicadores entre os profissionais do sexo de Balneário Camboriú e Itajaí, que faziam parte do projeto 010/96, financiado pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST/AIDS, que atendia a distintos grupos sociais na área portuária da cidade de Itajaí. Além de repassar conhecimentos específicos sobre as DST/HIV/AIDS e proporcionar oficinas de sexo seguro, um dos objetivos do mesmo era que estes profissionais pudessem exercer sua cidadania e a conquista de direitos. Foi convidada em julho de 1997, a presidente da APROCE - Associação das Prostitutas do Ceará, para que trouxesse sua contribuição, falando da experiência vivenciada no Nordeste. O resultado imediato foi relatado como muito positivo, pois os profissionais do sexo da região sentiram que era possível tornar seu desejo uma realidade (KOLLER, JOHN; 2002).

O trabalho voltado para os profissionais do sexo passou por um percurso de desenvolvimento e complexidade e, no decorrer destas propostas de educação e prevenção nasceu o projeto 017/98 – Bem-Me-Quer, que visava a atingir de forma direta os profissionais do sexo de Itajaí e Balneário Camboriú, treinando-os como multiplicadores de prevenção às DST/AIDS. O trabalho nunca parou; o Bem me Quer se expandiu para Balneário Camboriú, que após ser assumido pela secretaria de saúde, trocou seu nome para Beija Flor e a partir de janeiro de 2006, o trabalho passou a ser executado somente pela APROSVI. Em Itajaí, o nome Bem me Quer permanece:

(...) quando eu entregava camisinha eu sempre explicava que não é só para distribuir camisinha, que a gente tá lutando para todo mundo começar a respeitar a gente, e o pessoal de fora que não é do meio, acha que aqui é uma agência de programa, daí eu tenho que explicar (EPS-01- Sexo F- Idade 30 Anos- 2007).

O Bem Me Quer está fazendo um trabalho, “Bem Me Quer na escola”, vamos lá mostrar o uso do preservativo, falar sobre gestação precoce as conseqüências de meninas engravidarem e a dificuldade de estudar, enfim a vida do adolescente. E as prostitutas, vão mostrar o trabalho delas que não é fácil, para desestimular as garotas a entrarem na prostituição (EIC- O4 Prof. Saúde- Sexo F Idade 28 Anos- 2007)

Este projeto foi desenvolvido através do CETRHU - Centro de Treinamentos em Recursos Humanos em DST/HIV/AIDS, na UNIVALI, Universidade do Vale de Itajaí. A partir do mês de março do ano de 2000, foram surgindo as primeiras reuniões com profissionais do sexo para a formação da associação e, no mês de outubro do mesmo ano, foi eleita a primeira diretoria desta associação, que a princípio seria de Santa Catarina, mas, considerando a experiência de outras ONGS, a opção da maioria foi por ampliá-la para o Vale do Itajaí, já que os seus representantes eram majoritariamente da região do Vale do Itajaí.

A APROSVI vem inserindo-se nos mais diversos espaços em busca de visibilidade e respeito. Considera que é de fundamental importância estabelecer parcerias com a iniciativa pública e privada, bem como com outras entidades do terceiro setor para o fortalecimento mútuo e o dinamismo de suas ações e projetos. Gradativamente, vem conquistando adeptos a seus objetivos e finalidades, ampliando o rol de voluntários e colaboradores. Existe, juridicamente, há seis anos e meio e tornou-se referência na Região do Vale do Itajaí por ser a única que desenvolve um trabalho específico para a população de profissionais do sexo. Os membros da APROSVI, são atuantes em vários segmentos sociais, sempre lutando pelo reconhecimento da entidade de classe e conseqüentemente pelos direitos do segmento populacional profissionais do sexo:

A secretária do conselho de saúde convidou-me para na próxima semana passar na secretaria de saúde sem falta, para juntas prepararmos um projeto a ser enviado à câmara dos vereadores para garantirmos um subsídio mínimo mensal de R\$ 2.000.00 reais o que vai garantir o aluguel da Associação, luz e

água para mais um ano (OM-04 Sexo F 30 Anos- 2007).

(...) vejo que elas, que lutam por elas mesmo, elas querem e lutam pelo reconhecimento da profissão. Já estive em congresso onde 11querem carteira assinada, enfim direitos de outros trabalhadores, lutam por espaço, respeito (EIC- O4 Prof. Saúde- Sexo F Idade 28 Anos- 2007).

A APROSVI fez reuniões com os policiais, explicaram para eles que as pessoas estão trabalhando, não teria porque expulsar das ruas, mesmo assim diminuiu o número de travestis nas ruas. (EPS-02 Sexo M 22 Anos- 2007).

Romano e Antunes (2002), referem um número crescente de instituições da Sociedade Civil introduzindo em sua estratégia a abordagem baseada em direitos, a qual tem sua origem na luta pelo reconhecimento e promoção do conjunto de direitos humanos (civis, políticos, econômicos, culturais, etc.). As próprias agências de cooperação e organizações financeiras multilaterais vêm progressivamente adotando esta nova conceituação na formulação de suas políticas e estratégias. Como os profissionais do sexo pertencentes a APROSVI, em sua grande maioria, têm baixo poder aquisitivo ou dificuldades para comprovar renda, pouca escolaridade e, alguns deles, baixa estima, têm sido desenvolvidos projetos voltados ao reconhecimento e promoção de direitos humanos.

Os fundamentos da abordagem baseada em direitos estão muito mais presentes nos debates sobre desenvolvimento e combate à pobreza, tanto no espaço governamental de políticas públicas, como entre os movimentos sociais, ONGs e o mundo acadêmico, devido à importância que têm assumido as análises de luta pela cidadania e de construção de direitos sociais.

A APROSVI iniciou seus trabalhos através do Projeto Respeitando a Diferença, desenvolvido com a população HSH (gays, transgêneros e garotos de programa) no período de janeiro de 2001 até julho de 2005. O objetivo era de determinar a prevalência de DST e Aids, as práticas sexuais relacionadas com a sua transmissão e as medidas de prevenção da infecção por HIV em homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais. Além disso, foi investigada a necessidade de aprofundar os programas de prevenção com este coletivo, assim como continuar a

vigilância epidemiológica desta população. Foram proporcionados momentos de reflexão e intercâmbio de conhecimentos, sob a ótica do respeito às construções subjetivas da sexualidade e da diversidade humana.

Em seguida, foi elaborado e desenvolvido o Projeto Educando nas Ruas, voltado para profissionais do sexo: mulheres, homens e transgêneros, desenvolvido de julho de 2002 até julho de 2005. O objetivo era ampliar as ações de prevenção às DST/HIV/AIDS e ações de auto-organização de profissionais do sexo, travestis, homens e mulheres, com vistas a redução do HIV e outras DSTs no município de Balneário Camboriú. Vale lembrar que ambos foram financiados pelo Ministério da Saúde em convênios com a Coordenação Nacional de DST/AIDS, UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), UNDCP (Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas), em parcerias com as Secretaria Estadual e Secretarias Municipais de Saúde.

De outubro de 2004 a maio de 2006, executamos o Projeto Laços da Prevenção – “Ampliando Ações de Prevenção na Região Sul”, através de um consórcio realizado entre as três ONGs especializadas em Profissionais do Sexo no Sul do país: APROSVI (SC), NEP – Núcleo de estudos da Prostituição (RS) e LIBERDADE (PR), financiado pela PACT¹¹ Brasil, organização que trabalha desde 1997 com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento social e para redução das vulnerabilidades da população brasileira, por meio de interação e parceria com as organizações locais e governos. O projeto foi desenvolvido com recursos dos EUA, para profissionais do sexo, mulheres e transgêneros e tinha como principal objetivo contribuir para a redução da prevalência do HIV e Aids entre profissionais do sexo, mulheres e transgêneros. O Projeto Laços da Prevenção tinha como objetivos específicos ampliar trabalhos educativos/informativos em prevenção às DST, HIV e aids, através da formação de grupos de profissionais do sexo como multiplicadores de informações em prevenção para atuarem em suas comunidades, incentivando práticas sexuais mais seguras com parceiros eventuais, contribuindo para redução de infecção pelo HIV e aids entre essa população na Região Sul; incentivar e fortalecer ações estratégicas de prevenção às

¹¹ ONG com sede em Washington EUA que atua em 60 países por meio de 15 escritórios regionais. Suas principais áreas de atuação são: governo e democracia, HIV/aids, gestão de recursos naturais, fomento à paz, inclusão social, equidade, empoderamento de grupos em vulnerabilidade, gênero e microcrédito (PACT, 2006).

DST, HIV e Aids desenvolvidas junto a profissionais do sexo na Região Sul, visando a ampliar trabalhos em prevenção já existentes, junto a 12 ONGs, incluindo as 03 consorciadas, para a redução da infecção pelo HIV e aids entre profissionais do sexo nos três Estados da Região Sul.

Destacamos que a APROSVI, desde sua fundação e independentemente de financiamentos para seus projetos, pautou-se por uma atuação ética e realmente comprometida, mantendo suas portas abertas e realizando ações e projetos contínuos. Os campos de intervenção sempre foram cobertos, os insumos distribuídos, os atendimentos e encaminhamentos realizados voluntariamente, para todas as populações vulneráveis acessadas. Além disso, a APROSVI vem continuamente ampliando e fortalecendo os vínculos com instituições públicas, através das Secretarias Municipais de Saúde, da AMFRI - Associação dos Municípios da Região da Foz do Rio Itajaí, diversos municípios do Vale do Itajaí e Norte Catarinense. No setor privado pretende, neste ano de 2007, aproximar relações para prestar serviços e estabelecer convênios, no sentido de conquistar novas modalidades de bens e recursos para a sustentabilidade econômica. Ainda neste viés, é interesse da instituição fortalecer também a sustentabilidade política e de recursos humanos. Pretende alcançá-las através de um planejamento estratégico, reformulação e complementação do quadro interno de recursos humanos, criação de um setor de comunicação e de captação de recursos.

Em diversos momentos, a instituição passou por dificuldades devido ao atraso em editais, mudanças de governo ou de coordenações, bem como no caso de alguns dos projetos aprovados que não cumpriram os cronogramas de desembolso financeiro, o que impossibilitou sua execução ou fez com que fossem alterados os planos de trabalho. Com isso, a APROSVI, que comunga da realidade da maioria das ONGs brasileiras, atravessou um momento difícil, pois apesar de ter projetos aprovados os recursos não chegavam e ficou inviável acessar vários municípios sem dispor de recursos para deslocamento da equipe. A Associação, depois de bater nas portas de diversas instituições públicas e privadas, foi encaminhada a uma reunião da AMFRI, onde foi oportunizado expor o trabalho e a necessidade de apoio para as despesas de infra-estrutura (manutenção de espaço físico e logística da sede). No presente

momento, a APROSVI recebe mensalmente um recurso da AMFRI que se destina a estes fins, mas como esse incentivo é provisório, a instituição busca cada vez mais demonstrar, não somente à AMFRI, o quanto é fundamental que os municípios e também outras organizações privadas colaborem com a mesma, no suprimento de suas demandas básicas de sustentabilidade.

Em 2006 um processo eleitoral renovou a equipe da diretoria da Associação - um processo importante neste momento - com a entrada de novos membros na diretoria, novas idéias surgiram e oxigenou-se toda a dinâmica da mesma, viabilizando novas energias e muitos ganhos para todos, desde os associados, os colaboradores, os novos multiplicadores e monitores e todos os recursos humanos que se envolvem direta ou indiretamente com a instituição. Nessa nova fase institucional evidenciou-se novo impulso para a entidade firmar-se como uma importante instituição do terceiro setor, primordial para as populações mais vulneráveis e também por ser o elo entre os setores públicos e privados, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, do acesso à saúde e aos direitos humanos desse segmento populacional.

Foi uma grande vitória para a APROSVI e para todo o movimento de GLTB de SC aprovar um projeto, financiado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, ligada diretamente ao Ministério da Justiça e a Presidência da República do Brasil, intitulado “Centro de Referência em Direitos Humanos para HSH”, em funcionamento desde março deste ano, com equipe composta por psicólogo, assistente social e advogado, além da disponibilização de um telefone gratuito. Em março do corrente ano, a equipe recebeu treinamento no Ministério da Saúde em Brasília, de modo a qualificar uma atuação competente.

5.3 Desvelando o advocacy

Dentre as aproximações conceituais ao termo Advocacy em relação à problemática do HIV/aids, membros da Associação para Saúde e Cidadania Integral na América Latina e Caribe (ASICAL) e outras organizações que trabalham com HIV/aids, reunidos em oito (8) de junho de 2001, construíram coletivamente a

definição: É uma estratégia que nos aponta caminhos e metodologias para, a partir da sociedade civil,- incidir nas decisões dos tomadores de decisões em diferentes níveis, visando a obter mudanças e/ou o cumprimento das conquistas alcançadas e das políticas e programas existentes que contribuem para o bem-estar coletivo (ASICAL,2005, p.22)

Mas, como advocacia e advogar em português referem-se fundamentalmente a atividades de natureza legal e jurídica, preferimos traduzir advocacy como defender e argumentar em favor de uma causa, demanda ou posição (LIBARDONI, 1999 p.68).

Quando falamos em advocacy, falamos de política e processos de transformação, sobre valores e crenças, consciência e conhecimento. Falamos sobre influenciar o poder em questões e problemas que concernem aos cidadãos, sobretudo aqueles marginalizados e excluídos dos processos políticos. Segundo Barber-Madden (1992), a advocacia em saúde envolve esforços individuais e de grupos organizados que tratam de influir sobre as autoridades para que sejam mais sensíveis às necessidades dos eleitores, dos consumidores e daqueles que intervêm no processo político, assim como dos grupos pobres e desprivilegiados. As ações básicas da advocacia são relacionadas à “alteração das leis, ao monitoramento do legislativo, à elaboração e implementação do orçamento, aos processos administrativos e, às vezes, a profissionais ou conjunto de profissionais, não com a mudança de indivíduos”.

Trata-se de um processo de incidir sistematicamente, que utiliza diferentes ferramentas para promover, defender, administrar, modificar, negociar, fazer lobby, agendar e influir em assuntos de nosso interesse, sem excluir a possibilidade de recorrer à mobilização social quando assim for necessário ou conveniente. Através de um conjunto de ações planejadas, devemos abrir canais de interlocução com as instâncias de poder. Isso exige que fortaleçamos nossas próprias organizações, procuremos acordos e construamos alianças em torno de objetivos claros e causas sociais dentro da missão que almejamos, fundamentada nos avanços obtidos no âmbito dos direitos humanos e na necessidade de articular esforços para diminuir o impacto negativo causado pelo HIV. As ações de advocacy orientadas para a transformação das políticas públicas implicam na aproximação ou mesmo no trabalho no interior das instituições, sistemas ou outras entidades com as quais a organização tem

inconformidades ou mesmo se recusam a trabalhar. Foi estudando os fundamentos e elementos críticos da advocacy, que a APROSVI, através de sua diretoria e de um pequeno grupo de profissionais do sexo passou a agir na comunidade seguindo os princípios propostos por ASICAL (2005):

- Identificação de problemas e as alternativas para sua solução;
- Conhecer em profundidade o problema e o processo de tomada de decisão em torno do mesmo;
- Compreender o conjunto de atores envolvidos no processo de tomada de decisões e as relações entre os mesmos;
- Realizar ações de defesa e promoção visando a influenciar no processo de tomada de decisões, exercendo uma liderança reconhecida em torno de uma causa;
- Elaborar estratégias de comunicação que conquistem os tomadores de decisão em relação à nossa causa e nos permitam nos relacionar com nossos aliados, enfraquecer nossos adversários e influir na opinião pública geral;
- Gerar apoios e lideranças;
- Contestar as ações e o discurso articulado pela oposição;
- Mobilizar recursos e forças necessárias para apoiar determinada causa.

Libardoni (2000) e ASICAL (2005) alertam para a necessidade de distinguir entre o que são ações de advocacy e o que são estratégias. As ações são atividades que realizamos no decorrer dos fatos em que estamos envolvidos, em resposta às oportunidades que nos oferece a própria conjuntura histórica, social, política, econômica ou cultural. Para cada pergunta, uma resposta. Não é sensato perder uma oportunidade. As estratégias, por outro lado, remetem-se ao planejamento cuidadoso de atividades que procuram a consecução de objetivos concretos, realistas e viáveis, que são como passos graduais de curto prazo visando a alcançar progressivamente uma mudança essencial no longo prazo. O desenvolvimento de uma estratégia exige que atuemos seguindo uma seqüência lógica e com um alto grau de maturidade quanto à sistematicidade de nossas intervenções e ao seguimento do processo escolhido. Requer tempo, dedicação, conhecimento e representatividade; precisa de continuidade,

seguimento e alguma ou muita paixão para obter objetivos imediatos no caminho de soluções de amplo alcance. Ao pensar em advocacy, devemos sempre lembrar que o consenso é uma das peças fundamentais do advocacy; que as outras pessoas com quem temos que lidar não são inimigas, mas pessoas que atuam a partir de uma opinião diferente e, negociar, implica em sermos reconhecidos pela outra parte. É prudente inclusive, saber de antemão o que é possível ou não negociar, lembrando que é preferível às vezes reduzir a demanda ao invés correr o risco de perder todas as oportunidades de obter uma vantagem política.

Desde a sua fundação, a Associação de Profissionais do Sexo do Vale do Itajaí (APROSVI) vem desenvolvendo um trabalho de protagonismo entre o próprio segmento social, como no estabelecimento de políticas públicas na área da saúde, e do direito (advocacy). Isso tem acontecido através de representatividade no Conselho Municipal de Saúde de Balneário Camboriú, Projeto de Hortas Municipais, CONSEAN (conselho de segurança alimentar e nutricional), Conselho de Bolsa Família, CEDAIDS (Comissão estadual de Aids), ANTRA (Articulação Nacional das Transgêneros e da Associação Brasileira de Prostitutas). A APROSVI vêm cumprindo um papel importante para o reconhecimento e implementação dos direitos dos profissionais do sexo. Reconhecemos, porém, que existe muito a fazer, os profissionais do sexo que participam ativamente das atividades da associação depois de capacitados tornam-se multiplicadores de saúde. Os multiplicadores da APROSVI intensificam o trabalho na cidade na região, formam novos multiplicadores, aumentam as ações de prevenção e, conseqüentemente, melhoram o acesso a serviços de saúde. Contudo o forte estigma moral que envolve a profissão dificulta conseguir simpatizantes pela causa dos profissionais do sexo. Conforme Oliveira, Ferreira e Souza (2003) faz-se necessário que as profissionais do sexo coloquem na agenda deste município suas especificidades e necessidades, num modelo ético e de humanização, onde o trabalho sexual seja reconhecido como escolha, as mulheres profissionais do sexo como seres humanos, e os seus direitos universais não sejam violados:

Ah, a gente tem que chegar lá e não só porque é profissional do sexo; eles ficam olhando torto, porque eles têm pré-conceito, muito pré-conceito. (EPS -01 Sexo F- Idade 30 anos -2007).

Olha, já tive problemas de me chamarem pelo meu nome de nascença, que

odeio. Já me fizeram esperar de propósito, tipo não me chamaram só pra me sacanear, já vi um médico que foi bem estúpido e me julgou só por ser profissional do sexo, nossa já me aconteceu de um tudo, mas teve gente boa que me tratou numa boa. Depende do treinamento deles são mais sensíveis, ou mais capacitados. Todos deveriam ser capacitados pra aprender a respeitar nós travestis e os profissionais do sexo (EPS- 04 Sexo M- Idade 25 Anos – 2007).

5.4 Protagonismo/Advocacy como ferramentas para a construção da cidadania

Os meios à disposição das classes trabalhadoras devem ser buscados no plano das relações entre a sociedade civil e a sociedade política, ou seja, dos direitos e liberdades civis e políticas, expressando-se em organização (sindical, associativa, política) e mobilização capaz de reorientar a política do Estado (VALLA, STOTZ; 1996). Sabemos, entretanto, que a desigualdade nas condições das quais parte a luta social, expressam-se em diferentes graus de autonomia e/ou dependência que o movimento popular tem ao relacionar-se com o Estado. Tais diferenças são perceptíveis também no nível da consciência social.

Acompanhando esses dois segmentos sociais há quase vinte anos, observo que através da APROSVI, as profissionais do sexo deram um salto quali/quantitativo na extensão dos direitos sociais adquiridos, que estão se estendendo pela região do Vale do Itajaí, contrastando com os caminhoneiros, que sofrem limitações até mesmo no que se refere à atuação dos sindicatos em prol da categoria; ou seja, trata-se de conseguir a extensão dos direitos sociais a toda a coletividade, de modo que a reprodução da força de trabalho seja realizada em nível visto como adequado pelo conjunto da sociedade.

Esse objetivo de chegar ao Estado de bem-estar social (“Welfare State”) contrasta, porém, com a dura realidade do estado de “mal-estar social” em que vivem amplas camadas do proletariado urbano (VALLA, STOTZ; 1996). Os dados da pesquisa atual demonstram existir um padrão de consenso entre a grande maioria dos entrevistados: caminhoneiros participantes de grupos focais, e entrevistas individuais,

informantes chave, bem como das observações/mapeamentos, em relação à reivindicação da categoria para melhorias das condições de acesso aos serviços de saúde e mesmo sobre o processo de trabalho, situações que os induzem a apresentarem problemas de saúde. Tal crise manifesta-se na apatia política e no abstencionismo em participar - decorrentes de diversos fatores sociais e culturais - concorrendo para perda de interesses políticos e, porque não dizer, decepções e frustrações em virtude de corrupções praticadas pelos supostos representantes da categoria:

O sindicato só come o nosso dinheiro, ele não faz nada. O sindicato é comprado pela empresa, nos vamos reivindicar lá e eles nos entregam para as empresas (GFCAM-O2 –CAM 01-Sexo M Idade 22 Anos -2007).

O sindicato nosso não vale nada, é o mais miserável que tem. O sindicato é parceiro do patrão (GFCAM –O1 CAM 09- Idade 57 anos- 2007).

Todo sindicato é assim, só favorece o patrão (GFCAM –O1 CAM 08 Idade 52 anos- 2007).

Os depoimentos se baseiam na premissa de que o processo de trabalho dos caminhoneiros interfere na qualidade de vida dessa população e que, segundo o pensamento destes trabalhadores, as organizações sindicais da categoria têm trabalhado a favor de interesses patronais. Através das falas inferimos que a iniciativa dos representantes da categoria caminhoneiro, “sindicatos”, deixa a desejar na representatividade dos interesses do segmento populacional, senão vejamos:

Na minha região nós, motoristas, começamos a construir um sindicato e agora que está pronto eles transformaram em um sindicato dos transportadores, ou seja, dos patrões, porque não existe um sindicato dos empregados motorista (GFCAM-O2 CAM-07-Idade -44 Anos -2007).

Não tem o que explicar, não tem sindicato, pelo que a gente sabe, eles trabalham pro patrão (ECAM-03 Sexo M Idade 42 Anos- 2007).

A maioria não paga, acho que é falta de incentivo deles (GFCAM –O1 CAM 04 Sexo M Idade 43 Anos- 2007).

Qualquer coisa que falamos para eles, eles vão lá e contam para o nosso patrão. Eles só favorecem o patrão, se você pede qualquer coisa (GFCAM –O1 CAM 03 Sexo M Idade 42 anos- 2007).

A situação dos caminhoneiros ora estudados configura um diagnóstico, por assim dizer, de crise de confiança cidadã no funcionamento tradicional das instituições da democracia representativa, os sindicatos. A classe está decepcionada com seus representantes e, ao mesmo tempo, desmobilizada, sem reação:

Até hoje eu não achei nada, o sindicato não existe pra nós. A gente vai fazer alguma coisa eles sempre puxam pro lado da firma, não puxa pro lado do motorista. Se vai pará os caminhão pra inventar de fazer uma greve, eles são os primeiros a chegar e tirar nós dali, eles puxam pro lado do porto, então estamos sem sindicato dos motoristas (ECAM-01 Sexo M Idade 51 Anos-2007).

Com o avanço da globalização, o conceito de sociedade civil tem sido fonte de interpretações dúbias e confusas, denunciando tanto um déficit de análise e reflexão teórica como a própria fragilidade de nossa democracia (PLASTINO, 2005). Por sociedade civil, deve-se tomar o conjunto de práticas sociais, com suas relações, processos, normas, valores, percepções e atitudes, instituições, organizações, formas e movimentos.

Trata-se, pois, de um recorte analítico na complexa realidade social, vista como uma unidade síntese de múltiplas determinações. Sociedades civis se constroem pela análise histórica e teórica de cada situação, se fazem em sua diversidade de identidades, interesses, propostas e autonomias, nas oposições e diferenças, por meio de movimentos, lutas e organizações (GRZYBOWSKI, 2003).

Nesse estudo nos direcionamos para ações de Advocacy, instrumentais para a organização, o planejamento e o emprego de estratégias de ações dos movimentos sociais, processo que, como pudemos observar, ainda não construídos pelos caminhoneiros. A realidade encontrada aponta para a necessidade de uma melhor organização dos caminhoneiros, entendendo que negociar com a outra parte significa ser reconhecido como interlocutores válidos:

Não eles não fazem nada sozinhos. Os programas foram criados por profissionais de saúde, UNIVALI, Secretária de Saúde, ONGs. Eles não fazem nada por si. Não vejo. O caminhoneiro é muito envolvido com o próprio trabalho. E o sindicato aqui dentro do porto pouco se vê (EIC- 01 Sexo F Idade 57 ANOS -2007).

Não vejo nenhum movimento sindical no porto. Eles só são organizados para a festa de São Cristóvão, o padroeiro dos motoristas. Organizam passeata, comilança, mas em termos de saúde, direitos humanos e qualidade de vida, a categoria não faz nada (EIC- O1 Prof.Saúde-Sexo F -Idade 57 Anos- 2007).

Implica em terem visibilidade, solidez e poder. Afinal, exemplificando a situação do Porto de Itajaí, tudo entra e sai do porto de caminhão, logo a dependência dos patrões é incontestável. Em relação aos caminhoneiros, sentimos que para que uma iniciativa de incidência política seja bem conduzida existem questões internas no grupo que necessitam ser resolvidas, a começar por eleger uma liderança. Isso posto, é necessário realizar um diagnóstico da capacidade organizacional para advocacy, identificando as competências organizacionais bem como as fortalezas e debilidade institucionais para essa ação, e como essas podem contribuir ou dificultar o trabalho de incidência política (LIBARDONI, 1999). Perguntando aos caminhoneiros sobre a organização da categoria:

(...) Ele não consegue barganhar com o patrão. Mesmo se ele for o dono do caminhão, ele trabalha para alguma empresa (EIC 06 Prof.Saúde Sexo F.Idade 50 Anos- 2007).

Já o trabalho com profissionais do sexo, tem nos ensinado que as outras pessoas com as quais temos que lidar neste tipo de processo, não são inimigas, são apenas pessoas que estão em outro lugar, que atuam a partir de uma posição diferente. Negociar, pois, implica em sermos reconhecidos pela outra parte como interlocutores válidos, implica em visibilidade, solidez e poder. Os grupos sem poder não podem relacionar-se diretamente com a elite política. A fonte de poder está na quantidade de pessoas envolvidas no processo, na capacidade de mobilização para a ação, na quantidade e qualidade de documentação sobre o tema e a capacidade de fazer bom uso dessa informação; os recursos financeiros são desejáveis, além de possibilidade de manter-se ao longo do tempo persistindo. Nesses termos, estamos construindo a chance de um diálogo real, com uma lógica de diálogo pautada na autonomia.

Temos consciência que, seguindo diferentes estratégias de advocacy na prática política da organização, estamos gradualmente obtendo bons resultados. Os registros da Observação e Mapeamento 02 oferecem uma visão da mobilização e ação com a respectiva avaliação do impacto obtido. Como também se pode observar, a presença da mídia é fator preponderante em termos de fortalecimento do grupo, como podemos constatar nos depoimentos seguintes:

Estiveram presentes na inauguração da nova sede da APROSVI em 24-11-2006: O Sr.Secretário da Saúde, Vice Prefeito e quatro membros do Conselho de Saúde de Balneário Camboriú, a Coordenadora Estadual de aids mais uma representante do programa, no ato representando a Secretária Nacional de Justiça (Órgão Financiador do Projeto “ Centro de Referências em Direitos Humanos”, Presidente do Grupo GLS de Bal. Camboriú, representante do Deputado em cujo gabinete ventilou-se a possibilidade do projeto do Centro de Referência, todo o grupo da ONG Centro de Direitos Humanos de Itajaí-CDHI, nossos parceiros no desenvolvimento do projeto Atelier da Cidadania, Equipe de acadêmicos da UNIVALI, nossos parceiros em Marketing e Divulgação (fizeram toda a divulgação do evento, e no momento nos auxiliam na produção de um vídeo Institucional para a promoção da APROSVI), vários profissionais do sexo liderado por sua presidente, além da equipe de apoio da APROSVI totalizando 75 pessoas. A ausência da coordenadora municipal de aids, sem justificativa ou envio de representante, tornou notória a oposição ao trabalho da Associação (OM-02 Prof.Saúde Sexo F Idade 57 Anos).

As pessoas presentes no dia da inauguração da nova sede são praticamente os responsáveis pelas políticas públicas de saúde de uma região, a Associação dos Municípios do Vale do Itajaí (AMFRI):

(...) o “clima” durante a inauguração da nova sede) foi o mais agradável possível. Percebia-se a perplexidade dos membros do Conselho de saúde (a quem tanto reivindicamos) sobre como a nossa persistência tinha surtido resultados positivos. Perguntavam se os equipamentos eram nossos, se tínhamos dívidas, elogiavam o espaço físico e sua localização geográfica. O presidente do conselho prontificou-se a nos ensinar como pedir isenção do IPTU. O secretário de Saúde disse que “precisamos sim auxiliar a APROSVI, pelo importante trabalho que realiza pela saúde pública do município e região” (OM-02 Prof.Saúde Sexo F Idade 57 Anos)

A perplexidade demonstrada por membros do Conselho de Saúde frente á inserção da associação em nível Estadual e Regional nos leva a refletir sobre a

necessidade de divulgar mais as ações da associação, bem como promover troca de informações entre outras organizações, é o velho ditado: quem não é visto não é lembrado:

A parceria com a secretaria Estadual de saúde também foi reforçada, falamos da programação para a aids em 2007, onde a APROSVI trabalha como parceira da secretaria Estadual no planejamento das ações para o Estado de SC, inclusive na programação de eventos/treinamentos. Durante o a inauguração da nova sede, o pano de fundo foi o vídeo gravado na TV Justiça que divulga os trabalhos da APROSVI. As protagonistas desse vídeo são sua presidente e dois membros da equipe de apoio (EIC- O1 Prof. Saúde Sexo F - Idade 57 Anos- 2007).

Ao contrário do observado entre as profissionais do sexo, os caminhoneiros são, provavelmente pela pressão do tempo (metas a cumprir em curto espaço de tempo), mais acomodados em relação às más condições de trabalho. Apontam os problemas, reclamam, porém não exercem os direitos de cidadania que, nos dizeres de Sánchez (2004), como todos os direitos pessoais ou subjetivos, só existem realmente quando são exercidos. Quando perguntados sobre a organização da categoria e a garantia dos próprios direitos:

Eles não se preocupam com nada. Esperam ficar bem doentes para procurar serviços de saúde. Eles só se preocupam em ganhar dinheiro, o caminhão, ganhar dinheiro para a família. Qualidade de vida nenhuma (EIC- O1 Prof. Saúde Sexo F -Idade 57 Anos- 2007)

Toda classe de caminhoneiros esta preparada para reivindicar salário, é com isso que eles se preocupam, ganhar mais, mais, comprar outro caminhão, sustentar a família, mas nunca se preocupam com a saúde, com a classe, isso é genérico. E aqui em Itajaí, no Porto, não é diferente, é o que eu vejo (EIC- O5 Sexo M. Idade 45 Anos-2007)

Para Portella(2001), o trabalho, é concebido como veículo da libertação. A essência dessa concepção é a de que só o trabalho redime. O resultado tem sido o agravamento da crise social e o surgimento de grupos marginalizados gradualmente apartados do restante da sociedade. Diante disso, o que se obtém são tensões sociais, degradação social e o empobrecimento da população, expressos, sobretudo, pela

exclusão social - privação de voz reconhecida na esfera pública, acarretando a erosão da Cidadania “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidades e direitos” (ONU, 1948 –DIREITOS HUMANOS, artigo 1º).

Os caminhoneiros daqui (...) são escravos da receita federal que libera a carga para sair ou entrar no porto. Esse é o problema que não foi resolvido ainda. Não tem ninguém acima da receita federal que continua soberana na vida deles (EIC- O1 Prof. Saúde Sexo F -Idade 57 Anos- 2007).

O resultado tem sido o agravamento da crise social e o surgimento de grupos marginalizados gradualmente apartados do restante da sociedade:

Infelizmente, os caminhoneiros não têm conscientização,(...) eles não sabem que têm direitos assegurados, a briga é ferrenha entre o avulso e a transportadora. É uma concorrência desleal entre o cooperativado e o avulso. A transportadora tem mercadoria assegurada. O avulso não tem, corre todos os riscos sozinho (EIC- O5 Sexo M. Idade 45 Anos-2007)

Há uma nova felicidade que precisa ser construída, e isso acontecerá quando se desencantar o conceito de trabalho e tomar-se uma decisão muito séria, que é nessa virada de século, mudar o mundo. E só se muda o mundo, se houver a mudança na compreensão que se tem a respeito do significado do trabalho para o homem, enquanto ser humano. Ao falar-se em mudança de mundo, sugere-se na realidade, a mudança em torno das relações sociais entre os homens, sobretudo no processo trabalho/produção/consumo, alertando para uma redistribuição mais igualitária do lucro (PORTELLA, 2001). As lideranças necessitam ser preparadas para ajudar o caminhoneiro a entender seu processo de trabalho, a buscar soluções, para a categoria profissional, melhoria na qualidade de vida, acesso igualitário a serviços de saúde, acesso a serviços de educação em saúde (prevenção), oportunidades para frequentar escolas, mais lazer, senão vejamos:

Ele foi muito enfático no seu posicionamento,(...) Não adianta....,“O motorista não altera o caráter”. Eu sou filho de um caminhoneiro, vivo isso em casa. Por mais que a mídia tenha divulgação, eles não querem adquirir conhecimento, fazer mudanças (...) (OM-04 Sexo M Idade 23 Anos – 2007).

Quando a vulnerabilidade aumenta conforme à chance de exposição das pessoas, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo:

Isso, esse trabalho não vai diminuir a contaminação do caminhoneiro. Não tem explicação porque ele não usa camisinha, não tem explicação, (...) nós agora só fazemos trabalhos pontuais (SEST/SENAT). Dia 1º de dezembro, em parceria com a UNIVALI e Secretaria Municipal de Saúde, eles dão os preservativos. Em 23 de setembro, dia do caminhoneiros, - Transporte e Cidadania outro dia de campanhas. (...) OM-04 Sexo M Idade 23 Anos – 2007).

No caso dos caminhoneiros, o contexto do trabalho é também um locus de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, desse modo, os trabalhos de prevenção necessitam ser contínuos, e o acesso aos preservativos deveria ser facilitado:

(...) em Sta Catarina o SEST tem atendimentos em Florianópolis, Itajaí, Concórdia, Criciúma e Lages e estão sendo abertas agências em Criciúma e Chapecó. - Os caminhoneiros têm baixa escolaridade, adoram se fazer de vítimas, a própria sociedade fechou a porta pra eles. Eles acreditam em chavões: caminhão parado é prejuízo. Até me admiro que no dia 23 de setembro nós fizemos 209 atendimentos, entre todas as especialidades: médico, dentista, serviço de nutrição, teste pra diabetes, de visão. Não sabemos como conscientizar os caminhoneiros. (...) Pode olhar ali embaixo, se convidar aquele pessoal que olha TV e convida pra fazer um curso, eles não querem nada, caminhoneiro é acomodado (OM-04 Sexo M Idade 23 Anos – 2007).

A participação aqui tem o sentido de tomar parte na gestão do coletivo, pois quando uma pessoa, uma associação cidadã realiza atividades para o desenvolvimento do seu próprio projeto, ela está participando da gestão pública, está intervindo indiretamente na vida de sua cidade. Verificamos, também, na situação específica do SEST/SENAT, que parceria existe para realização apenas de campanhas pontuais não vão ajudar a mudar a realidade dos caminhoneiros. Em relação à Unidade do SEST/SENAT de Itajaí, a alta rotatividade de seus gerentes, nem todos comprometidos

com a causa dos caminhoneiros, tem prejudicado o avanço do trabalho. Uma infraestrutura desse porte, na área geográfica mais privilegiada para o acesso dos caminhões, próximo ao trevo de acesso à Itajaí, (posto de combustível, borracheiro, amplo estacionamento, hotel, loja de auto-peças para caminhões, loja de conveniência, boutique masculina, banheiros confortáveis, restaurante, salão de jogos, telefones públicos). É preciso uma retomada da parceria para o desenvolvimento de trabalho contínuo, envolvendo também os coletivos de borracheiros, frentistas, lanchonetes, lojas de conveniências, farmácias e demais profissões correlacionadas ao caminhoneiro.

Se os sindicatos, por meio de seus representantes, reivindicassem número de horas trabalhadas por cada 24 horas, acesso a serviços públicos de saúde, que deveriam ser disponibilizados em locais de fácil acesso por que não ao longo das rodovias, a exemplo das unidades do SEST/SENAT ?. E que essas unidades de saúde, por sua vez, fossem disponibilizadas em todo o país a distâncias que pudessem ser percorridas com no máximo oito horas de viagem de caminhão, ou a distâncias estabelecidas. A saúde desse segmento populacional poderia, assim, estar assegurada e, como conseqüência, também suas parcerias sexuais, pensando aqui na prevenção DST e ISTs. Poderiam ser desenvolvidos programas para controle de doenças crônicas degenerativas que acometem grande parcela dessa população, como também propostas dirigidas ao alcoolismo, à redução de danos, à violência, ao tráfico de menores, dentre outras a serem implantados, conforme necessidades regionais. Em Itajaí, ficou estabelecido uma unidade sanitária próxima a rota de acesso à cidade para atendimento de caminhoneiros:

O local para atendimento aos caminhoneiros - essa policlínica foi escolhida pela facilidade de acesso do caminhão. Os problemas mais simples são resolvidos no ambulatório do porto. Hipertensão, mas a prevenção da hipertensão teria que ser melhor trabalhada para ver ser realmente tratada. Tem gente que toma baldes de água e come montanhas de comida (EIC- O1 Prof. de Saúde - Sexo F Idade 57 ANOS -2007)

Compromissos com a busca por padrões mais elevados de justiça social nos levam à busca de soluções adequadas a cada contexto, combinando, por um lado,

políticas privadas e públicas que promovam o crescimento econômico sustentado, pois são elas que podem impedir que a massa de excluídos aumente e, com ela cresça também a pressão para que uma proporção cada vez maior dos orçamentos públicos tenha de ser destinados para evitar que segmentos expressivos da população vivam em condições precárias de existência; e por outro, políticas sociais universais combinadas com intervenções públicas de garantia de direitos básicos de proteção a setores vulneráveis, ou excluídos:

Se toda empresa trabalhasse educação em saúde, nossos dados epidemiológicos seriam outros (EIC- O1 Prof. Saúde Sexo F Idade 57 ANOS - 2007)

Tem um caminhoneiro que cada vez que vem ao porto vem fazer o teste de HIV, ele está sempre em janela. Daí a importância do trabalho contínuo. Água mole em pedra dura tanto bate ate que fura (EIC- O1 Prof. Saúde Sexo F Idade 57 ANOS -2007).

(...) a propósito, toda e qualquer campanha eles nos ajudam, são os caminhoneiros que montam barracas, fazem bandeirinhas, escrevem mensagens. Até contra o fumo, de cigarro na boca eles escrevem que o fumo faz mal a saúde, que o fumo dá câncer, Fazer o quê ? quando eu passo por eles, jogam o cigarro fora....risos..... (EIC- O1 Prof. Saúde Sexo F Idade 57 ANOS -2007).

Os dilemas e desafios aumentam em uma escala diretamente proporcional ao número dos que dependem direta e imediatamente da atenção da administração pública e da disponibilidade de recursos financeiros, humanos e político-institucionais:

Acho que fazemos a nossa parte (no Porto de Itajaí), mas não o suficiente. As empresas e sindicatos deveriam fazer a sua parte, isso é lei trabalhista como a norma nº 7, norma trabalhista, portaria 3.214/78, por exemplo (EIC- O5 Sexo M. Idade 45 Anos-2007)

Devido à falta de fiscalização, assistência medica periódica não é feita, e ao mesmo tempo falta de conscientização das próprias empresas (...) não fazem e o caminhoneiro precisa trabalhar e fica quieto, trabalha (EIC- O5 Sexo M. Idade 45 Anos-2007).

A vulnerabilidade é vivenciada pelos caminhoneiros, tanto pelos autônomos que correm contra o tempo porque (“tempo é dinheiro”) e custeiam tudo - desde o

caminhão muitas vezes comprado em intermináveis prestações, à manutenção do veículo, da família além da própria permanência fora de casa – como os caminhoneiros com vínculo empregatício, que “deveriam ter assegurada sua seguridade” mas que correm contra o tempo para propiciarem maior lucratividade à empresa:

No porto, no ambulatório ele é atendido para diabetes, hipertensão, e é atendido na hora, ele sabe disso é divulgado pela equipe de prevenção, o pessoal que atende no container (EIC-O5 Sexo M. Idade 45 Anos-2007).

Sim diariamente, trabalha de segunda a sábado. E domingo tem corporação de bombeiros que também faz atendimento de urgências. Aí não têm o ambulatório, só urgências a partir de sábado à tarde (EIC- O5 Sexo M. Idade 45 Anos-2007).

A atual administração municipal tem contribuído sobremaneira para o trabalho de prevenção e assistência da população portuária. O container da prevenção como é chamado o local de parada da equipe móvel de saúde, fica no trajeto obrigatório dos caminhões para carga e descarga. Apesar do ambiente ser apertado (é um container transformado em sala) é aconchegante, tem ar condicionado, e os caminhoneiros sentem-se valorizados junto a equipe de saúde. Esse trabalho trata-se de um investimento na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos caminhoneiros e os sujeitos profissionais de saúde, que constituem os sistemas de saúde e dele usufruem:

Em media 30 caminhoneiros passam pelo container dia.No porto tem 600 a 700 caminhões dia, inclusive mais, dependendo do movimento dos navios.Mas no corpo a corpo, fora do container, atendemos muitos mais, vamos distribuindo preservativos, conversando tirando dúvidas, encaminhando quando necessário. A demanda para atendimento dentro do container é espontânea eu acho um bom número/dia (EIC- O1 Prof.Saúde Sexo F Idade 57 ANOS -2007).

Aqui no Porto é feita toda a parte educativa, orientação, distribuimos material, podem pegar até 9 (nove) preservativos dia, e tem quem pegue. A secretaria de saúde de Itajaí fornece todos os insumos. O porto e a secretaria é quem pagam esse trabalho (EIC- O1 Prof.Saúde Sexo F Idade 57 ANOS - 2007).

Aqui no Porto também temos um trabalho chamado de escola aberta. Vamos as escolas aos sábados fazer oficinas sobre vários assuntos de saúde. Inclusive DST/aids. É maravilhoso, chama-se Porto Saudável o projeto, tanto os alunos como os nossos multiplicadores reconhecem a importância do

trabalho. E estamos trabalhando também filhos de caminhoneiros e de portuários, que fazem parte dessa população atendida nas escolas. A prefeitura de Itajaí está sim fazendo um bom trabalho de prevenção com os portuários e caminhoneiros (EIC- O1 Prof.Saúde Sexo F Idade 57 ANOS - 2007).

Brevemente, essa equipe receberá um local novo que está sendo construído especificamente para esse fim. Percebi orgulho da equipe em prestar esse tipo de serviço - todos sem exceção, do diretor do Programa de Saúde Ambiental- Porto Saudável, da equipe do container da prevenção, liderados pela enfermeira, aos enfermeiros e demais técnicos do ambulatório:

Os funcionários são acadêmicos da UNIVALI, de vários cursos; são pagos pelo porto, a quantia de 450.00 reais. São contratados, além disso recebem a metade da mensalidade do curso que estão fazendo, pago pela prefeitura. Eu tenho os melhores funcionários. Com esse salário posso escolher bem, graças a Deus. Aqui também fizemos o teste para HIV com pré e pós aconselhamento. Esse paciente aí na sala ao lado está “em janela”. Cada vez que vem a Itajaí faz o teste de HIV. Não adianta dizer que só fazer o teste não adianta, ele vive em janela (EIC- O1 Prof.Saúde Sexo F Idade 57 ANOS -2007).

O nosso trabalho Ambulatorial, faz verificação de pressão arterial, glicemia, um trabalho de prevenção as dst/aids, com distribuição de preservativos, folders educativos e oficinas. Tem um trabalho contínuo de educação continuada em saúde; por exemplo essa semana estamos vacinando contra sarampo. Aqui é área alfandegada. Precisamos cuidar da saúde de quem anda por aqui. Caminhoneiros, funcionários, estivadores até a população em geral que passe por aqui. Isso é a lei e temos que cumprir. Observação: aproveitei para me vacinar contra sarampo nesse dia (EIC- O5 Sexo M. Idade 45 Anos-2007).

Nós gastamos 3.300 Preservativos mês e até mais, se acontecer no período alguma campanha que atenda a população em geral. Aqui dispomos dos três tamanhos existentes, não temos problema de quantidade. Pediu recebe, sempre acompanhado de ação educativa (EIC- O1 Prof.Saúde Sexo F Idade 57 ANOS -2007).

A distribuição orientada de preservativos, na quantidade desejada pelo usuário, a exemplo do que é feito no porto de Itajaí, é uma medida acertada na política de prevenção a esse segmento populacional, e deveria ser implantada por outros serviços.

Para Veiga e Carneiro (2005), no âmbito das iniciativas políticas de proteção

social, o Brasil, teve mudanças importantes a partir de meados da década de 90. Todavia a partir de 2004, ocorre à implantação da política mais ambiciosa, a legislação decorrente da Constituição de 1988. Pressionado por movimentos sociais, são introduzidas inovações importantes na gestão (criação de regras de pactuação e de distribuição de recursos e de competências entre os entes federados); no aumento da porosidade e da responsabilização da administração pública através da institucionalização de mecanismos de participação e de controle societal (envolvimento de representantes da sociedade civil organizada e dos prestadores de serviços nos conselhos gestores de políticas sociais); na ampliação das possibilidades de parcerias para oferta de serviços públicos e na descentralização de recursos e de competências, ampliando a importância da atuação das administrações públicas municipais. No entanto, como estudos sobre políticas específicas têm demonstrado, não se trata de um movimento linear, regular e homogêneo. O processo é conflitivo, pois afeta interesses estabelecidos e a viabilização dos avanços depende fortemente da capacidade de negociação dos atores envolvidos (governo central, administrações subnacionais, partidos políticos, movimentos sociais, corporações profissionais, movimentos sociais, prestadores de serviços, dentre outros). E é aqui que notamos uma diferença gritante entre os dois segmentos populacionais, caminhoneiros e profissionais do sexo. Enquanto os caminhoneiros se submetem ao sistema, elas fundam sua associação e lutam por respeito, direitos e acesso a serviços de saúde:

Os prof. do sexo são organizados, a APROSVI de Balneário Camboriú, ela teve um momento de desorganização pegaram muito trabalho e não conseguiram dar continuidade. Mas agora mudou tudo, ela se reorganizou para funcionar. Ela cuida do Vale do Itajaí, como problemas de ponto de rua, a APROSVI resolveu, em Itajaí também resolveu. Agora esta funcionando de novo (EIC- O4 Prof. Saúde- Sexo F Idade 28 Anos-2007).

De caminhoneiro eu não tenho nem idéia. As profissionais a gente trabalha, mas elas mesmas não correm muito atrás. Mas ficam contentes quando a gente vai até elas. Mas agora já procuram as consultas sozinhas. Antes era só a gente que fazia isso (EIC- O3 Prof.Saúde-Sexo Fem. Idade 31 Anos -2007).

Eu só noto preocupação em trabalhar mais e ganhar mais. Eles hoje são máquinas, são preparados só para trabalhar (EIC- O5 Sexo M. Idade 45 Anos-2007).

A luta da associação, que mais do que nunca trabalha para construir uma rede social articulada, permite pensar a própria APROSVI como uma rede de humanização permanente de laços de cidadania. Trata-se de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também olhá-lo como sujeito de um coletivo da história de muitas vidas. Através de um conjunto de ações planejadas, a Associação procura abrir canais de interlocução com instâncias de poder, e, para que isso aconteça é necessário que a própria organização seja forte, tenha objetivos claros dentro da missão que almeja alcançar. É nesse ponto indissociável que a Associação se define aumentando o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a APROSVI:

Eu conheço desde que ela foi fundada, mas não participava (GFPS-PSexo 04 Sexo F Idade 28 Anos- 2007)

Eu desde o início, quando começou o Projeto Bem Me Quer (GFPS-PSexo 06 Sexo F Idade 28 anos-2007)

Claro que sei, ajudei desde a fundação, eu sempre participo e venho nos eventos, assembléias, até já fui em outros Estados pra representar a associação. (...) é muito bom... olha, acho que é muito bom e com essas conquistas a nosso favor a profissão ganha, eu ganho, toda profissional do sexo ganha né! Ai agente ia ser uma verdadeira profissão, hoje a gente só tem deveres, nada de direitos como trabalhadores, né! Ia poder colocar bem grande na minha carteira: profissional do sexo, Oh glória! (EPS-05 Sexo M- Idade 30 Anos- 2007).

No que tange a busca pelos direitos, faz-se necessário destacar o papel essencial da APROSVI, tanto de sua coordenação como das parcerias realizadas e trabalhos desenvolvidos em outros municípios da região; de real protagonismo no estabelecimento de políticas públicas, notadamente no campo da saúde e da prevenção de aids:

Um grande avanço, principalmente eu que sou gaúcha, no meu estado eu nunca ouvi falar que existisse uma associação que defendesse a mulher, só ouvi falar que defendiam travestis, mas não as mulheres. Fiquei muito feliz porque assim a gente não se sente sozinha, tu podes trocar idéias, uma aprende com a outra, cada uma tem sua experiência pessoal, tem seu modo de ver as coisas e juntas acho que podemos aprender e fazer muita coisa. (GFPS01-PS02- Sexo F- Idade 37 Anos – 2007)

Eu acho que isso é importante. Na Europa isso é uma profissão registrada,

com aposentadoria, tem vários direitos que nós não temos. Eu acho que seria muito bom para gente ter direitos iguais as outras pessoa (GFPS-PSexo 02 – Sexo F- Idade 37 Anos- 2007).

Comigo particularmente ela (PS 01) me explicou sobre a carteirinha, sobre os benefícios que a carteirinha poderia me trazer, como quando fomos abordadas pelos policiais, os preservativos que eu teria nos dias que ela distribui e que nunca deixa faltar, sobre o gel lubrificante que eu achei uma ótima idéia e que é necessário, e ainda todas as informações sobre saúde. (GFPS-PS05- Sexo F Idade 34 Anos -2007)

É notório também o reconhecimento e engajamento dos profissionais do sexo em sua associação. A multiplicidade de iniciativas que vêm sendo empreendidas pelos profissionais do sexo e sua organização demonstra que pessoas comuns, em sua interação cotidiana com outros na comunidade e na sociedade, são capazes de desenvolver modelos de conduta ditados, não pelo interesse ou mero sentido de obediência a regras externas, mas sim decorrentes de suas convicções pessoais:

Acabei de me associar, e vou contribuir na melhoria da Associação, porque é uma grande realização termos esse centro aqui em Balneário Camboriú, e direcionada às Profissionais do Sexo. (...) Fazer mais eventos e realização de seminários e capacitações seria uma boa (EPS-06 Sexo M Idade 28 anos-2007).

É uma grande realização... eu achei o máximo saber que tem um lugar onde você possa recorrer e ser bem atendida, saber que é da nossa classe, então, é muito bom. Estou maravilhada com isso (EPS 03 Sexo F Idade-18 Anos-2007).

A perspectiva de transitoriedade da profissão também é um fator importante a ser considerado quando se trabalha com profissionais do sexo. É necessário destacar que, nos município da região vemos a ausência total de políticas públicas voltadas para este segmento populacional e falhas importantes no atendimento aos direitos das trabalhadoras noturnas em geral por exemplo, creches noturnas, salas de supletivo no período da tarde, entre outros. Sendo migrante, situação em que se encontra a maioria dos profissionais do sexo que têm participado da APROSVI, há dificuldades adicionais de acesso a informações vitais e à serviços. Um pré-requisito para a inclusão social é o

reconhecimento e implementação dos direitos de migrantes e trabalhadores do sexo. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais do sexo coloquem na agenda dos municípios suas especificidades e necessidades, num modelo ético e de humanização, onde o trabalho sexual seja reconhecido como escolha, os profissionais do sexo como seres humanos, e os seus direitos, universais, não sejam violados:

(...) será extremamente positivo, pois no momento pago INSS como autônoma, mas seria ótimo poder ter todos os meus direitos e ser reconhecida como uma profissional do sexo. (EPS- Sexo M-02 Idade 22 Anos 2007)

(...) assim estamos vencendo uma grande luta que já vem de muitos e muitos anos, e que só assim a gente coloca na cabeça do povo que somos todos iguais (EPS-06. Sexo M Idade-28 Anos-2007).

Meu futuro, eu to pensando. Tanto, que eu to guardando dinheiro para comprar a minha casinha e daqui um ano e meio eu já vou fazer minha faculdade e pretendo sair dessa vida, fazer um cursinho para trabalhar em alguma coisa. Não sei que curso, sei lá, designer, história, não sei ainda, tem que ver o que dá dinheiro e não só o que eu goste (EPS 01- Sexo F Idade 30 Anos – 2007).

Após essas falas queremos resgatar a análise da Pesquisa “Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras” (Brasil, 2003 p.66-67). Comparando os trabalhos de prevenção nas três regiões estudadas, Itajaí (Bem Me Quer) é citado como já apresentando avanços na questão de auto-organização, mas que na época não apresentou nas falas dos sujeitos de pesquisa posicionamentos que as diferenciassem das mulheres de outros sítios, no tocante a questões como identidade, associatividade, cidadania e direitos.

Inferimos que os avanços ora encontrados são frutos de um trabalho ininterrupto e que entre um estudo e outro transcorreram quatro anos, tempo que vem ajudando a fazer a diferença nos resultados ora obtidos. A APROSVI, através de sua diretoria e membros mais atuantes, vem desenvolvendo a capacidade de mobilizar os integrantes do grupo, dos aliados, bem como o público em geral, em ações de promoção e defesa. Dentre as muitas atividades de mobilização estão os trabalhos de incidência política como: reuniões com os tomadores de decisão e pessoas que têm influência sobre os mesmos, entrevistas e conferências à imprensa e outros eventos de

mídia, audiências públicas nas casas legislativas, pesquisas de opinião, pesquisa-ação, atividades de conscientização, sessões de accountability com agentes institucionais, registro eleitoral e educação dos eleitores, lobbyng, ações de litígio, informes políticos e, acima de tudo, registrando sempre que possível suas ações através da mídia, seguindo rigorosamente a cartilha do Advocacy, de Libardoni (1999) e ASICAL (2005).

5.5 Considerações acerca dos serviços de saúde

Se quisermos avançar em termos de democracia participativa, devemos reconhecer que muitas organizações sociais, dentre elas os serviços de saúde, são pouco democráticas em seu funcionamento e em suas práticas. Nesse sentido, “a participação da cidadania consistiria, por meio da ação coletiva, em se tornar protagonista, para intervir ativamente e ter a capacidade de exercer influência no desenvolvimento das políticas públicas, assim como nos processos sociais e políticos nos quais está presente” (SÁNCHEZ 2004, p.32). Para este autor a participação cidadã não tem progredido muito na definição, elaboração e execução das políticas públicas, bem como nos processos sociais e políticos nos quais está presente. Quando falamos da democratização do acesso aos serviços básicos, estamos pressupondo desigualdade entre os participantes. Nesse sentido queremos destacar algumas falas e considerações sobre elas:

Os caminhoneiros não têm acesso a serviços de saúde por indisponibilidade deles. Porque os serviços teriam como absorvê-los. Existe uma divergência na disponibilidade dos profissionais de saúde (OM 03 Prof. de Saúde Sexo F- Idade 46 Anos -2007).

Não, porque as cidades se preocupam com a situação dos moradores, não com quem vem de fora. Ele procura os atendimentos de urgência. Então ele não resolve nunca o problema, ele trata os sintomas (EIC- O5 Sexo M Idade-45 anos-2007).

Valla e Stotz (1996, p. 120) denominam essa postura de “dominação

ideológica”, - achar natural que os populares “corram atrás” dos seus direitos, pois uma coisa é saber objetivamente que a organização e a mobilização dos trabalhadores são necessárias numa sociedade como a brasileira, e outra coisa é achar que tal procedimento é “natural”. O processo de construção dessa imagem de classe trabalhadora, que certamente é um processo inconsciente para a maioria dos técnicos que desenvolvem suas atividades profissionais nos serviços públicos, resulta numa colaboração com uma política do governo que faz com que a força de trabalho seja reproduzida a baixíssimo custo. Some-se a estes problemas a alta rotatividade dos funcionários e a falta de comprometimento com a resolutividade dos problemas e levanta-se outro fator predisponente de cronicidade dos agravos à saúde e diagnósticos tardios em casos de DST/Aids e outras doenças infecciosas.

A crescente compreensão das interligações entre a questão da saúde do trabalhador e a relacionada ao meio ambiente, recoloca o debate clássico sobre a determinação do processo saúde e doença. O que observamos ainda, é o despreparo dos profissionais de saúde para avaliarem as necessidades da clientela atendida nos locais onde prestam assistência:

Temos a Policlínica do (...) que é a nossa referência, resultado da pesquisa de 2004, porém a contra referência não está funcionando, nunca sabemos se foram atendidos, como foi o atendimento (EIC- 01 Prof.Saúde Sexo F Idade 57 ANOS -2007).

Na minha cidade eu vou no posto de saúde, mas se eu tiver pressa em outra cidade, sei que vou pagar particular (ECAM-05 Sexo M Idade -30 Anos-2007).

(...) a média de atendimentos é de três a quatro caminhoneiros/dia, geralmente são de fora, querem consultar no dia, praticamente na hora que chegam, e têm como queixas: Dores de cabeça, pressão alta, braço dormente, vômito, dores no peito. Os funcionários procuram encaixá-los o mais rápido possível, muitas vezes são eles que ocupam as vagas de emergência do serviço (OM PSexo 01 Sexo F Idade 40 Anos – 2007).

Preocupados em atender a demanda dos serviços, os profissionais de saúde não estão treinados para o acolhimento, e, a resolutividade de clientelas específicas:

Os serviços não estão preparados. Precisa ter mais abertura para esses pobres homens. Eu aqui faço educação. Mas se ficam mal, tenho que mandar para o hospital. Um paciente grave, outro dia, medicamos no ambulatório,

estava com a pressão altíssima mesmo assim, depois de medicado seguiu viagem, fazer o que ? Ele não podia esperar até ser atendido por ele. (EIC- O1 Prof. de Saúde - Sexo F Idade 57 ANOS -2007).

Não, os trabalhos não são suficientes(...) enquanto existirem portadores de HIV, precisa ser trabalhado. A meu ver deveriam existir mais parcerias, mais lugares desenvolvendo esse trabalho. Não são suficientes, enquanto tiver HIV positivo temos que fazer mais e mais, agora por exemplo em Balneário Camboriú estamos trabalhando com a terceira idade. (EIC- O1 Prof. de Saúde - Sexo F Idade 57 ANOS -2007).

A grande maioria dos participantes refere-se à falta de qualidade e à inacessibilidade nos serviços de saúde públicos; e na nossa região referem-se também aos serviços oferecidos pelo SEST/SENAT que não atendem às necessidades específicas dos caminhoneiros como, por exemplo, funcionar aos sábados e domingos e mais tempo de atendimento em horário de descanso do caminhoneiro. No cotidiano dos serviços de saúde, observa-se confronto entre os profissionais que atuam ou deveriam atuar com o mesmo objetivo.

Na pesquisa de 2004, o SEST/SENAT prestava um serviço de saúde considerado bom pela maioria dos entrevistados, assunto já explorado no capítulo da vulnerabilidade. O que analisamos agora são as opiniões de profissionais de saúde acerca das necessidades para melhoria da qualidade desses serviços, melhor dizendo para atingirmos a integralidade da assistência à saúde das populações móveis:

Quanto ao Porto, é a melhor equipe, eles é que estão preparados para trabalhar em parceria com o SEST/SENAT, mas não dá. Teria que aumentar a equipe. Enxergo que as equipes devem se mesclar, todas as equipes precisam dominar tudo. Os profissionais de saúde não têm visão global. A gente não sentou para discutir como estamos fazendo agora (EIC-06-Prof.Saúde-Sexo F Idade 50 Anos -2007).

Acho que não, muita coisa tem que ser revista e organizada. Eu vejo que pra começar os profissionais de saúde precisariam de uma humanização. Eles barram gente do município, que dirá quem vem de fora; o profissional não está preparado para estar atendendo essa clientela flutuante. (EIC 04- Sexo F 28 Anos-2007).

Eu acho que o caminhoneiro precisaria ser atingido fora do porto. Nos não temos pernas. O estado, o município, precisa ter parcerias para enfrentar esse problema. Alguém precisa financiar, ou investir nessa prevenção tão necessária. Não adianta ir uma vez por ano na Br 101. Precisa distribuir preservativos de forma fácil em postos de gasolina, bares, Lojas de

conveniências (EIC- O1 Prof. de Saúde - Sexo F Idade 57 ANOS -2007).

Comparando as duas populações quanto à dificuldade de acesso a serviços de saúde, se para o caminhoneiro é difícil estacionar em frente às unidades de saúde ou os serviços de saúde são distantes de suas rotas, os profissionais do sexo lutam com outra dificuldade, o preconceito:

Acho que os profissionais de saúde têm dificuldade em atender pessoas de comportamento não aceitos socialmente (EIC-06- Prof. de Saúde- Sexo F. Idade 50 Anos).

Como eu já disse, tem muito profissional de saúde que devia voltar pra faculdade ou fazer pelo menos um curso de aperfeiçoamento em direitos humanos, pra ver se aprendem a tratar a nós travestis e aos profissionais do sexo com respeito, mas respeito mesmo, não só por obrigação. Você sente quando alguém é legal ou é falso. Seria muito bom que nos respeitassem mesmo. Somos iguais a todo mundo, queremos só respeito. (EPS- 04 Sexo M Idade- 25 Anos- 2007).

O estigma, a populações de maior vulnerabilidade embora velado ainda é uma barreira nos serviços de saúde. Líderes comunitários e profissionais de saúde podem ajudar a diminuir o estigma da homofobia, evitando práticas discriminatórias. A mobilização da comunidade e o envolvimento de grupos mais estigmatizados como profissionais do sexo podem também ser importantes:

Para mim foi bom, mas às vezes tem umas recepcionistas no balcão que às vezes estão de mau humor, deveriam ser mais educadas né! (EPS-05 Sexo M Idade 30 Anos- 2007).

Olha, as travestis tem reclamação. Tem uma que foi no CIS e ela não foi atendida porque ela não tinha doença “ah, você só vai ser atendida se você tiver gonorréia”, daí ela voltou no outro dia e falou que tinha gonorréia. Então você vai ser atendida agora. Ela já foi discriminada ali no CIS (EPS 01-3 Sexo F Idade 30 Anos -2007).

Saúde pública (SUS), normal como outra pessoa qualquer, óbvio que existe o preconceito das pessoas que estão de fora, e não de quem trabalha na rede pública (EPS-06 Sexo M Idade 28 Anos – 2007).

É preciso registrar o fato de que o grupo que se está denominando de profissionais do sexo não é homogêneo, mas inclui um conjunto de segmentos com características, culturas, necessidades e linguagens diferentes, que as ações de saúde deverão reconhecer e contemplar. Mesmo o grupo de mulheres profissionais do sexo possui cultura, linguagem e necessidades diferentes, segundo suas diferentes origens regionais e sociais. Além disso, o estigma e a discriminação conferem uma certa invisibilidade à essa população, para os serviços de saúde e as estatísticas (BRASIL, 2002).

De qualquer forma, ela precisa ser melhor identificada e quantificada, tanto para permitir dimensionar o esforço de intervenção necessário como para avaliar seus resultados. Embora em nossa região esses anos de militância política, de árduo trabalho de campo, já tenham atenuado o problema, as opiniões sobre os serviços não mentem:

Olha, já foi pior, agora está melhor, mas ainda poderia melhorar. Ah, a gente tem que chegar lá e não só porque é profissional do sexo eles ficam olhando torto, porque eles tem pré-conceito, muito pré-conceito. (EPS 01 Sexo F Idade 30 Anos- 2007)

Sempre vai existir o desdém e o preconceito, já fui varias vezes humilhada por causa disso, tipo não me deixar entrar e fazer consulta e não me dar à vez, essas coisas que ainda existe em nosso país e também fora, mas acho que agora já deu uma melhorada, assim eu espero. (EPS 03 Sexo F Idade 18 Anos- 2007)

Elas nos olham como se fossemos um lixo, um monstro e não sabem que somos todos filhos de DEUS, independente do que fizemos ou somos. (EPS-06 Sexo M Idade 28 Anos – 2007)

Então, como não tenho plano particular, eu recorro ao SUS, acordo cedo pra poder marcar consulta e espero o tempo que for pra ser atendida, não posso querer mais do que isso, é o que meu orçamento e condições pessoais me dão. (EPS-03 Sexo F Idade 18 Anos – 2007)

De certa forma, este estado de coisas nos ajuda a entender a relação da população com os serviços públicos, em especial os da saúde. “Esta relação é marcadamente caracterizada pela solicitação e concessão de favores, esvaziando esse espaço de todo e qualquer sentido de direito conquistado pelo pagamento de impostos e tributos diversos” (BRASIL 2002 p. 76). Tanto por parte do usuário quanto do

servidor impera a noção de gratuidade dos serviços prestados, produzindo uma eterna dívida social a ser paga pela sujeição do indivíduo. No final das contas, agradecemos, servilmente, quando nossas demandas são atendidas; e calmos, humilhados quando estas nos são negadas. As falas acima, nada mais são do que a confirmação dos autores.

VI UMA SÍNTESE FINAL – REAFIRMAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Essa pesquisa objetivou analisar a relação entre vulnerabilidade e protagonismo a partir da experiência de profissionais do sexo e caminhoneiros frente a aids. O estudo preocupou-se também em mostrar a interface existente entre profissionais do sexo e caminhoneiros na produção da vulnerabilidade à aids.

De modo geral, os sujeitos reconheceram o risco do “sexo desprotegido” na vulnerabilidade ao HIV/aids e afirmaram que é preciso ter “cuidado”. No entanto, os discursos demonstraram que esta população não costuma usar o preservativo. Configura-se um alto fator de vulnerabilidade entre as profissionais do sexo e caminhoneiros a relação com os parceiros, uma vez que a ampla maioria não utiliza preservativo com os parceiros fixos. Dentre os entraves para o seu uso estão o incômodo provocado no homem e na mulher, o amor, a paixão, a crença de que a relação sexual não é tida como perigosa quando se tem parceiro(a) fixo(a), cuja responsabilidade de se proteger é sempre do “outro”. No caso dos caminhoneiros, a responsabilidade por “ter” o preservativo é dos profissionais do sexo. Uma minoria dos participantes ainda refere que a adoção do sexo desprotegido é também influenciada pela percepção de que determinados clientes sexuais “parecem” estar saudáveis, são bonitos e não aparentam ter nenhuma infecção sexualmente transmissível. É um aspecto fundamental e deve continuar a ser tratado ininterruptamente nas estratégias preventivas já implementadas e/ou a serem implantadas com essa população. Em função desses resultados, é necessário em termos de estratégia de prevenção para HIV/DST/aids que se amplie os locais de acesso e disponibilização dos preservativos, a divulgação dos locais que já distribuem, os locais onde os preservativos podem ser retirados gratuitamente, horários, ao longo das principais rodovias e nos postos de paradas e rodoviários mais freqüentados, para num segundo momento se estender a todos os postos e casas de prostituição no entorno, e facilitar ao máximo para que os preservativos estejam acessíveis para essa população.

Também precisa ser revista a “quota” de preservativos a ser distribuída gratuitamente, afinal se estamos falando de prevenção, temos que prevenir sempre e, em estratégia epidemiológica, essa economia (de preservativos) acaba saindo muito cara em termos de antiretrovirais e demais medicamentos para doenças oportunistas, sem falar no caos social causado por ocorrências de transmissão vertical, da perda prematura de vidas humanas e dos órfãos da AIDS.

Fatores como uso de álcool e uso de outras drogas aparecem como importantes no não-uso da camisinha, assim como o fato de não estar à mão, custar caro – e a ainda pequena divulgação local dos serviços que disponibilizam gratuitamente os preservativos.

O estudo também identificou e descreveu experiências de protagonismo/advocacy em construção por profissionais do sexo e caminhoneiros em relação à aids.

Acompanhando esses dois segmentos sociais há quase vinte anos, observo que através da APROSVI, as profissionais do sexo deram um salto quali/quantitativo na extensão dos direitos sociais adquiridos, que estão se estendendo pela região do Vale do Itajaí, contrastando com os caminhoneiros, que sofrem limitações até mesmo no que se refere à atuação dos sindicatos em prol da categoria; ou seja, trata-se de conseguir a extensão dos direitos sociais a toda a coletividade, de modo que a reprodução da força de trabalho seja realizada em nível visto como adequado pelo conjunto da sociedade.

Os dados da pesquisa atual demonstram existir um padrão de consenso entre a grande maioria dos entrevistados: caminhoneiros participantes de grupos focais, e entrevistas individuais, informantes chave, bem como das observações/mapeamentos, em relação à reivindicação da categoria para melhorias das condições de acesso aos serviços de saúde e mesmo sobre o processo de trabalho, situações que os induzem a apresentarem problemas de saúde.

A epidemia de HIV e Aids é a maior epidemia de toda a história da humanidade e, frente a este imenso desafio, não há lugar para a inércia ou a indiferença. A constatação de que muito já foi conseguido deve sim servir de estímulo a que muito mais seja feito, na direção de um mundo em que o sofrimento possa ser minorado e os

hiatos entre os que dispõem de recursos e os que nada têm possam ser superados, em prol do direito de todos a uma vida digna. Os resultados obtidos abrem espaço a novas reflexões, discussões e futuras avaliações do processo de elaboração das políticas de saúde dos municípios da região do Vale do Itajaí, que possibilitem sua real implementação e consolidação, enquanto instrumento de gestão. Como os assuntos focados nesse estudo foram primordialmente local/condição de trabalho, acesso a serviços de saúde, gênero e saúde, procuramos averiguar se houve avanços/retrocessos em relação as recomendações de estudos anteriores, principalmente estudo RARE (2004) e, verificamos a necessidade de insistir em recomendações já reconhecidas, uma vez que nosso intuito é diminuir as vulnerabilidades a que continuam expostas essas duas populações.

Finalizamos este estudo com um convite à diversidade de atores e sujeitos comprometidos com a saúde de populações excluídas, para que compartilhem dessa experiência e, juntos estabeleçamos alianças e propostas estratégicas para enfrentar o desafio de proporcionar melhorias no acesso a serviços de saúde e diminuição das vulnerabilidades das populações ora estudadas. O estudo atual reforçou a evidência de que os caminhoneiros, em seus principais locais de parada em Itajaí, não são contemplados adequadamente em número de horas/atendimento à saúde e que os profissionais de saúde não avaliam a dimensão das dificuldades encontradas para o acesso aos serviços ou para a resolutividade dos problemas de saúde. Além disso, ficou claro que os serviços de saúde existentes trabalham de forma dissociada e que isto, por si só, já é um elemento que não favorece a ampliação do potencial de respostas destes serviços.

Os profissionais de saúde do porto encaminham caminhoneiros para a unidade de referência, mas não recebem a contra referência. Os tomadores de decisão em políticas públicas têm consciência do problema, todavia, por múltiplos afazeres, não promovem encontros entre os diversos serviços que prestam assistência a essas populações, a fim de que, em conjunto, planejem políticas públicas adequadas; que acolham e promovam saúde. Enfim, políticas que respondam às reivindicações e necessidades manifestas pelas próprias populações móveis, de modo a, gradativamente, diminuir os índices de contaminação ao HIV/Aids, demais doenças

infecciosas e agravos à saúde em geral.

Os caminhoneiros estão sem liderança que seja reconhecida como tal, uma vez que, seus sindicatos são vistos como fiéis à classe patronal. Os profissionais do sexo na região estão organizados através da APROSVI, que luta pelo próprio reconhecimento e afirmação, envolvendo um bom número de atores sociais além dos próprios profissionais do sexo. Já existe um grupo de profissionais do sexo integrado e atuante em ações de protagonismo/advocacy na região do Vale do Itajaí e, porque não dizer, no Estado de Santa Catarina. O empoderamento pressupõe, como condição inicial, a quebra do isolamento social e, para esse fim, nada mais eficaz que a participação de populações vulneráveis nos movimentos organizados ou até mesmo nas organizações mais pragmáticas, que buscam o bem-estar (tais como promoção da saúde, saneamento e educação). Foi isso que vi acontecer com a APROSVI.

É notório o estigma/discriminação ainda sofrido pelo segmento social profissionais do sexo, manifestado tanto pela população em geral, como entre os profissionais de saúde. Porém, o acesso a serviços de saúde pelos profissionais do sexo está melhor do que para os caminhoneiros.

Os dados obtidos, a exemplo da pesquisa RARE (2004) confirmam que o uso de camisinha, embora relatado como freqüente e consistente, na prática ainda se configura como elemento distante da prática sexual cotidiana. Recomenda-se que sejam realizadas campanhas de conscientização para os profissionais do sexo, enfatizando-se o uso correto, a necessidade de uso incondicional e a possibilidade de empoderamento – para que consigam negociar o uso com os clientes, sem sofrerem as conseqüências da violência, muitas vezes percebida como inerente. Recomenda-se que este trabalho seja continuado, com articulações com os serviços de aconselhamento dos postos de saúde e programas de DST/Aids, tanto de serviços públicos como particulares. O uso do rebite, continua e é admitido pelos caminhoneiros e empresários do setor de transportes com uma “certa naturalidade”, pois caminhoneiros precisam cumprir entregas em determinado espaço de tempo. Recomenda-se deflagrar uma campanha massiva de esclarecimento incluindo: - o uso de rebite, isolado ou com outras drogas, e suas possíveis seqüelas - envolvendo parceria entre Saúde Mental, Secretaria Nacional Anti_Drogas (SENAD), Polícia Rodoviária e o SEST/SENAT; -

fiscalização das Transportadoras e suas práticas de incentivo ao uso do rebite, ou indiretamente por não cumprirem as jornadas de trabalho com o máximo de horas dia/caminhoneiro; - fiscalização nas estradas (barreiras em locais incertos, em dias alternados) visando a impedir motoristas dirigirem alcoolizados/drogados, utilizando o teste anti-dopping, além do teste com bafômetro; - o incentivo ao cuidado integral com a saúde por parte do caminhoneiro: alimentação lazer, férias, equilíbrio entre horas trabalhadas e horas de descanso precisa ser trabalhado pelas próprias transportadoras e, em serviços de prevenção ao longo das rodovias e locais de paradas de caminhoneiros.

Quanto aos serviços e profissionais de saúde recomenda-se aprimorar, nos postos de saúde, a articulação com os serviços de DST/AIDS para aconselhamento e assistência, nos casos necessários. Trabalhar as questões da imunização para hepatites e febre amarela, para todos e, em especial, para os soropositivos para HIV. Ainda é importante insistir nas estratégias de incentivo ao uso constante de preservativos, nas relações conjugais e extraconjugais, e também especificar o importante papel dos preservativos na prevenção às DST/AIDS, e não apenas como anticoncepcional.

Parcerias entre serviços públicos de saúde, centros formadores de profissionais de saúde, ONGs e demais segmentos da sociedade civil precisam ser estimuladas a acontecer. Essas participações cidadãs, por meio de ações coletivas que promovam o protagonismo entre as populações vulneráveis, podem exercer influência no desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Como enfermeira atuante na educação e em serviços públicos de saúde é com pesar que vejo a falta de envolvimento das pessoas em suas comunidades de pertencimento. Vejo também que se desejamos que os sujeitos de pesquisa sejam protagonistas/atores sociais, precisamos exercitar a responsabilidade na construção de identidade e autonomia, com comprometimento nos processos de discussão, decisão, projeto e execução de estratégias e práticas para dar soluções concretas a problemas concretos, como nos incita SÁNCHEZ (2004). E concluímos com a tese inicial dizendo que: há uma relação entre a vulnerabilidade e a Aids e problemas de empoderamento, sendo que populações de caminhoneiros e profissionais do sexo possuem uma importante interface na produção da vulnerabilidade à aids, e esta vulnerabilidade “interage” a potenciais de protagonismo/advocacy desenvolvidos em experiências concretas por

estas populações.

DATAS DAS DEVOLUTIVAS DA PESQUISA:

APROSVI - 17/05/2007

Secretaria de Saúde de Itajaí- setembro de 2007(data a confirmar)

Secretaria de Saúde de Balneário Camboriú- 24/05/2007

Porto de Itajaí- setembro (data a confirmar)

SEST/SENAT – 09/08/2007

REFERÊNCIAS

ABRAMOWAY, M; RUA, M. G. **Violências nas escolas**. Brasília: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, UNAIDS, Banco Mundial, USAID, Fundação Ford, CONSED, UNDIME, 2002.

AIDSALLIANCE. AIDS response must address women's inequality, but must not exclude men 2004. Disponível em:

<http://www.aidsalliance.org/apoioong/summary/html_summary> Acesso em 25/05/04

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ,E.N. Educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface-Comunic.Saúde.,Educ.**,v.8,n.15,p.259-74,mar/ago, 2004.

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, sup., p. 23-36. 2002.

_____. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.54, p.6-21, jan/abr.2000.

ALVES, J. E. D.. Gênero e Linguagem na cultura brasileira: elementos para reflexão sobre uma diferença. In: LOYOLA, Maria Andréia. **Bioética reprodução e gênero na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro, ABEP, 2005.

ANJOS, M.F. **Bioética nas desigualdades sociais**. In: GARRAFA,V e COSTA, S.I.F. A Bioética no Século XXI. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.

ARREGUY, S. C. et al. Constituição de um projeto educativo de intervenção junto a caminhoneiros na BR 040. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v.11, n.2, p. 4 – 9, fev. 1999.

AUTOBAN. Disponível em:

<<http://www.autoban.com.br/concessionaria/noticias/index.cfm> acessado em 04-01-2007>

AYRES, J. R. C. M. **Vulnerabilidade e avaliação de ações Preventivas** -, “Projeto: Prevenção também se Ensina” Secretarias de Estado da Educação e Saúde. São Paulo: Casa de Edição, 1996.

_____. **HIV, aids, DST e abuso de drogas entre adolescentes**: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Casa de Edição, 1996.

_____. FRANÇA-JUNIOR, I E CALAZAS,GJ:SALETI-FILHO,HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA,R.M e PARKER, R. **Sexualidade pelo avesso**: direitos, identidade e poder. Ed.34, 1999.

_____. Cuidado: Tecnologia ou sabedoria prática? **Comunicação Saúde Educação**, v. 6, n. 1, p. 117-20. 2000

_____. Repensando Conceitos e Práticas em Saúde Pública: in: Aprimorando o debate:

respostas sociais frente à AIDS. **Anais...** Seminário prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década / Richard Parker, Veriano Terto Júnior [Org.] – Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

_____. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESINA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. **Risco e Vulnerabilidade do adolescente para o HIV/Aids**. Disponível em: <http://www.imediata.com/infoaids/tubos_de_ensaio/vulnerabilidade.ppt#275,17, Colaboradores:>. Acesso em: 08 out. 2005.

BARBER-MADDEN, R. La abogacia en salud publica. In: DALLARI, S. G. et al. **El derecho a la salud en la nueva Constitución brasileña**. Washington, D. C., OPAS, 1992.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 225p.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Principles of biomedical ethics**. 5.ed. New York: Oxford University Press, 2001.

_____; WALTERS, L. **Contemporary issues in bioethics**. Belmont: Wadsworth, 1994.

BEIJING. **Quarta conferência mundial sobre a mulher: plataforma de ação**. Beijing: Nações Unidas, 1995.

BOARETTO, M.C., Gênero e modelo de gestão em saúde: a experiência do Rio de Janeiro. In: COSTA, A.M, HAMANN, E.M e TAJER, D. **Saúde, equidade e gênero: Um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Brasília, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde**. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. 1^a a 13^a semanas epidemiológicas., Aids ano XIV, Brasília-DF Janeiro a março de 2001.

_____. Aids entre idosos reorienta política de prevenção do Ministério da Saúde. In: **Súmula**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Profissionais do Sexo. Documento referencial para ações de prevenção das DST e da aids**. Série Manuais, n 47. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids**. Séries manuais, n.47, mar. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. **Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa DST e Aids. **Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões**

brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico Aids/DST.** Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Janeiro – Junho 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não – transmissíveis. **Política Nacional de Promoção à Saúde** – Documento Preliminar. Brasília, 2005.

_____. Programa Nacional de DST/AIDS. **Aids no Brasil, Aids no Mundo.** 2007 Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4bF21PTBRIE.htm>> Acesso em 18/01/2007.

_____. Ministério da Saúde. Imprensa-Programa Nacional de DST e Aids. **Normas sobre a grafia utilizada no Programa Nacional de DST e Aids** 2007.

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 36, n. 4. 2002.

CNS (Conselho Nacional de Saúde). Resolução 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde. 1996.

CNT (Confederação Nacional de Transportes) Pesquisa Mortes por 1.000 Veículos. **Acidentes com caminhão.** Pdf. Acessado em 5-03-2007.

COHN, A. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas, novos desafios. In: Cohn, A. E. (orgs.) **Saúde no Brasil - Políticas e Organizações de Serviços.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO TRANSPORTE-CNT. Pesquisa Empresas de Carga CNT- Brasília, DF, 2002.

CONFERÊNCIA DE VIENA. Disponível em: <http://www.pgesp.gov.br/centroestudos/biblioteca_virtual_viena.htm> Acesso em 25/08/2005.

CONFERÊNCIA III CONFERÊNCIA REGIONAL LATINO-AMERICANA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE. Internacional Union for Health Promotion and Education. Oficina Regional Latino-Americana; Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; Ministério da Saúde; Memória da América Latina; São Paulo; Brasil, 2002.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO TRANSPORTE-CNT. **Pesquisa empresas de carga** CNT- Brasília, DF, 2002.

CONFERÊNCIA DE VIENA. Disponível em: <http://www.pgesp.gov.br/centroestudos/biblioteca_virtual_viena.htm> Acesso em 25/08/2005.

CORTES, C. AIDS: agora na 3ª idade: a retomada da atividade sexual e a resistência ao uso da camisinha fazem crescer o numero de casos da doença entre os idosos. **Isto É,** 1667, 02 set. 2001. Disponível em:

<<http://www.hortela.hpg.ig.com.br/terceiridade.html>>. Acesso em: 05 ago.2004.

COSTA, A.C.G. In: ABDL-Associação **Brasileira para o Desenvolvimento de**

Lideranças. Disponível em: <www.lead.org.br/article/print/394> Acesso em 09/01/2007.

COSTA, A.M, HAMANN, E.M e TAJER, D **Saúde, equidade e gênero:** Um desafio para as políticas públicas. Brasília: UNB, 2000.

CUNHA, J.P.P., CUNHA R.E. Sistema Único de Saúde - princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JR., M., TONON, L.M. (Org). **Cadernos de Saúde 1.** Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 11-26.

DAMATTA, R. Tem pente aí?. In: D. Caldas (org.). **Homens.** São Paulo: Senac, 1997. p. 31-49.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. **Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 5-9 de abril 1988; Adelaide;** Au. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL. **Terceira Conferência Internacional de promoção da saúde; 9-15 de junho 1991; Sundsvall;** Su. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ. **Conferência Internacional de promoção da saúde; 9-12 de novembro 1992; Santafé de Bogotá;** Co. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Bioética**, v.7, n.2, p.181-188, 1999.

_____. **Bioética feminista:** O resgate político do conceito de vulnerabilidade. Série Anis 02. Brasília: Letras Livres, 2004.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, Gerência de Controle de Dst/Aids, Planejamento Estratégico. **Relatório de Análise de Situação e Resposta;** Florianópolis, 2003.

DONEDA, D.; BRITO I; GANDOLFI D, Interfaces entre a prevenção e a assistência às DST e AIDS na perspectiva do Sistema Único de Saúde: avaliação e crítica das ações desenvolvidas pela Coordenação Nacional de DST e Aids, in: Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: **Anais...** Seminário prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira idade. 2002.

EL-BASSEL, N., GILBERT, L., RAJAH, V., et al. Fear and Violence: Raising the HIV stakes. **Aids Educ Prev**, v.12, n. 2, p. 154-170, apr. 2000.

EPELE, M. E. Gender, violence and HIV: Women's survival in the streets. **Culture Medicine And Psychiatry**, v. 26, n. 1, p. 33-54. 2002.

- EPSTEIN, S. **Impure Science: AIDS, Activism and the Politics of Knowledge**. Berkeley-Los Angeles-London: University of California Press. 1999.
- FEE, E.; FOX, D. **AIDS The Making of a Chronic Disease**. Berkeley-Los Angeles-Oxford: University of California Press, 1992.
- FEGHALI, J. Gênero e controle social na saúde: A omissão dos governos e os limites do monitoramento. In: COSTA, A. M. e HAMMANN E. (org.) **Saúde, equidade e gênero**. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.
- FERNANDES, J.C. **Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS**. Rio de Janeiro: 1992.
- FERRAZ, E. A. (coord.). **Mulheres profissionais do sexo: parcerias do asfalto – conhecimentos, atitudes e práticas sobre o HIV/Aids em Uberlândia**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2006b.
- _____.; E A.. **Mulheres profissionais do sexo: parcerias do asfalto – conhecimento, atitudes e práticas sobre o HIV/Aids em Uberlândia/Rio de Janeiro: BEMFAM, 2005.**
- _____. E. et al. **Caminhoneiros: parcerias do asfalto – conhecimento, atitudes e práticas sobre o HIV/Aids em Uberlândia**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2006a.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FONTANELLA, BJ; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R.. Collecting data in clinical qualitative research: semi-structured interviews. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Ribeirão Preto), v. 14, p. 812-820, 2006.
- FOUCAULT, M. História da sexualidade. In: **A vontade de saber**. 12 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.
- FREITAS, R. S. **Bordel, bordéis: negociando identidades**. Petrópolis: Vozes, 1985.
- GALVÃO, J. **Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. São Paulo, 1999.
- GARRAFA, V.; COSTA, S. I. F. **A bioética no século XXI**. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.
- _____.; COSTA, S.I.F.. **A Bioética no Século XXI**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.
- GASPAR, M. D. **Garotas de programa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- GOLDENBERG, M. **Ser homem, ser mulher: dentro e fora do casamento**. Estudos antropológicos. Editora Revan, Rio de Janeiro. 1991.
- GOULART, F. A. de Andrade. **Políticas e instituições de saúde: o vivido, o percebido e o representado**. Dissertação de Mestrado apresentada à ENSP/ FIOCRUZ, 1999 (mimeo).
- GOMES, C. Minayo et al. **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- GRANGEIRO, A. et al Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.40, sup. 2006.
- GRECO, D.B., Ética, Saúde e Pobreza: as doenças emergentes do Século XXI. **Bioética**,

v. 7, p. 189-98. 1999.

GRZYBOWSKI, C. Globalização Solidária. FSM: a construção de uma utopia. **Terra Viva: o jornal independente do III Fórum Social Mundial**, Porto Alegre, jan. 2003.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N.. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, ago.2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 15 de janeiro 2007

GUILHEM, D.. **Escravas do risco: bioética, mulheres e aids**. Brasília: UNB, 2007.

HADDAD, S. A educação continuada e as políticas públicas no Brasil. In: RIBEIRO, V. M.(org.). **Educação de jovens e adultos: novos leitores, novas leituras**. SP: Mercado de Letras, 2002.

HEILBORN M. L. Juventude, Sexualidade e Reprodução. Editorial.

Cad. Saúde Pública, v.22, n. 7, jul. 2006.

HOLM, S. Autonomy. In: CHADWICK, R. (org.). **Encyclopedia of applied ethics**. San Diego: Press, 1998. p. 267-274

HOWARD J, RHODES T, FITCH C; STIMSON G.V. **The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Especially Vulnerable Young People (EVYP-RAR)** (1998). World Health Organization Programme on Substance Abuse and UNAIDS, UNDCP, UNICEF: Geneva.

IEVM - Iniciativa Esperança de Visão Mundial. **Kit de ferramentas para programas de VIH/SIDA**. Edição para América Latina e Caribe, 2004.

ILO - INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Labour and social issues arising from problems of cross-border mobility of international drivers in the road transport sector**. Geneva, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de geografia e estatística - 2004. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=207IBGE> Acesso em 20 março de 2007.

JOHNSON, A.R.; STRYKER, J. (orgs). **The Social Impact of AIDS in the United States**. Washington, D.C.: National Academy Press, 1993.

KIRP, D. L.; BAYER, R. (orgs). **AIDS in the Industrialized Democracies: Passions, Politics and Policies**. New Brunswick- New Jersey: Rutgers University Press. 1992.

KOLLER, E. M. P. **Intervenção comportamental em grupos sociais distintos na área portuária de Itajaí**. SC: relatório final de pesquisa. Itajaí: UNIVALI, 1998.

_____.; FOLTRAN, N.. Mitos, Preconceitos e Violência na Vivência de Profissionais do Sexo Frente ao Risco das DST/HIV/AIDS. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 8, n. 2. 1999.

_____.; JOHN, V. M. Projeto Bem-Me-Quer: Formação e participação de Profissionais do Sexo na Busca de Seus Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: **Experiências em Advocacy em saúde e direitos sexuais e reprodutivos**. Brasília, Distrito Federal: Agende, 2002.

_____.; SCUSSEL, M. Vulnerabilidade às DST/AIDS de Caminhoneiros que ransitam em

Itajaí-SC. In: II Seminário de Iniciação Científica, Itajaí. **Anais...** 2003.

_____. Onzemetrístas e Caminhoneiros, parceria para resolução de problemas de saúde. **Anais...** 23ª Semana de Iniciação Científica-25 anos do Curso de Enfermagem, Itajaí-SC. 2005.

_____.; KOLLER, E. M. P; RAMOS, F. R. S.. **El acceso a los servicios de salud como un componente de la vulnerabilidad frente al sida y las dst: el caso de los camioneros de la región portuaria en el sur del Brasil.** In: IV Congreso Mundial de Bioética, 2005, Gijón. Resumen de Ponencias e Comunicaciones IV Congreso Mundial de Bioética - IV World Conference on Bioethics. Gijón: SIBI - Sociedade Internacional de Bioética. v. IV. p. 616-63.

_____.; CUNHA, M. D.; MALTA, M. Caminhoneiros, Vulnerabilidades, Justiça e Desigualdades Sociais. **Anais...** III Congresso Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, ABRASCO/UFSC, Florianópolis. ANAIS, 2005.

_____. Et al. La bioética y las formas de ser de la enfermería.. **Revista Panamericana de Enfermería, México**, v. 2, p. 124-132. 2004a.

_____. Et al. Routes of HIV/AIDS: results of a rapid assessment study among truck drivers in Itajaí, Southern Brazil. **Journal Of The International Aids Society**, 2004b.

KOOGAN/HOUAISS. **Enciclopédia e Dicionário Ilustrado.** Rio de Janeiro: Delta, 1997.

KOTTOW, Miguel H. **The Vulnerable and the Susceptible Bioethics**, vol. 17, n. 5-6, p. 460-471, oct. 2003.

LACERDA, R. et al. **Truck drivers in Brasil:** prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases risk behavior and potencial for spread of infection. **AIDS. Supl.** 11, n. 1, set. 1997.

LIBARDONI, M.. Fundamentos Teóricos e Visão, Estratégia da Advocacy. In: **Advocacy em direitos reprodutivos e sexuais** – Workshops Nacionais- Além do Cairo e de Beijing: Fortalecendo as organizações de mulheres no Brasil. Brasília, DF, Brasil: Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento, 1999.

LIMA, A.M.M.A. **Inclusão digital e protagonismo juvenil:** um estudo em dois centros de tecnologia comunitária. 2005. Dissertação de Mestrado. Programa Educação: Currículo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP. 156 p.

LUCHESE, G. In: SOPHIA, D. No Brasil, tensão entre Estado e mercado tem origem patrimonialista. **TEMA**, Rio de Janeiro, n. 23, abr/mai. 2002.

LUZ, M. T. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, ABRASCO, 2001.

MACKLIN, Ruth. **Bioethics, Vulnerability, and Protection Bioethics**, vol. 17, n. 5-6, p. 472-486, oct. 2003.

MANN, J. **AIDS in the World:** A global epidemic out of control? Cambridge, MA: Harvard University School of Public Health. 1992.

_____. et al. **A AIDS no mundo.** Rio de Janeiro: ABIA, IMS/UERG e Relume – Dumará,

1993.

MEDEIROS, M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde** – textos para discussão. Brasília: IPEA, 1999.

MEDEIROS, M.; BARBOSA JR, A.; AGUIAR, P. Caminhoneiros e o conhecimento sobre os meios de transmissão do HIV. **Boletim Epidemiológico Aids**, Brasília, abr/jun 2001.

MEDICI, A. C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S.M.(orgs.). **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde**. 3.ed. Brasília: IPEA, 2002.

MILLER, V.; COVEY, J. **Frameworks for Planning, Action, and Reflection**. Boston: Institute for Development for Research, 1997, p.13.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento** pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. HUCITEC-ABRASCO: SP/RJ, 2000.

MONTEIRO, S. **Percepção de risco de infecção pelo hiv**: Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MORAES, A. F. **Mulheres da vila**: prostituição, identidade social e movimento. 1996.

MOTTA, G. P. **O ensino a distância: potencialidades e impactos no transporte rodoviário de cargas brasileiro**. 1999. Universidade Federal de Santa Catarina centro tecnológico, programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 1999.

NASCIMENTO, Evania. **Desenvolvimento de pesquisa-ação com caminhoneiros de estradas**: trabalhando na problematização as questões voltadas à sexualidade, DST/Aids e drogas. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humans. Ribeirão Preto, 2003.

NEEDLE R. H, et al. Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: an approach for timely community interventions. **Am J Public Health**, v. 93, n. 6, p.970-9.2000.

NEEDLE, R **Guide for Conducting a Community-Based in Racial and Ethnic Minority Communities to prevent HIV/Aids**. Rapid Assessment, Response and Evaluation (RARE) Project. US. Department of Health and Human Services – Office of Public Health and Science, 2003..

NOLASCO, S. Um “homem de verdade”. In: CALDAS, D. (org.). **Homens**. São Paulo: Senac, 1997.

NUNES, B. F. **Sociedade e infância no Brasil**. Brasília: Universidade de Brasília, 2003.

OLIVEIRA, R.R. Autonomia e vulnerabilidade: a violência na vida dos adolescentes. In: SIQUEIRA, J.E.; PROTA, L.; ZANCANARO, L. (orgs.). **Bioética**: estudos e reflexões 2. Londrina: UEL, 2001. p.187-225.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Genebra: OMS/OPAS, 2001.

ONU- **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova York: 1948

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Manual sobre HIV/Aids para inspetores do Trabalho. Programa OIT sobre HIV/AIDS e o Mundo do trabalho**, Genebra, março de 2006

PAIVA V. PUPO, L.R., BARBOSA. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil **Rev. Saúde Pública** vol.40 supl. São Paulo Apr. 2006

_____. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.11, p.25-38, 2002.

_____. et al. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? **Cuadernos Mujer Salud**, Santiago/Chile, v.3, p.34-38, 1998.

_____. Sem mágicas soluções: a prevenção do HIV e da AIDS como um processo de emancipação psicossocial, **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.27, ago. 2003, p. 58-69.

PARKER, R. G. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. 34. ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

_____. CAMARGO JR., K. R.. Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos Antropológicos e Sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, v.16, supl.1, 2000.

PASSARELLI, C. Good medicine: Brazil's multifront war on AIDS. **NACLA**, v.35, n. 5. 2002

PAULILO, M. Â. S.; JEOLÁS, L. S.. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v.10, n. 1, p. 15-184. 2005.

_____. **AIDS: os sentidos do risco**. São Paulo: Veras, 1999.

PITANGUY, J.. **A questão de gênero no Brasil**. Unidade de Gênero Departamento de Política Econômica e Redução de Pobreza Região da América Latina e Caribe, BANCO MUNDIAL, 2003.

PORTELLA, M. A.; CUNHA, C. O., PUGLIA, V. M. S. Mediação e trabalho. Rio de Janeiro: ECO/UFRJ, 2001.

PROMUNDO. **Os homens são um grupo vulnerável a AIDS**. Disponível em? <www.promundo.org.br/materia/resources/files/download/AIDS-queequehomentemaver.doc> Acesso em 16-02-2007.

RAGO, M. **Os prazeres da noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890 – 1930)**. São Paulo: Paz e Terra, 1991.

RAMOS, M.S. Um olhar sobre o masculino: reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade. In: GOLDENBERG (org.). **Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros**. Rio de Janeiro: Record, 2000. p. 41-59.

RAO, G. e WEISS. Volume 5, Number 4. **Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How**. Geeta Rao Gupta's plenary presentation of 12 July 2000 at XIII International AIDS Conference Disponível em: <<http://www.aidslaw.ca/maincontent/otherdocs/Newsletter/vol5no42000/guptadurban.htm>>.

RARE – (Rapid Assessment, Response and Evaluation). **Oficina sobre avaliação rápida**

e pronta resposta. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

RAWLS, J. **Uma teoria de justiça.** São Paulo: Martins Fontes, 1997.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Direitos sexuais e reprodutivos: Controle Social, uma questão de cidadania.** Saúde é assunto para mulheres. 3 ed. São Paulo, 2002.

RENDTORFF, J.D. Basic Principles in Bioethics and Biolaw, 2002.

RIBEIRO, M.O. **A saúde da família em situação de exclusão social.** Ministério da Saúde, Manual de Enfermagem ids-USP, 2004.

RIOS, R. Genero, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. In EG Gomez (org.). **Genero, mujer y salud en las Américas.** OPS/OMS, Washington (Publicação Científica, 541). p. 3-18. 1993.

ROBERTS, N. **As prostitutas na história.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

ROCHA, F. M. G. **Política de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 130 p.

ROMANO, J. O.; ANTUNES, M. (orgs.) **Empoderamento e direitos no combate à pobreza.** Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002.

SANCHES, K. R. B.. **A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade.** 1999. 143 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Controle de DST/Aids. Planejamento Estratégico. **Relatório de Análise de Situação e Resposta,** Florianópolis, 2000.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva,** v.12, n.2, mar./apr. 2007.

SCHEFFER, M. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Um ano depois Muito a Cumprir. **RADIS Comunicação em Saúde,** n. 54, fev. 2007.

SCOTT, J **Vulnerabilidade ao Hiv/Aids entre homens e mulheres com mais de 50 anos, a definição de gênero** baseia-se na conexão integral. 1989. Disponível em: <www.aidscongress.net/pdf.php?Id_comunicacao=308> Acesso em 17 fev 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Boletim Epidemiológico de DST/Aids.** Florianópolis: 2001.

SILVA, C.L.C. ONG'S/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 14, sup. 2, p.129-140. 1998.

SILVA, A., SALMITO, M. L., Vendramini, P., Patrício, Z. M. Qualidade de vida de uma prostituta de rua de Florianópolis: duas mulheres numa única mulher que sonha com outro trabalho. **Revista Ciências da Saúde,** v. 17, n. 1, p. 311-337. 1998.

SILVA L S., PAIVA M S. **Vulnerabilidade ao hiv/aids entre homens e mulheres com mais de 50 anos.** Salvador, Brasil. Disponível em: <www.aidscongress.net/pdf.php?id_comunicacao=308> Acesso 17 fev 2007.

SILVEIRA, M. et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.6, dez. 2002.

SOPHIA, D. No Brasil, tensão entre Estado e mercado tem origem patrimonialista. **TEMA**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, n. 23, abr/mai. 2002.

SOUZA, C. T. V.. Aspectos conceituais da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, segundo Mann & colaboradores. In: _____. **Características sócio-demográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do “Programa Rio”**. 2001, p. 12-24. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

SZWARCWALD C.L., et al. **Aids: O Mapa Ecológico do Brasil 1982-1994**. A epidemia de Aids no Brasil: situação e tendências. Brasília, 1997.

UIPES. **XVII Conferência Mundial da UIPES de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde**, Paris, França, 15-20/7/2001.

UNAIDS. Expanding the global response to HIV/AIDS through focused action-reducing risk and vulnerability: definitions, rationale and pathways. Key **Material, Best Practice Collection**, 1998.

_____. Compêndio para legisladores sobre HIV/AIDS, legislação e direitos humanos: ação para combater o HIV/AIDS em virtude de seu impacto devastador sobre os aspectos humano, econômico e social. Brasília: **UNESCO, UNAIDS**, Inter-Parliamentary Union, 2000.

_____. **Men and AIDS - A Gendered Approach 2000 World AIDS campaign**. Disponível em: <<http://gbgm-umc.org/programs/wad00/index.stm>> 2000.

_____. **Report on the global HIV/AIDS epidemic**. Geneva: UNAIDS. 2002.

_____. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). Report on the Global AIDS epidemic: executive summary. May, 2006. In: _____. report on the global AIDS epidemic: may 2006. Geneva: **WHO Library Cataloguing-in-Publication** Data, 2006. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/HIV_data/default.asp> Acesso em: 27 jun. 2006.

_____. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS. 2002.

_____. **AIDS Epidemic Update**. December, 2000.

UNGASS 2001 Disponível em: <<http://www.un.org/spanish/ag/sida/index.html>> Acesso em: 27 jun. 2006.

URBANEJA, M. Género y Equidad: desafíos de los procesos de reformas sectoriales de salud. In: **Saúde equidade e gênero**. Um desafio para as políticas públicas. Brasília: Universidade de Brasília, 2000. p.304.

VALLA, V.V. e STOTZ. E.N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis. Vozes. 1996. (2a edição), p. 37-52.

VEIGA, L.; CARNEIRO, C. B. L.. Programas Intersectoriales locales de combate a la pobreza y a la exclusion: sintesis del marco conceptual. **Revista Prefeitura de Belo**

Horizonte, v. 1, n. 1, p. 53-63. 2005.

VERMA, R. K; COLLUMBIEN, M. Wife beating and the link with poor sexual health and risk behavior among men in urban slums in India. **Journal Of Comparative Family Studies**, v. 34, n. 1, p. 61. win. 2003.

VILLARINHO, L. et al. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4 supl, p.61-7. 2002.

VILLELA, W. **Mulheres com hiv e AIDS-elementos para a construção de direitos e qualidade de vida**. Instituto Patrícia Galvão, Comunicação e Mídia. UNIFEM (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher). 2003.

World Health Organization WHO. **Woman and HIV/AIDS Fact Sheet N° 242 June 2000**. Retirado em 6 de Julho de 2003 da world wide web: <www.who.int/inf-fs/en/fact242.html. 2000>

_____. Images of the Epidemic. Geneva, 2003.

ZORZETTO, R., **Cultura Machista de Caminhoneiros contribui para disseminar vírus da AIDS**. PESQUISA FASPESP 131. Janeiro de 2007. 52-53 p.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO- TRINDADE—FLORIANÓPOLIS s/n
CEP: 88.040.970- Florianópolis –SC- Brasil
Telefones: (048) 33194 80- 3319399**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado: **Da vulnerabilidade ao protagonismo: Profissionais do Sexo e Caminhoneiros frente a AIDS**, será realizado pela **Pesquisadora Evely Marlene Pereira Koller** com o apoio da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI, e sob orientação da Prof^ª.Dr^ª. Flávia Regina Souza Ramos da Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC.

O projeto de pesquisa tem como **objetivo principal**: Analisar a relação entre vulnerabilidade e protagonismo a partir da experiência de profissionais do sexo e caminhoneiros frente a AIDS

Os **procedimentos** que serão usados serão:

1. Atualização do Geo-Mapeamento
2. Observações de campo
3. Entrevistas com informantes-chave e Entrevistas em profundidade
4. Grupos Focais

A pesquisa não oferecerá risco à saúde da/o trabalhadora/r, pois implica somente em observação de práticas, discursos e narrativas. Esta observação durante o processo de trabalho ou nos intervalos do trabalho de ambas as categorias estudadas será feita com a máxima descrição possível e **será respeitada a vontade da/o trabalhadora/or em participar da pesquisa através da narrativa de suas experiências**.

Os resultados da pesquisa terão benefícios indiretos aos sujeitos da pesquisa e são previstos:

- . Discutir o conceito de vulnerabilidade em relação a AIDS em populações móveis (caminhoneiros e Profissionais do sexo) na região do Vale do Itajaí
- Analisar a interface entre profissionais do sexo e caminhoneiros na produção da vulnerabilidade a AIDS
- Identificar e descrever experiências de protagonismo/advocacy em construção por profissionais do sexo e caminhoneiros em relação a AIDS

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa e instituições envolvidas. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que, se eu

preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

Assinatura da/o participante

Assinatura da pesquisadora principal

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__

Em caso de necessidade, contate com: Evely Marlene Pereira Koller

Rua Uruguai, 1330 Telefone (47) 344.19.83

88.302.202 Itajai-SC

E- mail evely@redel.com.br

APÊNDICE 2

Instrumento de Coleta de Dados – SIGILOS GRUPO FOCAL – Profissionais do sexo- GFPS Sexo -Idade -2007

Parte 1. Questionário – Antes do Grupo Focal

1. Data da entrevista:
2. Cidade da Entrevista:
3. Local onde está sendo realizada a entrevista:
4. Entrevistador (a):
5. Formação dos profissionais:
6. Número de profissionais participantes:

2. Dados sócio-econômicos (anotar) de todos(as) participantes:

Idade:

Sexo:

Tempo de profissão ;

Escolaridade ;

Religião:

Quanto ganha (aproximadamente por programa/mês)

Cidade e estado onde nasceu

Cidade e estado onde mora e trabalha

Estado civil :

Onde mora e com quem ?

Número de Filhos:

Parte 3: Roteiro de Entrevista em Profundidade (gravada)

cotidiano, vida emocional, acesso a serviços de saúde, conhecimento sobre HIV/AIDS e demais ISTs, comportamento sexual, interface com caminhoneiros, e, participação na associação para lutar pelos próprios direitos.

1. Você é saudável ? Como faz para manter-se assim (cuidados diários com alimentação, sono, repouso, fumo, drogas, bebidas alcoolicas.)
2. Quando adocece, a que serviço de saúde recorre? (plano, saúde pública ou outros)
3. Como você se previne de doenças sexualmente transmissíveis?
4. Você tem ou já teve alguma doença sexualmente transmissível? O que fez para tratá-la? (farmácia, posto de saúde, amigas, etc.)
5. Você tem caminhoneiros como clientes? Fale desses relacionamentos...

ACESSO (QUALIDADE) A SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

1. Para ser atendida na rede básica de saúde você utiliza algum artifício(via associação) ou procede como qualquer cidadão ?
2. Como é, na sua opinião, o atendimento de saúde prestado ao profissional do sexo ?
3. Onde as PS pedem ajuda quando têm problemas de saúde?
4. Quando declara ser profissional do sexo, como é tratada pelos profissionais de saúde ?
5. Fale um pouco sobre o atendimento recebido em unidades públicas de saúde.

PARTICIPAÇÃO NA APROSVI / REIVINDICAÇÃO DE DIREITOS

1. Você sabia que o Ministério da Saúde já considera a prostituição como uma, das seiscentas profissões reconhecidas hoje em nosso país? E que neste momento ,no congresso brasileiro tramitam projetos de leis que visam , a legalização de direitos e deveres para o profissional do sexo, como para qualquer outro cidadão profissional trabalhador deste país?
2. O que você acha de conquistas como estas? E o que elas podem mudar na sua vida?
3. Você conhece a APROSVI ? Sabe o que significa essa sigla?
4. O que representa para a categoria profissional uma associação representante da classe?
5. Que tipos de trabalho a Associação poderia realizar para melhorar o reconhecimento da categoria profissional ?
6. Você é sócia/o? Há quanto tempo? Se não é, gostaria de associar-se?
7. Como pretende contribuir em prol da categoria ?
8. Quando precisa comprovar renda ou declarar profissão por algum motivo (em lojas, supermercados , escolas do filho) , como faz?
 - Declara ser profissional do sexo?
 - Declara ser profissional autônomo?
9. Sente-se ameaçada/o em algum momento de sua vida profissional ou pessoal, por ser profissional do sexo? Pelo quê ou por quem?
10. Como qualquer outro profissional deve planejar parar de trabalhar (aposentar-se) . Como são seus planos?
11. Há qualquer outra coisa que você gostaria de falar comigo em relação ao que foi perguntado aqui?

Obrigada pelo tempo e participação!

Parte 3. Diário de Campo:

Data:

Como transcorreu O GRUPO FOCAL ?

Dificuldades encontradas:

Observações e fatos relevantes:

APÊNDICE 3

Instrumento de Coleta de Dados – SIGILOSO Entrevista em Profundidade – Profissionais do Sexo EPS Sexo- Idade –Data-2007

Questionário antes da Entrevista em Profundidade

1. Data da entrevista _____
 2. Cidade da entrevista: _____
 3. Local /entrevista _____
- Entrevistador _____

Parte 1- Dados sócio-econômicos

4. Idade _____
5. Tempo de profissão como caminhoneiro _____
6. Escolaridade _____
7. Religião _____
8. Quanto ganha _____
9. É autônomo/empregado _____
10. Cidade e estado onde nasceu _____
11. Cidade e estado onde mora _____
12. Estado civil
() Vive maritalmente ou é casado
() Solteiro
() Separado
() Viúva/o
() Outros: _____
13. Com quem mora? _____
14. Número de Filhos _____

Parte 2 Parte Gravada

1. Cotidiano: O que é ser profissional do sexo para você?
Fale do seu dia a dia, tanto na sua casa como na vida profissional
Por que escolheu ser profissional do sexo? Sua família sabe dessa opção?, o que acham? Além dessa atividade exerce alguma outra ?
2. Trabalha só ? se não com quem ?
3. Quem são seus clientes habituais? E os caminhoneiros fazem parte de sua clientela? È fácil praticar sexo seguro com eles? Inclusive no sexo oral ?
4. Já foi agredido(a) no seu trabalho ou em algum outro lugar, ppor ser profissional do sexo? Como era o agressor(quem era?) Alguém lhe socorreu?

Parte 2. Comportamentos relacionados à saúde

1. Você é saudável?
2. Como faz para manter-se assim?(cuidados diários com alimentação, sono, repouso, fumo, drogas, bebidas alcoólicas)?

3. Quando adoecer, recorre a serviços de saúde ?(plano de saúde, saúde pública outros?)
4. Como se previne de doenças sexualmente transmissível?
5. Você já teve alguma DST? O que fez para tratá-la?(farmácia, posto de saúde, conselho de amigas/os)?

Parte 3. Acesso (Qualidade) a Serviços de Saúde

1. Para ser atendido(a) na rede básica de saúde precisa usar algum artifício?(via associação,) ou procede como qualquer cidadão? Especificar bem no caso das travestis, para detectar possíveis discriminações, ver se é fácil conseguir urologista na rede pública.
2. Como é , na sua opinião, o atendimento de saúde prestado aos profissionais do sexo?
3. Quando declara ser profissional do sexo, muda alguma coisa no tratamento dispensado pelos profissionais de saúde?
4. Relate episódios acontecidos, e a cidade onde aconteceu.

PARTICIPAÇÃO NA APROSVI/REIVINDICAÇÃO DE DIREITOS

1. Você sabia que o Ministério da Saúde já considera a prostituição como uma das seiscentas profissões reconhecidas hoje em nosso país? E, que nesse momento, no congresso brasileiro, tramitam projetos de leis que visam , a legalização de direitos e deveres para o profissional do sexo, como para qualquer outro cidadão profissional deste país ?
2. O que você acha de conquistas como essa?E o que elas podem mudar sua vida ?
3. Já ouviu falar na APROSVI? Sabe o que significa a sigla? (nessa pergunta e nas três seguintes procuro ver se entendem a necessidade de trabalhar protagonismo/advocacy)
4. O que representa para as /os profissionais do sexo uma associação que represente a classe?
5. Você já se associou a APROSVI?Há quanto tempo? Se não gostaria de associar-se?
6. Como acha que pode contribuir em prol da categoria?
7. Quando precisa comprovar renda ou declarar a profissão por algum motivo (lojas, bancos, escolas) como faz?
8. Declara ser profissional do sexo ?
9. Declara ser autônomo?
10. Sente-se ameaçado(a) em algum momento da sua vida profissional ou pessoal, por ser profissional do sexo? Pelo que ou por quem ?
11. Como qualquer outro profissional deve planejar parar de trabalhar algum dia(aposentar-se). Como são seus planos?
12. Há alguma coisa que gostaria de falar , que não foi oportunizado através das perguntas ?

Obrigada pela sua Participação

Parte 4 Diário de Campo:

Data:

Grupo estudado:

Como transcorreu a entrevista:

Dificuldades encontradas:

Obvservações e achados relevantes: Anotar se surgiram dados novos, ou dados foram confirmados e o que direcionar melhor na próxima entrevista.

APÊNDICE 4

Instrumento de Coleta de Dados – SIGILOSO Grupos Focais – Caminhoneiros – GFCAM- Sexo Idade- 2007

Parte 1. Dados sobre o grupo focal (anotar antes do início do funcionamento do grupo)

Cidade: Horário: Início Término

Local:

Data:

Número de Integrantes:

Nome do/a moderadora do grupo:

Nome do/a observador/a do grupo:

Nome do/a recrutador/a:

2. Dados sócio-econômicos (anotar)

Idade dos caminhoneiros; Especificar quantos e as respectivas idades de cada um .

Sexo dos caminhoneiros

Tempo de profissão como caminhoneiro:

Escolaridade :

Religião:

Salário: :

Cidade e estado onde nasceu

Cidade e estado onde mora :

Estado civil :

Com quem mora

Número de filhos :

Parte 3. Entrevista Qualitativa (gravar e anotar)

1. História da vida Profissional:

1. Fale das vantagens e desvantagens de sua profissão? Por que escolheu a profissão, facilidades ou dificuldades para exercê-la. É autônomo/empregado? Que tipo de carga transporta?

2. Em média quanto tempo demora suas viagens?

3. Costuma tirar algum tempo de férias?

4. Poderiam falar sobre o que fazem além de transportar, enquanto estão fora de casa (quando estão nas paradas)?

5. E a carga? Quanto tempo leva para ser liberada carregar/descarregar?

6. E o descanso como é? Tem gente que fica esperando a liberação ou vai dormir no caminhão, procura dormir, descansar? Ou pratica alguma outra atividade?

7. Quem avisa vocês que está na hora de sair?

8. Todo mundo aqui é empregado ou , tem proprietário de caminhão ? Qual o tempo médio entre o carregamento do caminhão e a entrega da carga? Qual o tempo médio de descanso (sono) que você tem durante este período?

9. Quantas horas você costuma dirigir por dia? Você já teve algum acidente de trânsito? Viaja em geral sozinho ou acompanhado? Como você faz quando está com sono e tem que continuar dirigindo? (Costuma usar algo para manter-se acordado/uso de rebite).
10. Que tipos de diversão costumam ter fora de casa? Fale um pouco sobre o uso de bebidas alcoólicas (cerveja, cachaça, quantidade, uso nas paradas, etc).

2. Saúde/Vulnerabilidades

1. Qual a maior preocupação do caminhoneiro em relação à saúde?
2. Quem tem alguma doença crônica, que precisa de controle? (pressão alta?, diabetes?) Tem um médico que lhe trata? Onde costuma consultar? Em que horários? Marca consulta com quem? E fora de sua cidade como os serviços funcionam? Como os conhecimentos adquiridos através destes serviços são incorporados no seu dia-a-dia?
3. Você tem ou já teve alguma DST? Quantas vezes no último ano, o que faz para tratá-la – farmácia, posto de saúde, amigo, etc.). Fale-nos sobre o teste para HIV/AIDS. (Alguém já foi testado? Quer falar sobre esta experiência?).
4. Ao fazer o teste alguém lhe deu alguma orientação antes e depois de fazer o teste? Se não se testou. Quais as razões para não ter feito o teste? Por que? Dê sugestões como melhorar os serviços prestados aos caminhoneiros? (saúde/prevenção). Vivências em relação ao programa de saúde. Pode falar do que vocês conhecem.
5. Conte-nos o que sabem sobre testes para HIV/AIDS? Algum de vocês já fez o teste? Fale o que sabe sobre DST/HIV/AIDS? (o que você já ouviu falar delas, como se pega, como se previne, como se trata).
6. Fale sobre os riscos que os caminhoneiros têm de pegar doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/AIDS? Quando o senhor teve a sua doença o senhor tratou onde? Que tipo de dificuldade e constrangimento você sente ao procurar o serviço de saúde para tratar DST?

SAÚDE/ SEXUALIDADE/ VULNERABILIDADES:

- ✓ 1. Como é na sua opinião o serviço de saúde (ou de atendimento) prestado aos caminhoneiros? Aqui em Itajaí principalmente. Fale como você utiliza estes serviços.
- ✓ 2. Fale um pouco sobre o uso de bebidas alcoólicas (cerveja, cachaça, quantidade, uso nas paradas, etc).
- ✓ 3. Vocês acham que o uso de rebite interfere no desempenho sexual?
- ✓ 4. Como é a relação dos caminhoneiros com as profissionais do sexo?
- ✓ 5. Em geral o caminhoneiro costuma transar com muitos parceiros? Quais os motivos que levam o caminhoneiro a procurar parceiros sexuais durante suas paradas?
- ✓ 6. Elas se protegem? E o caminhoneiro? Como e onde acontecem estes encontros?
- ✓ 7. Nessas saídas também costumam acontecer encontros com travestis?
- ✓ Em que situações você acha que o caminhoneiro corre algum risco de pegar alguma doença sexualmente transmissível?
- ✓ 8. Como acontecem as transas durante uma viagem? (Nas paradas, em casas de prostituição?) Qual a opinião de vocês sobre o uso de preservativo (masculino e feminino)?
- ✓ 9. Em que situações fica mais difícil usá-los?
- ✓ Onde vocês obtêm os preservativos? Vocês sabem onde obtê-los gratuitamente? Fora aqui do Porto ?? (Do Santa Rosa ?)

Protagonismo/Advovacy

1. O QUE O CAMINHONEIRO, O Sindicato dos caminhoneiros faz pela categoria? Em termos de horários, descanso, férias, usar ou não rebites??
 2. Alguém aqui pertence a algum sindicato ? Porque sim/não?
 3. Alguém deseja falar livremente sobre esses assuntos ??
- ✓ Há qualquer outra coisa que vocês queiram falar conosco, até sobre assuntos que não aboredamos aqui ???

✓ Diário de Campo:

Data:

Cidade :

Grupo Estudado : Como transcorreu a entrevista ? Dificuldades encontradas ? Observações e fatos relevantes?

APÊNDICE 5

FRENTE A AIDS Instrumento de Coleta de Dados – SIGILOSO

OBSERVAÇÃO E MAPEAMENTO OM- 2007

Data da Observação:

Cidade:

Horário:

Feita Por:

1. Croquis do local Observado com legenda

2. Observações Principais

- HORÁRIOS FAVORÁVEIS E DESFAVORÁVEIS PARA OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS

3. Descrição do que foi observado com o máximo de detalhamento possível

4. Principais dados confirmados

5. Dados Novos

6. Implicações para o desenvolvimento da Pesquisa

APÊNDICE 6

Instrumento de Coleta de Dados – SIGILOSO **Entrevista em Profundidade – Caminhoneiros ECAM Sexo Idade - 2007**

Parte 1. Questionário – Antes da entrevista

Data da entrevista:
Cidade da Entrevista:
Local onde está sendo realizada a entrevista:
Entrevistador (a):
Formação do profissional:

2. Dados sócio-econômicos (anotar):

Idade:
Sexo:
Tempo de profissão ;
Escolaridade ;
Religião:
Quanto ganha (aproximadamente /mês)
Cidade e estado onde nasceu
Cidade e estado onde mora e trabalha
Estado civil :
Onde mora e com quem ?
Número de Filhos ?
De quanto em quanto tempo vê sua família?
Que tipo de carga transporta?
Quantas horas costuma dirigir por dia?
Em média quanto tempo demora em suas viagens?
Já teve algum acidente de transito?
De quanto em quanto tempo vem a esse Porto?
Viaja em geral sozinho ou acompanhado ?

Parte 2. Parte Qualitativa:

Mobilidade da População/Vulnerabilidade

1. Fale das vantagens e desvantagens da profissão
2. O que você costuma fazer nas paradas ? O que fazem, como ocupa o tempo de espera ocioso, locais de diversão próximos.
3. Como faz caso precise solucionar um problema de saúde durante a viagem?
4. Fale sobre o uso de bebidas alcoólicas, uso nas paradas, quantidade.
5. Como você faz quando tem que continuar dirigindo?
6. Costuma usar algo para manter-se acordado – uso do rebite

Parte 3. Acesso a serviços de saúde

1. Que cuidados tem com a saúde. Tem alguma dificuldade ao procurar serviços de saúde?
2. Costuma fazer exames regularmente? Tem alguma doença crônica, como se trata, na sua opinião como me o serviço prestado ao caminhoneiro?
3. Onde e com quem adquire medicamentos?
4. Como se recupera do cansaço das viagens e do stress?
5. Como costuma alimentar-se
6. 6. Como é a relação com profissionais do sexo? Fale sobre os riscos que caminhoneiros tem de pegar doenças sexualmente transmissíveis HIV e Aids?
7. Em geral, no período de um mês com quantas parceira sexuais você transa?(se forem poucas perguntar nos últimos 6 meses,ou no último ano
8. Fale sobre suas preferências sexuais
9. Que fatores estão ligados a procura de parceiros sexuais? Tempo de viagem, assedio das prof. Do sexo?
10. Para você como é usar preservativo ? Sabe onde obtê-los gratuitamente?
11. Em que situação fica difícil usar preservativo?Uso de bebidas alcoólicas? Outras drogas, tipo de parceria, sexo oral, disponibilidade de preservativos.
12. Onde obtêm os preservativos ?

3. Experiências em Advocacy

1. E a categoria profissional está organizada?Preocupa-se em garantir os próprios direitos?
2. Identifica experiências de protagonismo/advocacy (lutas da classe pela própria classe) em construção por caminhoneiros em relação a profissão e demais direitos de cidadão?

Parte 4. Diário de Campo :

Data: _____ Município

Como transcorreu a entrevista:

Dificuldades encontradas

Observações e fatos relevantes:

APÊNDICE 7

Instrumento de Coleta de Dados – SIGILOSIO **Entrevista em Profundidade – Informantes Chave EIC Sexo Idade 2007**

1. Discutir o conceito de vulnerabilidade em relação a aids em populações móveis (caminhoneiros e profissionais do sexo) na região do Vale do Itajaí.
2. Analisar a interface entre profissionais do sexo e caminhoneiros na produção da vulnerabilidade a aids.
3. Identificar e descrever experiências de protagonismo/advocacy em construção por profissionais do sexo e caminhoneiros em relação a aids.

Parte 1. Questionário – Antes da entrevista

Data da entrevista:

Cidade da Entrevista:

Local onde está sendo realizada a entrevista:

Entrevistador (a):

Formação do profissional:

2. Dados sócio-econômicos (anotar):

Idade:

Sexo:

Tempo de profissão ;

Escolaridade ;

Religião:

Quanto ganha (aproximadamente /mês)

Estado civil :

Número de Filhos ?

Parte 3. Roteiro da entrevista em profundidade

1. Mobilidade da população

1. Poderia falar sobre populações móveis (flutuantes) e de que forma deveriam ser atendidas pessoas que não residem na cidade, por exemplo os caminhoneiros. Você acha que eles são mais vulneráveis à aids e outras DST, comparando-se com a população em geral ?
2. Você tem idéia do volume dessas populações no município?

Parte 4. Experiências em Protagonismo/advocacy

1. E a categoria profissional está organizada ? Preocupam-se em garantir os próprios direitos?

(adequar para caminhoneiros e profissionais do sexo conforme o caso, ou para os dois segmentos)

2. Identifica experiências de protagonismo/advocacy em construção por caminhoneiros e profissionais do sexo (lutas da classe reivindicando direitos de cidadania em relação à saúde em geral e prevenção a aids?

Parte 5. Acesso a serviços de saúde/prevenção as DST/aids

1. Na sua maneira de pensar, quais as necessidades de saúde de populações intinerantes que se afastam de casa de 01 a 30 dias em média?

2. Na sua opinião os serviços de saúde estão preparados para atender esta população? Unidades abertas no período noturno, finais de semana , funcionários treinados para acolher populações móveis.

3. Na sua unidade/serviço/cidade costumam atender caminhoneiros/profissionais do sexo?

4. Que tipo de doenças são mais comuns entre esta população?

6. As políticas de saúde de seu município estão preparadas para intervir nestas populações flutuantes?

7. Conhece programas de intervenção às DST/aids para populações de maior vulnerabilidade, aqui na região?

8. Poderia especificar quais, e onde funcionam?

9. Na sua opinião esses trabalhos são suficientes para a demanda da região?

10. O que observa ou conhece sobre a interface existente entre profissionais do sexo e caminhoneiros?

11. Qual a sua percepção em relação ao uso de preservativos na prevenção das DST /aids ?

Parte 6. Diário de Campo

Data:

Município:

Serviço:

Como transcorreu a entrevista?

Dificuldades encontradas:

Observações e fatos relevantes:

ANEXOS

ANEXO 1

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO,
EXTENSÃO E CULTURA

certificado

Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado "Da vulnerabilidade ao protagonismo, profissionais do sexo e caminhoneiros frente a AIDS.", da pesquisadora **Evelly Marlene Pereira Köller**, com a orientação da Profa Flávia Regina Souza Ramos, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado através do parecer nº 415/2006 pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.

Itajaí (SC), 22 de setembro de 2006.

Prof. Dr. Valdir Cechinel Filho
Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura

Prof. Dr. Marcia Maria de Souza
Coordenadora da CEP/UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

Pró-Reitoria de Ensino

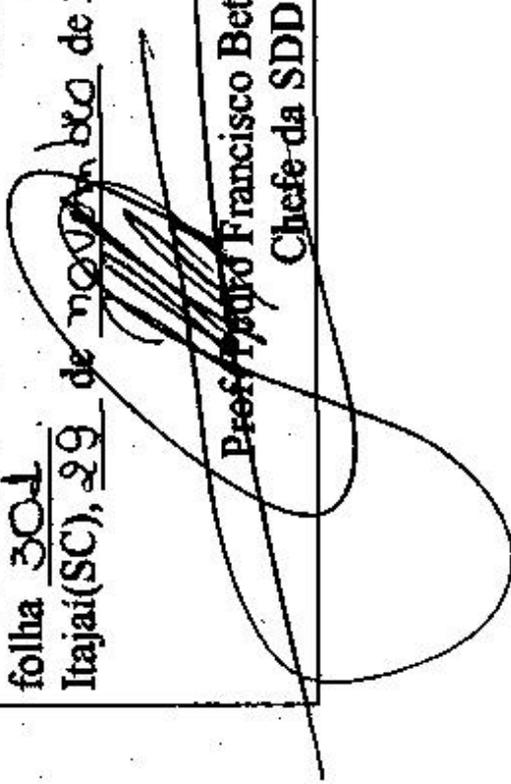
Departamento de Administração Discente

Seção de Documentação e Diplomação

Certificado registrado sob o nº 9605, livro 36

folha 301

Itajaí(SC), 29 de NOVEMBRO de 2006.


Prof. Paulo Francisco Bettoni, MSc.

Chefe da SDD

ANEXO 2

Aprovação da APROSVI para utilização das dependências da Associação para realização das entrevistas

APROSVI

Associação dos Profissionais do Sexo do Vale do Itajaí
CNPJ nº 04308940/0001-01
Rua 906, nº 50 sl. 02, esquina com 912
Centro
Balneário Camboriú
88330-000

FONE/FAX – (47)3363-5559

Email: aprosvi@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a pesquisadora Dd^a. Evely Marlene Pereira Koller , sob a coordenação da professora da Universidade Federal de Santa Catarina, Dra. Flávia Regina Souza Ramos, têm a permissão da diretoria dessa associação, para o desenvolvimento das atividades da pesquisa “Da Vulnerabilidade ao Protagonismo, Profissionais do Sexo e Caminhoneiros frente a AIDS ”, nas dependências da Associação de Profissionais do Sexo do Vale do Itajaí- APROSVI . Inclusive nos colocamos a disposição para facilitar contatos com a população a ser estudada.

Balneário Camboriú, 21 de agosto de 2006.



Andrea Wolff - Psicóloga
diretoria executiva

ANEXO 3

Geomapeamento de Itajaí



