

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

ELIAS MARCELINO DA ROCHA

**DST e AIDS EM REGIÃO DE FRONTEIRAS:
UM ESTUDO COM CAMINHONEIROS NO ESTADO DE RONDÔNIA**

**BRASÍLIA - DF
2008**

ELIAS MARCELINO DA ROCHA

**DST e AIDS EM REGIÃO DE FRONTEIRAS:
UM ESTUDO COM CAMINHONEIROS NO ESTADO DE RONDÔNIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Convênio Centro-Oeste (UnB - UFG - UFMS - UNIR) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora – Prof^ª. Dr^ª. Dirce Guilhem

**BRASÍLIA – DF
2008**

Rocha, Elias Marcelino da

DST e Aids em região de fronteiras: um estudo com caminhoneiros no Estado de Rondônia. Elias Marcelino da Rocha – Cacoal RO: UnB, 2008.

i-xi, 149 p. : il

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, 2008.

Orientador – Prof^ª. Dr^ª. Dirce Guilhem

Bibliografia: p.129-137

1. Áreas de fronteira
 2. Doenças Sexualmente Transmissíveis
 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
 4. Estradas
 5. Caminhoneiros
-

TERMO DE APROVAÇÃO

ELIAS MARCELINO DA ROCHA

**DST e AIDS EM REGIÃO DE FRONTEIRAS:
UM ESTUDO COM CAMINHONEIROS NO ESTADO DE RONDÔNIA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação - Convênio Centro-Oeste (UnB - UFG - UFMS - UNIR), pela comissão formada pelos professores:

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Dirce Guilhem

Faculdade de Ciências da Saúde, UnB

Prof^o. Dr. Elioenai Dornelles Alves

Faculdade de Ciências da Saúde, UnB

Prof^o. Dr. Mário Ângelo Silva

Instituto de Ciências Humanas, UnB

Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Nantua Evangelista

Faculdade de Ciências da Saúde, UnB

Brasília, fevereiro de 2008.

DEDICATÓRIA

A Deus, que me deu força, coragem e sabedoria, em todos os momentos, para vencer os obstáculos e realizar todas as conquistas em minha vida.

Aos meus pais, Izaías e Maria Castorina, que com todo amor e dedicação, sabedoria me conduziu em busca de iniciativa para realizar os sonhos que jamais poderão se calar e que um guerreiro, sempre enxerga o sucesso como um resultado das lutas e experiências vividas.

Minha mãe foi descansar ao lado de Deus, antes da conclusão deste trabalho, porém seus ensinamentos foram fundamentais. Continue com Deus intercedendo por mim.

Aos meus irmãos e familiares que sempre estiveram torcendo por mim, souberam compreender minha ausência, amo todos vocês.

Meus avós, pessoas de garra e determinação, as orações de vocês sempre chegam aos ouvidos de Deus, obrigado por vocês existirem.

Aos colegas de curso que comigo compartilharam a mesma experiência, o meu carinho e respeito.

AGRADECIMENTOS

A Prof.^a Dr.^a. Dirce Guilhem, orientadora desta pesquisa, pela valiosa orientação, sugestão e críticas essenciais para a concretização deste trabalho, é sempre bom ter alguém especial por perto. Aos participantes da banca avaliadora meu muito obrigado, pelas dicas a fim de que este trabalho realmente possa contribuir no meio científico.

Aos professores Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz, Carlos Alberto Paraguassu Chaves, aos Mestres e amigos Airton Leite Costa e Helena Meika, pelo incentivo na realização deste trabalho, o meu carinho, amizade e admiração.

Aos colegas de mestrado e doutorado, que vivenciamos diversas experiências, porém todos buscando tornar sonhos em realidade, obrigado pela companhia.

Aos acadêmicos Cészanne, Danúbia, Edson, Elizete, Fernando, Flávia, Fabiane, Leandro, Lindaiane, Márcia, e Marilza, pela colaboração, apoio e incentivo.

A equipe da FACIMED, pela constante disponibilidade, atenção, incentivo e sugestões fornecidas em todas as etapas percorridas para a concretização desta conquista.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente participaram e colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este estudo buscou identificar conhecimentos, atitudes e práticas de caminhoneiros relacionados às DST/Aids em região de fronteiras. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, sendo que a coleta de dados foi realizada através de um questionário semi-estruturado. Foram entrevistados 240 caminhoneiros nos meses de Abril a Junho de 2007, no Estado de Rondônia. A maioria dos entrevistados reside nos estados de Rondônia, Paraná e Mato Grosso; estão incluídos na faixa etária entre 30 e 39 anos, 76% dos entrevistados relataram ser casados, 56,8% disseram ter o ensino fundamental incompleto e 75,3% afirmaram ser católicos. Entre os participantes, 75,8% dos motoristas trabalham como prestador de serviços às empresas e somente 21,3% são proprietários dos caminhões. No que se refere à renda, 42,9% ganham entre 5 e 6 salários mínimos e 27,5% uma renda superior a 6 salários; sendo que 85% referiram ser apaixonados pelo serviço que fazem, pois é uma herança familiar. Entre as dificuldades mencionadas, aparecem os seguintes aspectos: péssimas condições da malha rodoviária (45%), ausência da família (24,6%) e fiscalização deficitária (14,6%). O período de descanso é realizado em postos de gasolina no próprio caminhão (80,6%) e 27,5% deles trabalha mais do que 20 dias consecutivos. Em relação ao comportamento sexual, 76% dos homens casados procuram por sexo quando ficam mais de 20 dias distante da família, 92,2% relataram utilizar a camisinha para prevenção de DST/Aids. Entre os entrevistados, 26,7% já tiveram algum tipo de DST, sendo que 72,5% destes relataram que a gonorréia é a doença mais comum entre eles. No que se refere ao tipo de sexo praticado, 57,8% dos participantes disseram praticar sexo vaginal, elegendo-o como a modalidade de maior risco de infecção para as DST/Aids. Concluiu-se que a maioria dos caminhoneiros tem relações sexuais durante as viagens e não sabem realmente quais os riscos a que estão submetidos. Sugeriram que deve haver aumento das campanhas informativas e educativas sobre o HIV e que os gestores se preocupem um pouco mais com a saúde dos caminhoneiros.

Palavras-chave: Áreas de Fronteira, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Estradas, Caminhoneiros.

ABSTRACT

This study intends to identify the level of STD/Aids awareness, knowledge, the attitudes, and behavior among truckers traveling frontier areas. It is an explorer-descriptive research, in which the gathering of information was done through a semi-structured questionnaire. Two hundred and forty truckers were interviewed during the months of April through June of 2007 in the state of Rondonia. The majority of the interviewed truckers live in the states of Rondonia, Parana, and Mato Grosso; they fall into the age range of 30 to 39 years old, (76%) of the interviewed declared themselves as married men, 56.8% said to have not completed high school education, and (75.3%) declared themselves as Catholic practitioners. Among the same group, (75.8%) are employees of corporations, and only (21.3%) are the truck owners. In relation to their income, (42.9%) earn between 5 to 6 minimum wages, (27.5%) of them have an income superior to 6 minimum wages, yet (85%) of the interviewed affirmed to be passionate about their job, because it is usually a family legacy. Among the mentioned difficulties of the job, the following stand out: the precarious condition of the highways (45%), family distance (24.6%), and the deficient fiscal system (14.6%). The rest breaks are usually taken in gas stations or in the trucks (80.6%), and (27.5%) of the truckers work more than 20 consecutive days. In relation to their sexual behavior, 76% of the married men look for sex when they stay more than 20 days away from their families, and (92.2%) said to use condoms to prevent STD/Aids. Among the interviewed, (26.7%) affirmed to have had some kind of STD, being gonorrhea the most common between them (72.5%). In relation to what kind of sex they practice, (57.8%) of them said to practice vaginal sex, reporting modality themselves as the main source of STD/Aids infection. It is concluded that most of the truck drivers have sexual relation during their work trips, and they are not really aware of what kind of risks they are exposed to. It is suggested more informative and instructive campaigns about HIV, and it is also suggested that their promoters dedicate a little more attention concerning truckers' health.

Key words: Frontier Areas, Sexually Transmitted Diseases, Acquired Immune Deficiency Syndrome, Highways, Truckers.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Faixa de Fronteira (Brasil): Evolução da Epidemia de Aids, 1993-2001..22
- Figura 2:** Principais motivos alegados pelos caminhoneiros entrevistados que dizem não gostar da profissão, Cacoal-RO, 2007.....75
- Figura 3:** Principais motivos alegados pelos caminhoneiros entrevistados que dizem gostar da profissão, Cacoal-RO, 2007.....75
- Figura 4:** Principais dificuldades encontradas nas estradas mencionadas pelos caminhoneiros entrevistados, Cacoal-RO, 2007.....77
- Figura 5:** Distribuição das doenças mais comuns entre os entrevistados que já adquiriram alguma DST, Cacoal-RO, 2007.....102
- Figura 6:** Distribuição dos tipos de sexo mais praticados pelos entrevistados, que procuraram parcerias sexuais nas estradas, Cacoal-RO, 2007.....104
- Figura 7:** Distribuição dos riscos de cada tipo de sexo, segundo a opinião dos entrevistados, Cacoal-RO, 2007.....107
- Figura 8:** Distribuição dos principais responsáveis pela entrada de DST no Estado de Rondônia, segundo a opinião dos entrevistados, Cacoal-RO, 2007.....108

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Prevalência (%) e odds ratio para caminhoneiros entrevistados que procuram parceiras(os) nas estradas de acordo com as características socioculturais, Cacoal-RO, 2007.....69
- Tabela 2:** Distribuição dos caminhoneiros conforme o local da entrevista, segundo a condição do caminhão e a renda mensal, Cacoal-RO, 2007.....72
- Tabela 3:** Distribuição dos caminhoneiros conforme local da entrevista, segundo o local de descanso e o tempo fora de casa, Cacoal-RO, 2007.....78
- Tabela 4:** Distribuição dos entrevistados em relação ao tipo de parceria sexual, Cacoal-RO, 2007.....82
- Tabela 5:** Distribuição dos caminhoneiros entrevistados quanto ao estado civil, comparado ao fato de procurarem parcerias nas estradas, Cacoal-RO, 2007.....83
- Tabela 6:** Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, quanto aos motivos de não procurarem parcerias sexuais na estrada, Cacoal-RO, 2007.....85
- Tabela 7:** Distribuição dos caminhoneiros entrevistados que procuram parcerias fora de casa, segundo o local da entrevista. Cacoal-RO, 2007.....86
- Tabela 8:** Distribuição dos caminhoneiros entrevistados quanto ao tempo que ficam fora de casa, comparado ao fato de procurarem parcerias nas estradas, Cacoal-RO, 2007.....88
- Tabela 9:** Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, quanto aos motivos de procurarem parcerias sexuais na estrada, Cacoal-RO, 2007.....89
- Tabela 10:** Distribuição dos caminhoneiros entrevistados quanto ao uso de preservativos com as parcerias que procuram nas estradas, segundo o estado civil, Cacoal-RO, 2007.....92

Tabela 11: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados quanto ao uso de preservativos com as parcerias sexuais que procuram nas estradas, segundo a faixa etária, Cacoal-RO, 2007.....	93
Tabela 12: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, quanto ao uso de preservativos com as parcerias sexuais que procuram nas estradas, segundo a escolaridade, Cacoal-RO, 2007.....	94
Tabela 13: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, quanto ao uso da camisinha em relações sexuais fora de casa e os motivos para este uso, Cacoal-RO, 2007.....	95
Tabela 14: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, que procura parcerias fora de casa com relação ao uso da camisinha em relações sexuais em casa, Cacoal-RO, 2007.....	97
Tabela 15: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, quanto ao fato de já ter adquirido alguma DST, Cacoal-RO, 2007.....	99
Tabela 16: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, que já tiveram alguma DST, relacionando com a idade, Cacoal-RO, 2007.....	100
Tabela 17: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, que já tiveram alguma DST, relacionando com a escolaridade, Cacoal-RO, 2007.....	101
Tabela 18: Distribuição dos entrevistados sobre o que fazer para diminuir as DST/Aids, Cacoal-RO, 2007.....	111
Tabela 19: Distribuição dos entrevistados no que se refere ao fato de conhecer algum programa governamental que desenvolve ações de prevenção sobre DST/Aids, Cacoal-RO, 2007.....	117
Tabela 20: Distribuição dos entrevistados que procuram parceria durante as viagens e que já receberam orientação, Cacoal-RO, 2007.....	117

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CBO	– Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	– Comitê de Ética e Pesquisa
CN	– Conselho Nacional
DST	– Doenças Sexualmente Transmissíveis
FACIMED	– Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
FECAM	– Federação dos Caminhoneiros
FEROM	– Federação Rondoniense de Mulheres
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HIV	– Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	– Papilomavírus Humano
HSH	– Homem que faz Sexo com Homem
HSV	– Vírus do Herpes Simples
PESTRAF	– Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres
PPV	– Pesquisa sobre Padrões de Vida
OMS	– Organização Mundial de Saúde
ONGs	– Organizações Não Governamentais
OPS	– Organização Pan-americana de Saúde

SUMÁRIO

PRÓLOGO.....	01
INTRODUÇÃO.....	03
OBJETIVOS.....	09
CAPÍTULO I REVISÃO DA LITERATURA.....	10
1- Fronteiras nacionais e a questão da saúde.....	10
2 - Faixa de fronteiras.....	13
3 - Quadro epidemiológico nas fronteiras do Brasil.....	18
4 - Caminhoneiros.....	27
5 - Saúde internacional.....	29
6 - Doenças sexualmente transmissíveis (DST).....	32
6.1 - Tricomoníase.....	33
6.2 - Clamídia	34
6.3 - Gonorréia.....	35
6.4 - Candidíase	36
6.5- Gardnerella	36
6.6 - Sífilis	37
6.7 - Linfogranuloma venéreo	39
6.8 - Herpes genital	39
6.9 - Cancro mole	40
6.10 - Donovanose	41
6.11 - Condiloma acuminado.....	41
7 - Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Humana (Aids)	43
8 - Vulnerabilidade	46
CAPITULO II – MATERIAIS E MÉTODOS	56
2.1 - Procedimentos.....	58
2.2 - Campo de pesquisa	59
2.3 - População.....	60
2.4 - Coleta de dados.....	62
2.5 - Instrumento de coleta de dados.....	63
2.6 - Aspectos éticos da pesquisa.....	64
2.7 - Análise dos dados.....	65
CAPITULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
REFERENCIAS.....	129
ANEXOS.....	138

PRÓLOGO

O interesse pela temática relacionada às DST e à Aids surgiu ao longo de minha vida profissional, onde pude observar que dos clientes atendidos nos serviços de saúde, apenas uma pequena parte era cadastrada como motorista. Partindo dessa observação comecei a direcionar um olhar minucioso a essa classe que dificilmente aparece nas consultas, pois passam a maior parte de suas vidas nas estradas. Por esse motivo, o trabalho desenvolvido como enfermeiro, docente e pesquisador levou-me aprofundar o conhecimento sobre a vivência dessas pessoas.

Frente aos problemas enfrentados com as DST e a Aids, surgiram inquietações e questionamentos voltados para a necessidade de conhecer quais têm sido as atitudes dos caminhoneiros; frente às patologias relacionadas aos comportamentos sexuais e a forma de prevenção que eles estão adotando em suas práticas, no transcurso de suas viagens, quando passam longos dias ausentes de seus domicílios.

No transcurso de atividade de pesquisa realizado no Ambulatório de DST e Aids do município de Cacoal, Estado de Rondônia, como profissional da saúde tive a oportunidade de acompanhar as equipes de trabalho em diligências às áreas de baixo meretrício, bem como aos bordéis em beira de estradas. Notei a presença de caminhoneiros em casas noturnas situadas ao longo da Rodovia BR 364, que corta o referido município. Encontra-se, também, maior fluxo de motoristas em postos de gasolina (locais em que os caminhoneiros fazem suas paradas para descanso, abastecimento e utilização de restaurantes) e uma rotatividade grande de profissionais do sexo.

Na busca pela compreensão do universo dos caminhoneiros, descobri que as fronteiras geram fluxos heterogênicos de povoamento. Da mesma forma, junto com o desenvolvimento econômico ocorre a entrada de novos grupos vulneráveis, doenças sexualmente transmissíveis e Aids. Essas pessoas trazem consigo culturas de regiões que dificultam também a adesão às medidas preventivas e a busca pelo tratamento.

Frente a esta situação de inconformismo, me senti estimulado a propor, este trabalho e desenvolver uma reflexão sobre a importância das fronteiras no contexto das DST e da Aids.

INTRODUÇÃO

Um dos principais fatores que tem contribuído para o aumento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) nas fronteiras da Amazônia é o intercâmbio entre populações fronteiriças que se dá de forma assustadora e descontrolada. Apesar de muito esforço em relação à sensibilização para a prevenção do HIV, a doença continua acometendo inúmeras famílias.

A mobilidade populacional nas regiões de fronteira da Amazônia é um fenômeno permanente e sazonal, diretamente ligado à agricultura, à mineração e ao extrativismo. Esse trânsito constante de pessoas é explicado, em parte, pela existência de micro-sistemas econômicos, que forçam muitos moradores de um país a trabalhar, ou mesmo comprar bens de consumo, na nação vizinha. A mobilidade de pessoas nas fronteiras também permite o intercâmbio e a difusão de agentes patogênicos. Nessas regiões, os habitantes dos países vizinhos vivem os efeitos da proximidade, gerando comportamentos vulneráveis, tais como a maior possibilidade da multiplicidade de parceiros sexuais (BENZAKEN, 2005).

De acordo com Benzaken (2005) as lideranças políticas preocupam-se com as questões relacionadas ao HIV/Aids nas regiões de fronteiras, principalmente pelos seguintes fatores: a crescente feminização, a circulação de subtipos de vírus diferentes do padrão encontrado em cada país e a importância de algumas categorias de exposição ao HIV (sexual, sangüínea e transmissão vertical). Nessas regiões, também é intenso o tráfico de drogas, o comércio ilegal de mercadorias e a prostituição, elementos que afetam alguns grupos populacionais específicos que residem ali. Uma característica de vulnerabilidade nas fronteiras amazônicas, e que

pode ser considerada bastante preocupante, é a fragilidade dos sistemas de saúde. É necessário ter uma visão regional para tratar a questão, e estabelecer medidas de controle nas intervenções sobre os agravos.

É preciso estabelecer planos de análise e prevenção específicos para áreas de fronteiras, deslocando o foco dado às populações urbanas para outros grupos vulneráveis (BENZAKEN, 2005). A fim de estabelecer prevenção e políticas eficazes, torna-se necessário identificar, para cada região, quais são os fatores que influenciam a manifestação de DST e Aids e quais os tipos de atividade profissional em que essas pessoas estão inseridas. Conhecer esses territórios é, assim, condição essencial para gerarmos políticas públicas consistentes.

Em um mundo cada vez mais interligado e interdependente, a noção de fronteira como barreira ou separação cede espaço para a concepção de lugar de contato ou lugar de passagem; prevalece a idéia de movimento, relações, comunicação e troca, o que modifica a concepção de fronteira fechada para a de fronteira aberta.

O texto intitulado *A geografia da Aids nas fronteiras do Brasil*, aponta que a epidemia da Aids no país vem sendo estudada principalmente nos grandes centros urbanos. As áreas de fronteira, onde existe um grande potencial de interação entre pessoas e grupos populacionais, foram, até o momento, pouco investigadas. No entanto, por suas características particulares, estas se constituem em espaços críticos para a disseminação do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das DST (BARCELLOS, 2001). Essa situação foi agravada pelo fato que nas décadas de 1980 e 1990 o Brasil enfrentou uma enorme crise no setor público, com redução de

recursos financeiros e humanos, o que teve reflexo imediato em sua capacidade de gestão do território.

De acordo com Hoffmann (2003) essa temática é relevante na medida em que os motoristas de caminhões são considerados profissionais importantes no desenvolvimento econômico, político e social para o progresso do país. Eles são verdadeiros construtores no sentido de transportar e movimentar elementos essenciais para o abastecimento da sociedade. Como circulam por todo o país, sua proximidade com as regiões fronteiriças são evidentes.

A sensibilização e conscientização sobre a importância desse segmento de trabalhadores é de extrema relevância, não só para eles, como para a sociedade, também, aprofundar pesquisas no campo da saúde do caminhoneiro, principalmente sobre a saúde sexual. Torna-se necessário considerar a saúde em uma concepção ampliada que englobe o estar físico, psíquico e social. Esses aspectos assumem especial importância, principalmente para motoristas de estradas que passam grande parte de seu tempo trabalhando fora de casa.

A preocupação com essa categoria profissional torna-se relevante no cenário de pesquisa e propostas de intervenção para prevenção de riscos de contaminação com as DST/Aids. Isso se deve ao fato de que no Brasil, o transporte rodoviário é, sem dúvida, um dos principais meios de locomover as riquezas produtivas. O setor de transporte congrega hoje cerca de 2.5 milhões de trabalhadores, representando 7% do Produto Interno Bruto do país (FECAM, 2001). Os caminhoneiros constituem uma população que abarca cerca de um milhão e oitocentos mil veículos (GEMIGNANI, 2002).

O Boletim epidemiológico de 2007, apresenta casos de Aids em maiores de 13 anos, segundo categoria de exposição, sexo e ano de diagnóstico. No sexo

masculino, em 2005, na categoria de exposição sexual há maior transmissão entre os heterossexuais, e na categoria sanguínea, a transmissão é maior entre os usuários de drogas injetáveis (UDI). Ao longo do período de 1980 a 2007, observa-se tendência ao crescimento proporcional da subcategoria de exposição heterossexual, estabilização entre homo/bissexuais e redução entre os UDI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A exploração e o abuso sexual, o tráfico de crianças e de adolescentes, apresenta um cenário que coloca esses grupos em situação de extrema vulnerabilidade, seja no Brasil, seja em outros países. Isso ocorre, principalmente no contexto das áreas trans-fronteiriças. Outros grupos como os travestis e os profissionais do sexo, em virtude do comportamento de risco e de sua fragilidade em uma cultura machista e preconceituosa podem ser, também, incluídos nos grupos vulneráveis.

Esses dados vêm subsidiar e contextualizar o desejo das lideranças sanitárias no estabelecimento estratégias a fim de minimizar os agravos e conseqüências da epidemia. Nascimento (2003) aponta que a forma como as campanhas educativas para prevenção do HIV/Aids vêm sendo veiculadas, refletem significados e símbolos presentes no processo educação tradicional. Os conhecimentos dos profissionais de saúde são impostos nas mensagens divulgadas, baseando-se quase sempre em um discurso inoperante e inatingível para grande parte das pessoas na sociedade.

No Estado de Rondônia percebe-se que a história é semelhante, justificando a importância da realização deste estudo sobre os caminhoneiros. O programa DST/Aids da Secretaria de Saúde necessita de muitos investimentos. Esta pesquisa favoreceu a oportunidade de analisar melhor a questão das DST/Aids no Estado de Rondônia e, ainda, associar a questão do fluxo populacional entre regiões de

fronteiras que poderia influenciar no aumento da epidemia. Esse é um fato relevante uma vez que se sabe que o intercâmbio entre populações de regiões distintas pode trazer agravos diferentes, o que demanda a elaboração e implementação de estratégias eficazes para a prevenção e o controle de enfermidades.

Diante desse contexto e como profissional das áreas de saúde e educação, emergiu a idéia de ampliar os horizontes com o objetivo de buscar compreender o universo de fragilidades presente no cenário dos motoristas de caminhão. Recentemente, alguns estudos têm evidenciado que os caminhoneiros pertencem a uma profissão pouco difundida pela mídia e pelas pesquisas. Dessa forma, buscou-se considerar, a questão da vulnerabilidade que estes viajantes enfrentam no que diz respeito aos riscos de contaminação quando se deparam com as DST e a Aids, entre outras doenças, em decorrência da sua profissão e de seu estilo de vida.

Esta dissertação está estruturada em três capítulos, onde se procurou abordar as questões relacionadas aos caminhoneiros de estradas de forma a ampliar e aprofundar a discussão sobre esta temática. O enfoque principal esteve direcionado ao comportamento sexual dessas pessoas no período em que realizam as viagens de trabalho e as estratégias adotadas para estabelecer maior cuidado para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e promoção da saúde.

No primeiro capítulo está descrito o referencial teórico utilizado para subsidiar a pesquisa e efetuar a análise dos dados. Aspectos relacionados às DST e à Aids, questões epidemiológicas e de saúde nas regiões de fronteira e sua relação com saúde internacional são enfocados. Os aspectos relacionados à vulnerabilidade específica dos caminhoneiros são enfatizados em função de desenvolverem grande parte de suas atividades profissionais longe do convívio familiar.

No segundo capítulo, são apresentados os materiais e métodos utilizados na pesquisa de campo, como forma de alcançar seus objetivos; os aspectos éticos considerados essenciais no processo de investigação; o referencial metodológico que norteou o estudo, bem como as estratégias utilizadas para definir o espaço de coleta, características do estado de Rondônia, e base de dados estatísticos para aproximação dos resultados obtidos na pesquisa.

No terceiro capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa de campo e efetuada a discussão sobre os mesmos. Aspectos relacionados ao perfil demográfico dos participantes, atitudes, comportamentos e práticas adotadas pelos caminhoneiros no que se refere à prevenção de DST/Aids são amplamente discutidas.

Finalmente, na conclusão, o enfoque está direcionado para uma avaliação geral sobre a situação encontrada e são indicadas possíveis intervenções voltadas para ações educativas e promoção à saúde. Apresentamos como base nos resultados contribuição e possibilidade de novos estudos sobre a saúde do caminhoneiro.

- **Problema de pesquisa:** Discutir comportamentos, práticas e atitudes relacionados ao conhecimento sobre prevenção de DST/Aids para motoristas de caminhões.
- **Pergunta de pesquisa:** Quais os fatores que interferem no comportamento dos caminhoneiros em relação à adesão de medidas de prevenção para DST/Aids?
- **Hipóteses:**
 - O nível de conhecimento favorece a adesão à medidas de proteção para as DST/Aids.

– Os fatores socioculturais interferem no comportamento dos caminhoneiros pela procura de parceiras sexuais no percurso de trabalho.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar as questões relacionadas às DST e a Aids em regiões de fronteira, especificamente no Estado de Rondônia.

Objetivos Específicos

- Identificar as características demográficas e sócio-culturais que compõem o perfil dos motoristas de longa distância;

- Identificar conhecimentos, atitudes e práticas de caminhoneiros frente às DST e à Aids;

- Conhecer o comportamento e as práticas sexuais adotadas por motoristas de caminhões;

Verificar os métodos preventivos utilizados pelos caminhoneiros durante relações sexuais ocasionais.

CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA

O processo de atenção à saúde em regiões de fronteiras é complexo, pois envolve diferentes países, culturas e atores. Justamente por isso, o controle sobre a transmissão de doenças em geral e, especificamente no que se refere às DST e à Aids é um aspecto delicado. O intenso tráfego de pessoas e mercadorias, nem sempre efetuado sob controles alfandegário e sanitário, oferece risco à saúde das pessoas e populações dessas regiões. Adicione-se a isso, a introdução de pessoas que circulam por diferentes espaços geográficos e que se encontram em situação de vulnerabilidade laboral, como é o caso dos caminhoneiros, e teremos outros fatores que contribuirão para aumentar o risco frente às DST/Aids.

Aspectos relacionados às regiões de fronteiras, ao controle das DST/Aids nessas regiões e sua influência sobre a saúde internacional, as características da atividade de caminhoneiro foram desenvolvidos como forma de subsidiar a pesquisa de campo e a discussão sobre os resultados encontrados.

1 Fronteiras nacionais e a questão da saúde

Os termos *limite* e *fronteira* evocam significados distintos, “enquanto o limite jurídico do território é uma abstração, gerada e sustentada pela ação institucional no sentido de controle efetivo do Estado territorial, portanto, um instrumento de separação entre unidades políticas soberanas, a fronteira é lugar de comunicação e troca” (MACHADO, 2000).

De acordo com Dutra (1998) a palavra *fronteira* implica historicamente, aquilo que etimologicamente está na frente. A origem histórica da palavra demonstra que

sua utilização não estava associada inicialmente a nenhuma concepção legal e que o conceito não era essencialmente político ou intelectual. Surgiu como um fenômeno da vida social e das relações econômicas e políticas que indicava o limite do mundo habitado. Na realidade, o sentido de fronteira não representava o fim, mas o começo do Estado, o lugar para onde ele tendia a se expandir. O termo fronteira também foi utilizado para caracterizar a expansão do povoamento no Oeste norte-americano, e sua utilização continuou a ser utilizado com sucesso em trabalhos mais recentes sobre a ocupação da Amazônia.

A palavra *limite*, de origem latina, foi criada para designar o fim daquilo que mantém coesa uma unidade político-territorial. Enquanto a fronteira é considerada uma fonte de perigo ou ameaça, pode passar a desenvolver interesses distintos aos assumidos pelo governo central. O chamado *marco de fronteira* é, na verdade, um símbolo visível do limite. Visto dessa forma o *limite* não está vinculado à presença de gente. É uma abstração, generalizada na lei nacional, e que está sujeita a leis internacionais, o que a distancia, freqüentemente, dos desejos e das aspirações de seus habitantes. Por isso mesmo, a fronteira é objeto permanente da preocupação dos Estados no sentido de controle e vinculação. Por outro lado, enquanto a fronteira pode ser considerada um fator de integração – ou seja, uma zona de interpenetração mútua e de constante manipulação de estruturas sociais, políticas e culturais distintas – o limite é um fator de separação, pois divide unidades políticas soberanas e permanece como um obstáculo fixo. Não importam aqui, a presença de certos fatores comuns, físico, geográficos ou culturais (MACHADO, 2000).

Duas situações estão presentes nas fronteiras: o primeiro, relacionado ao bloqueio de movimento, de controle de fluxos e de separação; e o segundo, em sentido contrário, de comunicação, de relação e de troca. O predomínio de um ou do

outro vai depender das relações estabelecidas entre países vizinhos, das características do desenvolvimento regional, das motivações das populações locais e de diversos grupos presentes na fronteira, dos condicionantes dos ambientes natural e construído, entre outros aspectos que poderiam ser mencionados. A fronteira seria, portanto, uma zona na qual seus habitantes vivem os efeitos da proximidade entre dois ou mais países. Ela contém um conjunto de instituições, práticos, sujeitos e modos de vida particulares (BARCELLOS, 2001).

Mais concretamente, observa-se a presença de objetos geográficos (fixos) como os marcos de fronteira, as aduanas, os quartéis de fronteira, zonas de livre comércio, e de fluxos engendrados pela presença do limite, como o fluxo transfronteiriço de mercadorias (legais e ilegais). É marcante também pessoas como, (turistas, moradores de fronteira, contrabandistas, traficantes, caminhoneiros, etc.) bem como os fluxos imateriais (comunicação). (BARCELLOS, 2001).

Para Barcellos (2001) o fato de a fronteira ser uma área de contato entre dois estados-nação e por situar-se, em muitos casos, na periferia da formação social, gera comportamentos particulares como o contrabando, o bilingüismo e a hipertrofia de seus serviços comerciais. O alcance dos efeitos de fronteira (ou de proximidade) pode variar em função do grau de integração das zonas de fronteira com redes de maior amplitude, capazes de conectá-las a diversos pontos do território nacional.

De acordo com esse autor, a fronteira é uma zona ou região que apresenta duas características básicas no que se refere aos processos saúde/doença que aí se estabelecem: a) ela é o lugar de entrada ou saída de pessoas e de mercadorias que permitem o intercâmbio e a difusão de agentes patogênicos entre países e; b) uma área ou zona com características particulares, onde os habitantes de países

vizinhos vivem os efeitos da proximidade, o que gera a criação e adoção de comportamentos particulares (BARCELLOS, 2001).

Avançando nessa reflexão, Baeninger (1999) argumenta que nas últimas décadas, o panorama da mobilidade espacial da população brasileira, destacou-se justamente pela complexidade e diversificação dos deslocamentos populacionais propiciados pelos efeitos advindos do processo de migração. De fato, os efeitos desses movimentos migratórios têm propiciado a expansão dos espaços de migração, com a incorporação de novas áreas de absorção populacional.

De um modo geral o respeito aos limites de faixas é muito discutido, pois ainda continua sendo um desafio para as autoridades. Esse processo de diluição dos limites nacionais se deve não apenas à multiplicação de redes trans-fronteiras, mas, também, à competição entre diferentes sistemas de normas, induzidas pelos próprios Estados e por outras grandes organizações legais e ilegais. Frente a essa instabilidade, a circulação informal, organizada em torno de relações de parentesco e de amizade é reforçada em detrimento da circulação de pessoas (BARCELLOS, BASTOS, 1996).

2 Faixas de fronteiras

A BR-364 é a principal via de acesso terrestre no estado de Rondônia e se estende entre a cidade de Vilhena e de Porto Velho. Esse estado tem suas principais cidades atravessadas por esta Rodovia, que é uma importante rodovia diagonal do Brasil. Inicia-se em Limeira-São Paulo, passa por Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Rondônia e Acre e termina em Rodrigues Alves, no extremo-oeste desse estado ou seja do Acre. É, portanto, uma rodovia de fundamental importância

para o escoamento da produção de soja de toda a região Norte e Centro-Oeste do país (OLIVEIRA, 2005).

Na época de sua criação e instalação, o estado de Rondônia estava dividido nos seguintes municípios: Porto Velho, Guajará-Mirim, Ariquemes, Ji-Paraná, Cacoal, Pimenta Bueno, Vilhena, Jaru, Ouro Preto, Presidente Médici, Colorado do Oeste, Espigão do Oeste e Costa Marques. As principais divisas do estado são: ao norte com o Amazonas; ao sul com a República da Bolívia; a leste com o Mato Grosso e ao oeste com a República da Bolívia e com o estado do Acre (OLIVEIRA, 2005).

A cidade de Vilhena está localizada ao sul de Rondônia e faz divisa com a cidade de Comodoro no estado de Mato Grosso. Por sua localização é considerada “O Portal do Amazônia”, principalmente por sua estrutura que é referência para a região nos seguintes aspectos: lazer, trabalho, educação, compras e atendimento médico e hospitalar. O fato de estar às margens da BR-364, considerada um corredor de escoamento e de entrada de mercadorias e produtos para a região amazônica, torna esta cidade parada obrigatória de grande quantidade diária de caminhões, carros e pessoas que buscam melhores oportunidades procedentes de todo o Brasil.

Em consonância com o projeto Opção&Vida da secretaria municipal de saúde (2002), a cidade de Vilhena cresceu muito nos últimos anos, atingindo um total de 53.549 habitantes. Isso ocorreu devido estratégias política administrativa visando maior oportunidade de emprego a população. No entanto o mercado de trabalho não acompanhou a demanda de mão de obra e a situação tem se agravado, como em todo o país. Ocorreu, também, um acentuado êxodo rural. Acredita-se que estes e outros fatores podem ter contribuído para o aumento do número de profissionais do

sexo no município. Nos últimos dois anos observou-se a instalação de um grande número de bares, lanchonetes e casas de prostituição que surgiram nos bairros mais carentes da cidade e que situam-se às margens da BR 364 e estão próximos aos pátios dos postos de gasolina. Em esquinas estratégicas surgiram os pontos de trabalho de prostitutas e travestis, muitos dos quais percorrem grande número de cidades às margens da rodovia, regiões de garimpo e municípios onde se concentram maior quantidade de trabalhadores rurais.

O uso de drogas entre os profissionais do sexo é outro fator relevante a ser considerado, pois na verdade a região é corredor de chegada de drogas provenientes da divisa do estado com a Bolívia. Muitos vêem na prostituição a única alternativa para manter o vício e até mesmo para sobreviver.

É grande o número de casos de infecção entre os profissionais do sexo do município de Vilhena e da região. Dos 143 casos de HIV/Aids constatados nos últimos 10 anos no município e região circunvizinha, 22 são de prostitutas e 06 são de travestis. Entre aqueles que podemos colocar como seus parceiros se destacam 10 caminhoneiros e 20 peões (trabalhadores da área rural). Encontramos também outras categorias de pessoas infectadas, como mulheres casadas, andarilhos, estudantes e profissionais liberais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2002).

Os objetivos traçados pela secretaria municipal de saúde de Vilhena com o projeto Opção&Vida, era de realizar intervenção comportamental junto aos profissionais do sexo, visando a diminuição das situações de risco e de propagação das DST e HIV no município de Vilhena. Ao direcionar as ações de prevenção aos profissionais do sexo, atingiria, também, as pessoas em geral, contribuindo para a preparação de novos multiplicadores.

Em Rondônia, as atividades com caminhoneiros de estrada foram realizada pela Federação Rondoniense de Mulheres (FEROM) em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde e a Polícia Rodoviária Federal. Desde 1998 a FEROM afirma que as atividades voltadas para os caminhoneiros são desenvolvidas, principalmente no perímetro urbano da BR- 364. Em 2001 o projeto *“lona pro caminhão, camisinha pro caminhoneiro”*, ocorreu em seis etapas, onde atingiu Porto Velho, Ariquemes, Jaru, Ji-Paraná, Cacoal e Vilhena, o trabalho foi feito com a distribuição de preservativo e material educativo. Teve como objetivo a sensibilização e conscientização aos motoristas de caminhão, visando combater a disseminação de DST/Aids (O ESTADÃO DO NORTE, 2001). Atualmente não há registro de campanhas diretamente envolvendo os caminhoneiros de estrada.

Observa-se que o Brasil e a Venezuela vivenciaram diversas fases como países receptores de migrantes. O Brasil funcionou como país receptor de imigrantes até a década de 1960, para, a partir de então, passar a exportar mão-de-obra principalmente para os Estados Unidos, alguns países da Europa e para o Japão, dentro de um novo contexto social, político e cultural (PATARRA & BAENINGER, 1998). Isso implica que quando uma pessoa muda de sua residência será substituída por outras pessoas e outras populações. Conseqüentemente podemos afirmar que a chegada de novas pessoas trará consigo novos estilos de vida, comportamentos diversificados, situações de riscos para o aparecimento de novas doenças.

Esse quadro se modifica na fronteira entre Brasil e Venezuela, tendo em vista que a emigração fronteiriça é uma possibilidade viável de ascensão social para o grande contingente de migrantes interestaduais e, também, pelas condições de proximidade e facilidade de acesso via terrestre. Vale lembrar que a capital da

unidade da federação mais próxima à Boa Vista, Manaus, fica a quase oitocentos quilômetros de distância, enquanto a fronteira com a Venezuela fica a menos de duzentos quilômetros (RODRIGUES, 2006). No entanto deve-se ter cuidado para não reforçar posturas preconceituosas e excludentes para com pessoas provenientes de outros países.

Uma das características desse movimento migratório fronteiriço é o trânsito de pessoas ilegais e indocumentadas. Para cruzar a fronteira, não é necessário passaporte, mas apenas o documento de identidade e o cartão de vacina. No caso do Brasil, a fiscalização só é realizada em momentos específicos e esporádicos de alguma campanha contra o contrabando de combustível ou tráfico de mulheres. Dessa forma, a facilidade de acesso via terrestre e a pouca fiscalização favorecem o fluxo de migrantes ilegais que cruzam a fronteira, tanto para se estabelecerem no Estado de Rondônia quanto em outros estados vizinhos (RODRIGUES, 2006).

Segundo Rodrigues (2006), do outro lado da fronteira brasileira, está Santa Elena de Uairén, capital do estado de Gran Sabana. Há em torno da cidade acampamentos e povoados genuinamente mineiros. A economia de Santa Elena gira em torno da atividade de garimpagem nas minas que estão ao seu redor e atua como centro de comercialização e provisão de garimpeiros e suas famílias que residem em Santa Elena. Outro aspecto econômico da cidade é o comércio *transfronteiriço* dos habitantes de Pacaraima/Boa Vista e Santa Elena, além do turismo e dos empregos públicos. Santa Elena possui infra-estrutura de diversão maior que Pacaraima, com boates, restaurantes, uma casa noturna de *strip-tease* — com show geralmente realizado por brasileiras — cafés e *cyber cafés*.

Essa fronteira é identificada como uma das rotas para o tráfico de mulheres e adolescentes cujo eixo é Manaus (AM), Iracema (RR), Boa Vista (RR), Pacaraima

(RR), Santa Elena, Puerto Ordaz, Puerto La Cruz-Isla de Margarita, Caracas. Segundo o relatório *Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres - Pestraf* (2003), a Venezuela atua como receptora e local de passagem para outros centros como a República Dominicana e a Europa (RODRIGUES, 2006).

No processo relativo à modificação na perspectiva de mercados regionais transnacionais existe uma nova possibilidade para a postura do Estado em relação ao papel dos limites e das fronteiras. A fronteira pode ser entendida “para fora”, não a partir do estado central, o que provocaria conflito, mas a partir dos lugares interessados. Cada lugar quer estender sua esfera de influência e reforçar sua centralidade além dos limites internacionais e sobre as faixas de fronteiras, (MACHADO, 1998).

3 Quadro epidemiológico nas fronteiras do Brasil

De acordo com Ministério da Saúde (2003) no início da epidemia do HIV/Aids, os primeiros indivíduos acometidos eram jovens do sexo masculino e homossexuais (homens que fazem sexo com outros homens), o que indicava uma doença de transmissão sexual ligada ao comportamento desse grupo. O aparecimento de casos entre hemofílicos alertou para a transmissão sangüínea do agente etiológico da doença. Posteriormente foram detectados casos de Aids em crianças comprovando a sua transmissão também de mãe para filho.

Apesar dessas evidências, durante os primeiros anos da epidemia ela foi considerada uma doença de homossexuais masculinos, de usuários de drogas injetáveis, de hemofílicos, então denominados *grupos de risco*. Para esses grupos

estavam voltadas as preocupações de epidemiologistas e formuladores de políticas de saúde.

Entretanto, com o passar do tempo e a velocidade com que a epidemia ia se espalhando em outros grupos populacionais, ficou demonstrado que esse enfoque era não apenas prejudicial como ineficaz para o efetivo controle da doença. De fato, as pessoas não conseguiam identificar-se com os grupos de risco e se consideravam protegidas do HIV/Aids. As campanhas educativas para prevenção da infecção não atingiam de forma efetiva as pessoas para as quais se direcionavam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O acelerado crescimento da epidemia entre heterossexuais e, principalmente entre o grupo de mulheres (menos atingidas ao início), que se somavam aos diferentes perfis epidemiológicos presentes em diferentes países – na África desde o início atingia mais às mulheres – demonstrou a necessidade de que uma mudança de enfoque seria necessária.

O que diferencia a epidemia da Aids de outras epidemias é a velocidade de sua difusão e a extensão de sua propagação. A epidemia tem penetrado em diferentes culturas e espaços, atingindo pessoas de todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos. Em seu curso, tem afetado famílias e comunidades inteiras, minando a vitalidade econômica de diversas regiões no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). A carga que a epidemia representa para os sistemas de saúde pública está gerando uma crise sanitária mundial. Essa situação poderá modificar o futuro de muitas pessoas em função das limitações econômicas decorrentes de sub notificação desses agravos.

De acordo com Peiter (2005) a Aids ainda não tem cura, mas avanços no tratamento da doença têm proporcionado uma expressiva melhora na qualidade de

vida dos portadores do vírus. Além disso, ocasiona o prolongamento da expectativa de vida destas pessoas e, em decorrência disso, nos países desenvolvidos a Aids já é percebida como uma doença crônica e não mais como uma sentença de morte.

Considerando-se a forma heterogênea com que a epidemia se propaga nas diferentes regiões, afetando os países com diferentes níveis de prevalência e morbimortalidade, a Aids representa um obstáculo ao desenvolvimento, pela imposição de condições limitantes a indivíduos e suas famílias. Nos países mais castigados, está prejudicando os progressos sanitário, econômico e social, reduzindo em vários anos a esperança de vida, o que agrava a pobreza e contribui para piorar a escassez de alimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O impacto da epidemia é particularmente pesado para mulheres e filhas, pois geralmente o cuidado destinado às pessoas infectadas e doentes recai sobre elas. Em geral, os lares afetados pela Aids têm maior probabilidade de sofrer de pobreza extrema que os lares não afetados. Dessa forma, tem impacto na agricultura e na educação dos países com maior número de casos de Aids (UNAIDS, 2004).

Peiter (2005) relata que até o final da década de 1990 não havia uma preocupação explícita com a difusão da Aids nas fronteiras do Brasil, fato que pode ser explicado pela própria dinâmica espacial da epidemia descrita anteriormente. Com o processo de interiorização a partir dos anos noventa e da constatação de que a mesma começava a manifestar padrões altamente distintos nas diferentes regiões, verificou-se a necessidade de realizar estudos para entender o comportamento da epidemia nestas regiões, como é o caso das regiões de fronteira. Nessas áreas, a epidemia cresce em ritmo mais acelerado do que nas regiões anteriormente atingidas e tem maior incidência desde o início da epidemia. Em algumas cidades da fronteira, a

Aids cresce aceleradamente contrastando com os padrões mais gerais de estabilização e mesmo arrefecimento da epidemia.

Foi nesse contexto, que o programa Nacional da Aids, através do Ministério da Saúde, encomendou uma pesquisa sobre a Aids nas fronteiras do Brasil com a Guiana Francesa, o Suriname e a Guiana (1997) ao pesquisador Victor Leonardi, do Núcleo de Estudos Amazônicos da Universidade de Brasília. Esse estudo teve o objetivo de fornecer subsídios para a elaboração de uma política de prevenção da Aids nas áreas do extremo norte do país, onde a cooperação internacional é indispensável para a saúde dos índios e não-índios dos municípios da Faixa de Fronteira. O trabalho acabou estendendo-se às fronteiras com a Venezuela, Colômbia, Peru e Bolívia. Com o título de *Fronteiras Amazônicas do Brasil: Saúde e História Social*, divulgado em 2000. O autor, buscou descrever as situações de risco para a Aids em populações indígenas da Faixa de Fronteira Amazônica, a partir da análise das relações inter-étnicas desses grupos e de sua interação com outros grupos populacionais deste segmento da fronteira (garimpeiros, madeireiros, prostitutas, comerciantes, marreteiros, funcionários públicos e população flutuante em geral). Procurou, ainda, analisar as situações de risco como expressão de condições históricas de vida nas fronteiras através de informações qualitativas, obtidas por meio de entrevistas com informantes-chave. O estudo apresentou muitas informações importantes sobre o comportamento de grupos populacionais fronteiriços como mobilidade, interação e, particularmente, comportamento e saúde de povos indígenas nas fronteiras brasileiras (PEITER, 2005).

Observa-se nos mapas a seguir as regiões, mais atingidas entre os anos de 1993 a 1995. Percebe-se a incorporação de novos espaços à epidemia, com o

registro de casos em municípios do Alto Solimões, no Amazonas; parte oeste do Acre e Rondônia; ao mesmo tempo continua alastrando-se pelos municípios da região ou Arco Central e Sul.

As faixas de fronteiras foram divididas por Peiter (2005), como arcos ou regiões: Norte, Central e Sul. O arco norte compreende as sub-regiões Oiapoque-Tumucumaque, Campos do Rio Branco, Parima-Alto Rio Negro, Alto Solimões, Alto Juruá, Vale do Acre-Purus. O arco central compreende as sub-regiões Madeira-Mamoré, fronteira do Guaporé, Chapada dos Parecis, Alto Paraguai, Pantanal, Bodoquema, Dourados e o cone sul Mato-Grossense. O arco sul compreende o Portal do Paraná, sudoeste do Paraná, Oeste de Santa Catarina, Noroeste do Rio Grande do Sul e fronteira Metade Sul, do Rio Grande do Sul.

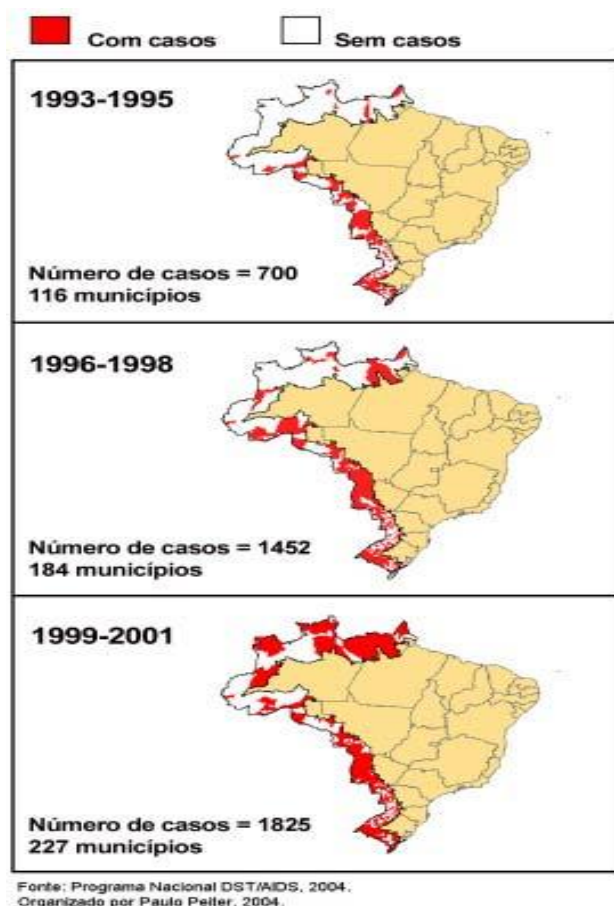


Figura 1: Faixa de Fronteira (Brasil): Evolução da Epidemia de Aids, 1993-2001.

Peiter (2005) relata que apesar da grande difusão da epidemia na Faixa de Fronteira, ainda existiam ao final de 2001, 281 municípios sem registro de casos, ou seja, praticamente a metade dos municípios da faixa de fronteira, 49,4% deles não haviam sido atingidos pela epidemia ou não havia sido informada a ocorrência de casos, o que poderia significar tanto a real inexistência de casos nesses municípios bem como a inexistência de assistência a casos de Aids no município. Nesse caso, haveria a “fuga de casos”, representado pelas pessoas que saem do seu município de residência para realizar o diagnóstico e ter acesso a tratamento em outros municípios e lá se apresentam como residentes do município de diagnóstico. É notório, também, o atraso entre o diagnóstico e o registro nos bancos nacionais de informação sobre Aids ou simplesmente a existência de casos assintomáticos que ainda não buscaram diagnóstico.

Estudos anteriormente mencionados, como aqueles realizados por Leonardi (2000); Barcellos e colaboradores (2001); Ministério da Saúde (2003), apontaram que a Faixa de Fronteira é um espaço “retardatário” no contexto da epidemia da Aids no Brasil. Ou seja, a incorporação desse espaço nos circuitos da epidemia ocorreu tardiamente, à exceção de alguns pontos correspondentes às principais cidades da fronteira.

Outra hipótese é que o espaço fronteiriço do país insere-se no processo de interiorização da epidemia descrito por Szwarcwald (2000) a partir da segunda metade da década de 1990. Como a fronteira se encontra longe dos principais centros urbanos nacionais e é composta, em sua maioria, por municípios de população muito pequena – 324 municípios – 56,9% tem menos de 10 mil habitantes – e pequena – 163 municípios – 28,6% tem entre 10 mil e 25 mil habitantes – seria de se prever que a epidemia tardasse mais a se difundir nessa região.

Peiter (2005) enfatiza que o último epicentro do Arco Norte articula-se com o Arco Central através da conexão Rio Branco-Porto Velho pela rodovia BR-364, podendo-se dizer que estes dois epicentros formam um só. Ela vai das cidades de Sena Madureira até Acrelândia na divisa com Rondônia. Situado na sub-região do Vale do Acre-Purus as maiores incidências de Aids estão ligadas à presença da capital estadual Rio Branco (250 mil habitantes), que forma um aglomerado de municípios com Bujari e Senador Guiomar com incidência acima de 5/100.000. Rio Branco acumulou 97 registros de Aids, somente entre 1993 e 2001. A taxa média de incidência desse município, no último triênio situou-se em torno de 7,65 casos por 100 mil habitantes, portanto abaixo da média nacional (15/100.00).

De acordo com autor, na área de influência de Rio Branco, encontram-se os municípios de Senador Guiomar, Bujari e Brasiléia com taxas de 5,07, 5,72 e 3,92 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Também na área de influência de Rio Branco encontram-se as cidades-gêmeas Brasiléia-Cobija e Assis Brasil-Itapari-Bolpedra, cuja maior interação com esta capital aumenta a vulnerabilidade à Aids nestas cidades e sua exportação para a Bolívia e o Peru.

Adentrando a região Central, que vai de Porto Velho, em Rondônia a Mundo Novo, no Mato Grosso do Sul, encontram-se quatro epicentros da epidemia. O primeiro é o da capital estadual Porto Velho articulado pela rodovia BR-364, com Rio Branco no Acre e o município de Guajará-Mirim, na fronteira com a Bolívia. O epicentro de Porto Velho vem registrando um importante crescimento nos últimos anos. É o principal epicentro da epidemia de Aids no Arco Central. Situado na Sub-região VII - Madeira- Mamoré, este município acumulou mais de 300 casos de Aids ao longo do período de análise, sendo que 125 casos ocorreram durante o último triênio que corresponde de 1999 a 2001. A taxa média de incidência foi elevada alcançando 12,45

casos por 100 mil habitantes. A categoria de transmissão predominante neste município é a heterossexual (65,5%), mas também são importantes as categorias bissexual (11,3%), homossexual (5,63%) e UDI (4,9%), cabe mencionar a ocorrência de três casos de Aids perinatais e 15 de origem ignorada e a sensível queda da categoria homossexual no total de casos novos representava 23% no triênio 95-98 (PEITER, 2005).

O mesmo autor descreve que além de Porto Velho, só mais dois municípios estão ligados ao epicentro de Porto Velho (em Rondônia); tiveram registro de casos de Aids no período, Guajará-Mirim e Costa Marques. A primeira cidade situada às margens do rio Mamoré, fica a 4 horas de Porto Velho pela rodovia BR-425 (em estado precário). No limite com a Bolívia, está a cidade de Guayaramerín que registrou desde o início da epidemia seis casos de Aids, sendo três deles no último triênio (1999-2001), conferindo-lhe uma taxa média de incidência de 2,63 casos por 100 mil habitantes. Os casos foram registrados nas categorias de transmissão homossexual, heterossexual e ignorados. Além disso, a incidência de Aids no município apresenta uma tendência crescente, ainda que esteja abaixo das médias estadual e nacional. É provável que a situação da Aids neste município seja mais grave do que a apresentada nos dados oficiais, dada a sub-notificação dos casos e a fuga de casos para Porto Velho ou Guayaramerín. A maior parte do município é coberta por áreas de preservação ambiental e de difícil acesso. Com população predominantemente urbana (84%), a cidade abriga cerca de 40 mil habitantes. Estima-se em 11 mil o número de bolivianos vivendo em Guajará-Mirim, 8.500 deles em condições ilegais. Essa situação gera discriminação para com os bolivianos, o que torna essa população mais vulnerável à Aids. Os principais problemas relatados no município são: o alcoolismo, a violência, a prostituição infantil e o tráfico de drogas, fatores altamente relacionados à vulnerabilidade para a infecção pelo HIV e à Aids.

Peiter (2005) relata ainda que em Costa Marques foram registrados 5 casos de Aids até o ano de 2001. Chama atenção para o crescimento da incidência nos últimos anos, atingindo uma taxa média de cerca de 10 casos por 100 mil habitantes no período 1999-2001, o que é muito elevado para um município com uma população de apenas 10 mil habitantes. Dos três casos notificados entre 1999-2001, dois deles foram decorrentes de transmissão heterossexual e um a transmissão por UDI. A extração de madeira e a agropecuária constituem a base produtiva do município que é predominantemente rural. O município insere-se, ainda, na economia da droga, constituindo-se em passagem para rotas vindas do Peru e da Bolívia (o que talvez explique a ocorrência de caso de Aids relacionado ao uso de drogas injetáveis).

Vale ressaltar que em todas estas sub-regiões, cruzadas pela BR-364 é alto o índice de criminalidade, principalmente no que se refere a roubo de caminhões e cargas, contrabandeados para a Bolívia. Muitas vezes esses produtos são trocados por drogas que, posteriormente, serão revendidas no Brasil.

Esse contexto regional coloca as populações da região em situação de grande vulnerabilidade frente ao HIV/Aids e potencializam sua disseminação. Entretanto, segundo dados do Ministério da Saúde (2003), a epidemia se encontra ainda em estágio pouco avançado nesses municípios, que apresentam baixas taxas de incidência. Por outro lado, há que se considerar a possibilidade de haver falhas na notificação de casos nos municípios dessas sub-regiões ou, também, que estes casos tenham sido notificados em Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso.

Outro dado que chama atenção é que o pólo regional de Dourados foi o município com maior acúmulo de casos da região Central, 139 casos, perdendo somente para Porto Velho. A taxa de incidência de Aids nesse município se manteve

em crescimento nos três períodos de análise alcançando 12,9 casos por 100 mil habitantes no triênio 1999-2001.

4 Caminhoneiros

Os caminhoneiros transportam em média de 60% da renda que movimenta o Brasil. Talvez seja por isso que dizem “*o caminhoneiro toca o Brasil pra frente*”. A categoria festeja sua data em dois momentos: em 30 de junho Dia do Caminhoneiro e em 25 de Julho, Dia de São Cristóvão, padroeiro de todos os motoristas. As datas comemorativas são valorizadas por este profissional, que passa muito tempo longe de casa, às vezes viajando semanas sem parar.

O caminhoneiro é um trabalhador especial, ele passa a maior parte do tempo fora de casa, morando no seu caminhão ou nas estradas. Por estar longe da família, rodar por todo o país, ele tem contato com muita coisa nova e com muitas pessoas. Nessa situação, fica evidente a importância de se utilizar o preservativo em todas as relações sexuais. Ninguém está livre das DST e da Aids. É um engano pensar que se deve tomar cuidado apenas quando se têm relações com profissionais do sexo.

Os motoristas de caminhão passaram um longo período indignados com as campanhas educativas sobre a prevenção de DST/Aids direcionadas ao público de caminhoneiros, pois sentiam-se discriminados por serem considerados por disseminadores de doenças.

Estudos realizados na Índia, na África e no Brasil demonstraram que o grande período que os caminhoneiros de rotas longas passam fora de casa é um aspecto facilitador para práticas sexuais de risco. Isso se deve ao fato de terem um grande número de parceiras sexuais casuais e do uso de drogas derivadas de anfetaminas,

que estimulam o sistema nervoso central, denominadas pelos caminhoneiros como “rebite” (VILLARINHO, 2002).

Villarinho (2002) em pesquisa realizada sobre a vulnerabilidade de caminhoneiros ao HIV/Aids, teve como objetivo principal desenvolver ações educativas apropriadas para esse grupo. O projeto incluiu 300 caminhoneiros de rota longa que freqüentavam o porto de Santos e os resultados indicaram que 1,3% deles tinham sorologia positiva para HIV e 8,3% foram positivos para sífilis (VDRL). Os resultados evidenciaram o alto risco dessa população para contrair infecções sexualmente transmissíveis. A maioria deles (57%) mantinha relações sexuais com parceiras casuais e somente a metade das pessoas pertencentes a esse grupo usava preservativo nesses contatos, sendo seu uso com parceiras fixas ainda mais baixos, em torno de 6%.

Jackson e colaboradores (1997) investigaram o comportamento de motoristas de empresas de transportes que trafegavam no Quênia, país africano, e detectaram que 53% dos motoristas casados relataram ter mantido contato sexual extraconjugal, sendo que 42% desses contatos foram efetuados sem o uso de preservativo. Entre os caminhoneiros solteiros, a maioria mantinha contato sexual com as namoradas e não via necessidade do uso de preservativo por não se considerarem pessoas em situação de risco. Após campanhas educativas através de um programa de redução de comportamento de risco, detectou-se uma diminuição de práticas e comportamentos de risco, assim como redução das DST ulcerativas e não ulcerativas.

Os caminhoneiros de estradas têm um papel importantíssimo no desenvolvimento de um país, no transporte de mercadorias de um estado para outro dentro do próprio país e, também no transporte internacional. Assim, os

caminhoneiros de estradas estão inseridos nos grandes centros de rotas comerciais pelas estradas brasileiras e estrangeiras. Essa conjuntura pode ser um fator colaborador para sua exposição a situações de risco para DST/Aids, já que os maiores percentuais de casos estão em centros altamente povoados.

Nascimento (2003) descreve que as investigações com o grupo de caminhoneiros de estrada são recentes, no entanto, indica lacunas no conhecimento produzido. Algumas falhas apontadas dizem respeito aos fatores culturais, que permeiam o comportamento desses profissionais, levando a adoção de estilo próprio de comportamento. Dessa forma, a utilização de linguagem específica, certamente possibilitará maior alcance e conscientização da categoria em relação à necessidade de sexo seguro para proteger-se e proteger a família dos riscos de contaminação com as DST/Aids.

5 Saúde internacional

Ao longo do século XX, o conceito de Saúde Internacional passou por modificações significativas, as quais são decorrentes da evolução do próprio conceito de saúde. O conceito de *Saúde Internacional* deve ser entendido como a resultante da dinâmica social, cultural, econômica e da política internacional entre diferentes populações. Em função disso, saúde internacional deve ser considerada como parte das Relações Exteriores em que saúde e doença produzem repercussões que transcendem políticas nacionais e fronteiras nacionais (VILLA, 2001).

Em 1991 por ocasião do estudo do caso do cólera no Peru, foram revisadas e analisadas estratégias no campo da Saúde Internacional e que perpassam a

compreensão das diferentes instituições que atuam no campo da saúde internacional. Uma das correntes defende o pressuposto de que “*Germes Não Respeitam Fronteiras*”, e foi adotada nesse trabalho. Argumenta que, cada vez mais, as doenças infecciosas e outros perigos, tal como a poluição ambiental, desafiam as fronteiras nacionais. (VILLA, 2001).

Segundo Dollar (2001) as DST representam um dos maiores problemas de saúde do mundo atual. As alterações demográficas, sociológicas, econômicas e comportamentais que ocorreram em todo o mundo nos últimos 30 anos continuarão a contribuir para tornar o problema ainda maior em um futuro próximo. O advento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem enfatizado a importância do desenvolvimento de bons programas de controle das DST.

Cornia (2001) e Dollar (2001) acreditam que o avanço da globalização no mundo abriu fronteiras para o desenvolvimento de novos paradigmas e modelos de liderança. Esses precisam atender às demandas do mercado de trabalho e, ao mesmo tempo, oferecer fundamentos teóricos e operacionais para a solução de problemas baseada em evidências científicas. A globalização é um processo dinâmico que envolve o fluxo de bens, capitais, pessoas e idéias e a interconexão de atividades em diferentes setores da sociedade.

O processo de desenvolvimento abrange quatro conceitos fundamentais: poder, interesse, conhecimento e liderança para o desenho de políticas e a tomada de decisões. O inter-relacionamento entre esses quatro conceitos torna o processo de desenvolvimento dinâmico e progressivo (WRIGHT, 2003).

De acordo com Wright (2000), as Organizações Internacionais, universidades e instituições não governamentais podem desempenhar papel construtivo nesse processo ao integrar-se de maneira mais completa em suas comunidades locais,

regionais e internacionais. Um fator chave para o sucesso é o conhecimento sobre o poder de parcerias, que depende da capacidade dessas instituições de saber trabalhar em conjunto. A construção de parcerias requer a colaboração entre todas as partes envolvidas no processo. Acima de tudo, demanda a divisão de poderes, interesses, conhecimentos e lideranças.

Ao ser caracterizada rapidamente como uma pandemia, a Aids se constituiu em um fato de interesse internacional a partir de um marco médico que data do início dos anos 80. As respostas à pandemia também ecoam mundialmente, tanto nas relações entre as nações como na troca experiências entre os grupos organizados que começam a se formar. Estes grupos conjugam nos seus países, de acordo com as realidades e os recursos disponíveis, o impacto da notícia inicial balizado pela mobilização do movimento *gay* americano com a necessidade imediata de respostas às situações locais (SILVA, 2007).

Silva (2007) relata que do ponto de vista não governamental, os ativistas das ONGs/Aids realizam uma verdadeira tradução da linguagem médica com o intuito de democratizar as informações, mas, paralelamente a isso, buscam incentivar o cuidado de pessoal. Referindo-se ao caso francês, Broqua (1993) afirma que é por intermédio das associações de luta contra a Aids que são transmitidos conhecimentos e avanços das pesquisas, uma forma de demonstrar que a dependência do mundo médico deve ser relativizada. As ONG/Aids estabelecem relações formais, institucionais, de parcerias com outros atores sociais e, ao mesmo tempo, são movidas pela avidez das pessoas soropositivas por informações sobre a Aids e por informações sobre o que está se passando consigo mesmas.

O debate de ONGs sobre as relações entre saúde internacional, busca situar os discursos para construção de setores mais sólidos. Trata de um dinamismo de

interesse ao bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal e satisfação das necessidades básicas criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social. Considera a proposta de promoção da saúde como a mais relevante estratégia do setor, afim de aprofundamento globalizado das práticas sanitárias.

6 Doenças sexualmente transmissíveis (DST)

A designação Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST é usada para denominar todas as infecções transmitidas através de contato sexual, durante relação oral, vaginal ou anal sem proteção. Os principais sinais e sintomas são: Corrimento, feridas e/ ou úlceras e verrugas.

O sexo é, ainda, um assunto cercado de tabus e preconceitos. Por mais que se fale sobre o tema, muitas pessoas ainda confundem sexualidade, com ato sexual. Por maior que seja a evolução dos costumes e a divulgação em torno da sexualidade pelos meios de comunicação, ser portador de uma DST implica medo, culpa, ansiedade e angústia, pois podem colocar em evidência ligações amorosas extraconjugais ou comportamentos considerados transgressores.

Cada um encara a experiência de um modo distinto e todos os valores precisam ser respeitados. As atitudes vêm acompanhando o momento histórico e as necessidades fisiológicas de cada indivíduo. As formas transgressoras são entendidas como relacionamento sexual não amparado ou legitimado pela moral sexual dominante.

Forbes (1998) relata que a infecção pelo HIV é uma importante causa de DST incuráveis e várias outras doenças infecciosas podem ser transmitidas sexualmente. A princípio, a maior parte das DST afeta os órgãos genitais por isso é

importante prestar atenção a qualquer alteração nessa região, como ardência, vermelhidão, erupções, hemorragias e inflamações.

Segundo a argumentação de Tchekhon (1999) o surgimento da Aids, na década de 1980, renovou o interesse da medicina pelas DST, que voltaram a ser uma das principais questões de saúde pública. Isso ocorreu tanto pela impossibilidade de controlar sua difusão antes da implantação dos modernos sistemas de saneamento, quanto pela inexistência de meios adequados para combater os microorganismos que as provocam. Esse quadro começou a modificar-se a partir da descoberta dos antibióticos e de outros agentes quimioterápicos que provocaram imediata redução na ocorrência dessas doenças.

O nome doença venérea provém da “deusa mitológica do amor”. As doenças venéreas são transmitidas, geralmente, por intermédio do ato sexual. Podem, também, ser transmitida por acidentes no manuseio de compostos contaminados em laboratórios, onde não é uma situação muito rara. Outras possibilidades podem ser mencionadas como a contaminação por transfusão de sangue ou a utilização de drogas injetáveis (OLIVEIRA, 1996, p. 41). A seguir serão apresentadas as principais DST.

6.1 Tricomoníase

De acordo com Souza (2004), a tricomoníase é uma infecção do trato geniturinário de mulheres e de homens, causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, um dos agentes mais comuns de DST. Além da transmissão sexual pode ocorrer também por materiais pessoais, toalhas, peça íntimas, banheiros públicos e

águas contaminadas. O ser humano é o vetor único, sendo a mulher o reservatório principal, às vezes o homem, em caso de infecção crônica.

Na mulher, a principal manifestação na fase aguda é o corrimento, quase sempre abundante, purulento, amarelo-esverdeado ou cinzentado, bolhoso e fétido, cheirando a peixe, associado a edema e hiperemia da mucosa vulvovaginal e cervical, que assume aspecto granuloso. O prurido vaginal é freqüente e intenso. Podem ocorrer disúria, polaciúria e dispareunia. O tratamento é feito por quimioterápicos oral e uso tópico, sendo que a prevenção de ser para ambos os parceiros (SOUZA, 2004).

6.2 Clamídia

Conhecida como uretrite ou cervicite inespecífica, uretrite não gonocócica (UNG). Bioagente *Chlamidia trachomatis*. As complicações e conseqüências podem ser a epididimite, proctite, salpingite. Outras seqüelas podem surgir como, infertilidade, conjuntivite de inclusão, otite média, tracoma, linfogranuloma venéreo, bartolinite, doença inflamatória pélvica (CERRI, 2007).

O autor descreve que a Clamídia é uma doença infecto-contagiosa dos órgãos genitais masculinos ou femininos. Caracteriza-se pela presença (pode não ocorrer) de secreção (corrimento) uretral escassa, translúcida e geralmente matinal. Um ardor uretral ou vaginal pode ser a única manifestação. Raramente a secreção pode ser purulenta e abundante. Se não for tratada, pode permanecer durante anos contaminando as vias genitais das pessoas e de seus parceiros sexuais. É importante saber que mesmo a pessoa assintomática – portadora da doença, mas sem sintomas – pode transmiti-la.

Para Cerri (2007), a transmissão é por relação sexual e objetos pessoais. O período de incubação pode ser desde a primeira semana após o contato sexual e se prolongar por meses. Nas mulheres o tratamento é realizado à base de antibiótico oral e local. A prevenção se faz por meio do uso de camisinha e de higiene pós-coito.

6.3 Gonorréia

Também conhecida por blenorragia, a gonorréia é uma doença sexualmente transmissível causada pelo gonococo *Neisseria gonorrhoeae* que se multiplica rapidamente nas glândulas do aparelho genital que são quentes e úmidas, bem como na uretra, no colo uterino, nas trompas de falópio e no reto. A bactéria também se multiplica nas regiões da boca, garganta, olhos e ânus podendo, assim, ser contraída por relações vaginais, orais e anais.

Doença infecto-contagiosa que se caracteriza pela presença de abundante secreção purulenta pela uretra no homem e vagina e/ou uretra na mulher. De acordo com Cerri (2007), este quadro frequentemente é precedido por ardência e disúria. Em alguns casos podem ocorrer sintomas gerais, como a febre. Nas mulheres os sintomas são mais brandos ou podem estar ausentes maioria dos casos.

Entre as complicações e conseqüências, pode ocorrer aborto espontâneo, fetos natimortos, parto prematuro, crianças com baixo peso ao nascer, endometrite pós-parto, doença inflamatória pélvica, infertilidade, epididimite, prostatite, pielonefrite e infecção ocular (VERONESSI, 2002).

Conforme afirma Cerri (2007), a transmissão ocorre por relação sexual e risco de transmissão é superior a 90%, isto é, ao se ter um relacionamento sexual com

um(a) parceiro(a) enfermo. O fato de não haver sintomas (caso da maioria das mulheres contaminadas), não afeta a transmissibilidade da doença. O período de incubação pode ocorrer entre 2 a 10 dias. O tratamento é feito com antibióticos e prevenção com uso de camisinha e higiene pós-coito.

6.4 Candidíase

De acordo com Souza (2004), a Candidíase é causada pelo fungo *Candida albicans*, mais comum nos casos de vulvovaginites. É encontrada na flora normal da vagina em 30% a 50% de mulheres saudáveis. É muito comum o aparecimento em mulheres grávidas, durante a menstruação, em mulheres obesas, diabéticas, imunodeprimidas e que estejam em uso de terapia à base de corticosteróides.

O autor descreve, ainda, que a candidíase tem manifestação clínica representada por prurido e queimação vulvar, hiperemia vaginal e vulvar, edema da vulva, fissuras na mucosa e corrimento vaginal branco, de aspecto leitoso, geralmente sem odor. Deve-se ficar em alerta pois pode ser conhecido também como monilíase e sapinho. A prevenção pode ser feita com boa higiene e evitar roupas quentes e muito apertadas. O tratamento por medicação de uso local ou sistêmico.

6.5 Gardnerella

Cerri (2007) descreve que a *Gardnerella vaginalis* é uma bactéria que faz parte da flora vaginal normal, de 20 a 80% das mulheres sexualmente ativas. Quando, por um desequilíbrio dessa flora, ocorre um predomínio dessa bactéria em

associação com outros germes como bacteróides, como *Mobiluncus*, *micoplasmas*, temos um quadro que se convencionou chamar de vaginose bacteriana.

Usa-se esse termo para diferenciá-lo da vaginite, na qual ocorre uma verdadeira infecção dos tecidos vaginais. Na vaginose, por outro lado, as lesões dos tecidos não existem ou são muito discretas, caracterizando-se apenas pelo rompimento do equilíbrio microbiano vaginal normal (CERRI, 2007).

A vaginose por *Gardnerella* pode não apresentar manifestações clínicas, quando estas ocorrem, caracterizam-se por um corrimento homogêneo, amarelado ou acinzentado, com bolhas esparsas em sua superfície e com um odor ativo desagradável. O prurido vaginal é citado por algumas mulheres mas não é comum. Após uma relação sexual, com a presença do esperma (de pH básico) no ambiente vaginal, costuma ocorrer a liberação de odor semelhante ao de peixe podre.

O autor aponta, ainda, que foi detectada uma maior incidência da vaginose bacteriana em mulheres que tem múltiplos parceiros sexuais. No homem, pode ser causa de uretrite e, eventualmente, inflamação do prepúcio e da glândula. Quando presentes os sintomas restringem-se a uma coceira e um leve ardor miccional. Raramente causa secreção uretral. A uretrite é geralmente assintomática e raramente necessita de tratamento, quando necessário faz-se com uso de antibióticos, antifúngos e antimicótico, podendo ocorrer a cura espontânea.

6.6 Sífilis

A história verídica da sífilis contada no filme *Cobaias* mostra que nos anos 1930, no sul dos EUA, o governo suspendeu o tratamento de homens negros vítimas de epidemia de sífilis. Pouco tempo depois, um grupo de médicos fingiu reiniciar o

tratamento, mas o que realmente buscam é estudar os efeitos da doença nos negros, para tentar provar que são inferiores aos brancos. No caso que ficou conhecido como *Estudo Tuskegee*, 400 negros com sífilis foram recrutados e apenas 74 sobreviveram (GOLISZEK, 2004).

É uma doença infectocontagiosa, sistêmica de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias causada pelo *Treponema pallidum*. É uma doença cosmopolita e vem acompanhando a trajetória das DST desde o início dos anos 1960, com níveis de prevalência significativos, conhecida como *lues venérea*, *sífilose*, *peste sexual*, entre outros nomes populares. A doença teve sua história associada a guerra fria o que contribuiu para aumentar muito sua disseminação, chegando a atingir mais de 50% da população envolvida nos conflitos (SANTOS JUNIOR, 2002).

O mesmo autor considera e descreve que a sífilis apresenta manifestação clínica bastante diferenciada de outras DST, pois a doença apresenta estágios distintos: sífilis primária, secundária, terciária, sífilis na gestante e sífilis congênita. Trata-se de uma lesão ulcerada, pouco dolorosa, com a base endurecida, lisa, brilhante, com presença de secreção serosa escassa e que pode ocorrer nos grandes lábios, vagina, clitóris, períneo e colo do útero na mulher e na glande e prepúcio no homem. Pode ser encontrada também nos dedos, lábios, mamilos e conjuntivas.

A sífilis congênita ocorre durante o desenvolvimento fetal, após o quarto mês de gravidez quando a mãe é sífilítica, a infecção pode provocar aborto, parto prematuro e do contrário que se pensa não é hereditária, pois a contaminação acontece durante a vida intra uterina (SOUZA, 2004). Para uso correto de tratamento, os antibióticos utilizados são as drogas do grupo das penicilinas.

6.7 Linfogranuloma venéreo

É uma doença bacteriana de transmissão essencialmente sexual, de evolução subaguda ou crônica, provocada pela *Chlamydia trachomatis* sorotipos L1, L2, e L3, caracterizando-se por lesão genital inicial de duração rápida e, sobretudo, por enfartamento ganglionar satélite, geralmente inguinal, uni ou bilateral. Ainda pode ser conhecido como linfopatia venérea, linfogranuloma inguinal, bubão, mula, íngua (SANTOS JUNIOR, 2002).

Souza (2004) relata que o linfogranuloma atinge homens e mulheres, porém tem uma predominância maior entre a população negra e também entre mulatos, 50% dos portadores da doença apresentaram na história clínica entre um e dez episódios de DST. Apesar da intensidade das complicações provocadas, a virulência é baixa. O homem é reservatório e hospedeiro natural. O tratamento é realizado com administração de antibiótico, tianfenicol, tetraciclina, sulfametoxazol mais trimetoprim, doxicilina, ofloxacina e azitromicina.

6.8 Herpes genital

O vírus do herpes simples (HSV), cujo agente etiológico é o *herpes-virus hominis*, tem o ser humano como único hospedeiro e fonte de infecção. O sorotipo HSV-1 localiza-se nos lábios (herpes orolabial), e o sorotipo HSV-2 localiza-se geralmente nos genitais externos (herpes genital) e na região anorretal, sendo transmitido pelo ato sexual ou contato íntimo (SOUZA, 2004).

Para Souza (2004) as manifestações do herpes genital caracterizam-se por lesões cutaneomucosas que apresentam vesículas ou pápulas que se rompem, ulceram, tornam-se necrosadas, formam crostas, e após esse processo ocorre a

reepitelização dos locais sem deixar cicatrizes. Os fatores que precipitam as recidivas são distúrbios imunológicos, desnutrição, gravidez, Aids, traumatismo, infecções recorrentes, fadiga e estresse. Para o tratamento são utilizados aciclovir, antiinflamatórios, soluções anti-sépticas nas lesões, cutaneomucosas, antibiótico tópico ou sistêmico em caso de infecção secundária e anestésicos tópicos em gel.

6.9 Cancro mole

Santos Junior (2002) acredita que esta é uma doença de transmissão obrigatória por via sexual. Apresenta evolução aguda, provocada por um bacilo denominado *Haemophilus ducreyi*. Caracteriza-se por uma ou mais ulcerações dolorosas, localizadas na região genital, anal ou anogenital, acompanhadas ou não de adenopatia inguinal satélite uni ou bilateral. Conhecido como cancro mole, úlcera venérea, úlcera de Ducrey e cancrela.

No Brasil ocorre com maior frequência na faixa etária entre 20 e 30 anos, com predominância no sexo masculino, na relação de 40 casos masculinos para um feminino. Nos Estados Unidos, a proporção é de quatro casos masculinos para um caso feminino. Foi observada, ainda, uma tendência maior em populações de baixo nível socioeconômico, de prostitutas, e de população de maior vulnerabilidade como marinheiros e caminhoneiros (SANTOS JUNIOR, 2002).

O reservatório parece ser exclusivamente humano. O autor descreve que a fonte de infecção mais comum ainda parece estar ligada à prostituição, expansão da atividade sexual e às mulheres com múltiplos parceiros sexuais. Mais de 90% dos casos foi contraído através de contato heterossexual e 64% das pessoas que possuíam história de DST Prévias. O tratamento é a base de antibiótico e associações para o combate do bioagente.

6.10 Donovanose

De acordo com Jardim (2002), é uma enfermidade de evolução progressiva e crônica, de localização genital podendo ocasionar lesões granulomatosas e destrutivas, conhecido como granuloma venéreo, granuloma tropical, úlcera serginosa, úlcera venérea cônica ou granuloma inguinal. O agente causador é o *Calymatobacterium granulomatis*, que ocasiona úlceras hipertróficas ou bordas planas, ulcerovegetantes e elefantíase.

Da mesma forma, o autor aponta que em relação à transmissão persiste certa controvérsia, no entanto, está evidenciada a história de exposição sexual antes do aparecimento da lesão, aumento da incidência da doença em grupos etários de maior atividade sexual, lesões encontradas na genitália interna, em torno do ânus, genitais externos ou proximidade.

Souza (2004) descreve como tratamento de primeira escolha sendo a tetraciclina, devido à eficácia, baixo custo, facilidade de administração e poucos efeitos colaterais.

6.11 Condiloma acuminado

Conforme Souza (2004), o condiloma acuminado é causado por um vírus do grupo *papilomavírus humano* (HPV), popularmente conhecido por *crista de galo*, *cavalo de crista*, *crista de jacaré*. O vírus acomete as células genitais resultando no crescimento de múltiplas pápulas em forma de verrugas, com aspecto de couve-flor. A principal via de transmissão é o contato sexual, podendo ainda ocorrer por contato genital.

As verrugas desenvolvem-se com maior frequência na região perineal, embora possam estar presente na região suprapúbica, coxas, vagina, uretra, anus e reto. Em caso de sexo oral com uma pessoa infectada as verrugas podem aparecer na boca e na laringe. Geralmente nas mulheres, o HPV confere maior risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero (SOUZA, 2004).

Como medidas terapêuticas Souza (2004), indica que o tratamento das lesões localizadas nos genitais externos é realizado com aplicação tópicas de podofilina, de uma a duas vezes por semana, durante quatro semanas seguidas. As lesões em outras áreas do corpo de serem tratadas de acordo com indicação profissional, afim de evitar queimaduras provocadas pelo medicamento.

As atividades de controle das DST em alguns países ainda são limitadas e para o seu controle efetivo, faz-se necessário que se ampliem as ações em uma perspectiva de saúde pública. Apesar da sua alta prevalência, são escassos os dados epidemiológicos sobre DST, pois a notificação compulsória não é realizada de forma sistemática. Somente a Aids e a sífilis congênita são de notificação compulsória, levando os profissionais a atuarem de forma negligente no registro de outras patologias. As DST são algumas das principais causas de doenças agudas, crônicas, infertilidade e até morte, com graves conseqüências clínicas e psicológicas para milhões de homens e mulheres (ARAÚJO, 2005).

De acordo com Araújo (2005) essas doenças têm influência importante na saúde, na economia e na organização social das comunidades. Além de, quando complicadas ou inadequadamente tratadas, provocarem infertilidade, doenças neonatais e infantis, gravidez ectópica, aborto, neoplasias anogenitais e até a morte. Após o aparecimento do HIV, o controle das DST assumiu relevância, pois estas funcionam como uma porta de entrada para o vírus. Torna-se, portanto, de

fundamental importância sua detecção e tratamento precoce para um efetivo controle da epidemia de HIV/Aids.

São muitos os fatores que têm contribuído para o aumento da incidência das DST, entre eles, estão desinformação, precariedade das campanhas educativas, automedicação ou mesmo medicações indicadas por pessoas não-qualificadas, multiplicidade de parceiros, dentre outros. Um dos aspectos importantes para seu controle é o desenvolvimento de trabalhos de prevenção que possam provocar nas pessoas uma reflexão acerca das situações de vulnerabilidade e de risco que as colocam em condições de adquirir DST. O propósito do trabalho de prevenção deve ser o de contribuir para a mudança de atitudes de risco, traduzidas pela aquisição de comportamentos mais seguros com relação às formas de transmissão das DST e da Aids (ARAÚJO, 2005).

7 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Humana (Aids)

Desde que as primeiras notícias sobre a Aids foram divulgadas, ficou registrado no imaginário popular o medo em relação a esta temática. Mesmo diante da modificação do perfil epidemiológico da doença, persiste a discriminação e a falta de solidariedade para com aqueles que já se contaminaram. Emergiram, também, sentimentos de insegurança e angústia frente a esses agravos.

Santos (1999) já relatava que eram expressivos os problemas advindos das DST no panorama social, mas especialmente em relação à Aids. Desde o seu surgimento, vem ocasionando severas complicações emocionais e sociais, que a transformaram em epidemia relevante no contexto internacional e, particularmente,

no cenário nacional. A Aids é uma das doenças que não escolhe sexo, cor, idade e classe social.

O Brasil não tardou a entrar na epidemia de Aids. Os primeiros casos foram relatados em 1982, sendo que um deles foi reconhecido retrospectivamente, no Estado de São Paulo, tendo ocorrido no ano de 1980. Em um primeiro momento, sua difusão ocorreu nas principais metrópoles nacionais, especialmente em São Paulo e Rio de Janeiro, seguida de um rápido processo de disseminação para as diversas macrorregiões ainda na primeira metade dos anos 80 (CASTILHO; CHEQUER, SZWARCOWALD, 1999).

Os autores mencionam que em 2002, foram diagnosticados 22.295 casos novos no Brasil, com taxa de incidência de 12,8/100.000 habitantes, indicando uma redução de 13,5% nessa taxa em relação ao ano anterior. Contudo, a desaceleração da epidemia não está ocorrendo com a mesma velocidade na região Sul. Nos estados desta região existem 49.970 casos de Aids, e a incidência média é de 8,5 casos para cada 100 mil habitantes. Além disso, houve crescimento na incidência de Aids nos estados de Rondônia, Acre e Pernambuco. Acredita-se que haja aceleração e recrudescimento da epidemia em direção à Amazônia, pois esta é uma região de intensa circulação de pessoas e de mercadorias. Nesse eixo aumenta a possibilidade de contato entre pessoas infectadas e a população local, sendo que a principal via de acesso é a BR-364.

As principais tendências da epidemia pelo HIV/Aids no Brasil definidas por diversos autores dentre eles, BARCELLOS e BASTOS (2001) e SZWARCOWALD e colaboradores, (2000) foram: aumento da participação das mulheres dentre os novos casos de Aids, aumento da relevância da transmissão heterossexual, aumento da

participação do segmento dos UDIs entre aqueles mais atingidos pela doença, “proletarização” ou “pauperização” da epidemia, disseminação da epidemia para o conjunto do território nacional e, finalmente, tendência à interiorização da epidemia.

Segundo esses autores, a primeira fase da epidemia (1985 a 1990) caracterizou-se pela difusão do vírus HIV entre as principais metrópoles do país e um incipiente processo de interiorização no estado de São Paulo. A partir da década de 1990 o vírus difundiu-se por todo o território nacional. Este processo, no entanto, não foi aleatório e seguiram os principais eixos de povoamento do Brasil em direção à Região Centro-Oeste e à Amazônia. É notável a coincidência entre os eixos de expansão da epidemia e as estradas BR-364 (Cuiabá-Porto Velho), BR-163 (Cuiabá-Santarém) e BR-153 (Belém-Brasília). Além disso, surgiram núcleos aparentemente isolados da epidemia nos estados de Roraima e Amapá. A Região Sul, principalmente ao longo do seu litoral apresenta altas taxas de incidência, que tendem a se agravar nos anos mais recentes.

No final da década de 1990, a epidemia já havia alcançado grande parte do território nacional, reforçando a tendência de interiorização do vírus e sua difusão em direção às áreas de expansão econômica. Dois eixos principais correspondem a esse período: o litoral das regiões Sudeste e Sul e, o outro, que liga o centro do estado de São Paulo aos estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, chamado de “corredor da droga” (PEITER, 2005).

Para o autor cabe apontar o efeito da mobilidade populacional, principalmente aquele relacionado aos movimentos pendulares de população e aqueles relacionados com as migrações. O primeiro deles atua na difusão local, intermunicipal, da epidemia e o segundo, em nível nacional.

O processo migratório é um fator de difusão do vírus, principalmente quando a origem dos migrantes é de uma área com alta prevalência do HIV/Aids. Esse processo é altamente seletivo, atinge predominantemente populações jovens masculinas e sem família. No entanto, a disseminação da Aids no território nacional não se deve exclusivamente à migração. A maior parte o processo ocorreu sem um deslocamento correspondente da população, pois a difusão da epidemia se deu primeiramente entre as principais metrópoles, depois em direção ao norte e finalmente em direção ao sul no fim da década de 1990. Estes não são os eixos predominantes de migração no Brasil, mas sim revelam redes de comunicação entre pontos do país que conectam grupos populacionais vulneráveis. Dessa maneira, pode-se afirmar que a epidemia vem sendo exportada do Brasil para países vizinhos ao sul, ou importada de países na fronteira ao norte, sem que haja a transferência de casos entre os países (BARCELOS, BASTOS, 2001). Ainda, como aponta Leonardi (2000), a natureza pendular ou sazonal, dos deslocamentos coloca em contato grupos populacionais vulneráveis, com o surgimento de casos novos em locais distantes.

8 Vulnerabilidade

A concepção de “vulnerabilidade” associada à epidemia de Aids vem sendo aplicada de forma cada vez mais freqüente, sobretudo a partir do início dos anos 90, quando buscou-se caracterizá-la como um problema de Saúde Pública. O conceito de vulnerabilidade assume significado singular sobre a epidemia no contexto de países em desenvolvimento devido à sobrecarga dos sistemas de saúde e de outros problemas de saúde que afetam essas populações. Além disso, a Aids, em geral,

afeta pessoas jovens em idade produtiva, o que representa uma perda econômica para os países.

O uso desse conceito em relação à epidemia ganha praticidade a partir dos trabalhos de Mann, Tarantola e Netter (1993). Os autores reconhecem a precariedade do enfoque centrado unicamente no indivíduo – a natureza dinâmica e mutável dos comportamentos individuais e sua interação com dimensões sócio-culturais e econômicas – e propõem um modelo de análise da epidemia que amplia o cenário de análise. Por um lado, estão os determinantes individuais (acesso à informação/educação, assistência médica e social); coletivos/nacionais (relação entre produto interno bruto e investimento em saúde, mortalidade antes dos cinco anos de idade); programáticos (relacionados aos programas de saúde), o que integra o conceito de vulnerabilidade relacionado ao HIV/Aids.

Ayres *apud* Barcellos (2001. p. 4), aplicou esse modelo na abordagem do problema relativo ao uso de drogas. Reporta-se ao conceito e, em poucas palavras, explicita que:

A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais, associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo noções à infecção pelo HIV e às suas conseqüências indesejáveis.

Essa concepção incorpora a dimensão das abordagens estruturais sobre as desigualdades sociais, as iniquidades em saúde e seu impacto sobre as condições de vida e saúde de grupos populacionais. Em outras palavras, “ser vulnerável, no contexto das DST/HIV significa ter pouco ou nenhum controle sobre o risco de adquirir o HIV ou outra DST; e para aqueles já infectados ou afetados, ter pouco ou nenhum acesso à assistência e tratamento adequados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.4).

O isolamento ou segregação de grupos sociais pode promover o aumento das taxas de incidência de uma doença transmissível, a depender da taxa de contato dentro desses grupos e da prevalência de fundo, dada pela população geral (BARBOSA, BYINGTON, STRUCHINER, 2000). Isso explicaria a altíssima taxa de incidência de Aids encontrada entre brasileiros residentes na França, muitas vezes superior aos valores verificados, tanto na França quanto no Brasil (SAVIGNONI, LOT, PILLONEL, LAPORTE 1999). Acredita-se que a migração está associada, também, a uma dificuldade de inserção na sociedade, rebaixando a qualidade de vida e o acesso a serviços de saúde por parte de grupos migrantes. Essa situação aumenta os riscos de adoecer e morrer por doenças crônicas, de difícil tratamento e prevenção como a Aids e Tuberculose (ANTUNES E WALDMAN, 2001).

Entre os fatores que aumentam a vulnerabilidade entre grupos migrantes podem ser destacadas a separação de parceiros sexuais habituais, a necessidade de anonimato nos casos de migração ilegal, além da perda de valores e mudanças de comportamento em relação aos locais de origem. As mulheres migrantes são especialmente vulneráveis à violência, perda de direitos e discriminação. Essa situação as coloca em contato com redes sociais de clandestinidade, afastadas dos programas de prevenção e de serviços de atenção à saúde (HAOUR-KNIPE, 2001).

O uso do conceito de vulnerabilidade não implica somente na substituição do modelo baseado no risco, mas também na incorporação de uma visão transdisciplinar que permita entender questões hoje de difícil solução para as ações no campo da prevenção. Como aponta Brito (1998), as estratégias de prevenção estão sendo construídas a partir da experiência prática e sociais.

Estudos sobre o monitoramento da epidemia a partir dos dados sobre casos de Aids, evidenciam por um lado, as contribuições da vigilância epidemiológica na

caracterização de mudanças no perfil da epidemia e, por outro, a fragilidade desse sistema identificando problemas relacionados à qualidade (GADELHA, 1997) e ao atraso no fluxo de informações de casos e óbitos e a sub-notificação de casos (LEMOS, 1997; BESSA, 1999). Além disso, o conjunto das análises aponta mudanças no perfil e indicam diferentes estágios de evolução da epidemia no âmbito dos municípios. As limitações apontadas no monitoramento da epidemia com base na notificação de casos e óbitos de Aids, somam-se àquelas relativas à própria história natural da infecção pelo HIV e ao longo período de incubação entre a infecção e o diagnóstico da doença. Os dados disponibilizados a partir de sistemas de informação orientados nessa lógica servem ao diagnóstico de exposições que ocorreram há pelo menos uma dezena de anos passados.

De fato, à semelhança do que ocorre em praticamente todos os países, a notificação da infecção pelo HIV, não é obrigatória (a obrigatoriedade se restringe aos casos de Aids) e, no Brasil, preconizou-se seu monitoramento através dos chamados “estudos sentinela” em HIV/Aids. Trata-se de um projeto de âmbito nacional para levantar, ano a ano, as tendências da infecção pelo HIV em determinados grupos populacionais (por exemplo, clientela de serviços de assistência de DST e grupos representativos da população geral). Entretanto, informações sistemáticas desses estudos, relacionadas à áreas geográficas e populações específicas, só se encontram disponíveis a partir da segunda metade dos anos 90 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000).

Conforme dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2000), os dados sobre prevalência do HIV provenientes desses estudos sentinela e de iniciativas de outros organismos de pesquisa, fornecem suporte limitado ao monitoramento da infecção no âmbito das municipalidades e dos estados. Além da

descontinuidade, problemas relacionados à definição e representatividade dos grupos submetidos aos testes e ao tratamento indiferenciado de informações, com padrões de qualidade variável, restringem sua utilização e geram obstáculos ao dimensionamento da epidemia a partir dessas fontes.

De acordo Simão (2005), diretora adjunta do Programa Nacional de DST e Aids, a vulnerabilidade para as DST e a Aids nas regiões de fronteira da Amazônia foi o tema de uma oficina de cooperação técnica entre oito países. Em geral, as regiões fronteiriças da América do Sul apresentam especificidades em relação às DST e à Aids. Os resultados de uma pesquisa sobre Aids nas fronteiras brasileiras, realizada pelo Ministério da Saúde em 2003 demonstraram que os indicadores epidemiológicos dessas áreas não diferem, de forma significativa, das demais regiões com as mesmas características demográficas. No entanto, para a diretora, o potencial de expansão da epidemia e a vulnerabilidade da população residente ou temporária nessas regiões são maiores do que nas demais regiões.

Os principais fatores de vulnerabilidade nas fronteiras estão relacionados ao uso e ao tráfico de drogas, à exploração sexual (inclusive de jovens e crianças), ao tráfico de seres humanos e à prostituição. O difícil acesso a determinados grupos populacionais, muitos dos quais vivem isolados na floresta, mesmo em cidades, é outro complicador. “Esses elementos influenciam o comportamento de algumas populações e influenciam diretamente o contexto das DST e da Aids nessas regiões” (SIMÃO, 2005).

Considerando a valiosa contribuição do conceito de vulnerabilidade e a análise profunda, Guilhem (2005), acredita que a noção de vulnerabilidade tem sido tradicionalmente incorporada às atividades desenvolvidas pela área de saúde pública no Brasil. A própria Organização Pan-americana de Saúde (OPS) contribuiu

para a difusão desse conceito na América Latina durante a década de 1970, atribuindo-lhe, no entanto, uma significação diversa daquela assumida no contexto do HIV/Aids nos anos 1990. Em decorrência do aumento crescente do número de pessoas assintomáticas vivendo com o HIV, essa abordagem se mostrou uma alternativa possível para o enfrentamento da enfermidade. As pessoas vivendo com o vírus e os doentes que tiveram aumento da sobrevida que foi garantida por estratégias terapêuticas. Essa nova conjuntura desencadeou a concepção que seria necessário incorporar elementos provenientes da área de direitos humanos, com o intuito de contemplar e preservar a dignidade dessas pessoas.

O motorista de estradas, considerando-se aqueles que normalmente fazem longas viagens, passa grande parte do tempo de sua profissão longe da família. A fim de satisfazer as necessidades fisiológicas em relação ao ato sexual, torna-se vulnerável pela realização de relações sexuais ao longo das estradas. Isso acontece não apenas em relação à sua pessoa, mas também no que se relaciona à possibilidade de multiplicidade de parceiras(os).

Guilhem (2005) enfatiza no livro *Escravas do risco: bioética, mulheres e aids*, que a vulnerabilidade individual estaria diretamente relacionada aos comportamentos adotados pelas pessoas, uma vez que esses têm influência inequívoca sobre a possibilidade de se adquirir a infecção ou mesmo, de adoecer. Esses comportamentos são amplamente conhecidos na prática da relação sexual sem proteção, compartilhamento de seringas e múltiplos parceiros. A mesma autora acredita que existe uma distância entre obter a informação e colocá-la efetivamente em prática, acrescentando, ainda, que a prática somente se torna realidade a partir do momento em que o sujeito estiver totalmente sensibilizado. Justamente por isso,

devemos dispor de estratégias de intervenção capazes de desencadear a reflexão pessoal sobre valores e crenças tradicionalmente aceitos como verdadeiros.

A liberdade, a desilusão, ou conforme apregoado pelos movimentos sociais de direitos humanos, o *empowerment* pode transformar-se em um instrumento cruel, uma vez que o conceito pressupõe uma natureza capaz de libertar dos constrangimentos sociais que produzem e perpetuam a vulnerabilidade. Sob essa perspectiva, conhecimento e motivação pessoal não implicam, necessariamente, na possibilidade de mudança de comportamentos por parte das pessoas envolvidas (GUILHEM, 2005).

De acordo com Guilhem (2005), desde o início da epidemia, tem sido repetidamente mencionados os comportamentos/atitudes individuais clássicas, ou seja, aqueles comportamentos que são praticados “individualmente” e que são de “responsabilidade” da pessoa. Mas enquanto o empoderamento for um conceito situado na esfera do poder das crenças, as mulheres continuarão a adotar comportamentos que as expõem ao risco de contrair a infecção. Na verdade, o que conduz a vulnerabilidade não é a opressão de gênero, de classe ou racial.

Quando analisamos a obra *Escravas do risco: bioética, mulheres e aids* de Guilhem (2005), é possível traçar um paralelo com os participantes dessa pesquisa. Pôde-se observar que os caminhoneiros de estradas são, também, considerados vulneráveis, não apenas pelo fato de passarem longos dias afastados de seus familiares, mas também, pela questão da incorporação de valores machistas impostos pela sociedade aos homens em geral e principalmente à classe de caminhoneiros.

O trabalho realizado pelo Ministério da Saúde mostra experiência acumulada em Aids e que os comportamentos individuais são profundamente influenciados e

condicionados por fatores sociais e culturais. O conceito de vulnerabilidade social considera que fatores sociais como estrutura de governo, relações de gênero, atitudes em relação ao sexo e sexualidade, crenças religiosas e pobreza exercem influência na capacidade de se reduzir a vulnerabilidade individual. Os Programas elaborados e implementados exigem uma abordagem intersetorial, construída a partir da concepção de direitos humanos para que seus objetivos sejam alcançados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O contexto social deve, portanto, ser considerado na análise da epidemia da Aids não somente por influenciar a vulnerabilidade à infecção, mas, também, pelo impacto da epidemia nos indivíduos, nos sistemas de atenção à saúde e para a sociedade como um todo.

De acordo com Peiter (2005) a mudança de enfoque não se contrapõe totalmente à idéia de risco, mas amplia essa idéia aos níveis coletivos (vulnerabilidade programática e social), incorporando outras populações. Isso fica mais evidente na adaptação realizada pelo Programa Nacional de DST/Aids, que criou uma categoria chamada “grupos ou populações específicas” que são: os profissionais do sexo, usuários de drogas, população confinada adulta (presidiários), homens que fazem sexo com homens (HSH), garimpeiros, populações de reservas extrativistas, populações rurais, caminhoneiros, populações em situação de pobreza, crianças adolescentes e jovens, povos indígenas, forças armadas. São populações que pela sua atividade e modo de vida estão não apenas mais expostas ao vírus como geralmente encontram-se em situações desfavoráveis em uma ou mais das três dimensões da vulnerabilidade (individual, programática ou social).

O termo vulnerabilidade tem sido usado frequentemente na literatura científica, especialmente após a década de 80, em vários estudos epidemiológicos,

principalmente focalizados para a perspectiva de risco. Contudo, a vulnerabilidade de cada grupo específico vai depender do contexto geográfico, histórico e social em que se encontra, como no caso da fronteira. Cada grupo ou população específica deve ser analisados no que diz respeito à vulnerabilidade para o HIV/Aids de acordo com a sua mobilidade e interação com os mais diversos grupos sociais, considerando-se o contexto específico (geográfico) onde estas se desenvolvem.

Para esse trabalho, propõe-se a utilização do conceito de *vulnerabilidade* por meio de sua *dimensão individual* que se refere ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem para tomarem decisões relacionadas a seus problemas de saúde; da *vulnerabilidade social*, que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições; a *vulnerabilidade programática*, que consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção; a *vulnerabilidade cultural*, trabalha com valores históricos e culturais referentes a diferenças de classe, de regiões e de grupos que estruturam a sociedade.

Somente assim poder-se-á analisar, o significado da importância dos caminhoneiros das fronteiras, no âmbito da vulnerabilidade, quais representações os motoristas constroem sobre o risco e quais significados lhes atribuem para que se possa esboçar o quadro das múltiplas dimensões às quais estes motoristas se vêem expostos.

Paulilo (1999) descreve que no quadro da vulnerabilidade cultural, o machismo sempre exerceu um domínio do homem em relação à mulher. Isso

permite ampliar o leque das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais, ressalta-se as dimensões culturais do risco como um dos aspectos da vulnerabilidade. Chama atenção para a proliferação de diversos comportamentos onde a submissão compreende a noção de riscos e significados que vem acumulando de acordo com os momentos históricos baseado nas classes sociais, religião e escolaridade culturalmente valorizada.

A utilização do conceito de vulnerabilidade e sua aplicação ao contexto das fronteiras, torna possível observar vulnerabilidades diferenciadas por grupos específicos das populações (que vivem e/ou circulam na zona de fronteira), à saber: caminhoneiros e trabalhadores de transportes em geral (inclusive “barqueiros”), comerciantes, madeireiros, garimpeiros, prostitutas, população rural de assentamentos, imigrantes (estrangeiros, nacionais-extra e intra-regionais), turistas, empregados públicos temporários (militares), populações indígenas (de diversas etnias) entre outros. Estas populações circulam e se interconectam formando redes sociais altamente dinâmicas e flexíveis, condicionadas pelo contexto histórico e geográfico vigente (PEITER, 2005).

De acordo com Munoz Sanchez & Bertolozzi (2007), vulnerabilidade, vem com um novo conceito, em processo de construção, que supera o caráter individualizante e probabilístico do clássico conceito de *risco*, ao apontar a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos. Esse conceito também leva em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas.

CAPITULO II: MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho apresenta como fundamentação metodológica a pesquisa quantitativa, tendo como apoio a coleta de dados, na intenção de analisar os aspectos relacionados à prevenção e vulnerabilidade ligados à DST/Aids na rotina do motorista de caminhão¹. A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação, além da análise dessa informação, mediante procedimento estatístico (TOMASI, 1999).

Para alcançar os objetivos propostos, optou-se por desenvolver uma investigação com abordagem exploratória descritiva, realizada junto aos motoristas de caminhões em região de fronteira. Buscou-se analisar, interpretar e compreender o universo de dificuldades relativas à sua saúde, principalmente à saúde sexual dos caminhoneiros, considerando-se os fatores de risco para infecção para o HIV/Aids que enfrentam em seu cotidiano pessoal e profissional.

A pesquisa de caráter exploratório com abordagem descritiva tem por finalidade conhecer o fenômeno que se quer estudar, especialmente quando se trata de pesquisas bibliográficas, de entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e de análises que estimulem a compreensão do fato analisado. Pode-se dizer que a pesquisa exploratória tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de fatos a respeito da população entrevistada (GIL, 2002).

Andrade (2004) opina que a pesquisa exploratória configura-se como a fase preliminar, antes do planejamento formal do trabalho. A autora diz que uma das

¹ Utilizaram-se algumas verbalizações extraídas dos discursos dos caminhoneiros, mas não foi realizada análise qualitativa sistemática.

finalidades dessa modalidade de investigação é proporcionar maiores informações sobre o assunto que se vai investigar.

A escolha por esse tipo de pesquisa levou em consideração a população alvo do estudo que foi composta por caminhoneiros de estrada, o que lançou luz atitudes, comportamentos e práticas relacionados às DST/Aids no próprio contexto do participante. Como um desdobramento da pesquisa, após a coleta de dados, foi realizada uma atividade de intervenção com enfoque na promoção e educação em saúde e na prevenção de doenças. Foram distribuídos preservativos masculinos, efetuada a demonstração da forma correta de uso e descarte dos mesmos, distribuição de panfletos educativos elaborado especificamente ao público alvo, conforme (Anexo D).

Piovesan e Temporini (1995) relatam que uma das características do estudo exploratório estaria voltada para ajudar a resolver algumas dificuldades inerentes à pesquisa: desenvolvimento de programas e a superação da concepção de que a população constitui um recipiente vazio que, no entanto, está repleta de conhecimentos, opiniões, valores e atitudes. Tem por objetivo, ainda, conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre de fato as situações que são alvo de estudo.

Os autores citam que a pesquisa exploratória tem por finalidade o refinamento dos dados da pesquisa e o desenvolvimento e apuro das hipóteses, nesta concepção é realizada com a finalidade precípua de corrigir viéses e, assim, aumentar o grau de objetividade da própria pesquisa, tornando-a mais consentânea com a realidade. Nesse sentido, a pesquisa exploratória com motoristas de

caminhão possibilitou conhecimento de terminologia própria do grupo participante, o que permitiu adentrar ao seu universo.

Piovesan e Temporini (1995) acreditam que a pesquisa exploratória, assim norteada, integra-se ao planejamento da pesquisa principal. Constitui parte dela e não subsiste por si só. É um meio simplesmente muito importante para mostrar a realidade de forma verdadeira. Trata-se de procedimento que exige muito do pesquisador, uma vez que se torna necessário apreender e transferir para o instrumento os significados e o vocabulário conferidos pelos indivíduos ao objeto de estudo.

Dentre as várias possíveis aplicações da pesquisa exploratória pode-se elencar algumas indicações:

- Identificação do nome do sujeito: A identificação do nome do sujeito constitui-se em informação básica, pois a pesquisa depende de comunicação clara e eficaz;

- Conhecimento do repertório popular de respostas: Esta é a finalidade primordial da pesquisa exploratória. O repertório popular de respostas tanto pode se referir ao conhecimento, crença e opinião, como à atitude, aos valores e à conduta;

- Elaboração de questionário ajustado à realidade: Esta vantagem, como se depreende, é decorrente do progressivo melhoramento do questionário, resultante do processo de aprimoramento desse instrumento de medida.

2.1 Procedimentos

O espaço de pesquisa elegido foi aquele em que os participantes do estudo poderiam ser encontrados, ou seja, nos pátios dos postos de gasolina, localizados

na margem do BR 364, onde sempre existe grande número de motoristas de caminhão à procura por profissionais do sexo. O contato inicial com o gerente do Posto Rio Machado, foi realizado através de autorização de José Costa Soares por meio de ofício dirigido ao mesmo, com o objetivo de conhecer as experiências desses profissionais e de sua jornada de trabalho (Anexo C).

A fim de efetivar maior aproximação do público entrevistado, a abordagem dos caminhoneiros se deu em pontos de maior fluxo ao longo da BR – 364, tanto no levantamento de pontos estratégicos, quanto na coleta de dados após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

O processo de abordagem dos participantes ocorreu da seguinte forma:

Inicialmente, foi efetuada uma visita exploratória com o objetivo de conhecer a área de concentração, onde ficam os caminhões e motoristas; posteriormente foi feito contato inicial com os responsáveis pelas empresas transportadoras para conhecer normas e rotinas desses estabelecimentos.

Após a autorização inicial, iniciou-se o momento de observação de como se dava a interação entre motoristas nos locais de parada. Foram realizadas entrevistas informais para garantir a interação e a confiança entre pesquisador e potenciais participantes do estudo. No momento subsequente, foi efetuada a abordagem individual dos motoristas, sendo-lhes explicado detalhadamente a finalidade e importância da realização do trabalho. Além disso, foram fornecidas informações sobre os requisitos éticos para a condução de pesquisas e as formas de proteção dos participantes. Após isso, foi oferecido o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Anexo B) aos que aceitaram participar voluntariamente da entrevista.

Em conformidade com a disponibilidade de tempo de cada motorista, foi aplicado o questionário, sendo que cada entrevista apresentava uma duração em média de 20 minutos por entrevistado.

2.2 Campo de pesquisa

Neste estudo delimitamos como referência o Município de Vilhena que é a primeira cidade da Rodovia 364 do Estado de Rondônia onde faz divisa com o Município de Comodoro no Estado de Mato Grosso; cidade esta que tem uma alta concentração de motoristas de caminhões; por ser região de fronteira do Estado de Rondônia com Mato Grosso. Vilhena é também conhecida como o Portal da Amazônia, onde se instalou o posto fiscal.

A coleta foi realizada, também, no Município de Cacoal com a finalidade de viabilizar as entrevistas por ser a cidade onde reside o pesquisador e possuir um grande fluxo de motoristas de caminhões, sendo que estes percorrem toda a BR-364 e outros estados também.

Da mesma forma ocorreu na última cidade do Estado de Rondônia - Porto Velho, divisa com o Estado do Amazonas. Os postos de gasolina e fiscal, foram eleitos como ponto estratégico, onde havia uma maior concentração de caminhoneiros.

A maioria dos municípios no Estado de Rondônia são interligados pela BR-364, que da mesma forma presta-se ao escoamento da produção agrícola do Estado, principalmente da soja, proporciona maior dinamismo à região. Ao longo desta estrada estabeleceram-se inúmeras cidades novas e projetos de colonização transformando-se em foco de atração de migrantes nas décadas de 1970 e 1980.

2.3 População

O Brasil possui uma frota de caminhoneiros de aproximadamente meio milhão de veículos. A BR 364 recebe diariamente segundo informações do Portal da Amazônia uma média de 600 caminhoneiros. Este estudo oportunizou entrevistar 240 motoristas de estradas, que corresponde a uma amostra estatisticamente significativa da população, conforme Martins (2000):

$$A = \frac{p \times \frac{1}{E^2}}{p + \frac{1}{E^2}}$$

Em que: A = Amostra, E= Erro Amostral, P= população.

A designação, motorista de estrada, foi utilizada nesse contexto por se aproximar da linguagem popular, pela qual essa categoria profissional é conhecida em todo o território nacional. Contudo, para efeito de classificação profissional, com base no Manual de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho (1982), existe a denominação de motorista de caminhão (cód.9.85.60). A definição por esse manual coloca que motorista de caminhão é o profissional habilitado que dirige veículos pesados, como: caminhões ou carretas, manipulando os comandos no trajeto indicado, segundo as regras de trânsito, para transportar cargas.

Os critérios de inclusão previstos para a participação na pesquisa foram: ser motorista de caminhão, pertencer ao sexo masculino e aceitar participar voluntariamente deste estudo. Os critérios de exclusão estavam relacionados aos seguintes aspectos: motoristas que já passaram mais de uma vez no trajeto durante

o período da coleta de dados e que já tivessem respondido a entrevista ou, ainda, que não quisessem participar.

2. 4 Coleta de dados

O período de coleta de dados compreendeu de Abril a Junho de 2007, sendo feitas em média 10 entrevistas por dia. A imprevisibilidade foi marcante pelo fato de nem sempre o caminhoneiro estar presente no caminhão, por motivos diversos, entre os quais, horário de higiene pessoal e alimentação.

No Município de Cacoal as entrevistas foram realizadas no período noturno, pois nesse horário se encontrava uma maior concentração de caminhoneiros nos postos de gasolina. No Município de Vilhena as entrevistas foram realizadas aos sábados no período diurno, onde os motoristas de caminhões eram abordados enquanto aguardavam no posto fiscal (Portal da Amazônia) para liberação de documentação necessária a fim de seguir viagem. As entrevistas correspondentes a Porto Velho foram realizadas no posto fiscal de Candeias do Jamari, enquanto os caminhoneiros esperavam pela fiscalização da carga de soja que estes transportam ao longo da BR – 364, até o porto Graneleiro na divisa de Rondônia com Amazonas.

Participaram da coleta de dados acadêmicos do 5º período de enfermagem, que foram previamente treinados e capacitados para auxiliar na realização das entrevistas. Estas foram efetuadas através de um questionário estruturado, de forma individualizada aos motoristas de caminhões que aceitaram participar de forma voluntária e espontânea deste estudo.

2.5 Instrumento de coleta de dados

O questionário foi o instrumento de coleta de dados escolhido. Para sua elaboração tomou-se como referência o modelo previamente utilizado por Nascimento (2003). A partir desse documento começou a ser construído o roteiro utilizado. Para validar o instrumento de entrevista, foi aplicado um pré teste que consistiu em selecionar indivíduos pertencentes ao grupo de caminhoneiros, uma vez que se faz necessário que esses indivíduos sejam típicos em relação ao universo pesquisado e que aceitem dedicar mais tempo para responder às questões do que aqueles que serão escolhidos para o levantamento propriamente dito. (GIL, 1996, p. 95-96).

Piovesan e Temporini (1995) comentam que o pré-teste se limita a um aperfeiçoamento do questionário quanto à sua forma. Quando se faz pesquisa exploratória, o pré-teste passa a ser parte integrante do processo. Dessa forma os possíveis conflitos vão sendo resolvidos e as questões vão sendo definidas evitando alterações posteriores. Gil (1996) relata que a vantagem do pré-teste é garantir que se avalie exatamente aquilo que pretendem avaliar, para somente a partir de então, os instrumentos estarão validados para a realização da coleta de dados.

Para dar mais sustentação ao processo foram realizadas 7 entrevistas com caminhoneiros, para testar a viabilidade do instrumento de coleta de dados. Frente aos resultados obtidos, foi necessário fazer a adequação em apenas uma das perguntas. De acordo com sugestões dos caminhoneiros foi acrescentado na questão 3.10, onde se indagava como as DST entravam no estado de Rondônia, eles sugeriram que fosse incluído a categoria marinheiros. Esse grupo faz parte desse contexto, já que o número desses profissionais é significativo no porto graneleiro que está na divisa de Rondônia com o Amazonas.

Conforme poderá ser verificado no (Anexo A), o instrumento utilizado para as entrevista estruturadas um questionário que contempla questões fechadas e abertas, com a finalidade de:

- a) Caracterizar a população a ser estudada;
- b) Conhecer aspectos do cotidiano pessoal e profissional dos caminhoneiros de estrada;
- c) Conhecer o comportamento sexual;
- d) Identificar o nível de conhecimento sobre as DST/Aids;
- e) Verificar de forma participativa, a opinião e sugestões desses profissionais quanto aos meios de promoção de campanhas educativas e informativas em relação às DST/Aids entre os caminhoneiros.

2. 6 Aspectos éticos da pesquisa

Para elaboração deste estudo foram obedecidos os seguintes passos:- Encaminhamento do Projeto para apreciação do comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências e Biomédica de Cacoal – (FACIMED). A aprovação do projeto de pesquisa intitulado, DST e AIDS EM REGIÃO DE FRONTERIA: UM ESTUDO COM CAMINHONEIROS NO ESTADO DE RONDÔNIA ocorreu no dia 09 de abril de 2007, com protocolo nº 159/2007, conforme (Anexo F).

O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado em uma linguagem acessível e de fácil entendimento, incluindo-se os seguintes aspectos:

- a) Informações sobre a justificativa, os objetivos e os procedimentos a serem utilizados na pesquisa;

b) Esclarecimento de que não haveria desconfortos e riscos pela participação na pesquisa, informando aos sujeitos que os resultados contribuiriam para a sensibilização dos trabalhadores e para subsidiar propostas educativas com vistas à mudança de comportamento em relação a DST/Aids;

c) Fornecimentos de informações antes e durante o desenvolvimento da pesquisa no que se refere à: metodologia, voluntariedade, liberdade para recusar-se a participar e interrupção da entrevista a qualquer momento sem prejuízo ou penalização;

d) Esclarecimento sobre a garantia de sigilo sobre a origem dos dados e de confidencialidade com relação às informações privativas dos participantes;

e) Aplicação das entrevistas efetivando o levantamento das necessidades dos sujeitos pesquisados.

2.7 Análise dos dados

Para o tratamento das questões contempladas na entrevista, utilizaremos as seguintes etapas:

- Análise temática: Consistiu na separação e identificação das entrevistas, visando agrupá-las de acordo com a semelhança de respostas efetuados por cada entrevistado;

- Resultados e interpretação: A análise dos dados coletados é apresentada em forma de gráficos e tabelas, que agregasse os resultados semelhantes e seguida de forma descritiva. Bem como novas possibilidade de melhoramento na qualidade de vida dos caminhoneiros.

A análise estatística foi realizada da seguinte forma: 1. os dados dos questionários foram transcritos para planilha em Programa MS Excel Office XP; 2. posteriormente as análises estatísticas foram preparados através do programa do pacote estatístico EPI-INFO (DEAN, 1994); 3. foram feitas também associações de interesse através do cálculo do *Odds Ratio*, Intervalo de confiança com 95% e valor de $p \leq 0,050$. Estes cálculos tiveram por objetivo mostrar a razão de prevalência ou chance dos entrevistados terem adquirido alguma DST.

As questões fechadas foram analisadas com base em estatística descritiva. Por outro lado, foram considerados, nesta pesquisa, o significado expresso pelas falas dos caminhoneiros de estradas, às quais tem a possibilidade de revelar a visão de mundo, os anseios, as dúvidas, as opiniões dos participantes do estudo sobre as questões relacionadas às DST/Aids e sexualidade.

Após a tabulação, os dados foram tratados através da estatística simples descritiva, utilizando da ferramenta Excel do Software da Microsoft, pacote Office 2003. Foram gerados tabelas e gráficos, de modo que os dados fossem mais bem visualizados para se processar as devidas inferências (LAKATOS & MARCONI, 2002). Isso contribuiu para melhor dimensão, bem como novas possibilidades de intervenções para melhoramento da saúde dos motoristas.

CAPITULO III.: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados a pesquisa será dividida em dois blocos: o Bloco I, denominado *Perfil Sociodemográfico dos Participantes do Estudo* onde são descritas as características gerais dos caminhoneiros de estrada entrevistados: procedência, estado civil, idade, nível de escolaridade, condição de trabalho, condição socioeconômica, satisfação profissional, crença religiosa; que foram sistematizados através de gráficos e tabelas para melhor compreensão do leitor.

O Bloco II, denominado *Comportamento Sexual dos Caminhoneiros*, apresenta aspectos vinculados às práticas sexuais, exercício da sexualidade, prevenção e percepção sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids, relação existente entre o estado civil e o tempo de permanência fora de casa e a procura de parceira(o) sexual durante o percurso de trabalho, adesão ao uso de preservativo nas relações sexuais, incidência de DST no passado e no momento atual, grau de risco considerado pelos entrevistados nos diferentes tipos de sexo, visando a analisar seu conhecimento em relação à vulnerabilidade e ao risco de contrair a infecção.

O Bloco III, apresenta a *Caracterização do Conhecimento sobre a Prevenção de DST/Aids*, onde são discutidos os resultados relacionados ao conhecimento que os caminhoneiros possuem sobre programas de saúde direcionados às DST/HIV/Aids, medidas e ações a serem adotadas para diminuir as DST/Aids. Busca ainda, verificar quais as instituições que promovem ações educativas, a fim de sensibilizar e orientar os entrevistados que participaram deste estudo.

Bloco I - Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo

Neste estudo a idade mínima dos participantes foi de 18 anos, faixa etária em que é possível começar a trabalhar como motoristas de caminhões. No entanto, a Legislação sobre Trânsito do Código Nacional de Transito Brasileiro determina que a habilitação para dirigir carretas seja concedida apenas para pessoas com idade mínima de 21 anos. Este estudo contemplou motoristas de caminhões e de carretas que realizam transporte inter-estadual e nacional.

Fizeram parte desta pesquisa 240 caminhoneiros, que freqüentemente passavam pelas fronteiras do estado de Rondônia. Das entrevistas realizadas, 119 (49,6%) foram efetuadas na cidade de Cacoal, 65 (27,1%) na cidade de Porto Velho, capital do Estado e 56 (23,3%) na cidade de Vilhena, conhecida como o portal da Amazônia.

Entre os entrevistados, grande parte deles, 106 (22,5%) é residente no estado de Rondônia, 42 (13,3%) são paranaenses, 32 (8,3%) são mato-grossenses, 19 (5%) são paulistas e os demais 8,9% são provenientes dos outros estados brasileiros.

A maioria deles 181 (46,3%) era casado, 27 (7,1%) era solteiro e 32 (7,5%) não se disseram nem casados e nem solteiros. O nível de escolaridade verificado foi bastante baixo 136 (34,6%) não possuíam sequer o ensino fundamental completo, 46 (14,2%) possuíam o ensino fundamental completo, apenas 40 (8,3%) tinham nível médio e 1 (0,4%) nível superior.

A média de idade desses caminhoneiros foi de 40,6 anos com um desvio padrão de ($\pm 10,4$ anos), onde a idade mínima encontrada entre eles foi de 20 anos e a máxima de 75 anos de idade. Quanto à crença dos caminhoneiros entrevistados,

176 (45,8%) deles se disseram católicos, 37 (15,4%) se declararam evangélicos e 27 (7,1%) disseram ser de outras denominações.

Tabela 1: Prevalência (%) e odds ratio para caminhoneiros entrevistados que procuram parceiras(os) nas estradas de acordo com as características socioculturais, Cacoal-RO, 2007.

Variável	n	Prevalência %	IC 95%	Odds Ratio	IC 95%
Estado de Procedência					
Goiás	5	0.4	0.47 - 5.9	1	-
Mato Grosso	32	8.3	8.6 - 20.4	0.93	0.44 - 2.00
Mato Grosso do Sul	8	2.5	1.5 - 8.7	0.52	0.1 - 2.62
Outros	13	8.9	4.9 - 12.6	0.69	0.21 - 2.31
Paraná	42	13.3	15.5 - 29.5	0.49	0.23 - 1.03
Rio Grande do Sul	6	1.7	0.8 - 6.9	0.78	0.14 - 4.32
Rondônia	106	22.5	20.3 - 37.6	1.5	0.94 - 2.37
Santa Catarina	9	2.5	1.5 - 8.7	0.78	0.19 - 3.18
São Paulo	19	5.0	4.3 - 13.9	0.91	0.34 - 2.38
Faixa Etária					
19 a 29 anos	41	10.0	12.5 - 22.5	1.1	0.56 - 2.16
30 a 39 anos	75	19.6	25.4 - 37.5	0.93	0.54 - 1.5
40 a 49 anos	71	17.5	23.9 - 35.8	1.07	0.63 - 1.84
50 a 59 anos	46	11.7	14.4 - 24.7	1	-
60 anos ou mais	7	2.1	1.2 - 5.9	0.62	0.12 - 3.27
Estado Civil					
Solteiro	27	7.1	6.9 - 18.0	0.91	0.40 - 2.08
Casado	181	46.3	68.3 - 82.7	1	-
Outros	32	7.5	7.5 - 18.8	1.64	0.57 - 2.54
Escolaridade					
Fundamental Completo	46	14.2	16.7 - 31.0	0.55	0.27 - 1.11
Fundamental Incompleto	136	34.6	48.4 - 65.0	0.99	0.64 - 1.53
Ensino Médio Completo	40	8.3	8.6 - 20.4	1.55	0.79 - 3.04
Ensino Médio Incompleto	15	2.9	1.9 - 9.6	1.78	0.62 - 5.06
Outros	3	0.8	0.2 - 4.9	0.78	0.07 - 8.69
Crença					
Católico	176	45.8	67.5 - 82.1	1	-
Evangélico	37	7.1	6.9 - 18.0	1.83	0.91 - 3.67
Outros	27	7.9	8.0 - 19.6	0.65	0.28 - 1.55

Verificou-se que a idade dos entrevistados na sua maioria está entre 30 e 59 anos. Esta pesquisa em muito se assemelha com o estudo sobre a sexualidade, DST/Aids realizado por Nascimento (2003) com motoristas de estradas onde a investigação registrou que 36% dos participantes encontravam-se na faixa etária entre 32 e 41 anos de idade.

Estudos realizados por Medeiros, Barbosa Junior e Aguiar (2000) demonstraram que os questionários distribuídos como encarte na revista Caminhoneiros permitiram que durante quatro meses se levantasse aspectos relacionados à vulnerabilidade entre os caminhoneiros, tendo como idade média dos participantes 37,3 anos. O trabalho parece muito com este estudo, pois buscou investigar e interpretar variáveis como: gênero, idade, escolaridade, estado civil, crença religiosa, tempo de permanência fora da área de domicílio, e fatores que podem exercer influência no comportamento desses profissionais.

No que se refere ao estado civil, este estudo congregou casados, solteiros, e também inclui os divorciados, separados e viúvos. É possível estabelecer similaridades entre este estudo e aquele realizado por Nascimento (2003) onde 78% da amostra pesquisada foi composta por homens casados e apenas 16% solteiros.

Fonseca, Bastos, Derrico, Andrade, Travassos, Szwarcwald (2000) investigaram a escolaridade das pessoas que desenvolveram Aids e encontraram taxas positivas de variação mais pronunciadas para a incidência de Aids entre indivíduos com menor escolaridade, em todas as regiões do país. O nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação, perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos. A renda representa antes de tudo o acesso aos bens materiais, inclusive aos serviços de saúde.

Embora seja preferível examinar todos os indicadores simultaneamente em vez de apenas cada um deles, de maneira isolada, o nível educacional é considerado como o melhor em relação à saúde e economia, por ser este um indicador fácil de ser obtido e ter uma grande importância como determinante de saúde.

O estudo realizado por Nascimento (2003) teve como característica, em relação ao nível de escolaridade, que a maioria dos caminhoneiros entrevistados tinha pelo menos quatro (04) anos de escolaridade correspondentes da primeira à quarta séries; dependendo na região geográfica do país, esse patamar pode ser mais elevado. Por exemplo, os motoristas de caminhões das regiões sul e sudeste apresentam maior tempo de escolaridade em detrimento daqueles pertencentes a regiões norte e nordeste do Brasil. No entanto, esta pesquisa mostrou que os números tendem a decrescer, onde a maioria dos entrevistados 44,2% pertence à região norte (Rondônia) e estão com nível de escolaridade inferior a cinco anos de estudo.

Tivemos no grupo de 240 entrevistados, somente um com o ensino superior. Durante a pesquisa vários entrevistados relataram trabalhar como caminhoneiros, pois não tiveram a oportunidade de estudar.

A escolaridade tem sido apontada como importante determinante da situação de saúde do indivíduo. No Brasil, a influência da escolaridade sobre as condições de saúde foi evidenciada pelos resultados da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), realizada em 1996/1997 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Analisando-se a importância das variáveis sócio-econômicas na percepção do estado de saúde de indivíduos com vinte anos ou mais, como anos de estudo, ocupação e renda mensal, observou-se que a variável “anos de estudo” foi a

segunda mais relevante, após a idade (FONSECA, BASTOS, DERRICO, ANDRADE, TRAVASSOS, SZWARCOWALD, 2000).

Em relação à religião, sabe-se que o estado de Rondônia possui uma grande população de evangélicos, porém esse fato não foi encontrado nesta pesquisa ainda que a maioria dos entrevistados fosse proveniente do estado de Rondônia. Aproximadamente 7% são evangélicos, no entanto a profissão de motorista de estrada normalmente não é executada pelos evangélicos devido ao longo período de tempo que passam longe de seus lares e a grande relação com vulnerabilidade, ato que é desaconselhado para este público. Tal fato é comemorado pelo evangélico no dia 18 de Junho em função a aprovação da lei nº1026/2001.

Tabela 2: Distribuição dos caminhoneiros conforme o local da entrevista, segundo a condição do caminhão e a renda mensal, Cacoal-RO, 2007.

Caminhão	Cacoal		Porto velho		Vilhena		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Próprio	31	26.1	11	16.9	9	16.1	51	21.3
Empresa	83	69.7	54	83.1	46	82.1	182	75.8
Outros	5	4.2	0	0.0	1	1.8	6	2.5
TOTAL	119	100.0	65	100.0	56	100.0	240	100.0
Renda (em salários mínimos)								
1 a 2	8	6.7	2	3.1	0	0.0	9	3.8
3 a 4	26	21.8	27	41.5	8	14.3	61	25.4
5 a 6	42	35.3	31	47.7	30	53.6	103	42.9
Mais de 6	43	36.1	5	7.7	18	32.1	66	27.5
TOTAL	119	100.0	65	100.0	56	100.0	240	100.0

A tabela mostra que 21,3% dos caminhoneiros são proprietários dos caminhões ou carretas com os quais trabalham, e 75,8% trabalham de empregados com caminhão fornecido pela empresa ao qual prestam serviço. Os outros 2,9% dos

entrevistados relataram que no momento da pesquisa o caminhão era emprestado. Isso demonstra que a maioria dos pesquisados trabalham prestando serviço a empresas. Esse fato difere em muito do estudo realizado por Nascimento (2003) em Passos-MG, onde 62% dos caminhoneiros eram proprietários das carretas ou caminhões nos quais trabalhavam.

O fato de prestar serviço implica em algumas desvantagens em relação à qualidade de vida e ao tempo de permanência nas estradas, principalmente quando estão transportando cargas perecíveis ou encomendas com agendamento de horário. Por outro lado, algumas empresas estão preocupadas com a saúde dos caminhoneiros, que trabalham somente durante o dia e com horário previamente estabelecido para as principais refeições e descanso. Os riscos e prejuízos em relação aos roubos têm maior probabilidade de acontecerem quando os motoristas executam suas atividades profissionais no período noturno. E tanto empresas, como motoristas estão cientes disso.

As respostas apresentadas pelos caminhoneiros entrevistados demonstraram que a opção pela escolha dessa ocupação se deve ao fato de ter remuneração salarial melhor do que em outras atividades, por estar ao alcance de seus conhecimentos e pela herança profissional adquirida no convívio familiar.

Ultimamente tem-se verificado a importância central que as condições sócio-econômicas assumem na determinação dos padrões de morbi-mortalidade das populações. A condição social tende a ser desfavorável aos grupos menos privilegiados socialmente, manifestando-se de diversas formas: nas taxas ampliadas de mortalidade, no adoecimento mais precoce e também na menor expectativa de vida. Estes achados têm sido constatados nos mais diferentes países, em

populações geograficamente distintas e em diferentes momentos históricos (FONSECA, TRAVASSOS, BASTOS, SILVA, SZWARCOWALD, 2003).

Dentre os indicadores mais importantes para mensurar o nível sócio-econômico associado à saúde da população, citam-se o nível de instrução, a renda e a ocupação. Os mesmos autores sugerem que essas variáveis têm em comum o fato de evidenciarem a estratificação social: os indivíduos ocupam uma posição na hierarquia social de acordo com a sua ocupação, renda e nível educacional, sendo que cada um desses indicadores cobre um aspecto diferente da estratificação social.

No Brasil, onde o processo de difusão da epidemia de Aids é marcado por intensidade e velocidade bastante distintas nas diferentes regiões do país e estratos populacionais, vários estudos vêm descrevendo o processo de pauperização que a epidemia vem experimentando no individual. Descreveram o processo contínuo de expansão dos casos de Aids para municípios pequenos, em geral, de menor status sócio-econômico, bem como para áreas empobrecidas do Município do Rio de Janeiro afetando mais intensamente, nestas áreas, as mulheres (SZWARCOWALD, BASTOS, ESTEVES, ANDRADE, 2000).

Parece avultar aí a questão da pauperização está estritamente ligada às pessoas com menores níveis de educação formal, inseridas em ocupações mal-remuneradas ou excluídas do mercado formal de trabalho (GRANGEIRO, 1994). Com acesso restrito aos cuidados de saúde e a outras políticas de promoção social e comunitária se exponham cada vez mais à infecção pelo HIV. Ao analisar o perfil das ocupações nos casos de Aids notificados no Município de São Paulo, durante o período de 1985-90, observou um aumento proporcional de casos em indivíduos menos qualificados profissionalmente, à medida que a epidemia evoluía.

Indagados sobre a profissão de caminhoneiro, 204 (85,0%) disseram que gostam de praticá-la e os outros 36 (15,0%) disseram não gostar do que fazem. Os motivos indicados para gostar ou não gostar, são os mais diversos possíveis e são apresentados na figura 2.

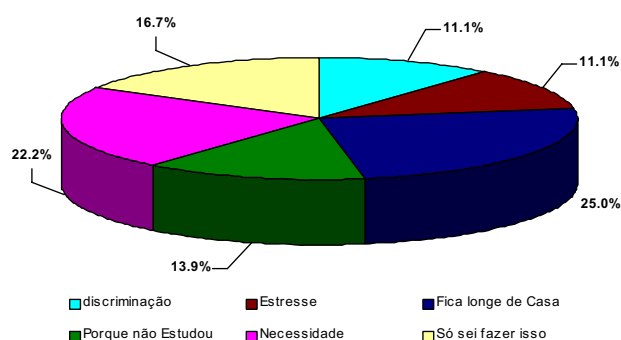


Figura 2: Principais motivos alegados pelos caminhoneiros entrevistados que dizem não gostar da profissão, Cacoal-RO, 2007.

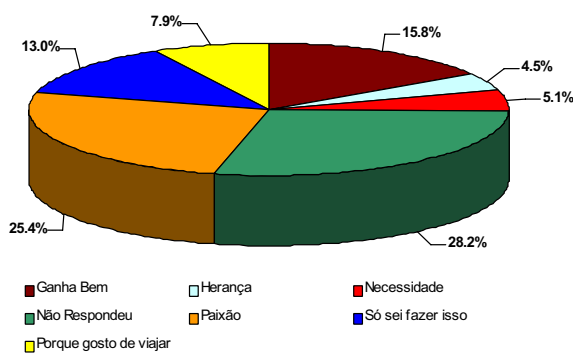


Figura 3: Principais motivos alegados pelos caminhoneiros entrevistados que dizem gostar da profissão, Cacoal-RO, 2007.

Quando perguntamos aos entrevistados sobre gostar da profissão escolhida, observamos que 85% motoristas disseram que são apaixonados pelo que fazem, principalmente pela liberdade de viajar por várias regiões do Brasil e, até mesmo, outros países, conforme resultado desta pesquisa. Por outro lado, os outros 15% dos participantes relataram que só sabem fazer este tipo de trabalho e não tiveram a

oportunidade de estudar, o que justifica a escolha de serem caminhoneiros, é a boa renda que a profissão proporciona.

Como aspectos positivos da profissão, boa parte dos caminhoneiros destacaram as manifestações sobre o estilo comportamental de vida, em busca de novas experiências, conhecerem lugares, pessoas diferentes e até mesmo ter contato com outras mulheres. Entre aqueles que relataram gostar da profissão estão pessoas realmente apaixonadas pelo que fazem, por ser essa uma profissão em que se ganha bem e por ter herdado a profissão do pai.

Sobre os aspectos negativos, salientaram a discriminação da profissão, desvalorização, excesso de burocracia, péssima condição da pavimentação da malha rodoviária brasileira, solidão por passar muito tempo longe da família e ainda conviver com muitos roubos e violência pelas estradas. Entre os desgostos com a profissão estão ainda o alto custo dos combustíveis, dificuldades em conseguir fretes, gastos constante com peças, pneus e oficinas são motivos que levam a não gostar da opção profissional atualmente.

Nascimento (2003) descreveu que no discurso dos entrevistados estava presente a nostalgia dos bons tempos em que se conseguia sobreviver à custa do trabalho como caminhoneiro. Na atualidade, em decorrência de toda uma crise socioeconômica que se difunde pelo Brasil, torna-se impossível ter garantia de tranquilidade, uma vez que a instabilidade é gerada pelos fretes realizados com baixos ganhos e com alto custo dos insumos utilizados no caminhão.

Normalmente é na figura masculina que se encontra a função de prover o sustento da família, pois o homem sempre exerceu o valor paterno, educação dos filhos e liderança do lar. Nas condições de trabalho proporcionadas pela ocupação de caminhoneiro, afeto e sexo jamais podem ser deixados em segundo plano.

Quando o homem não consegue ou tem dificuldade em suprir as necessidades do lar, isso o deixa abalado emocionalmente, podendo dificultar também o desempenho no trabalho e a liderança da família.

Os entrevistados relataram dificuldades encontradas na estrada, onde a principal queixa mencionada foi as condições das estradas em que 108 (45,0%) disseram estar muito ruins, a distância de casa foi relatada também por 59 (24,6%) dos caminhoneiros entrevistados, quanto a questão da fiscalização, foi apontada por 35 (14,6%) dos caminhoneiros e a questão de segurança também foi lembrada por 33 (13,8%) dos caminhoneiros.

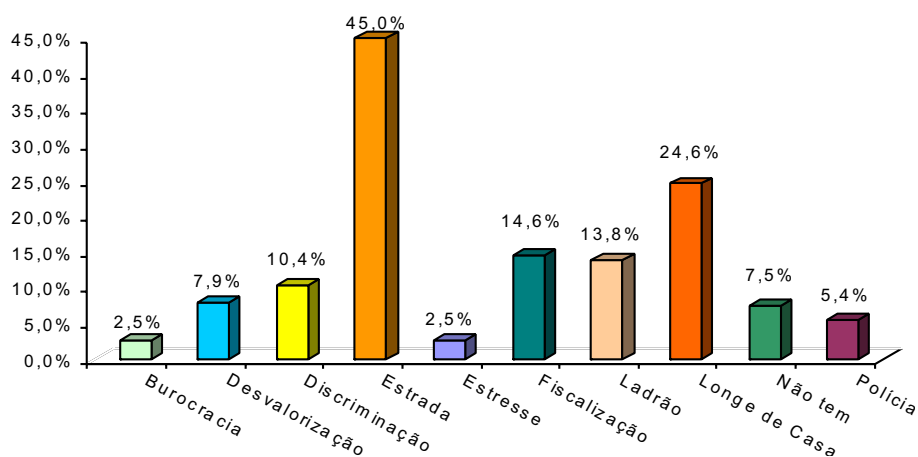


Figura 4: Principais dificuldades encontradas nas estradas mencionadas pelos caminhoneiros entrevistados, Cacoal-RO, 2007.

Outro fato relatado pelos caminhoneiros quanto às dificuldades da profissão foi o fato de estar longe de casa por longos períodos, em que 37,9% deles, passam mais da metade do mês fora de casa. Alguns fragmentos do discurso podem ser conferidos a seguir.

“Hoje pelo menos existe asfalto ruim, quando era só estrada de terra cheguei a ficar 90 dias fora de casa” (E14).

“Os policiais pensam que somos bandidos, chegam desrespeitando, com falta de educação, chega agredindo os caminhoneiros, pensando que só eles têm direitos” (E101).

“Não temos segurança nas estradas, quando menos esperamos somos abordados por ladrões, isso não dá, enfrentamos estradas péssimas, e ainda não temos segurança” (E 23).

“O excesso de burocracia mata os caminhoneiros, atrasa as viagens, às vezes fico até três dias esperando liberação de notas fiscais” (E78).

“O duro da profissão é ficar até 60 dias longe de casa, a saudade da mulher e dos filhos isso é muito difícil” (E211).

Tabela 3: Distribuição dos caminhoneiros conforme local da entrevista segundo o local de descanso e o tempo fora de casa, Cacoal-RO, 2007.

	Cacoal		Porto velho		Vilhena		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	n	%
Onde descansa								
Posto de gasolina	13	10.9	3	4.6	0	0.0	16	6.7
Dentro do caminhão em posto	96	80.7	48	73.8	50	89.3	194	80.8
Pousada em beira de estrada	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.4
Outros	2	1.7	0	0.0	2	3.6	4	1.7
Não respondeu	7	5.9	14	21.5	4	7.1	25	10.4
TOTAL	119	100.0	65	100.0	56	100.0	240	100.0
Tempo fora de casa								
Até 5 dias	19	16.0	36	55.4	13	23.2	68	28.3
Até 10 dias	29	24.4	5	7.7	9	16.1	43	17.9
Até 15 dias	24	20.2	5	7.7	9	16.1	38	15.8
Até 20 dias	12	10.1	3	4.6	10	17.9	25	10.4
Mais de 20 dias	35	29.4	16	24.6	15	26.8	66	27.5
TOTAL	119	100.0	65	100.0	56	100.0	240	100.0

Os motoristas de caminhões na maioria das vezes param em posto de gasolina com vários objetivos: descansar, preparar sua própria refeição, utilizar o restaurante e como medida de segurança, não só para si, mas também para o caminhão, pois já foi mencionado que a maioria das carretas ou caminhões são de empresas às quais prestam serviço.

Por outro lado, os postos de gasolina ou pontos de paradas, onde há um maior fluxo de caminhoneiros, também são locais estratégicos para o assédio sexual, tanto por profissionais do sexo e por homens que fazem sexo com outro homem. O sexo comercial tem nos motoristas de longa distância a principal clientela alvo.

Num país onde os homens têm fama de machões e sendo que nesta profissão os trabalhadores são predominantemente do sexo masculino, é possível compreender esses comportamentos em uma dimensão cultural e social, onde parece dar a eles o poder de masculinidade.

O que mais chamou a atenção no que se refere ao perfil dos motoristas de caminhão foram as horas trabalhadas por estes profissionais, que os tornam ao mesmo tempo heróis e vilões. Heróis por se adaptarem às variações que sofre o organismo humano aos longos percursos percorridos e às exaustivas horas em movimentos repetitivos, atenção constante no veículo, em si próprio e nos outros, já que trafega por rodovias que exigem cuidados. Somando-se a essa jornada intensa, existe ainda, o estresse emocional, pela solidão por estar longe da família, já que a maioria deles é casado e possui filhos. Quanto ao tempo de permanência na estrada, esse estudo parece ir ao encontro de dados também encontrados na pesquisa de (NASCIMENTO, 2003).

O ato de dirigir um veículo está inserido em um sistema chamado homem-máquina, conforme destaca (GRANDJEAN, 1998). Um sistema ser humano-máquina significa que o ser humano e a máquina têm relação recíproca. Cabe ao condutor avaliar suas reais condições ao propor-se a dirigir um veículo, além de ter o bom senso necessário para evitar envolver-se em situação de risco (SENAT, 1999).

A profissão de motorista é uma das profissões que durante sua atividade laboral tem uma grande exigência psicomotora. O motorista de caminhão precisa estar constantemente atento quando dirige seu veículo, pois é ele que analisa e interpreta as informações fornecidas pelo veículo, manipula os mecanismos e equipamentos para a sua condução, com o intuito principal de evitar acidentes e cumprir seu trabalho com satisfação. Para que isso aconteça, os sistemas auditivo, visual, perceptivo e de coordenação devem trabalhar em sincronia, para que, quando solicitados, tenham uma resposta rápida para efetuar a ação com precisão.

De acordo com estudo realizado por Hoffmann (2003) e que tratava da qualidade de vida dos caminhoneiros, está longe do ideal da humanização e dinâmica laboral como uma questão essencial. O ser humano possui fontes de amparo, tais como: a família, os amigos e a sociedade, que não se deve rejeitar em prol de bens materiais, sobrevivência e atividade laboral. Mais sim como alicerce e associação de bem-estar para mudar todo um clima político laboral, mediante a implantação de outros valores, voltados para a busca da qualidade de vida para todos os trabalhadores.

O tempo de trabalho diário desses caminhoneiros se mostrou elevado com uma média de $14,8 \pm 3,2$ horas, com alguns relatando trabalhar, às vezes até 22 horas diárias. Com isso resta pouco tempo para descanso, com uma média de

descanso de $6,2 \pm 1,8$ horas diárias, sendo que a maioria (80,8%) faz seu descanso dentro do próprio caminhão parado no pátio de posto de combustível.

Analisando as três cidades pesquisadas pôde-se identificar que o tempo que os motoristas passam fora de casa varia entre até 5 dias fora de casa com 28,3% dos entrevistados, seguido por 27,5% de motoristas que ficam mais de 20 dias longe de suas residências. No entanto, a temporada pelas estradas pode se dilatar em função da grande extensão da BR-364.

Pelas entrevistas realizadas na cidade de Cacoal, tivemos a maior percentagem com 29,4% de profissionais que passam mais de 20 dias pelas estradas. Isso pode ser explicado da seguinte maneira: a maioria desses motoristas relatou ser de outros estados, portanto, o tempo fora da residência se tornou marcante também para 24,4% que disseram que ficam até 10 dias longe de seus lares e do carinho dos familiares.

Para as entrevistas realizadas na cidade de Porto Velho, ficou claro que 55,4% passam somente até 5 dias fora de casa, pois a maioria destes motoristas é residente no próprio estado de Rondônia. No momento da entrevista estavam executando a tarefa de transportar soja da cidade de Vilhena para a capital do estado, que é Porto Velho. Em contrapartida, 24,6% dos motoristas que disseram que normalmente ficam mais de 20 dias fora de casa, estes justificaram que no momento da entrevista deixaram seus estados de origem para trabalhar no transporte de grãos no estado de Rondônia.

Para os entrevistados na cidade Vilhena houve uma aproximação das respostas em relação ao tempo em que permanecem nas estradas, longe da família em função das atividades trabalhistas, onde as entrevistas foram feitas no Posto Fiscal Portal da Amazônia, que recebe motoristas de diversos estados brasileiros

como demonstrado na tabela 1. Quanto ao tempo de permanência nas estradas este estudo superou a pesquisa de Medeiros, Barbosa Júnior, Aguiar (2000) e de Nascimento (2003), onde apenas 4% dos entrevistados relataram ficar fora de casa por mais de 15 dias.

Bloco II - Comportamento sexual dos caminhoneiros que procuram parceira (o) ocasional

A tabela a seguir mostra que entre os 146 entrevistados que procuram parcerias sexuais durante as viagens, 3,4% já tiveram relações homossexuais e 2,1% já praticaram a modalidade bissexual. Sabe-se que esses dados podem apresentar viés, uma vez que falar ou expressar um fato que vem acompanhado de preconceito e discriminação não é nada fácil para os caminhoneiros.

Tabela 4: Distribuição dos entrevistados em relação ao tipo de parceria sexual, Cacoal-RO, 2007.

Quando procura parceira(o) transa com?	n	%
Pessoas do mesmo sexo	5	3,4
Pessoas do sexo oposto	138	94,5
Com homem e mulher	3	2,1
Total	146	100,0

Desde 1973 a American Psychiatric Association, logo seguida pela American Psychological Association, deixou de considerar a homossexualidade doença ou desvio de conduta. Trata-se apenas de uma forma diferente de manifestação da sexualidade, presente em todas as sociedades e culturas ao longo da história da humanidade. Homossexuais podem se beneficiar de uma ajuda profissional para

ajudá-los a compreender melhor sua sexualidade e desenvolver formas saudáveis de lidar com as dificuldades impostas pela sociedade (BORGES, 2004).

Combater o preconceito já instalado é função de cada um de nós. Diferenças sempre irão existir, mas precisam ser respeitadas. O cuidado pessoal compreende comportamentos protetores para não adquirir doenças infecto-contagiosa. O respeito com o outro ocorre pela adoção de práticas de proteção para evitar a transmissão dessas doenças e quando se adota medidas de prevenção a fim de evitar que o outro seja infectado. Não importa a orientação sexual adotada, deve haver respeito tanto para com os travestis, quanto para os profissionais do sexo.

Foi possível verificar na tabela 5, que 240 caminhoneiros entrevistados 146 procuram parcerias sexuais. Entre os pesquisados, os que mais procuram relacionamento sexual nas estradas são casados chegando a um total 111 (76,0%) daqueles que responderam procurar parcerias sexuais, o menor índice de procura de pessoas para compartilhar relações sexuais nas estradas foi encontrado entre os caminhoneiros solteiros com 17 (11,6%).

Tabela 5: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados quanto ao estado civil, comparado ao fato de procurarem parcerias nas estradas, Cacoal-RO, 2007.

Estado Civil	Procura parceiras (os) nas estradas					
	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	n	%	N	%
Casado	111	76.0	70	74.5	181	75.4
Outros	18	12.3	14	14.9	32	13.3
Solteiro	17	11.6	10	10.6	27	11.3
TOTAL	146	100.0	94	100.0	240	100

$$\chi^2 = 8.1505 \text{ p} = 0.0862$$

Nesta categoria identificamos uma grande quantidade de entrevistados que buscam freqüentemente parceiras no decurso das viagens e, também, aqueles que

às vezes ou ocasionalmente têm algum tipo de relação sexual quando estão trabalhando. Da mesma forma, alguns dos entrevistados negam qualquer tipo de relação sexual pelas estradas enquanto estão viajando. Visto que a maioria dos entrevistados são casados e permanecem muito tempo fora de seus lares, justificando assim, que essas relações sexuais fora do casamento acontecem por falta da esposa.

Pode-se fazer uma associação do isolamento social apresentado na tabela 9, com a busca de parceria sexual durante as viagens pelo fato desta categoria ficar muito tempo fora de seu convívio familiar, o que pode ser utilizado como motivo pelo quais esses relacionamentos acontecem. Além disso, quando se compreende a necessidade fisiológica do corpo quanto à demanda de sexo, concluímos através de vários relatos que em casa às vezes falta carinho da esposa também.

Da mesma forma que Arilha (1998), mostra que em estudos americanos o reforço sobre algumas atitudes de identidade do masculino, poderá levar a: uma sexualidade de acumulação de parceiros – quantidade é o que importa; distanciamento emocional; atitude de comportamento de risco; sexo com significado de aventura, excitação e perigo. Para muitos essas ações representam mais do que um ato sexual também servem para provar sua masculinidade.

“Se aparece mulher gostosa e dá mole, tem que transar” (E 190).

Por outro lado é possível que entre os caminhoneiros entrevistados e que são solteiros, por estar vivenciando a história do HIV no mesmo momento que encara as transformações corporais da adolescência, adentrando no mundo da juventude estão mais sensibilizados e conscientizados do que os adultos em relação à importância do uso do preservativo na busca do sexo seguro. Diante desta descoberta, se faz necessário a sensibilização desses homens adultos que não

tiveram a oportunidade de serem orientados anteriormente sobre a prevenção e contaminação pelas DST.

Este estudo aponta que os caminhoneiros casados e que estão na maturidade têm certa dificuldade em aderir ao uso do preservativo. Podemos atribuir tal comportamento à própria história cultural, pois quando esses homens passaram pela adolescência e juventude não tinha tanto acesso às informações e distribuição de preservativo como acontece atualmente. O discurso gira em torno do fracasso ao uso da caminha, que se atribui à diminuição da sensibilidade, perda ou dificuldade da ereção, pois sem conseguir uma ereção plena, perde-se o ponto central da atividade sexual.

Tabela 6: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, quanto aos motivos de não procurarem parcerias sexuais na estrada, Cacoal-RO, 2007.

Motivo de não procurar parceira(o)	N	%
Medo	19	20,2
Sou casado	8	8,5
Outros motivos	2	2,1
Não respondeu	65	69,1
Total	94	100,0

Os caminhoneiros entrevistados revelaram vida sexual bastante ativa. Esse fato justifica a relevância dessa temática junto aos sujeitos pesquisados, o que aponta para a necessidade de atenção especial junto a esta população. Isto justifica a necessidade de implementar estratégias que realmente sensibilize quanto à prevenção das DST/Aids e gravidez indesejada.

Entre os motoristas entrevistados o medo foi tido como motivo primordial para justificar a não procura de relacionamento amoroso durante o percurso de trabalho. Após o surgimento do HIV as pessoas ficaram mais alertas em relação à

contaminação pelas DST, principalmente à Aids, que até então é considerada incurável e não existe vacina para se prevenir do vírus. Ficou evidente entre o público entrevistado que a atribuição do medo estava centrado nas DST/Aids, os caminhoneiros mencionaram pouco a possibilidade de gravidez não planejada.

Quanto ao comportamento sexual dos caminhoneiros entrevistados verificou-se que 146 (60,8%) têm o hábito de procurar parcerias fora de casa durante suas viagens. A faixa etária que mencionou maior tendência para procurar parcerias foi aquela compreendida entre 40 a 49 anos, para os entrevistados em Cacoal, de 30 a 39 anos para os entrevistados em Porto Velho, e de 19 a 29 anos para os entrevistados em Vilhena, distribuídos conforme a tabela a seguir. Ou seja, para homens em idade reprodutiva e envolvidos em um relacionamento afetivo-sexual.

Tabela 7: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados que procuram parcerias fora de casa, segundo o local da entrevista, Cacoal- RO, 2007.

Idade	Cacoal				Porto Velho				Vilhena			
	Sim		não		Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
19 a 29 anos	9	10.8	5	13.9	1	4.0	8	20.0	14	36.8	4	22.2
30 a 39 anos	26	31.3	13	36.1	9	36.0	10	25.0	12	31.6	5	27.8
40 a 49 anos	28	33.7	10	27.8	6	24.0	12	30.0	8	21.1	7	38.9
50 a 59 anos	16	19.3	7	19.4	8	32.0	9	22.5	4	10.5	2	11.1
Mais de 60 anos	4	4.8	1	2.8	1	4.0	1	2.5	0	0.0	0	0.0
TOTAL	83	100.0	36	100.0	25	100.0	40	100.0	38	100.0	18	100.0

Observando-se os resultados relativos às três cidades onde foram coletados os dados, pode-se concluir que entre todas as faixas etárias os homens estão com vida sexual ativa e apenas os homens acima de 60 anos mencionaram procurar menos parcerias sexuais fora de casa. A diminuição da procura ou busca entre homens com mais de 59 anos explica-se pelo fator fisiológico natural que acontece

na terceira idade. No entanto para os profissionais do sexo isso não faz tanta diferença, que na maioria das vezes não busca prazer sexual, mais sim a busca de dinheiro em troca do trabalho proposto.

Analisando a tabela acima podemos identificar que os entrevistados na cidade de Cacoal e Vilhena têm uma busca maior por parceiras(os) sexuais durante o percurso de trabalho, o que se explica pelo fato desses entrevistados passarem grande parte do tempo fora de seus domicílios. Eles ficam, assim, privados da companhia da esposa, o que aumenta o distanciamento familiar e ocasiona um relacionamento sexual e casual pelas estradas.

Essa postura pode ser verificada nos fragmentos dos discursos que são apresentados a seguir.

“Ninguém é de ferro pra ficar tanto tempo sem transar né” (E167).

“Se aparecer eu transo mesmo, preciso trocar os espermatozóides” (E6).

Entre os caminhoneiros entrevistados na cidade de Porto Velho, observou-se que é menor a procura por atos sexuais durante o transcurso de trabalho. O que pode se relacionar ao fato de que os motoristas ficam menor tempo fora de seus lares, pois a maioria reside no Estado de Rondônia e trabalha no transporte de soja da região sul de Rondônia e noroeste de Mato Grosso, para o porto graneleiro na capital de Rondônia. Ficam no máximo três dias distante de seus Municípios de origem, sem a presença de suas esposas.

“Fico pouco tempo fora de casa, nem dá tempo de procurar sexo” (E51).

“Pra que procurar prostituta, se em casa tenho uma mulher que cuida bem de mim e dos meus filhos” (E99).

“Prostitutas só querem dinheiro, eu busco prazer e corro da Aids” (E230).

Diferenças estatisticamente significantes ($p=0,0001$) foram encontradas quando comparado o tempo que estes caminhoneiros ficam fora de casa com o fato de procurarem parcerias nas estradas, verificou-se que os caminhoneiros que ficam mais de 20 dias fora de casa são os que mais procuram parcerias, como pode ser observado na tabela 8.

Tabela 8: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados quanto ao tempo que ficam fora de casa, comparado ao fato de procurarem parcerias nas estradas, Cacoal-RO, 2007.

Tempo Fora de Casa	Procura parceiras (os) nas estradas					
	Sim		Não		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%
Até 5 dias	29	19.9	39	41.5	68	28.3
Até 10 dias	25	17.1	18	19.1	43	17.9
Até 15 dias	23	15.8	15	16.0	38	15.8
Até 20 dias	16	11.0	9	9.6	25	10.4
Mais de 20 dias	53	36.3	13	13.8	66	27.5
TOTAL	146	100.0	94	100.0	240	100

$$\chi^2 = 31,1478 \quad p = 0,0001$$

Assim, parece existir uma forte relação entre os problemas familiares, deixando-os mais fragilizados e facilitar seu envolvimento em relacionamentos eventuais durante o percurso de viagem. De um modo geral o homem traz consigo uma concepção enraizadas de machismo e de virilidade, onde acabam acontecendo cobranças em torno de si mesmo, impregnadas desde a infância e transcendendo por toda a vida. Entre os entrevistados verificou-se, ainda, que existe uma questão de *instinto de homem*, que muito se atribui como safadeza, de acordo com relatos a seguir:

“Sou homem tenho que transar pra trocar óleo da bateria” (E211).

“Tranzo sim, porque fico muito tempo fora de casa” (E240).

É notório dentro de uma cultura machista que isso possa acontecer. Nesta categoria foi observado que o tempo foi um fator determinante, como justificativa para satisfazer as necessidades sexuais em relação fora do casamento.

Em pesquisa realizada com homens, Goldemberg (2000) identificou que o motivo de infidelidade apresenta-se de forma diferenciada entre homens e mulheres. Enquanto para as mulheres o fato se deu em função da carência e insatisfação com o relacionamento que está vivenciando, para os homens, o sentimento mais presente foi disponibilidade de mulher, inevitabilidade de algo previsto ou desejo.

O homem vê o mundo com uma visão mais simples. Ele separa o amor do sexo com extrema naturalidade. Precisamos lembrar e entender que o homem está num processo contínuo de evolução que começou lá atrás. O homem faz sexo para uma auto-afirmação, para ele, foi simplesmente mais uma transa.

Vários são os motivos em que levam os caminhoneiros à procurarem parcerias na estrada, entre os quais podem ser citados: instinto, necessidade, isolamento social ou distanciamento familiar. Alguns não souberam precisar ou não responderam qual seria o motivo.

Tabela 9: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, quanto aos motivos de procurarem parcerias sexuais na estrada, Cacoal-RO, 2007.

Motivo de procurar parceria na estrada	n	%
Instinto	20	13,7
Necessidade	56	38,4
Isolamento	37	25,3
Outros motivos	3	2,1
Não respondeu	30	20,5
Total	146	100,0

Nascimento (2003) descreve que estudos fora do Brasil relacionados aos caminhoneiros de estrada têm demonstrado que estes sofrem considerável vulnerabilidade para enfrentar as DST e a Aids, já que têm por hábito a busca de parcerias eventuais durante as viagens de trabalho. Além disso, a maioria das relações sexuais é efetuada sem o uso do preservativo.

Quando questionados sobre o uso de medidas preventivas em relação às DST, muitos entrevistados disseram que antes do advento da Aids nunca tinham usado qualquer medida preventiva. No entanto, verificou-se que as relações sexuais que acontecem fora do casamento não estão isentas de contaminação, pois notou-se que vários motoristas às vezes usam camisinha, enquanto outros disseram que não têm necessidade, justificando-se da seguinte forma:

“Não gosto de camisinha, pois é a mesma coisa que chupar bala com o papel” (E9).

“Só transo com as gordinhas, porque elas não têm Aids” (E20).

Essa crença de que as pessoas com HIV/Aids, obrigatoriamente, são magras, caquéticas, ainda permeiam a concepção que algumas pessoas têm. Da mesma forma que alguns entrevistados relataram usar a camisinha em todas as relações sexuais, *“pois as pessoas não trazem estrelas na testa” (E213).*

Verificou-se que para aqueles motoristas de estradas que disseram fazer o uso do preservativo nas relações sexuais fora do relacionamento fixo, o utilizam com o objetivo de “evitar doenças”. Isso nos leva a crer que muitos deles estão sensibilizados em relação ao processo de prevenção das DST/Aids. É preciso ressaltar que as pessoas mais jovens têm a possibilidade de maior adesão ao uso do preservativo, pois a atitude de prevenção acompanha o momento histórico e eles se desenvolveram no contexto do que se pode chamar de *cultura da prevenção*.

As necessidades de manter relações sexuais ou a busca pelo prazer podem ser diferentes para a maioria das pessoas. Existem homens ou mulheres que mantêm relações sexuais todos os dias, da mesma forma, que outras pessoas procuram por ato sexual uma vez por semana ou mês, e isso é absolutamente aceitável. Cada indivíduo conhece e deve saber muito bem a capacidade que o organismo tem. Os limites de satisfação do corpo são obtidos através de aprendizado. Levando-se em consideração a quantidade de dia que esses trabalhadores permanecem ao volante de um caminhão sem voltar junto da parceria sexual fixa e a necessidade de satisfação sexual, justifica assim a procura por parcerias ocasionais.

Em busca de compreender melhor o sujeito desta pesquisa verificou-se que o isolamento familiar entre esses profissionais é marcante, uma vez que o tempo em que permanece fora de casa contribui para este relato. Visto que o atraso para retornar às residências, pode ser atribuído à morosidade de liberação de notas em postos fiscais, estradas em condições desfavoráveis para um bom desempenho do veículo, roubo e violências nas estradas. Esse fato demonstrou uma aproximação em relação quanto mais tempo fica longe de casa, mais aumenta o isolamento familiar e procura por relacionamento sexual.

Entre os casados que disseram não manter relação sexual pelas estradas, a sua postura se embasa na filosofia de que é aconselhável ter apenas uma única parceira sexual, sendo esta a esposa, que além de mulher, cuida da casa e dos filhos. Para esta categoria, felicidade e fidelidade no casamento são aspectos fundamentais: para não sofrer com a traição, mas também para evitar o risco de adquirir DST. Apesar de ser um número relativamente pequeno, esse é um dado tranquilizador, pois agindo dessa forma jamais levarão infecção para as esposas.

Tabela 10: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados quanto ao uso de preservativos com as parcerias que procuram nas estradas, segundo o estado civil, Cacoal-RO, 2007.

Estado Civil	USA PRESERVATIVO					
	Sim		Não		Às vezes	
	n	%	n	%	N	%
Casado	102	79.1	3	60.0	4	50.0
Outros	14	10.9	1	20.0	1	12.5
Solteiro	13	10.1	1	20.0	3	37.5
TOTAL	129	100.0	5	100.0	8	100.0

$$\chi^2 = 6.3985 p = 0.1713$$

Mediante os resultados obtidos na tabela 10, nota-se que parece ser um número pequeno em relação aos caminhoneiros casados que não usa, ou às vezes utiliza a camisinha nas relações sexuais. No entanto, tem grande relevância no contexto da vulnerabilidade. Este resultado vem de encontro com as estatísticas sobre o aumento do número de mulheres casadas contaminadas com o vírus HIV.

Quanto à adesão ao uso de preservativos e sua relação com a idade do entrevistado, foi possível verificar que a faixa etária que mais adota esse comportamento foi a de homens entre 30 a 39 anos, 41 (31,8%) e de 40 a 49 anos 39 (30,2%), já entre os que não utilizam essa prática a faixa etária mais freqüente foi aquela compreendida entre as idades de 40 e 49 anos, 2 (40%) e os que usam somente de vez em quando a maior prevalência esteve entre 30 e 39 anos, 3 (37,5).

Tabela 11: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados quanto ao uso de preservativos com as parcerias sexuais que procuram nas estradas, segundo a faixa etária, Cacoal-RO, 2007.

Idade	USA PRESERVATIVO					
	Sim		Não		Às vezes	
	n	%	n	%	n	%
19 a 29 anos	21	16.3	0	0.0	2	25.0
30 a 39 anos	41	31.8	1	20.0	3	37.5
40 a 49 anos	39	30.2	2	40.0	1	12.5
50 a 59 anos	25	19.4	1	20.0	1	12.5
60 anos ou mais	3	2.3	1	20.0	1	12.5
TOTAL	129	100.0	5	100.0	8	100.0

$$\chi^2 = 8.8870 \quad p = 0.3519$$

Conforme pode ser observado na tabela 11, o uso do preservativo masculino é adotado pela maioria dos entrevistados; dos 5 que responderam não usar a camisinha como medida de proteção 4 deles estão com idade acima de 40 anos, considerado assim um público com mais maturidade que ainda não foi sensibilizado totalmente sobre os riscos com as DST. Para os 8 que disseram que às vezes usa a camisinha, 5 deles estão com idade entre 19 e 39 anos. Isso deixa uma margem de insegurança muito grande, por um lado pode-se mencionar que é nesta fase também que muitos homens se aventuram pensando que a força jovial é capaz de proteger do HIV ou que a Aids acontece somente com os outros.

Ainda se observa que apenas esses 13 entrevistados que não usam ou às vezes usam preservativo, é capaz de disseminar o HIV para inúmeras pessoas. Isso comprova que muitas pessoas ainda não foram conscientizadas das práticas de prevenção. Nota-se que é preciso mais investimento para minimizar os riscos de contaminação.

Diferenças estatisticamente significante ($p < 0,05$) foram encontradas quando comparado o grau de escolaridade com o uso de preservativos. Observou-se aqui que quanto maior a escolaridade maior a adesão ao uso do preservativo. Assim também é possível verificar que quanto menor a escolaridade, menor a utilização do preservativo. Entre os que não utilizam o preservativo - 3 entrevistados - possuem somente ensino fundamental incompleto e entre os que utilizam somente às vezes - 4 entrevistados - também possuem baixa escolaridade, ou seja, ensino fundamental incompleto.

Tabela 12: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, quanto ao uso de preservativos com as parcerias sexuais que procuram nas estradas, segundo a escolaridade, Cacoal-RO, 2007.

Escolaridade	USA PRESERVATIVO					
	Sim		Não		As vezes	
	n	%	N	%	N	%
Fundamental Incompleto	74	57.4	3	60.0	4	50.0
Fundamental Completo	33	25.6	1	20.0	0	0.0
Ensino Médio Incompleto	5	3.9	1	20.0	1	12.5
Ensino Médio Completo	17	13.2	0	0.0	3	37.5
TOTAL	129	100.0	5	100.0	8	100.0

$$\chi^2 = 23.4727 \quad p = 0.0028$$

Estudo realizado por Coelho (2004) revelou que os extremos do tempo de escolaridade têm distribuição inversamente proporcional à positividade sorológica para HIV, variando de 0%, naqueles que possuem maior escolaridade, 7,8% entre aqueles com menor tempo de estudo.

Quando se considera a relação entre a utilização do preservativo e escolaridade, é possível notar, que a baixa escolaridade é algo relevante em relação à sua adesão. O fato de não se aderir às medidas de prevenção sobre o HIV, aumenta a probabilidade de contaminação e contribui muito para a disseminação do

vírus para outras pessoas. No entanto vale ressaltar que muitos caminhoneiros escolheram esta profissão por ter estudado e outros por não gostar de estudar.

“Não tive oportunidade de estudar” (E10).

“Só sei fazer isso e não gosto de estudar” (E25).

“É o que sei fazer, não estudei” (E37).

“Não estudo e adoro ser caminhoneiro” (E186.)

Tabela 13: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, quanto ao uso da camisinha em relações sexuais fora de casa e os motivos para este uso, Cacoal-RO, 2007.

Usa camisinha nas relações fora de casa	Motivos do uso da camisinha							
	Evitar DST		Medo		NR		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Sim	83	92.2	1	50.0	48	88.9	132	90.4
Não	1	1.1	1	50.0	3	5.6	5	3.4
Às vezes	6	6.7	0	0.0	3	5.6	9	6.2
TOTAL	90	100.0	2	100.0	54	100.0	146	100.0

$\chi^2 = 32,2051$; $p < 0,0005$

NR= Não responderam

Os resultados sugerem que, mais do que a informação, a percepção sobre os riscos de infectar-se é o elemento diferenciador entre a adoção ou não de comportamentos protetores. No entanto, a afirmação de que 92,2% dos entrevistados utilizam preservativos para evitar DST, pode representar uma viés da pesquisa, pois quando se observam as tabelas 16 e 17 apresentadas mais adiante, pode-se verificar que grande número dos entrevistados já tiveram algum tipo de DST.

A relação entre vulnerabilidade à infecção pelo HIV e a iniquidade social analisada, ocorre em diferentes pontos de vista e abordagens metodológicas. Apresenta-se como bastante vigor na literatura internacional a respeito da extrema complexidade de sua avaliação empírica. Uma tomada de posição que nos parece imprescindível ao revisar criticamente o conjunto de achados é abrir mão, quase invariavelmente, de alguns pressupostos habitualmente empregados nas ciências naturais (BASTOS, SZWARCOWALD, 2000). No entanto, a maioria dos assuntos ligados às questões culturais precisa de intensas e longas estratégias para que se tenham resultados significantes.

Bastos e Szwarcwald (2000) acreditam que em decorrência de questões éticas de vital importância, a quase totalidade dos estudos nesse campo são de natureza estritamente observacional, muitos deles envolvendo longo tempo (históricos). Na maior parte das vezes é possível compreender determinada associação, mas não “explicá-la” em termos de uma causalidade.

Por isso, a opção adotada nesse contexto é problematizar a questão da vulnerabilidade à infecção pelo HIV em relação a quaisquer recortes que traduzam desigualdades com dimensão coletiva e que possam resultar em possibilidades diferenciadas quanto ao usufruto de bens e serviços materiais. Esta parece ser uma alternativa válida frente à predominância maciça de estudos que consideram relevantes exclusivamente as variáveis explicativas individuais e o indivíduo como único nível a ser focalizado pelas intervenções preventivas, conforme relato a seguir:

“Tem que colocar a camisinha pra prevenir tudo” (E26).

“A camisinha serve pra prevenir as DST” (E46).

“Sempre uso a camisinha pra evitar doenças” (E59).

“Eu uso camisinha na intenção de evitar, gonorréia, sarna, coceira e Aids” (E133).

Embora a dimensão individual seja irredutível, uma vez que sempre existe margem ao arbítrio dos indivíduos singulares, que ocorre em meio às representações coletivas e mudanças comunitárias e estruturais, é sempre possível atuar em diferentes níveis. No que se refere às mudanças estruturais e que envolvem comunidades específicas e seus valores culturais, essas mudanças atingem simultaneamente grande número de pessoas e podem persistir por gerações (YEN & SYME, 1999).

De certo modo o uso da camisinha por esses caminhoneiros fora de casa se mostrou bastante expressivo, porém o mesmo não ocorreu em relação à sua utilização com a esposa. Neste caso, entre aqueles que procuram parceira nas estradas 111 (76,0%) disseram não utilizar camisinha em suas relações sexuais em casa.

Tabela 14: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, que procura parcerias fora de casa com relação ao uso da camisinha em relações sexuais em casa, Cacoal-RO, 2007.

Usa camisinha com a esposa em casa	Procura parceira(o) na estrada					
	Não		Sim		TOTAL	
	n	%	N	%	N	%
Sim	19	20,2	19	13,0	38	15,8
Não	71	75,5	111	76,0	182	75,8
Às vezes	1	1,1	9	6,2	10	4,2
Não Respondeu	3	3,2	7	4,8	10	4,2
TOTAL	94	100,0	146	100,0	240	100,0

$$\chi^2 = 8,7584 ; p = 0,1876$$

Para muitas pessoas, o casamento precisa ter um clima de harmonia e nessa situação a confiança na esposa foi a principal justificativa dos caminhoneiros para não utilização da camisinha nas relações sexuais em casa. A decisão do uso do

preservativo pode ser tanto do homem quanto da mulher, no entanto, os dois precisam estar em comum acordo para uma relação plena e segura. O machismo ainda determina a predominância masculina no poder de decisão relacionada às relações afetivo-sexuais e fica difícil para as mulheres atuarem de forma autônoma. Portanto, na maioria das vezes, a decisão sobre utilizar ou não o preservativo, é masculina. A seguir é possível observar a concepção dos entrevistados no que se refere à utilização da camisinha nas relações sexuais fora e dentro de casa:

“Uso camisinha porque minha mulher não toma anticoncepcional” (E23).

“Para mim o uso da camisinha é pra evitar gravidez na minha esposa”.(E24).

“Em casa eu uso camisinha para evitar filho” (E32).

“Uso porque hoje não pode confiar e não está escrito, quem tem ou não DST” (E158).

Uso camisinha em casa somente durante a menstruação (E 240).

Para os 13% dos entrevistados que utilizavam preservativo com a esposa, estes justificaram tal atitude na falta de confiança, por ficarem vários dias fora de casa. Da mesma forma que os motoristas sentem isolamento familiar e necessidade de se relacionar sexualmente durante as viagens, as esposas também poderão procurar parceiros para satisfazer os desejos sexuais.

Silva (2004), descreve que, mesmo perigosa, a Aids não é percebida como algo que está próximo dos interlocutores. As relações sexuais mantidas com as esposas não seriam perigosas. Quando se compara homens e mulheres casados, os primeiros demonstram ter uma percepção mais clara de risco pessoal para a infecção pelo HIV na situação conjugal. Mesmo entre aqueles que relatam não ter relações fora do casamento, identifica-se a possibilidade de virem a se infectar por meio de uma relação sexual extraconjugal dele ou da esposa.

O perigo real é identificado fora do casamento, nas relações extraconjugais. Os caminhoneiros entrevistados expressaram claramente que as doenças sexualmente transmissíveis são consideradas uma das causas da fidelidade. Essa idéia é bastante útil à prevenção, mesmo que a doença potencial tenha uma função repressora em relação aos comportamentos pessoais.

Quanto à preocupação desses caminhoneiros de se prevenirem com relação a disseminação das DST, um fato importante diz respeito ao fato de que 65,8% deles mencionaram nunca ter adquirido qualquer tipo de DST, 26,7% relataram já ter tido alguma doença e 7,5% não responderam a esta questão.

Tabela 15: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, quanto ao fato de já ter adquirido alguma DST, Cacoal-RO, 2007.

Já teve DST	n	%
Sim	64	26,7
Não	158	65,8
Não respondeu	18	7,5
Total	240	100,0

O estudo apontou que 26,7% dos entrevistados já tiveram algum tipo de DST, sendo que a gonorréia é mais freqüente delas. Ao comparar esses dados com outras referências, encontramos na Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA, que na Índia o nível de infecção pelo HIV entre trabalhadores da área do transporte é 20 vezes mais elevado do que entre a população geral (ABIA, 2000). No Brasil, estudos envolvendo caminhoneiros de estradas permitiram, também, concluir que estas pessoas se constituem um grupo vulnerável às DST/HIV/Aids, na medida em que revelam utilizar comportamentos considerados de risco.

Foi possível verificar diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) comparando-se a prevalência de DST com relação à idade. Verificaram-se índices

elevados de DST nas faixas etárias de 40 a 49 anos, 24 (37,5%) e entre 50 e 59 anos, 17 (26,6%). Na tabela a seguir 18 entrevistados optaram por não responder.

Tabela 16: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, que já tiveram alguma DST, relacionando com a idade, Cacoal-RO, 2007.

Idade	Já teve DST					
	Sim		Não		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
19 a 29 anos	6	9.4	32	20.3	38	17.1
30 a 39 anos	14	21.9	55	34.8	69	31.1
40 a 49 anos	24	37.5	41	25.9	65	29.3
50 a 59 anos	17	26.6	26	16.5	43	19.4
60 anos ou mais	3	4.7	4	2.5	7	3.15
TOTAL	64	100.0	158	100.0	222	100

$\chi^2 = 10.7501$; $p = 0.0295$

Concluiu-se que entre os entrevistados que tinham entre 19 e 29 anos de idade estavam mais sensibilizados com a promoção da saúde e prevenção de doenças, aderindo com mais facilidade ao uso de medidas preventivas nas relações sexuais. Entre os demais entrevistados é grande a percentagem de contaminação, pois são pessoas que presenciaram as décadas antes do surgimento da Adis. Nesse período, as pessoas contaminavam-se, na maioria das vezes, com gonorréia, compravam medicamentos em farmácia e logo já estavam livres dos desconfortos causados nos órgãos genitais.

Com o surgimento do HIV aumentou a preocupação das lideranças políticas em relação à prevenção, com a prática de distribuição de preservativos masculinos e o incentivo à sua utilização como uma das medidas de proteção contra o vírus da Aids. No entanto, sabe-se que a mudança de paradigma faz parte de um contexto

histórico, está associado à cultura e às crenças, e quebrar esses laços necessita empenho e dedicação de ambas as partes.

Com relação à escolaridade verificou-se que os maiores índices de incidência de DST estão entre aqueles com grau de escolaridade menor. Dos 64 entrevistados que já havia apresentado um quadro de DST, 40 (62,5%) possuíam ensino fundamental incompleto e 16 (25,0%) o ensino fundamental completo. Na comparação entre a incidência de DST e escolaridade foram verificadas, também, associações positivas ($p < 0,05$). Optaram por não responderam a tabela a seguir, 18 dos entrevistados.

Tabela 17: Distribuição dos caminhoneiros entrevistados, que já tiveram alguma DST, relacionando com a escolaridade, Cacoal-RO, 2007.

Escolaridade	Já teve DST					
	Sim		Não		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Fundamental Incompleto	40	62.5	85	53.8	125	56.3
Fundamental Completo	16	25.0	27	17.1	43	19.4
Ensino Médio Incompleto	2	3.1	13	8.2	15	6.76
Ensino Médio Completo	6	9.4	32	20.3	38	17.1
Ensino Superior	0	0.0	1	0.6	1	0.45
TOTAL	64	100.0	158	100.0	222	100

$$\chi^2 = 11.9745; p = 0.0351$$

Da mesma forma, Fonseca e colaboradores (2000) mostraram o declínio, entre 1986 e 1996, da participação proporcional dos casos de Aids entre pessoas com maior escolaridade. Constataram, ainda, que no caso das mulheres infectadas, observaram-se taxas elevadas de incidência de Aids para a categoria de mais baixa instrução.

Entre os 64 que disseram já ter adquirido alguma DST mais comum entre os caminhoneiros de estradas, sendo que muitos relataram que antigamente era a gonorréia e atualmente é a Aids que amedronta a categoria. Entre aqueles que disseram já ter adquirido alguma DST, 50 (72,5%) dos casos notificados foi de gonorréia. Foi, portanto, a doença que se mostrou mais comum entre eles, outras como cancro, sífilis, uretrite, apareceram com menos intensidade. A Aids não foi mencionada por nenhum deles, mas quando indagados se conheciam algum caminhoneiro que possuía a doença 79 (32,9%) disseram que sim.

Vários dos caminhoneiros entrevistados relataram que conhecem colegas de profissão que estão com HIV, ou já faleceram em consequência da Aids. Esses acontecimentos confirmam que, entre outros fatores, a percepção surge das experiências vividas pelas pessoas. Esses achados são amplamente conhecidos e discutidos na literatura (BAJOS, DUCOT, SPENCER, SPIRA & ACSP GROUP, 1997).

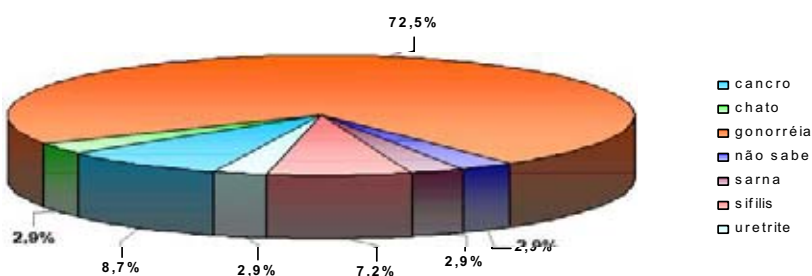


Figura 5: Distribuição das doenças mais comuns entre os entrevistados que já adquiriram alguma DST, Cacoal-RO, 2007.

Quanto ao tratamento realizado por eles em relação à doença, em 39 (60,9%) dos casos este foi feito por um médico, 19 (29,7%) o fizeram em uma farmácia e os 6 (9,4%) utilizaram outros métodos de tratamento.

Para Araújo (2005), os homens de um modo geral, estão à margem das campanhas educativas e da assistência nos serviços de saúde. Quando se tratam de homens com DST, estudos têm demonstrado que um percentual considerável destes procuram farmácias ou se automedicam antes de procurar a unidade de saúde, talvez devido ao fato de encontrarem muita dificuldade de acesso à estas unidades de tratamento.

Neste trabalho ficou evidenciado que praticamente metade dos entrevistados procura a farmácia para tratar as DST, devido à rapidez no atendimento. Esse fato é marcante em nossa sociedade, no entanto, a preocupação com a qualidade e eficácia no combate aos agravos, uma vez que se não for tratado adequadamente as bactérias podem tornar resistentes, trazem sérias conseqüências para a saúde. Principalmente aos caminhoneiros que passam grande parte do tempo pelas estradas e não têm tempo para uma boa higienização corporal, além das condições de limpeza dos banheiros utilizados por eles.

Para esse grupo, a procura por consultas médicas se torna praticamente inviável em função da demora pelo atendimento. A maioria dos consultórios e centros de saúde está sempre lotado, causando morosidade na resolução dos problemas de saúde. Sabe-se que neste caso a maioria das DST se não for tratada o mais rápido possível, poderá levar a infecções urinárias, esterilidade e disfunção erétil.

Por outro lado, existe a dificuldade de acesso dos caminhoneiros aos centros de tratamento, em função do tamanho e peso dos caminhões ou carretas, que são impedidas de circularem por vias públicas. Isso acontece principalmente quando esses profissionais estão transportando cargas perecíveis e tem horário previamente agendado para entrega dos produtos a seu destino final.

No que se refere às práticas sexuais adotadas pelos 146 entrevistados que procuram parcerias ocasionais, foram relatados os mais variados tipos de sexo praticados por eles, como pode ser verificado na figura a seguir.

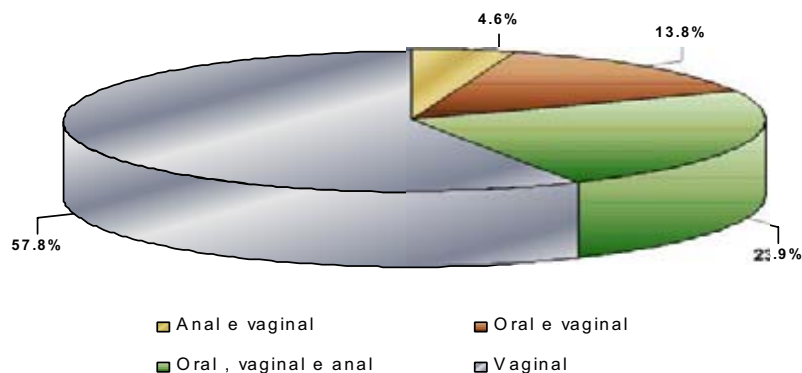


Figura 6: Distribuição dos tipos de sexo mais praticados pelos entrevistados que procuram parcerias sexuais nas estradas, Cacoal-RO, 2007.

A transmissão heterossexual é responsável pela a maioria de infecções de HIV em países pobres. Os programas de orientação visando à modificação dos comportamentos e a promoção do uso do preservativo e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis são ineficazes para impedir a propagação do HIV. Os esforços da prevenção em grande escala foram bem sucedidos somente em alguns países, principalmente por causa dos recursos e da falta de compromisso internacional (LAMPTEY, 2002).

Para Lamptey (2002), as relações heterossexuais durante viagens ou o sexo comercial é a modalidade de transmissão mais comum do HIV em países pobres. Na África mais de 80% das infecções foram adquiridas entre pessoas heterossexuais com vida sexual ativa. Já a transmissão vertical, ou seja, a transmissão da mãe para a criança foi de (5-15%) e por transfusão de sangue infectado. Da mesma forma os demais percentis de infecções na América Latina ocorrem no segmento de homens

que têm relação sexual com homens e através do emprego incorreto de drogas injetáveis, sem as medidas de biossegurança.

Concordo com Lamptey (2002), diminuir o risco da infecção retarda a epidemia. As intervenções para reduzir comportamentos de risco representam a orientação para a modificação daqueles comportamentos sexuais considerados de risco elevado. Entre eles, a mudança freqüente de parceiro sexual, de sexo comercial desprotegido, de sexo em uma idade prematura entre adolescentes e de pessoas que demoram a buscar tratamento para infecções transmitidas por relações sexuais.

O fato da pesquisa mostrar que existem vários motoristas que desconhecem qual das DST é mais comum entre os caminhoneiros, implica na falta de informações que esses trabalhadores possuem. Isso ocorre em função de que, na maioria das vezes, eles se encontram em postos de gasolina e nem sempre conseguem estabelecer amizade para discutir sobre o processo saúde doença. Principalmente quando se trata de agravos relacionados às DST que vêm acompanhadas de muito preconceito e discriminação.

A história da Aids traz consigo ainda muito preconceito e discriminação. O temor de que os entrevistados pudessem omitir serem soropositivos, optou-se por perguntar-lhes se conheciam algum motorista que é portador do HIV, ou se por ventura lembrava-se de algum colega de profissão vítima da Aids. Os resultados mostraram que mais de 30% dos entrevistados conheciam caminhoneiros que eram portadores do vírus HIV.

Segundo Rao (1999), a Índia tem a maior rede de estradas interurbanas do mundo e estima-se que nelas atuem 5 milhões de motoristas. Estudo realizado com motoristas indianos para conhecer seu comportamento sexual foi verificado que

estão ausentes de suas famílias para viagem de longa duração e no ambiente insalubre ao longo das estradas transformam-se em clientes frágeis para profissionais do sexo. Este ambiente trouxe novas dimensões a seu estilo de vida. Entre os motoristas de caminhão de transporte de longa distância, 86% dos homens solteiros e 63% dos homens casados já havia tido relações sexuais com profissionais do sexo.

O mesmo estudo identificou que os motoristas de longa distância interrompem suas viagens para descansar em locais onde geralmente se oferecem refeições, são freqüentados por trabalhadores do sexo e existe um alto índice de utilização de álcool e drogas. Os trabalhadores do sexo são verdadeiros migrantes, entram em um caminhão, mantém relação sexual, viajam até a próxima cidade, e já entram em outro caminhão para retornar, tendo uma vida vulnerável para as infecções e as DST.

Rao (1999) apontou, ainda, que a Índia tem um índice de infecção pelo HIV acima da média nacional brasileira. Sua pesquisa identificou que os motoristas acima de 40 anos de idade apresentam uma taxa de vulnerabilidade maior e um potencial aumentado para transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. Embora o conhecimento sobre HIV seja razoavelmente bom, a prevenção com uso de preservativo masculino ainda é pouco utilizada. Após vários estudos foi sugerida a distribuição de camisinhas gratuitamente no percurso das viagens, como uma estratégia urgente, a fim de persuadir os motoristas de rota longa na sensibilização do comportamento sexual perigoso.

Durante as entrevistas verificou-se que a Aids está presente no cenário dos caminhoneiros brasileiros. Esse reconhecimento é um fator positivo e poderá ser melhor focado nas campanhas educativas direcionadas à prevenção de DST/Aids

entre esse grupo. Dessa forma, será possível incluir os próprios caminhoneiros com atores nesse contexto, atuando de forma participativa no sentido de conceituar, refletir sobre atitudes e comportamentos vulneráveis. Dessa forma poderão auxiliar em intervenções concretas com esta categoria profissional.

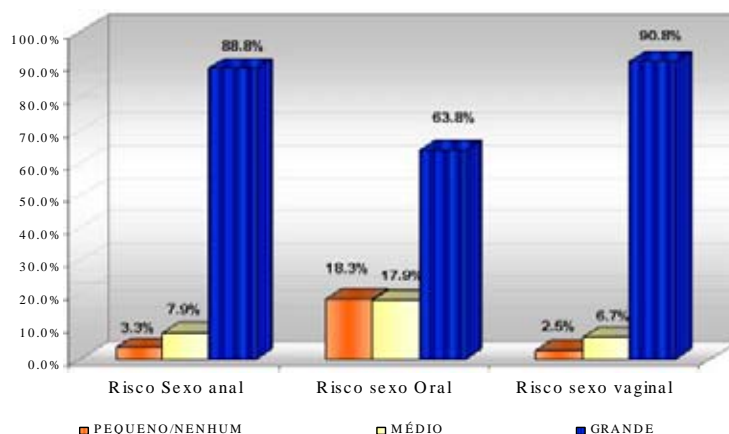


Figura 7: Distribuição dos riscos de cada tipo de sexo, segundo a opinião dos entrevistados, Cacoal-RO, 2007.

A grande maioria dos 240 entrevistados respondeu que quando uma pessoa não adota medida de proteção durante as relações sexuais corre grande risco de se infectar com doenças sexualmente transmissíveis. Sabe-se que a camisinha não protege totalmente, no entanto 21% disseram que a pessoa não corre nenhum risco de contrair doenças sexuais quando está usando preservativo como medida de prevenção.

Quando se indagou aos 240 entrevistados se sabiam como as DST entravam no Estado de Rondônia eles apontaram as seguintes possibilidades: as prostitutas (17,5%), indicadas como as principais responsáveis por esse fato, os caminhoneiros (15,2%) e, em terceiro lugar, por meio de drogas (14,9%).

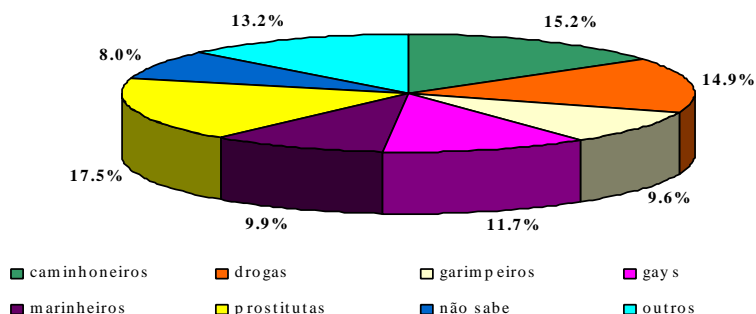


Figura 8: Distribuição dos principais responsáveis pela entrada de DST no Estado de Rondônia, segundo a opinião dos entrevistados, Cacoal-RO, 2007.

Nenhuma categoria profissional deve ser julgada ou culpada por pertencer a “grupo de risco” ou comportamento de risco. Todos devem receber apoio e suporte, tanto na promoção de saúde, quanto na prevenção de doenças.

Os trabalhadores que transportam a economia do Brasil pelas rodovias apresentam estilo de vida particular que está associado à sua jornada de trabalho. Fatores como a distância da residência, de grandes e constantes deslocamentos, de promiscuidade e convívio com as mais diferentes circunstâncias e pessoas colocam em situação de vulnerabilidade uma vez que adotam comportamentos considerados de risco (BERRA, 2003).

O trabalho de prevenção e sensibilização tem sido feito em algumas cidades. Exemplo disso é a campanha “*Meu Amigo Caminhoneiro, Siga Bem na Estrada. Siga Bem na Vida, Use Camisinha*”. Em Porto Velho, a Federação Rondoniense de Mulheres (FEROM), vem realizando trabalho de sensibilização direcionado às mulheres. Aquelas que estiveram presentes na campanha de conscientização, participaram de uma oficina sobre sexo seguro no mesmo povoado onde os caminhoneiros estavam sendo sensibilizados, o que tornou o trabalho mais fácil na opinião delas. “Nós identificamos que os caminhoneiros formam um grupo muito

vulnerável, pelos riscos aos quais eles se expõem na vida sexual noturna quando não estão prevenidos adequadamente”.

“O perigo existe e quando misturamos álcool com sexo, ficamos ainda mais próximos dessa doença. E nunca é demais lembrar o que fazer para ficar longe da Aids”, disse o caminhoneiro.

Sabe-se que no Brasil existem muitos motoristas que contraem o vírus da Aids e levam para suas famílias. Isso demonstra a importância dessa campanha que vem para despertar suas consciências para que os motoristas tenham conhecimento desse perigo.

“Se você caminhoneiro for fiel à sua família, ótimo. Se não, use camisinha.”

O gráfico 7 permite compreender que as medidas de sensibilização e divulgação, principalmente aquelas dirigidas aos caminhoneiros e profissionais do sexo são extremamente necessárias. As orientações precisam incluir oficinas pedagógicas onde esses profissionais possam adquirir maior conhecimento a respeito das DST e da Aids. A camisinha masculina é eleita como a principal medida de segurança em uma relação sexual, porém seu não uso ou a utilização inconsistente pode comprometer a saúde desses trabalhadores.

Para esse grupo, a busca pelo ato sexual acontece dentro do próprio caminhão e precisa vir acompanhada de muita segurança, a fim de contribuir na obtenção do prazer sexual. A aproximação desses profissionais acontece por dois motivos: finanças e prazer. Os profissionais do sexo estão em busca de satisfazer as necessidades financeiras. Para alcançar esse objetivo, não importa a fonte, o caminho é sempre por meio de pessoas que estão carentes e que tenham fonte de renda capaz de arcar com o preço dos serviços. Por outro lado, os motoristas de

longa distância estão em busca de prazer e de diminuir a solidão por passar longe da família por vários dias.

No início da década de 1980, quando os primeiros casos de Aids foram identificados, poucas pessoas imaginaram que esta doença poderia se expandir da forma que o fez (GÓIS, 2002). Contudo, alguns anos após a identificação do seu agente causal, o HIV, ficou claro que ela caminhava para estar presente em todo o planeta. Tal fato estimulou a produção de vários estudos que buscavam abordar suas manifestações em distintos países.

Góis (2005), afirma, ainda, que a globalização, ao gerar concentração de recursos, não favorece a cooperação internacional no enfrentamento das epidemias, mas evidencia o isolamento de diversos países africanos em seus esforços de proporcionar às vítimas da Aids. Aponta os impactos da globalização na criação de condições favoráveis à expansão do HIV. Todavia, vale lembrar que essa mesma globalização criou condições para a formação de novas identidades sexuais, permitiu a ampliação do debate sobre as várias expressões da sexualidade e propiciou a inclusão destes dois temas na agenda pública em diferentes países.

Sob as imagens da epidemia, vale destacar o trabalho de Ingenborg Svensson, referido por Góis (2007), no qual ele mostra como foram construídas fortes vinculações entre a morte, a Aids e as homossexualidades, vinculações estas que nem mesmo o conhecimento científico consolidado sobre a doença conseguiu dissolver. Estes fatos marcaram de forma extraordinária o imaginário popular que até hoje os homossexuais sofrem como resultado dessa construção social ao longo da história do HIV.

Góis (2007) argumenta que, ao longo da sua história a epidemia de HIV/Aids encontrou terreno fácil para a sua disseminação e para a propagação de imagens

negativas sobre aqueles por ela afetados. Por outro lado, em vários países, ela se deparou com pessoas e organizações decididas a eliminarem os seus signos negativos e a lutar pelos direitos sociais e civis das suas vítimas, conformando experiências inéditas nas lutas por políticas de saúde.

Bloco III – Conhecimento sobre prevenção para as DST/Aids

Entre os caminhoneiros que procuram parceira sexual durante as viagens 30.8% disseram que as pessoas precisam ser mais conscientes, 22.6% responderam que devem usar camisinha e 21,2% acreditam que as autoridades governamentais devem fazer mais orientações. Para os que não procuram parceiras nas estradas pôde-se verificar que essa decisão está baseada em maior número de orientações que receberam e estão mais conscientizadas em relação ao risco de contrair o HIV.

Tabela 18: Distribuição dos entrevistados sobre o que fazer para diminuir as DST/Aids, Cacoal-RO, 2007.

O que fazer para diminuir as DST	Procura parceria					
	Não		Sim		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Conscientização	34	36.2	45	30.8	79	32.9
Diminuir prostituição	1	1.1	5	3.4	6	2.5
Drogas	1	1.1	2	1.4	3	1.3
Medicação	0	0.0	4	2.7	4	1.7
Não sabe	6	6.4	10	6.8	16	6.7
Orientação	18	19.1	31	21.2	49	20.4
Parceiro fixo	10	10.6	15	10.3	25	10.4
Usar camisinha	24	25.5	33	22.6	57	23.8
Vacina	0	0.0	1	0.7	1	0.4
TOTAL	94	100.0	146	100.0	240	100.0

$$\chi^2 = 16.1683; p = 0.3032$$

Tanto para aqueles motoristas que procuram parceiras sexuais pelas estradas, quanto para aqueles que relataram não adotar esse comportamento, as respostas foram semelhantes, ao mencionar que precisam de mais orientação sobre prevenção de DST. No entanto, vale ressaltar as questões relacionadas a três condutas mencionadas: a conscientização, a orientação e o uso da camisinha. Observou-se que 32,9% consideram que as pessoas precisam ser melhor conscientizadas, 20,4% acreditam que para diminuir as DST e Aids deve haver mais orientação e 23,8% disseram que cada um deve ser responsável pelo que faz e deve assumir a responsabilidade de usar camisinha.

No que se refere à proteção por meio da utilização do preservativo masculino, isso foi confirmado por muitos motoristas entrevistados. Antes do advento do HIV pouco se falava em medidas de prevenção com o uso condom. A camisinha começou a ser procurada com mais frequência a partir dos anos 1980 com o surgimento do HIV/Aids, com objetivo de evitar a disseminação do vírus principalmente entre os homossexuais, pois até então havia pouco conhecimento a seu respeito.

Nesta pesquisa, 20,4% dos entrevistados mencionaram que é necessário realizar mais orientação para a população. No entanto, já estamos na terceira década da Aids e muitos eventos sobre prevenção ocorrem diariamente em nosso país. Porém, ainda hoje, apesar da facilidade em conseguir o preservativo masculino, que é distribuído gratuitamente em centros de saúde, muitas pessoas ignoram seu uso por questões culturais, religiosas ou por não acreditarem que a Aids existe.

Quando questionados sobre o que fazer para diminuir as DST, a maioria dos entrevistados respondeu que as pessoas precisam ser mais conscientes. Pode-se

verificar pela verbalização dos caminhoneiros o que eles pensam sobre esse processo de conscientização:

“As pessoas devem ser mais conscientes e ter mais responsabilidade” (E 114).

“Aumentar responsabilidade, diminuir o consumo de álcool e ter mais consciência, os órgãos estão orientando bem, porém o ser humano não dá valor” (E 117).

“Conscientizar sobre prevenção pelas palestras e cada um fazer a sua parte” (E 120).

“O pessoal do governo deve fazer mais palestras para conscientizar todo mundo e não ficar saindo com prostituta” (E123).

“Devem colocar alguém que realmente sabe comandar o programa da Aids, pra fazer os caminhoneiros ficarem mais conscientes” (E128).

“As pessoas precisam ter mais consciência, assumir as doenças que tem e diminuir o preconceito” (E172).

“Depois que ouvi as palestras aprendi que deve ficar com uma única mulher” (E173).

Muitos motoristas destacam aqui a palavra consciência que, do ponto de vista da educação conscientizadora é fundamental para que os caminhoneiros possam começar a refletir sobre a questão, buscar alternativas de mudanças, tornando-se eles próprios agentes de transformação. O rápido relacionamento estabelecido durante a entrevista permitiu o diálogo e oportunizou a troca de informações.

Foi possível verificar que para muitos caminhoneiros que participaram da pesquisa, seu conhecimento é limitado. Essa lacuna pode transformar-se em um fator desencadeador para a adoção de condutas e comportamentos que os

coloquem em situação de vulnerabilidade. Associaram assim, o momento da entrevista com um contato real estabelecendo uma oportunidade de aprendizado. Dessa forma fica evidente que tanto os profissionais da educação, quanto o da saúde precisa trabalhar juntos, a fim de proporcionar melhor esclarecimento à população.

Verificou-se, que para alguns caminhoneiros, o fato de estar consciente sobre a importância da prática do sexo seguro, através do uso do preservativo. A fim de elucidar o conhecimento de entrevistados, discorremos a seguir sobre a visão dos caminhoneiros em relação ao uso da camisinha para diminuir as DST/Aids:

“Fazendo prevenção com o uso da camisinha me livro das doenças venéreas” (E47).

“Quando uso camisinha me sinto seguro para não pegar DST” (E48)

“Uso camisinha porque sou doador de sangue e não posso contrair HIV, senão terei que parar de doar sangue” (E55).

A distribuição de preservativos masculinos já ganhou com mais intensidade o público masculino devido ao baixo custo e ao fácil acesso no sistema público de saúde. No que diz respeito ao preservativo feminino está um pouco mais difícil de obter adesão. Isso deve ao fato de que em grande parte do território nacional não existe demanda suficiente para sua utilização e falta incentivo quanto ao uso de forma correta.

Os profissionais da área da saúde têm procurado despertar na população a análise crítica e reflexiva sobre diretrizes traçadas pelas autoridades da saúde pública. No entanto, para que os programas de saúde possam contribuir de forma efetiva, faz se necessário uma maior interação entre a educação e saúde no que tange à prática do sexo seguro. Mas também para a prevenção das DST/Aids e

redução de danos à saúde da população em geral, e principalmente aqueles que têm uma maior exposição a comportamento de risco, precisam colaborar com essas medidas.

Nota-se que a maioria dos caminhoneiros que procura relações sexuais fora de casa existe conscientização sobre a importância do uso do preservativo, associando ao sexo seguro. Percebemos na fala deles a presença de um discurso machista no qual está implícita a necessidade de sexo e a natureza masculina é destacada. Para os que não resistem a esta explosão masculina, saem em busca ou não rejeitam as oportunidades; porém relatam que na maioria das vezes aderem ao uso de camisinha para prevenção de DST/Aids.

O primeiro equívoco talvez seja falar sobre a utilização do preservativo sem demonstração do uso correto. Aula teórica sobre como usar preservativo não significa, de maneira alguma, a compreensão de como utilizá-lo. A substituição do protótipo por outros recursos (bananas, cabos de vassoura, embalagens de desodorante, cenoura) é outra questão que merece ser mais discutida, pois pode conduzir a associações negativas ou confusas entre a imagem que aquele recurso substituto invoca e o próprio pênis.

Ao retirar a legitimidade desse conteúdo cultural e do indivíduo, a argumentação junto aos caminhoneiros dá lugar a: discursos nem sempre justificáveis (como afirmar que está fora de moda a recusa do preservativo); desqualificação dos argumentos das pessoas (dizendo a eles que não há diminuição da sensibilidade); discursos politicamente corretos, mas com baixa eficácia simbólica ("*É machismo não usar*"); uso da autoridade ("*Tem que usar*").

O fato de este trabalho ter entrevistado somente pessoas do sexo masculino, não excluiu a importância da mulher nas orientações coletivas. Tanto a esposa, que

poucas vezes acompanha o marido durante as viagens, quanto aos profissionais do sexo, necessitam estar cientes dos riscos que correm diante da omissão de prevenção, dependem deste conhecimento para quebrar a cadeia de contaminação por DST.

Outra questão importante, que assume significado cada vez maior é a orientação sobre a utilização do preservativo entre às mulheres. Como dar subsídios às mulheres para negociarem com seus parceiros o uso do preservativo? Pela imposição? Pelo argumento do terror? Talvez, o primeiro passo seja o de reconhecer que essas mulheres passaram por processos diferenciados de construção de sua identidade social e sexual. Muitas estão vinculadas a uma relação de submissão aos seus parceiros, que pensam ser impossível abordar tal assunto. Por outro lado, o uso do preservativo envolve todo um imaginário ligado à sexualidade (FILGUEIRAS e DESLANDES, 1999). Seja pela dificuldade em colocar o preservativo, manter ereção ou pela alteração da sensibilidade do pênis ao uso da camisinha.

A tabela a seguir revela que os entrevistados que mantêm relações sexuais extraconjugais 47,3% dizem que não conhecem ações de prevenção realizada na rede pública. Em contrapartida somente 38,3% dos que não procuram relações sexuais ocasionalmente responderam que o governo tem programa de prevenção e combate para as doenças sexualmente transmissíveis.

Tabela 19: Distribuição dos entrevistados no que se refere ao fato de conhecer algum programa governamental que desenvolve ações de prevenção sobre DST/Aids, Cacoal-RO, 2007.

Conhece algum programa de governo	Procura parceria					
	Não		Sim		TOTAL	
	n	%	N	%	N	%
Não	58	61.7	69	47.3	127	52.9
Sim	36	38.3	77	52.7	113	47.1
TOTAL	94	100.0	146	100.0	240	100.0

$\chi^2 = 4.1918$; $p = 0.0406$

Dos motoristas que procuram relacionamento sexual 40,4% disseram que nunca receberam nenhum tipo de orientação, 24,0% já foram contemplados pela própria empresa, 12,3% receberam informações em escolas e 11,0% responderam que já participaram de algum programa governamental nas estradas durante o percurso de trabalho.

Tabela 20: Distribuição dos entrevistados que procuram parceria durante as viagens e que já receberam orientação, Cacoal-RO, 2007.

Já fez orientações	Procura parceria					
	Não		Sim		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%
Centro de saúde	1	1.1	4	2.7	5	2.1
Empresa	23	24.5	35	24.0	58	24.2
Escolas	18	19.1	18	12.3	36	15.0
Estradas	9	9.6	16	11.0	25	10.4
Médico	11	11.7	11	7.5	22	9.2
Nunca	26	27.7	59	40.4	85	35.4
Outros	5	5.3	3	2.1	8	3.3
Todos	1	1.1	0	0.0	1	0.4
TOTAL	94	100.0	146	100.0	240	100.0

$\chi^2 = 11.2755$; $p = 0.2573$

A tabela 20 demonstra o resultado relacionado aos caminhoneiros que já participaram de algum tipo de orientação em relação às DST/Aids. A adesão e absorção de conhecimento estão proporcionalmente interligadas ao nível de escolaridade. Quando dispõe de profissionais para levar informações isso ratifica uma preocupação com essa classe de trabalhadores que têm uma valiosa importância no cenário da economia e desenvolvimento de um país.

As empresas estão se preocupando com a saúde dos caminhoneiros, já que 24,0% delas haviam fornecido palestras aos funcionários para mantê-los cientes dos riscos que podem ocorrer numa relação sexual desprotegida. Outros motoristas relataram ter aprendido sobre as doenças na escola e em eventos nas estradas onde recebem panfletos e camisinhas.

No Brasil as estratégias de combate ao HIV/Aids são financiadas pelo governo brasileiro em parceria com o banco mundial (FONTES, 1999). Tais estratégias devem ser elaboradas em conjunto, sem qualquer imposição por parte do agente financiador visando a promoção das políticas nacionais já existentes e a intensificação do diálogo quando existirem divergências acerca sobre o que deve ou não ser implementado.

Diante do grande impacto da epidemia da Aids no Brasil, alguns paradoxos têm merecido a atenção dos profissionais da área. De acordo com o Boletim Epidemiológico 2007, do Ministério da Saúde, de 1980 a junho de 2007, foram notificados 474.273 casos de Aids no País – 289.074 no Sudeste, 89.250 no Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757 no Centro Oeste e 16.103 no Norte. No Brasil e nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, a incidência de Aids tende a estabilização. No Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento. Estima-se que 2,5 milhões pessoas foram infectadas pelo HIV em 2007 (UNAIDS, 2007).

A transmissão de HIV continua ocorrer entre as populações com risco acrescido de exposição, incluindo os profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens. O estigma e a discriminação generalizados estão dificultando os esforços que visam a alcançar o acesso universal à prevenção, ao tratamento, à atenção e ao apoio em relação ao HIV na região. Agora a doença avança sobre uma parcela da população fisicamente fragilizada e de abordagem mais complexa: os idosos. O número de casos confirmados de Aids com idade acima de 50 anos cresce no Brasil como em nenhuma outra faixa etária. Entre os homens, a expansão foi de 98% na última década. Sobre a parcela feminina idosa, a epidemia avança como um rolo compressor: houve um crescimento de 567% entre 1991 e 2001. Enquanto isso, as campanhas de prevenção são estreladas por celebridades quase adolescentes. Neste momento o HIV está a infectar padres e religiosos em vários países (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Tal descompasso induz ao questionamento de como as estratégias de prevenção vêm sendo aplicadas e quais delas favorecem em maior grau a incorporação de novos hábitos. Dentre as estratégias reconhecidas, as campanhas vêm sendo apontadas como prática capaz de trabalhar conteúdos culturais e intersubjetivos - fundamentais para a adoção de atitudes voltadas para o cuidado que o indivíduo tem de si próprio. A grande riqueza dessa prática é promover a consciência sobre a vulnerabilidade dos indivíduos. O comportamento individual é um dos elementos importantes, embora não suficiente (os comportamentos sócio-grupais são também cruciais), à vulnerabilidade à infecção pelo HIV (MANN, 1993).

Dessa maneira, as campanhas sobre DST/ Aids visam a promoção de apoio preventivo às pessoas, ajudando-as a lidar com questões nas diferentes esferas da vulnerabilidade e que estão relacionados com a sua situação de saúde,

reconhecendo e potencializando seus conhecimentos para promover a prevenção e adoção de comportamentos seguros. As campanhas educativas pretendem desenvolver a capacidade pessoal para avaliação de riscos.

Portanto, as campanhas contribuem, potencialmente, para a quebra da cadeia de transmissão da Aids e de outras DST, uma vez que promovem uma reflexão do indivíduo, conscientizando-o, mas, sobretudo, tornando-o sujeito no processo de prevenção e cuidado de si. Por outro lado, permite uma relação educativa diferenciada, pois o conteúdo informativo não se perde em discursos generalizantes e impessoais; ao contrário, é apreendido, na medida em que se traduz em reflexões voltadas para a tomada de decisões e atitudes situadas no contexto das vivências de seu interlocutor.

Diante do resultado deste trabalho foi possível observar que existe a necessidade de maior sistematização, de campanhas educativas que se efetuem nos serviços da rede SUS; ou seja, além da divulgação em massa realizada pela mídia, precisa trabalhar com os grupos que apresentam maior risco, tanto individual ou social.

Os caminhoneiros verbalizaram a insegurança que sentem em lidar com situações inesperadas e o temor que surja oportunidade de relações sexuais e não terem tempo suficiente para colocar a camisinha corretamente. Eles apontaram a preocupação de que, nas palestras coletivas, a fala de alguns participantes seja constrangedora para outros membros do grupo ou que um deles monopolize as palestras. Expressaram a necessidade de proteger a intimidade e o receio em lidar, diante do grupo, com temas mais polêmicos ligados à sexualidade.

É importante ressaltar também que a palestra coletiva não pode ser vista como uma aula e que ela também não pode assumir o papel de terapia de grupo. Na

realidade, é necessário reconhecer que os caminhoneiros precisam administrar muitos limites e nem sempre têm com quem discutir sobre tais anseios.

Se, por um lado, a orientação teve um caráter fortemente educativo, há que se discutir as maneiras pelas quais as orientações serão ministradas: se por meio de um roteiro rígido de conteúdos, tal qual uma aula expositiva, ou se pela valorização da interação entre os caminhoneiros, incentivando-os a trocar conhecimentos e a verbalizar dúvidas e temores. Há que se ressaltar que essa interação não está garantida pela simples aplicação de uma dinâmica professoral de perguntas-respostas. Essa troca só é possível com reconhecimento de que os motoristas detêm um conhecimento prévio, baseado nas experiências e no saber de senso comum.

Nas entrevistas onde ocorreu orientação individual também foi predominante uma dinâmica de acordo com o folder explicativo, sendo que o pesquisador se via numa postura de palestrante mediador, levando em consideração o conhecimento prévio do entrevistado como elemento para uma orientação adequada às necessidades individuais daquele motorista.

A adequação da linguagem, a busca de favorecer a compreensão do conteúdo comunicacional, foram preocupações claramente presentes no discurso do pesquisador. Lançando mão de analogias, metáforas, gírias, expressões populares e sinônimos para que os termos e conhecimentos científicos não fossem obstáculos à compreensão da informação. Poucas vezes, o emprego inadequado destes recursos provocou o efeito reverso, causando certa dificuldade de compreensão. Neste caso eram retomados os pontos duvidosos com outra linguagem, a fim de aumentar o conhecimento dos motoristas entrevistados.

Há ainda que se ressaltar que o processo comunicacional não é uma linha contínua, de mão única, restrita à relação entre emissor - mensagem - receptor, mas um processo complexo (ARAUJO & JORDÃO, 1995).

Uma vez que a atitude de escuta foi um dos impasses que se verificou para ação de orientação, a informação sobre riscos orientada às vivências dos caminhoneiros e a identificação de estratégias viáveis foram, conseqüentemente prejudicadas, somente quando estes motoristas estavam com muita pressa para seguir viagem. Como orientar estratégias compatíveis às vivências, dificuldades e dúvidas dos caminhoneiros, se estes não tinham tempo para conceder entrevista ao pesquisador, mesmo assim aqueles que aceitavam levavam consigo folder explicativo e preservativo masculino.

Chamou atenção a freqüência com que oportunidades para a orientação de riscos foram concedidas nas palestras coletivas e especialmente nas orientações individuais. Inúmeras situações observadas demonstraram que os caminhoneiros fornecem indicações, pistas, revelando suas reais expectativas e dificuldades quanto à adoção de comportamentos que evita riscos. Diante desta abertura, a resposta, via de regra, veio sob a forma do reforço da informação correta sobre condutas de risco.

Filgueiras e Deslandes (1999) dizem que, todavia a maneira como a recomendação ao seu uso do preservativo é trabalhada padece de alguns equívocos, cotidianamente reproduzidos nos serviços.

Por fim é importante destacar que o tipo de dados utilizados no estudo possui os limites inerentes a uma pesquisa quantitativa. Apesar disso, a pesquisa com caminhoneiros por amostragem é um poderoso instrumento para o levantamento de informações nas mais diversas áreas do conhecimento, e um importante meio para se testar hipóteses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A categoria profissional composta pelos motoristas de caminhão representa importante segmento para o crescimento econômico do Brasil. As características próprias da profissão – traduzidas pelas longas jornadas de trabalho, ausência prolongada do convívio familiar e contato direto com expressivo número de pessoas – coloca esse grupo em situação de vulnerabilidade, seja pela adoção de estilo de vida próprio, seja pela prática de comportamentos de risco. Adentrar ao universo dos motoristas de caminhão permitiu verificar conhecimentos, atitudes e práticas de caminhoneiros em relação à sua percepção e à prevenção sobre DST e Aids.

As regiões de fronteiras são regiões que suscitam preocupação, já que se constituem em um cenário caracterizado por migrações e pela possibilidade de disseminação de diferentes doenças e agravos à saúde, entre as pessoas que por ali circulam. É nesse contexto que se inserem o caminhoneiro de longas rotas, o que aumenta sua vulnerabilidade frente ao HIV/Aids. Justamente por isso, esse estudo teve como objetivo principal analisar as questões relacionadas às DST e à Aids em regiões de fronteira, especificamente no Estado de Rondônia.

A debilidade nos serviços de saúde, com grande escassez de recursos humanos e infra-estrutura, principalmente no que se refere ao atendimento das populações trans-fronteiriças, é outro fator agravante que contribui para a propagação de doenças nessas regiões. Essa situação ultrapassa as questões nacionais e insere-se no contexto de saúde internacional exigindo a necessidade de acordos que transponham limites e fronteiras.

Como resultado desse trabalho, foi possível concluir que os caminhoneiros constituem uma categoria profissional com grande vulnerabilidade no que tange às

DST/Aids, por se tratar de atividade que na maioria das vezes é executada por homens. Seus comportamentos são definidos a partir de uma cultura própria do universo masculino, baseando-se em uma educação tradicional. Observou-se nesta pesquisa que as condutas manifestadas são frutos de uma sociedade machista, expressando esses valores seja no ambiente da coleta de dados, seja nas respostas fornecidas. Os participantes declararam seres superiores em relação ao público feminino, associando a fragilidade da mulher.

Repensar a relação de poder entre os gêneros traz à tona para os motoristas de caminhões as discussões que sempre foram fundamentadas em conceitos culturais. Nascimento (2003) argumenta que o comportamento de boa parte dos caminhoneiros de estrada se inscreve nesta construção de que a sexualidade está ligada à genitalidade e ao poder. A potência viril é algo a ser mostrado a todo o momento, para que não exista nenhuma dúvida entre eles para o risco da homossexualidade.

O contexto de trabalho dos caminhoneiros reflete as iniquidades da economia de mercado inserida em um mundo globalizado. A falta de qualificação e o baixo nível de escolaridade conduzem à submissão em empregos com baixa remuneração, exclusão social e o distanciamento recorrente da família em função da profissão.

Vale ressaltar que os caminhoneiros constituem um grupo que apresenta maior tendência de se colocarem em situações vulneráveis e de se infectarem por agentes causadores das DST e da Aids. Esse fato está fortemente associado à baixa escolaridade, o que ocasiona o acesso a menor quantidade de informações sobre prevenção de doenças e promoção da saúde.

O trabalho que os caminhoneiros realizam é de vital importância para o desenvolvimento socioeconômico de um país. Essa profissão é tradicionalmente realizada por pessoas que gostam de viajar muito, conhecer lugares e pessoas diferentes. A herança deixada pelos pais e a falta de estudo são fatores que aproximam esses trabalhadores.

As empresas também contribuem como fator negativo já que, acabam sendo responsáveis pelas longas jornadas de trabalho. De um lado estão os distribuidores com objetivo de ter o menor número de funcionários possível, contenção de despesas; do outro lado os receptores que têm a necessidade do produto o mais rápido possível, e estes motivos acabam exigindo dos caminhoneiros longo tempo de permanência contínua no volante do caminhão. Vale ressaltar que essas atitudes podem ocorrer por pressão das empresas, em função do transporte de cargas perecíveis ou pelos próprios motoristas em busca de melhores condições salariais.

Quando o foco das representações se desloca para outras vias de transmissão de vírus e das DST, fica evidente que o conteúdo das informações que eles obtêm pela mídia, principalmente com especial ênfase ao uso de drogas, compartilhamento de seringas, multiplicidade de parceira(o) sexual, são poucas informações e equivocadas, por exemplo, que doar sangue pode transmitir o vírus.

Anteriormente as DST assustavam muito mais pessoas. Atualmente a Aids é entendida como um problema de todas as pessoas, demonstrando que, para esse grupo, as representações sobre os conhecimentos em relação ao comportamento de risco ainda não estão bem definidas. As prostitutas, caminhoneiros e usuários de drogas são os três segmentos que receberam destaque, não como "grupo de risco", mas como promotores de "comportamento de risco".

Alguns dos caminhoneiros entrevistados condicionaram o risco a atitudes que foram consideradas errôneas. Todos estão em risco porque qualquer um pode "fazer alguma coisa errada" e "qualquer pessoa pode fazer parte do grupo de risco", associando o risco ao comportamento individual.

O uso da camisinha é recomendado nas relações sexuais com pessoas "desconhecidas". Isto aponta para existência de um pensamento meio "mágico", que entende o evento "conhecer a pessoa" como um método de prevenção, mesmo que eles tenham a clareza de que a Aids não traz nenhuma "marca" que possa identificar as portadoras do vírus.

Para essa categoria o envolvimento em relações sexuais durante o período de trabalho é constante, no entanto nem sempre ocorre o ato sexual com as medidas de segurança. A maioria dos caminhoneiros tem conhecimento das infecções que podem contrair, mesmo assim arriscam a buscar por parceiras esporádicas, a fim de experimentar novas aventuras, provar a masculinidade e espantar a solidão e acabam se levando pela grande oferta de profissionais do sexo e pelo assédio durante o descanso em posto de gasolina.

Diante dos resultados obtidos nesta pesquisa, fica notório que é preciso intensificar as ações relacionadas às campanhas educativas envolvendo os próprios caminhoneiros. Um grande desafio é contrapor idéias errôneas apresentadas pelo seriado *Carga Pesada*, veiculado pela Rede Globo. Os personagens ficam com a parte boa da história, no entanto, os nossos verdadeiros motoristas chegam a casa e são abordados pelas esposas na incerteza e desconfiança de práticas sexuais durante o período de viagem.

Entender o cenário dos caminhoneiros é de extrema relevância, concluindo que a distribuição de material educativo, de preservativos se faz necessário e

poderá ajudar muito, porém apenas isso não é suficiente para transformação plena do indivíduo. O investimento na educação é um dos princípios para despertar no ser humano o interesse de conhecer e prevenir adequadamente.

No entanto, este estudo propiciou a compreensão da visão do mundo dos motoristas de estradas, de sua realidade concreta, conhecimento que poderá nortear propostas para campanhas educativas e preventivas. Essas informações poderão subsidiar a prática de pesquisados, gestores e profissionais de saúde, sensibilizando-os para a adoção de uma nova visão que contribua para ocasionar mudanças para propiciar a transformação na realidade do comportamento sexual dos caminhoneiros de estradas.

Foi possível conhecer e analisar o comportamento sexual dos caminhoneiros por meio das verbalizações que emergiram em suas falas como sujeitos. Os participantes tinham conhecimento a respeito dos possíveis riscos de infectar-se. Ficou evidente, ainda, que existe a necessidade de campanhas educativas direcionadas ao universo pesquisado. Justamente por isso, os motoristas de caminhões devem ser alcançados e atendidos nos locais onde normalmente param para descansar.

Por meio dessas reflexões foi possível esclarecer o sentido que foi atribuído ao título deste trabalho, isto é, que os caminhoneiros são agentes essenciais para compreender como as DST e o HIV podem se disseminar pelas fronteiras. Pôde-se perceber que o estudo trouxe para discussão a saúde sexual dos motoristas de caminhão, a dura realidade e dificuldade de atendimento à saúde, ficando evidente, neste aspecto, a maior contribuição desse estudo no sentido de trazer para a enfermagem a discussão desta complexa questão.

Em relação ao percurso metodológico percorrido, este se mostrou adequado para os desafios da pesquisa, permitindo lançar um olhar cuidadoso para as questões que nos inquietavam. Ante o exposto, foi possível vislumbrar que, no processo de construção desta pesquisa, permitiu obter as respostas às questões formuladas. A ausência dos motoristas em busca de tratamento nos centros de saúde foi necessária para direcionar e delimitar o objeto de estudo e, ainda, fornecer subsídios para a prática de enfermagem junto à essa clientela.

Esta pesquisa contribuirá como base para estudos futuros e para sensibilizar as lideranças na implantação de políticas saudáveis a fim de aprimorar a qualidade de vida dessas pessoas. O sucesso depende de desenvolver habilidades e adotar princípios que contemplem ações eficazes voltadas aos programas de DST e Aids. Abre possibilidades para uma série de outras investigações, articulações políticas, instituições de ensino, para estabelecer parcerias para desenvolver ações educativas, voltadas a saúde do caminhoneiro, formando uma rede e qualificando multiplicadores. Está lançado o desafio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Ação Anti-Aids. **Boletim Internacional sobre Prevenção e Assistência à Aids**. Rio de Janeiro. ABIA. 2000.

ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós graduação: noções práticas**. 6. Ed. São Paulo. Atlas. 2004.

ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A. The impact of AIDS, immigration and housing overcrowding on tuberculosis deaths in Sao Paulo. Brazil, 1994-1998. **Social Science & Medicine** . 52:(7) 1071-1080. 2001.

AYRES, J. R. C. M. **Subject, intersubjectivity, and health practices**. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001 . <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 15 Nov 2007.

ARAÚJO, I.; JORDÃO, E. Velhos dilemas, novos enfoques: uma contribuição para o debate sobre estudos de recepção. In: **Saúde & Comunicação. Visibilidades e Silêncios** (A. M. R. Pitta, org.), pp. 172-189, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.1995.

ARAÚJO, M.A.L.; DIÓGENES, S.; SILVA, R.M. Behavior of men with std who have been treated in a health care unit of std reference in Fortaleza. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 17(2):107-110, 2005.

ARILHA, M. Homens: entre zoeira e a responsabilidade. In ARILHA, M.; UNBEHAUM, G.; MEDRADO, B. (orgs.). **Homens e masculinidade: outras palavras**. São Paulo. Ecos editora 34, p. 51-77. 1998.

BAENINGER, R. **Região, MetrÓpole e interior: Espaços ganhadores e espaços perdedores nas migrações recentes. Brasil, 1980 – 1996**. Tese de doutorado. IFCH/UNICAMP, 1999.

BAJOS, N.; DUCOT, B.; SPENCER, B.; SPIRA, A.; ACSP & GROUP. Sexual risk-taking, socio-sexual biographies and sexual interaction: Elements of the French national survey on sexual behavior. **Social Science and Medicine**, 44:25-40, 1997.

BARBOSA, M.T.S; BYINGTON, M.R.L; STRUCHINER, C.J. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o

entendimento da epidemia do HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, 16(supl.1): 37-51. 2000.

BARCELLOS, C.; BASTOS, F.I. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**. 121(1): 11-24, 2001.

BARCELLOS, C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I.; MATIDA, A. **A geografia da Aids nas fronteiras do Brasil**. Campinas. 2001.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence. **Cad. Saúde Pública**. vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2000.

BENZAKEN, A. S. **Fluxo populacional entre países pode influenciar aumento da epidemia nas regiões de fronteira**. www.portal.saude.gov.br. Disponível em 29/07/2007.

BERRA, J.A.P.; BACETTI, L.B.; ALVES, K.J.F.; FIÓRIO, V.L.P. Soroprevalência de HIV em caminhoneiros usuários da Rodovia Anhanguera, SP 330, Brasil. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, 62(3): 171-176, 2003.

BESSA, V.M. Análise da Subnotificação de Casos de Aids no Município do Rio de Janeiro. 1996. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 1999.

BORGES, K. **Mitos e verdades sobre a homossexualidade**. Programa DST/Aids. 2004. <http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=58085>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids**. Brasília-DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional DST/Aids - Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de Aids** ano XIV n.º 2. Brasília; abril a junho de 2001.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A AIDS nas fronteiras do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de Definição de Casos de Aids**. Coordenação de DST/Aids- Brasil, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Ano IV, n. 1. 01 à 26 semanas epidemiológicas. Janeiro/Junho 2007.

BRITO, I. Desafios da prevenção do HIV/Aids no contexto transcultural. **Boletim Epidemiológico da Aids**. 1998. Disponível em: www.aids.gov.br/udtv/bolepi/desafios.htm.

BROQUA, C. *Activisme et Sida: l'Association Act up-Paris*. Nanterre: DEA d'anthropologie, Université Paris X. 1993.

CASTILHO, E.A.; CHEQUER, P.; SZWARCOWALD, C.L. A AIDS no Brasil. In: ROUQUAYROL E, ALMEIDA N (eds) **Epidemiologia, Saúde**. Editora Médica e Científica, Rio de Janeiro, 1999.

Centers for Disease Control and Prevention - CDC. HIV and Aids – United States, 1981-2000. **MMWR Morb Mortal Wkly**. 50(21): 430-3, 2001.

CERRI, C. R. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. <http://www.dst.com.br/anatomia.htm>. Acessado em 25 Setembro 2007.

COELHO, H. C. **Prevalência e fatores de risco para a infecção HIV na população carcerária masculina da penitenciária de Ribeirão Preto**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo. 2004.

CORNIA, G. A. Globalization and Health: Results and Options. **Bulletin of the World Health Organization** 2001; 79(9):834-41.

DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, D.; BRENDEL, K. A.; SMITH, D. C.; BURTON, A. H.; DICKER, R. C.; SULLIVEN, K.; FAGAN, R. F. ARNER, T. G. *Epi Info, Version 6: A Word Processing, Database, and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. 1994.

DOLLAR, D. Is Globalization Good for your Health? **Bulletin of the World Health Organization**. 79(9):828-33. 2001.

DUTRA, V.S. **Fronteira e espaço global**. AGB-Porto Alegre, Porto Alegre. 1998.

FECAM. **Federação dos caminhoneiros autônomos dos estados do Rio Grande do Sul e Santa. Catarina.** 2001.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad. Saúde Pública** vol.15, Rio de Janeiro, 1999.

FONSECA, M.G.P.; BASTOS. F.I.; DERRICO, M.; ANDRADE. C.L.T.; TRAVASSOS. C.; SZWARCOWALD. C. L. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, 16(sup. 1) 77-87, 2000.

FONSECA, M. G. P.; TRAVASSOS, C.; BASTOS, F. I.; SILVA, N. V.; SZWARCOWALD, C. L. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, Ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (5) 1351 – 1363, Set- Out, 2003.

FONTES, M. B. Interface entre as políticas internacionais e nacionais de Aids. In: **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil.** (Parker, R. G.; Galvão, J & Bresser, M. S.; orgs), PP. 91-122, Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo. Editora 34, 1999.

FORBES, C.D.; JACKSON. A. **Atlas Colorido e Texto de Clínica Médica.** 2º edição. São Paulo – SP. P. 61; 76; 81; 78; 80; 81. 1998.

GADELHA, A.M.J. **Casos Notificados de Aids no Município do Rio de Janeiro, 1983-1993: Análise de Sobrevida.** Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade do Estado de São Paulo, São Paulo. 1997.

GEMIGNANI, G. Setor movimenta R\$ 18 bi ao ano. **O Estado de São Paulo.** Painel de Negócio, p. 2. São Paulo, 25 de jun. 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4º Edição. São Paulo: Atlas S.A, p.41-42. 2002.

GÓIS, J.B.H. Novas reflexões sobre a Aids? Hist Ciências Saúde. **Manguinhos** ; vol.12, n.2, p.585-9, Rio de Janeiro, 2005.

GOIS, J. B. H. No name fever: AIDS in the age of globalization. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 27 Set 2007.

GOLDENBERG, M. O macho em crise: um tema em debate dentro e fora da academia. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **Os novos desejos**. São Paulo: Record, p. 26-36. 2000.

GOLISZEK, A. **Cobaias humanas: a história secreta do sofrimento provocado em nome da ciência**. Rio de Janeiro. Ediouro, 2004.

GRANGEIRO, A. O perfil sócio-econômico dos casos de AIDS da cidade de São Paulo. In: **A AIDS no Brasil** (R. Parker, C. Bastos, J. Galvão & J. S. Pedrosa, org.), pp. 91-125, Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Relume-Dumará. 1994.

GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia: adaptando trabalho ao homem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GUILHEM, D. **Escravas do risco: Bioética, mulheres e Aids**. Editora Universidade de Brasília. Finatec, 2005.

HAOUR-KNIPE, M. **Migration et VIH/Sida en Europe**. <http://www.aidsnet.ch/infothek/> 2001.

HOFFMANN, A.L. **Qualidade de vida dos motorista de caminhão usuários do programa Rodopac: um estudo de caso**. Dissertação de mestrado. Florianópolis. 2003.

JACKSON, D. J.; RAKWAR, J. P.; RICHARDSON, B. A.; MANDALIYA, K.; CHOHAN, B.H.; BWAYO, J. J.; NDINYA-ACHOLA, J. O.; MARTIN Jr, H.L.; MOSES, S.; KREISS, J.K. **Decreased incidence of sexually transmitted diseases among trucking company workers in Kenya: results of a behavioral Risk reduction progressive**. AIDS. London, v. 11, n. 7, 1997.

JARDIM, M. L. Donovanose. In: VERONESI, R. FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 7. Ed. São Paulo. Atlas. 2002.

LAMPTEY, P. R. Reduz a transmissão heterossexual do HIV em países pobres. **BMJ** volume 324, 26 janeiro 2002.

LEMOS, V.K. **Mortalidade por Aids no Estado do Rio de Janeiro, 1990-1995**. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1997.

LEONARDI, V.P.B. **Fronteiras amazônicas do Brasil: saúde e história social / Amazonian frontiers of Brazil: health and social history**. Brasília; Paralelo, 2000.

MACHADO, L. O. "Lês mouvements d'argent et lê trafic de drogue em Amazonie bresilienne Autrepart. **Cahiers dês Sciencies humaines**, outubro, 1998. www.Unesco.org/most/ds22por.htm.

MACHADO, L. O. **Limites, fronteiras, redes: Fronteiras e espaço global**. Porto Alegre. AGB. 2000.

MANN J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (coord). **A AIDS no mundo**. ABIA da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Editora Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1993.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Manual para Elaboração de Monografias e Dissertações. Editora Atlas. São Paulo. 2ª ed. 2000.

MEDEIROS, M.G. F.; BARBOSA JÚNIOR, A.; AGUIAR, P.T.J. Caminhoneiros e o conhecimento sobre os meios de transmissão do HIV. **Boletim Epidemiológico. Aids. Abr./Jun. 2000**. Disponível em <http://www.saude.gov.br>, Acesso em 20 de Fev. 2007.

MILOSEVICS, S. Drivers fatigue studies. **Ergonomics**.v.40, n. 3, 1997.

MUNOZ SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care?. **Ciênc. Saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007 . <<http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em: 04 Nov 2007.

NASCIMENTO. E. **Desenvolvimento de pesquisa-ação com caminhoneiros de estradas: trabalhando na problematização as questões voltadas a sexualidade à DST/AIDS e drogas**. Tese de doutorado. Ribeirão Preto. 242 p. 2003.

NASCIMENTO, E.; NASCIMENTO, E.C.; BUENO, S. M. V. Concurso de frases: interpretando os significados das questões relacionadas à Aids entre caminhoneiros de estrada. DST. **J. brás.** Doenças sexualmente transmissíveis. 2003.

OLIVEIRA, S. C. **Sexo, Sexualidade e Sociedade**. Rio de Janeiro: Irradiação Cultural, p. 41 e 45. 1996.

OLIVEIRA, O. M. **Geografia de Rondônia espaço e produção**. 3ª ed. Dinâmica Editora e Distribuidora LTDA. Porto Velho. 2005.

OMS. Organización Mundial La Salud. **SIDA. imágenes de La epidemia**. Ginebra, 1995.

PAULILO, M.A.S.; JEOLÁS, L.S. **Jovens, Drogas, Risco e Vulnerabilidade: Aproximações Teóricas**. 1999. http://www.ssrevista.uel.br/c_v3n1_jovens.htm, acesso em 12 de janeiro 2008.

PATARRA, N.L. BAENINGER, R. Movimentos migratórios anos 80: Novos padrões. In: **Encontro Nacional Sobre Migração**. Anais. Curitiba. : ABRP/IPARDES.1998.

PEITER, P. C. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/PPGG, 2005.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Exploratory research: a methodological procedure applied to the study of human factors in the field of public health. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 29, n. 4, 1995 . Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php?>>. Acesso em: 12 Jan 2008.

PROJETO caminhoneiro será desenvolvido em seis fases. **Jornal O Estadão do Norte**, Rondônia, 25 de Janeiro 2001.

RAO, K.S; PILLI, R.D.; CHALAM, P.S. Sexual lifestyle of long distance lorry drivers in **India: questionnaire survey**. Volume 318 janeiro 1999. www.bml.com, acesso em 25 setembro 2007.

RODRIGUES, F. **Migração transfronteiriça na Venezuela**. Estud. av. [online]. vol. 20, no. 57 [cited 2006-09-15], pp. 197-207.2006. Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. ISSN 0103-4014.

SANTOS, C.R.L.; BUENO, S.M.V. Pesquisa-ação com caminhoneiros sobre sexualidade e DST/Aids. **Jornal Bras.** Doenças sexualmente Transmissíveis. 1999.

SANTOS JUNIOR, M. F. Q.; SIQUEIRA, L. F. G.; Cancro Mole. In: VERONESI, R. FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

SANTOS JUNIOR, M. F. Q.; SIQUEIRA, L. F. G. Linfogranuloma Venereo. In: VERONESI, R. FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

SANTOS JUNIOR, M. F. Q.; Sífilis. In: VERONESI, R. FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

SAÚDE, Secretaria Municipal de. **Projeto opção e vida**. Vilhena, 2002.

SAVIGNONI, A.; LOT, F.; PILLONEL, J.; LAPORTE, A. **Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France**. 1999. <http://www.aegis.com/maha/>.

SENAT. **Condutor de Veículos Rodoviários**. Brasília: Mopp, 1999.

Simão, M. B. G. Programa Nacional de DST e Aids- **Oficina de Cooperação Técnica em HIV/Aids nas Fronteiras Amazônicas**. <http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=67103>. disponível em 29/07/2007.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. The strategic importance of health information for social control. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2007 . Acesso em: 18 Dez 2007.

SOUZA, M. **Assistência de enfermagem em infectologia**. São Paulo. Editora atheneu, 2004.

SZWARCWALD, C.; L. BASTOS, F. I.; ESTEVES, M.A.P.; ANDRADE, C.L.T. A Disseminação da Epidemia de Aids no Brasil no Período de 1987-1996: 147 - Uma Análise Espacial. **Cad. de Saúde Públ.**, 16 (Sup.1), p. 7-19, 2000.

TCHEKHON, A. Enciclopédia Britânica do Brasil Publicações LTDA – **Macropédia** - Rio de Janeiro. Vol. 13. 1999.

TOMASI, N.G.S.; YAMAMOTO, R.M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde: Fundamentos Essenciais**. Curitiba: As Autoras, 1999.

UNAIDS – United Nations Programme on HIV/AIDS. Situação da Epidemia Mundial da Aids. **Boletim Epidemiológico 2007**. Disponível em http://www.onu-brasil.org.br/agencias_unaids.php. Acesso em Janeiro, 2008.

VERONESI, R. FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

VILLA, T.C.S.; WEILLER, T.H.; PALHA, P.F.; MISHIMA, S.M.; ANGERAMI, E.L.S.; SÁ, L.D. International health: some conceptual contemporary aspects. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, 2001.

VILLARINHO, L.; BEZERRA, I.; LACERDA, R.; LATOREE, M.R.D.O.; PAIVA, V. Vulnerability to HIV and AIDS of short distance truck drivers stationed, Brazil. **Rev. Saúde Pública**., São Paulo, v. 36, n. 4, 2002.

YEN, I. H.; SYME, S. L. THE SOCIAL ENVIRONMENT AND HEALTH: A Discussion of the Epidemiologic Literature. **Annual Review of Public Health** Vol. 20: 287-308. 1999.

WRIGHT, M.G.M. **Critical holistic Paradgm For Na Interdependent World**. Am Behav. Sci. 2000.

WRIGHT, M.G.M. La Profesión de Enfermería y el Fenómeno de las Drogas. In: CICAD - Los Nuevos Programas de Doctorado en Enfermería y su Contribución en la Reducción de la Demanda de Drogas en América Latina: Retos y Perspectivas. Washington, D.C. 2003.

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento de coleta de dados, adaptado no modelo da tese de doutoramento de Nascimento, 2003.

1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

1.1 IDENTIFICAÇÃO

1.1.1 Local: _____ Data: _____ Horas: _____

1.1.2 Procedência: _____ Estado _____

1.1.3. Idade: _____

1.1.4. Crença religiosa: _____

1.1.5. Estado Civil: () Casado () Solteiro
() Separado () Viúvo () Outros

1.2. Grau de instrução:

1º Grau: () Completo () Incompleto

2º Grau: () Completo () Incompleto

3º Grau: () Completo () Incompleto

1.3. Condição Sócio-econômica:

1.3.1. Há quanto tempo você é caminhoneiro?

1.3.2 O caminhão é:

() Próprio () Da empresa () Outros

1.3.3. Renda mensal:

() 1 a 2 salários () 3 a 4 salários () 5 a 6 salários () Mais de 6 salários

2- CARACTERIZAÇÃO TRABALHISTA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

2.1. Gosta de ser caminhoneiro

() Sim () Não

Justifique: _____

2.2. Qual a maior dificuldade em ser caminhoneiro?

2.3. Costuma trabalhar em média de quantas horas por dia?

2.4 Você descansa durante o percurso de viagem

Sim Não

Em caso afirmativo, onde?

Posto de gasolina com restaurante

Dentro do caminhão estacionado em posto de gasolina

Pousada em beira da estrada

outros, especificar _____

2.5. Quando está viajando descansa em média de quantas horas por noite?

2.6. Costuma ficar quantos tempo fora de casa?

Até cinco dias

Até dez dias

Até quinze dias

Até vinte dias

Mais de Vinte dias

3 - CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

3.1. Tem hábito de procurar parceira(o) durante suas viagens?

Sim Não As vezes

Qual o motivo? _____

3.2 Você usa camisinha nas relações sexuais fora de casa?

Sim Não As vezes

Porque?

3.3 Você utiliza preservativo com parceira (o) fixa em casa?

Sim Não As vezes

Porque?

3.4 Já teve algum tipo de Doença Venérea (Doença Sexualmente Transmissíveis)?

Sim Não

Em caso afirmativo, lembra qual? _____

3.5 Fez tratamento

Sim Não

Em caso afirmativo, seu tratamento foi:

Com médico Na farmácia Outros

3.6 Na tua opinião qual DST é mais comum entre os caminhoneiros?

3.7 Quando procura parceira (o) durante suas viagens de trabalho você transa com:

Pessoa do mesmo sexo (com outro homem)

Pessoa do sexo oposto (com mulher)

Com homem e mulher

3.8 Você conhece algum motorista de caminhão que tem AIDS?

Sim Não

Em caso afirmativo, sabe como pegou? _____

3.9 Na sua opinião, classifique o grau de risco para pegar doenças sexualmente transmissíveis para cada tipo de transa:

Sexo oral: grande médio pequeno nenhum

Sexo vaginal: grande médio pequeno nenhum

Sexo anal: grande médio pequeno nenhum

Sexo com camisinha: grande médio pequeno nenhum

3.10 Como as Doenças Venéreas (Doenças sexualmente Transmissíveis) entram no Estado de Rondônia?

Caminhoneiros Garimpeiros

Prostitutas Com quem usa drogas

Gay Marinheiro

Outros, quais? _____

4- CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO A DST/Aids

4.1 Já participou de alguma orientação sobre Doenças Venéreas (Doenças Sexualmente transmissíveis)?

- Com médico
- No posto de Saúde com enfermeiro
- Em escolas
- Em estrada
- Nunca participou
- Outros, onde? _____

4. 2 O que deve ser feito para diminuir os casos de Doenças Venéreas (Doenças Sexualmente transmissíveis)?

4. 3 Você tem conhecimento de algum programa que governo desenvolve para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis?

- Sim, qual? _____
- Não

ANEXO B

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – CEP-FACIMED

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que esta em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável, em caso de recusar você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvidas você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências biomédica de Cacoal/RO pelo telefone (69) 3441 – 1950.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: DST e AIDS EM REGIÃO DE FRONTEIRAS:
UM ESTUDO COM CAMINHONEIROS NO ESTADO DE RONDÔNIA

Pesquisador Responsável: Elias Marcelino da Rocha

Elias Marcelino do Rocha – pesquisador

Professora Doutora: Dirce Guilhem - orientadora

Telefone para Contato: (69) 9974 2736 e (69) 3443 1377

O objetivo desta pesquisa é avaliar de forma clara como as DST/AIDS entram no Estado de Rondônia e quais os fatores de risco que as mesmas podem gerar no estado de Rondônia.

Se concordar em participar desta pesquisa você será solicitado a responder a um formulário baseado no tema proposto..

A sua participação nesta pesquisa é voluntário e será garantido o anonimato. Você tem o direito de não querer participar ou sair desta pesquisa a qualquer momento, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não há compensação financeiro relacionada a à sua participação.

A metodologia para a obtenção de dados nesta pesquisa consiste em utilizar formulário, cujas respostas serão indicadores que levarão o pesquisador ao cumprimento do objetivo principal da pesquisa.

A pesquisa poderá ou não trazer benefícios a você, mas as informações obtidas por meio do estudo e análise dos dados poderão ser importantes para melhor conhecer sobre o a prevalência de DST/AIDS, fatores de risco para transmissão e estabelecer medidas para controle social.

Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa colocamo-nos a disposição pelo telefone (69) 9974 2736.

Caso concorde em participar solicitamos sua assinatura neste termo de consentimento.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
abaixo assinado, concordo em participar do projeto DST e AIDS EM REGIÃO DE
FRONTEIRAS: UM ESTUDO COM CAMINHONEIROS NO ESTADO DE
RONDÔNIA. Como sujeito fui devidamente informado e esclarecido pelo
pesquisador ELIAS MARCELINO DA ROCHA sobre a pesquisa, os procedimentos
nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha
participação. Foi-me garantido que posso retirar-me da pesquisa a qualquer
momento.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

—

ANEXO C

Ilmo. Senhor(a)
José Costa Soares
Posto Rio Machado

Venho por meio deste solicitar a colaboração desta Empresa em apoio ao meu projeto de mestrado, tendo em vista que a conclusão do mesmo dependerá de dados que serão colhido entre motoristas de caminhões. O projeto de mestrado desenvolvido pelo UnB -Universidade de Brasília, com o tema: PREVALENCIA DAS DSTS/AIDS E FATORES DE RISCOS EM REGIÕES DE FRONTEIRAS NO ESTADO DE RONDÔNIA, este trabalho será desenvolvido com motorista de caminhões e sua conclusão poderá nortear outros trabalho e estratégia com a classe caminhoneiros de estrada.

Sendo atendido ficarei grato. Segue em anexo comprovante de Matrícula na UnB.


Elias Marcelino da Rocha
Mestrando 09-0107

☐05.953.534/0001 56☐


Auto Posto Rio Machado Ltda.


Rod. BR 364 - Km 474
☐Cep 78.975-000 - Cacoal - RO☐

ANEXO D


Modelo do Material Educativo

Herpes Genital

 Bolhas que surgem na vagina, pênis, ânus e outras partes do corpo, com ardor e prurido (coceira). Os sintomas desaparecem sem tratamento, após 7 ou 10 dias. Reaparecem em situações de stress e debilidade.


A transmissão apenas acontece no período de manifestação.
A prevenção: **É feita com o uso do preservativo (camisinha)**

Cancro Mole

 "Cavalo" Feridas pequenas dolorosas e com pus. Aparecem de 2 a 5 dias após a relação sexual. Carões na virilha que se rompem e sulfam pus.


OBS: Nas mulheres, frequentemente a as feridas se localizam no canal da uretra, causando sem dor e não percebida externamente.
A prevenção: **É feita com o uso do preservativo (camisinha)**

Sífilis

 Ferida sem dor no órgão genital. Surge de duas a três semanas após a relação sexual/vaginal, anal e oral.
Podem surgir inchaço nas virilhas. Manchas em várias partes do corpo. E, vários anos sem tratamento adequados podem ser afetados: pele, ossos, olhos e cérebro, podendo levar à morte.

OBS: A ferida inicial pode desaparecer sem tratamento. Mulheres grávidas com Sífilis passam a doença para os filhos, caso não seja detectada e tratada de forma adequada. Se transmitida ao bebé durante a gravidez, ele poderá morrer (aborto ou parto prematuro) ou nascer com defeitos físicos.
A prevenção: **É feita com o uso do preservativo (camisinha)**

Condiloma Acuminado

 Venegas sem dor, isoladas ou sem grupo nos órgãos genitais e/ou no ânus.
Surtem de duas semanas a oito meses após o contacto.

OBS: O tratamento precoce é fácil e eficaz, sem o qual ele aumenta de tamanho, necessitando ser retirado cirurgicamente. Pode ocasionar cânceres no colo da útero ou no pênis.
A prevenção: **mesmo sem preservativo existe a possibilidade de transmissão.**

O que é Gonorréia?

É um corrimento amarelado com ardência no ato de urinar.
OBS: No homem é fácil de ser percebida.
Na mulher na maioria das vezes não apresenta sintomas, mas a presença de corrimento vaginal sem cheiro e sem coceira.
Garganta, ânus e olhos podem ser contaminados.
Se não for tratada a infecção, as trompas e os ovários serão afetados. Na gravidez pode contaminar o bebé.
A prevenção: **É feita com o uso do preservativo (camisinha)**



Dúvidas mais Frequentes

Qual a diferença entre sexo e sexualidade?

Atualmente a palavra "sexo" é usada em dois sentidos diferentes: um refere-se ao género e define como a pessoa é, ao ser considerada como sendo do sexo masculino ou feminino; e o outro se refere à parte física da relação sexual. Sexualidade transcende os limites do ato sexual e inclui sentimentos, fantasias, desejos, sensações e interpretações.

O que é Orientação Sexual?

Orientação sexual é a atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa sente pela outra. A orientação sexual existe num continuum que varia desde a homossexualidade exclusiva até a heterossexualidade exclusiva, passando pelas diversas formas de bissexualidade. Embora tenhamos a possibilidade de escolher se vamos demonstrar, ou não, os nossos sentimentos, os psicólogos não consideram que a orientação sexual seja uma opção consciente que possa ser modificada por um ato de vontade.

HEPATITE B

Infecção das células do fígado pelo Virus da Hepatite B que se manifesta por pele e brinco do olho amarelado (íctera), urina escura parecendo chá mate, fezes esbranquiçada, são sinais que podem aparecer de forma rápida e progressiva podendo ser fatal. Porém podem passar despercebidos, como um simples gripo.

A transmissão se dá por meio de contacto com o sangue, compartilhar seringas contaminadas, esperma, secreções vaginais, saliva e por objetos contaminados com o Virus da Hepatite B.
Atualmente existe vacinação nos centros de saúde gratuitamente para a população.
A prevenção: Evitar contacto com pessoa doente e a usar preservativo nas relações sexuais (camisinha). Cuidado também com a Hepatite A, C e D.



HIV/AIDS

AIDS (Síndrome da Imunodeficiência adquirida)
O preconceito é uma arma fatal para pessoas acometidas por qualquer doença, principalmente às infectadas por DST, vírus HIV/AIDS e Hepatite B, que sentindo-se isoladas e com sentimentos de derrota, tendem a piorar gradativamente.
Acolher o doente de AIDS dando-lhe carinho e atenção, orientando-o a procurar um profissional da saúde e a contar com os amigos, podemos ajudá-lo a melhorar significativamente seu estado físico e emocional.



A AIDS não é mortal, mortais somos todos nós. A AIDS terá cura, e o seu remédio hoje é a solidariedade.
Herbert de Souza (Betinho)

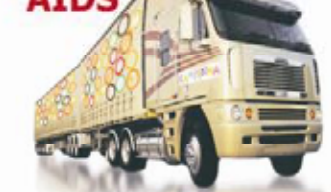
Auto Posto Rio Machado
Rod. BR 364 - Cacoal/RO - Fone: (69) 3441-4224

APOIO:
Elias Marcelino da Rocha
Mestrando em Ciências da Saúde
Universidade de Brasília
Professor na FACIMED



DIRETORIO CENTRAL DOS ESTUDANTES DA FACIMED
AV. CUIABÁ, 2087 - 2º ANDAR - BARRIO JOI. CUIABÁ/RO

AMIGO CAMINHONEIRO GARANTA A SUA PRÓXIMA VIAGEM NÃO DÊ CARONA PARA AIDS



SEM CAMISINHA NÃO "DÁ"



" Meu ideal sempre foi cuidar de você "

ANEXO E
Participantes do estudo



ANEXO F

	<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACIMED FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL</p>	
<p>CERTIFICADO</p>		
<p>Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "PREVALÊNCIA DAS DSTS/AIDS E FATORES DE RISCOS EM REGIÕES DE FRONTEIRAS NO ESTADO DE RONDÔNIA.", sob o protocolo nº 159/2007, do Pesquisador Elias Marcelino da Rocha, sob a responsabilidade do Professora Doutora: Dirce Guilhem, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-FACIMED.</p>		
<p>Cacoal, 09 de Abril de 2007.</p>		
<p> Profa. Ms. Regina Célia Politano coordenadora CEP/FACIMED </p>		