

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Endemias Samuel Pessoa**



***USO DE DROGAS & HIV/AIDS ENTRE PROFISSIONAIS DO SEXO E
CAMINHONEIROS DO SUL DO PAÍS:***

Implicações para a Saúde Pública e Possíveis Intervenções

Mônica Siqueira Malta

Dissertação apresentada
à Escola Nacional de
Saúde Pública como
requisito obrigatório para
a obtenção do grau de
Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Simone Souza Monteiro

Co-orientador: Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro de Bastos

Rio de Janeiro

Dezembro de 2005

***Para minhas filhas Yohana e Hayana,
grandes amigas com as quais aprendo
e re-aprendo a viver a cada dia.***

***Aos meus pais, Marcelo e Lourdinha,
eternos apaixonados, pela enorme e
constante lição de vida.***

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Simone Monteiro, pela acolhida carinhosa, pelas reflexões e considerações que foram valiosas na elaboração da dissertação.

Ao meu co-orientador e grande amigo Francisco Bastos. Nosso convívio tem estimulado meu crescimento profissional e pessoal, tendo influenciado a minha descoberta e posterior encantamento pela pesquisa científica.

Para minhas queridas irmãs Tatiana e Fernanda, companheiras de doces lembranças: brincadeiras e travessuras, mil acampamentos, chopes sempre gelados e conversas infinitas repletas de risos e lágrimas, sempre com muito carinho e união.

Para Reynaldo, companheiro querido e atencioso, que tem me apoiado durante todo esse período, compreendendo minhas ausências e intermináveis viagens.

Para Rosely Magalhães de Oliveira, coordenadora da subárea “Endemias, Ambiente e Sociedade”. Seu apoio e confiança foram fundamentais e possibilitaram meu mestrado tanto na ENSP quanto na *Johns Hopkins University*.

À Carla Rodrigues, da secretaria do DENSP, pelo constante cuidado e carinho com que cuida dos muitos alunos esquecidos e desorganizados.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica pela atenção com que sempre me trataram.

Aos professores do mestrado pela dedicação e pela atenção em todas as disciplinas.

Às coordenadoras da pesquisa realizada em Foz do Iguaçu, pela recepção calorosa e pelo trabalho engajado e incansável com usuários(as) de drogas: Rosa Maria Jeronymo Lima e Suzana Bauken.

A toda a equipe de Itajaí, pela acolhida, profissionalismo e parceria constante durante a condução de nossa pesquisa: Evely Marlene Pereira Koller, Márcia Dalago Cunha, Maria Hipólita Portilho Soares, Clarice Knih, Carolina C. Marques, Márcio Scussel, Edenilson Colla e Aline Samira Farhat.

A todos os caminhoneiros, profissionais do sexo, líderes comunitários, agentes e profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa e compartilhar conosco com profunda honestidade suas ricas e sofridas histórias de vida.

Finalmente agradeço a todos meus amigos, pelas horas que não passamos juntos, pelas coisas que deixamos de fazer e pela compreensão ao longo dessa caminhada.

Obrigada.



*“Há uma coisa dentro de mim, contagiosa e mortal, perigosíssima
chamada VIDA, que lateja como desafio...”*

Herbert Daniel



RESUMO

Questão: A principal substância ilícita estimulante utilizada no Brasil é a cocaína. Devido ao seu padrão de consumo – uso repetitivo e contínuo – muitos usuários adotam comportamentos de maior risco frente ao HIV/AIDS e demais infecções sexualmente transmissíveis. O sul do Brasil é uma importante rota de tráfico de cocaína e abriga uma ativa cena de prostituição. Realizamos duas pesquisas qualitativas em municípios desta região, onde a epidemia de HIV/AIDS tem, na população de usuários de drogas, um elemento essencial à sua dinâmica: Foz do Iguaçu e Itajaí. A cena de prostituição de Foz do Iguaçu está vinculada ao tráfico de drogas e ao uso de *crack*. Itajaí é o maior porto da região sul, recebendo diariamente >400 caminhoneiros. Desde o início dos anos 90, Itajaí tem registrado uma das maiores incidências de AIDS do Brasil – 99,7 por 100.000 habitantes, em 2001.

Descrição: Utilizamos métodos qualitativos para avaliar os comportamentos de risco frente ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo que usam *crack* em Foz do Iguaçu e o papel dos caminhoneiros na dinâmica da epidemia de HIV/AIDS de Itajaí. Foram utilizadas entrevistas em profundidade, grupos focais, observações de campo e mapeamento. Os tópicos das entrevistas e grupos focais incluíram comportamento sexual, uso de drogas, conhecimento, atitudes e crenças sobre o HIV e acesso a serviços de saúde e testagem anônima para o HIV. Profissionais de saúde, líderes comunitários e gerentes de políticas públicas foram entrevistados para confirmar achados iniciais.

Lições aprendidas em Foz do Iguaçu: Os participantes apresentam uma baixa auto-percepção de risco frente ao HIV, apesar de envolvidas em comportamentos de risco (ex: sexo desprotegido com múltiplos parceiros). Experiências de violência física e sexual são bastante frequentes entre as participantes e o uso/negociação do preservativo é prejudicado pelo medo de sofrer atos de violência. Diversas profissionais do sexo são moradoras de rua ou favelas, raramente acessando serviços de saúde, centros de testagem e aconselhamento, serviços de apoio social e de saúde reprodutiva, pré-natal e maternidades.

Lições aprendidas em Itajaí: Caminhoneiros têm geralmente diversas parceiras sexuais, frequentemente profissionais do sexo, e o sexo oral/vaginal desprotegido é frequente. Os participantes apresentam uma baixa auto-percepção de risco frente ao HIV, apesar de estarem envolvidos em comportamentos de risco. O uso de álcool e metanfetaminas é comum entre caminhoneiros, e favorece as práticas de risco. O nível de conhecimento sobre riscos relacionados ao uso de metanfetaminas é baixo, assim como o acesso a serviços de saúde a intervenções comportamentais relativas ao HIV/AIDS.

Recomendações: Mulheres profissionais do sexo que usam *crack* e caminhoneiros que usam metanfetaminas experienciam uma sinergia de problemas sociais e de saúde que determinam seu maior risco para a infecção pelo HIV. Esforços visando à prevenção do HIV nestas populações exigem intervenções multifacetadas e culturalmente apropriadas. Intervenções de limiar baixo, amigáveis e voltadas para questões de gênero devem ser implementadas. É também necessário melhorar o acesso dessas populações vulneráveis a serviços de saúde e serviços que ofereçam aconselhamento e testagem gratuitos. A estruturação de redes de referência e contra-referência mais eficazes é importante para populações móveis, como os caminhoneiros. ONGs, agentes de campo e organizações de base comunitária são atores importantes para estimular mudanças comportamentais e a manutenção de comportamentos mais seguros ao longo do tempo.

Palavras-chave: HIV, AIDS, uso de drogas, estudo qualitativo, população vulnerável.

ABSTRACT

Issue: The major illicit drug of abuse in Brazil is cocaine, and due to its use patterns – in “binges” – cocaine users frequently engage in risk behaviors. Brazilian South is an important cocaine traffic route with high prostitution scene, and is the only region where HIV epidemic is far to be curbed. The efforts to curb the epidemic in this region have been so far doomed to failure, mainly due to the synergy of commercial sex, drug use, and drug trafficking in the region. We conducted two qualitative studies in different municipalities from Southern Brazil: Foz do Iguaçu and Itajaí. In Foz do Iguaçu there is a strong link between traffic, sex-for-crack exchanges, prostitution, and rates of HIV among crack-dependent women. Itajaí is the largest port in Southern Brazil, receiving every day >400 truck drivers. Since the 90s' Itajaí has one of the highest AIDS incidences in Brazil – 99.7 per 100,000 inhabitants in 2001.

Description: We used qualitative methods to assess HIV/AIDS behavioral risks among female commercial sex workers (CSWs) that use crack in Foz do Iguaçu and to evaluate the role of truck driver population on the dynamics of the HIV/AIDS epidemic in Itajaí. Data were collected using in-depth interviews, focus groups, field observations, and mapping. Interview topics included sexual/drug behavior; knowledge, attitudes and beliefs regarding HIV-infection; and access to health services, including to HIV-prevention and testing strategies. To confirm and enhance initial findings, health professionals, community leaders and policy makers were also interviewed.

Lesson Learned in Foz do Iguaçu: Participants have low self-perceived HIV risk, in spite of being engaged in high-risk behavior (e.g. unprotected sex with multiple partners). Physical and sexual violence is widespread among participants, and condom negotiation/use is jeopardized by the fear of violence. Several CSWs are homeless or live in slums, rarely accessing health centers, voluntary and counseling facilities and/or social support units. Participants also lack access to reproductive health, prenatal care and maternities.

Lesson Learned in Itajaí: Truck drivers typically have several sexual partners, often CSWs, and unprotected oral/vaginal intercourse is frequent. Participants have low self-perceived HIV risk, in spite of being engaged in high-risk sex behavior. The use of alcohol and amphetamine-like drugs is frequent among truck drivers, and the constant drug/alcohol use favors unsafe sex. Knowledge about amphetamine-related risks is low, as well as the access to health services and HIV/AIDS behavioral interventions

Recommendations: Female CSWs who use crack and truck drivers who use amphetamine-like drugs experience a synergy of health and social problems, determining risks for HIV infection. Efforts to prevent HIV infection among those high risky-populations require multifaceted and culturally appropriate interventions. Low-threshold, user friendly and gender tailored approaches should be promptly implemented to CSWs. It's also necessary to improve the access of those vulnerable populations to health services, including VCT, developing better network/referral systems for mobile populations. NGOs, outreach work and community based organizations are key actors to foster behavioral changes and the maintenance of protective behavior over time.

Key words: HIV, AIDS, drug use, qualitative study, vulnerable population.

FICHA CATALOGRÁFICA

Malta, Mônica Siqueira

Uso de Drogas & HIV/AIDS entre Profissionais do Sexo e Caminhoneiros do sul do país: Implicações para a Saúde Pública e Possíveis Intervenções
xlii, 111P.:il.

Orientador: Simone Souza Monteiro

Co-Orientador: Francisco Inácio P. M. Bastos

Tese (Mestrado) – DENSP/ENSP

HIV; 2. AIDS; 3. Uso de drogas; 4. Estudo Qualitativo;
5. População vulnerável.

ÍNDICE

	Pg.
I – Introdução	
I.1. Estrutura da dissertação.....	11
I.2. A Epidemia de HIV/AIDS e o uso de substâncias ilícitas	11
II – Resultados	
II.1 – Versão em português do artigo originalmente intitulado “Health Risks and Intervention Needs of Crack-involved Commercial Sex Workers in Southern Brazil”	29
II.2 – Versão em português do artigo originalmente intitulado “A qualitative assessment of long distance truck drivers’ vulnerability to HIV/AIDS in Itajaí, Southern Brazil”	59
III – Recomendações	
III.1 - Recomendações – Foz do Iguaçu	79
III.2 - Recomendações – Itajaí.....	80
IV – Discussão	82
V – Anexos	
Anexo 1: Artigo original em inglês: “Health Risks and Intervention Needs of Crack-involved Commercial Sex Workers in Southern Brazil”	92
Anexo 2: Artigo original em inglês: “A qualitative assessment of long distance truck drivers’ vulnerability to HIV/AIDS in Itajaí, Southern Brazil”	105
Anexo 3: Tabelas descritivas com os principais achados das observações de campo e entrevistas realizadas nos estudos de Foz do Iguaçu e Itajaí	114

LISTA DE FIGURAS, MAPAS E TABELAS

I - Introdução

Figura 1: Novos casos de HIV e crianças HIV-positivas nascidas de mães infectadas, Ucrânia, 1987-2003	Página 12
Figura 2: Prevalência de HIV entre mulheres profissionais do sexo, por faixa etária. São Petersburgo, Rússia, 2003	Página 13
Figura 3: Taxas de incidência (por 100 mil habitantes) de AIDS em mulheres (com parceiro UDI) em idade fértil (15 a 49 anos)	Página 19
Figura 4: Mortalidade e incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) em adultos (15 - 54 anos). Brasil, 1984-2000.	Página 19
Figura 5: Mortalidade e incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) em adultos (15 - 54 anos). Região Sul, 1984-2000.	Página 20
Figura 6: Incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) entre UDIs com idades entre 15 - 54 anos. Brasil, 1984-2000.	Página 20
Mapa 1: Principais áreas de cultivo de coca mundiais. Colômbia, Peru e Bolívia. 2002-2004	Página 16
Mapa 2: Apreensão de cocaína entre 2002-2003 e rotas de tráfico de cocaína, entre países que relataram apreensão de 10kg ou mais do produto	Página 17
Mapa 3: Incidência acumulada de AIDS (por 100.000 habitantes) entre UDIs. Brasil, 1984-2000.	Página 18

II – Resultados

1º Artigo

“Health Risks and Intervention Needs of Crack-involved Commercial Sex Workers in Southern Brazil”

Tabela 1 – Informações sócio-demográficas das 26 mulheres usuárias de <i>crack</i> entrevistadas. Foz do Iguaçu, 2003	Página 41
--	-----------

2º Artigo

“A qualitative assessment of long distance truck drivers’ vulnerability to HIV/AIDS in Itajaí, Southern Brazil”

Tabela 1 – Informações sócio-demográficas dos 30 caminhoneiros entrevistados. Itajaí, 2003	Página 65
Tabela 2 – Características sócio-demográficas de 13 profissionais do sexo. Itajaí, 2003	Página 66

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA)
AMFRI	Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açu
CDC	<i>Centers for Diseases Control and Prevention</i> (Centros de Controle e prevenção de Doenças)
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CSWs	<i>Commercial Sex Workers</i> (Profissionais do sexo)
HIV	<i>Human Immuno - deficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PN- DST/Aids	Programa Nacional de DST/Aids
UDIs	Usuários de Drogas Injetáveis
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i> (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS)
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura)
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i> (Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime)
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)

I. INTRODUÇÃO

I.1. Estrutura da dissertação

A presente dissertação de mestrado baseou-se em duas pesquisas, de cunho qualitativo, realizadas com usuários de drogas da região sul do país. A estrutura da dissertação engloba: (I) Introdução sobre a intersecção entre uso de drogas e a epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo, (II) Resultados sob o formato de artigos científicos, incluindo – II.1 Versão em português do artigo científico originalmente intitulado “Health Risks and Intervention Needs of Crack-involved Commercial Sex Workers in Southern Brazil” e II.2 Versão em português do artigo científico originalmente intitulado “A qualitative assessment of long distance truck drivers’ vulnerability to HIV/AIDS in Itajaí, Southern Brazil”; (III) Discussão buscando salientar aspectos importantes de ambas as pesquisas e apontar possíveis estratégias futuras; (IV) Anexos com os artigos científicos no formato original, em inglês.

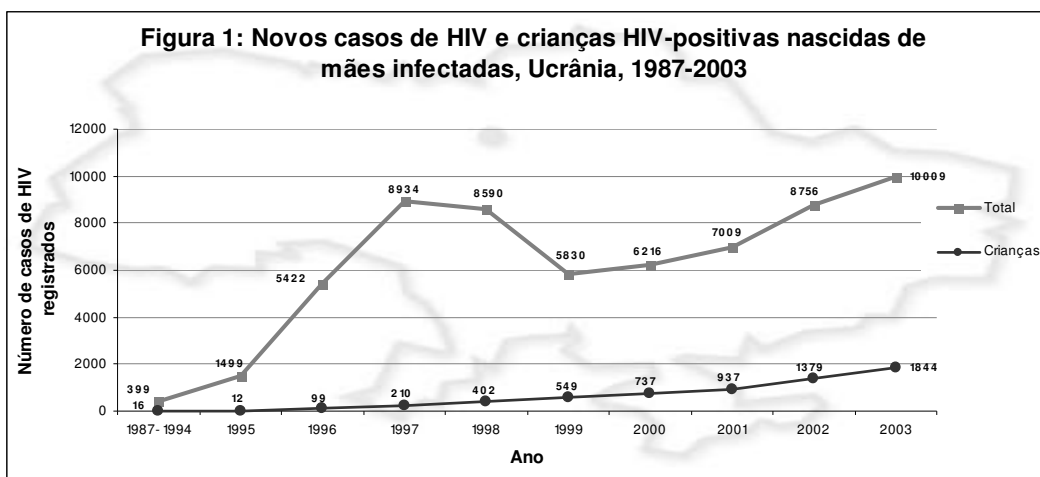
I.2. A Epidemia de HIV/AIDS e o uso de substâncias ilícitas

Desde o início da epidemia de HIV/AIDS, o uso de substâncias ilícitas tem estado estreitamente associado ao impacto da epidemia em diversas partes do mundo. Um exemplo recente da relevância da participação dos usuários de droga e seus parceiros(as) sexuais na epidemia tem sido o intenso aumento, nos últimos anos, das taxas de infecção pelo HIV em países da Europa oriental e Ásia central. Nestes países o número de pessoas vivendo com HIV tem crescido de forma bastante acelerada nos últimos anos — com uma estimativa de 1,4 milhões de pessoas [920.000–2,1 milhões] no fim de 2004 (UNAIDS & WHO, 2004). A estimativa representa um aumento de cerca de dez vezes do número de infecções em menos de 10 anos, sendo a maioria das novas infecções relacionadas ao uso indevido de drogas e/ou envolvimento com sexo comercial.

Na Ucrânia, um dos países mais afetados, foi registrado um aumento de cerca de 30 vezes do número de infecções entre 1995 e 1997, sendo a maioria dos novos casos relacionados ao uso indevido de drogas. Quatro, de cada cinco indivíduos diagnosticados com HIV no fim dos anos 90, naquele país, eram usuários de heroína

injetável (UNAIDS & WHO, 1998). Nos últimos anos, o número de novos casos de HIV na Ucrânia tem continuado a crescer — 7% em 2000, 13% em 2001 e 25% em 2002 (UNAIDS & WHO, 2004). Além deste crescimento expressivo, uma proporção elevada de usuários de drogas injetáveis (UDIs) naquele país é composta por mulheres — aproximadamente 28%, de acordo com um estudo recente, realizado em Kiev, Odessa e Donetsk (Booth *et al.*, 2004).

Atualmente a epidemia de HIV na Ucrânia não se restringe apenas a populações sabidamente mais vulneráveis – como UDIs e profissionais do sexo: aproximadamente 30% dos novos casos de infecção pelo HIV notificados em 2003 foram decorrentes de relações heterossexuais desprotegidas entre parceiros não envolvidos com o uso de drogas injetáveis (proporção quase três vezes maior do que os 11% notificados em 1997). Mais de 40% de todas as pessoas vivendo com HIV no país são mulheres, a grande maioria jovens em idade reprodutiva (EuroHIV, 2003). Dados recentes apontam que 60% das mulheres vivendo com HIV/AIDS têm menos de 25 anos, e em áreas urbanas como Odessa e Mikolyiv, mais de 1% das mulheres grávidas em acompanhamento pré-natal são HIV-positivas. Com isso, a epidemia continua a crescer exponencialmente, conforme podemos observar na Figura 1.

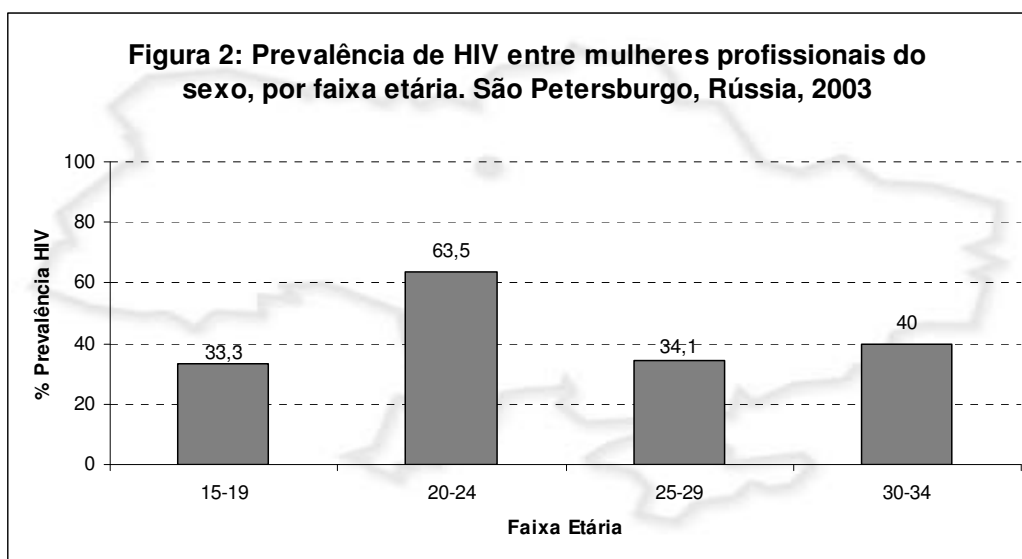


Fonte: Ukraine Center on AIDS (UNAIDS & WHO, 2004).

A intersecção entre uso de drogas injetáveis e envolvimento com sexo comercial tem influenciado bastante o intenso crescimento da epidemia de HIV na grande maioria dos países da Europa oriental e Ásia central. No início de 2004, mais de 80% de todos os casos notificados na Rússia – país que concentra aproximadamente 70% de todos os casos de HIV notificados na região – foram notificados entre UDIs (Russian Federal

AIDS Centre, 2004). A grande maioria dos UDIs da região são jovens adultos, sexualmente ativos, e uma importante parcela destes está envolvida em sexo comercial.

Um *survey* realizado com 110 mulheres profissionais do sexo de São Petersburgo identificou que 81% das participantes utilizava drogas injetáveis (principalmente heroína), pelo menos uma vez ao dia. Dentre estas, 65% já tinham reutilizado ou compartilhado seringas para uso de drogas alguma vez. O estudo identificou uma prevalência de 48% para o HIV, prevalência ainda maior entre participantes com idades entre 20–24 anos – 63,5% (Figura 2). O principal preditor para a infecção pelo HIV foi o uso de drogas injetáveis: nove entre dez mulheres que referiram utilizar drogas injetáveis “freqüentemente” com equipamentos não estéreis eram HIV-positivas. Mas quatro entre dez das que disseram que nunca reutilizavam equipamentos para uso de drogas injetáveis também estavam infectadas – segundo os autores, infecção provavelmente em decorrência do sexo desprotegido com clientes ou parceiros estáveis (Smolskaya *et al.*, 2004).



Fonte: Smolskaya *et al.* 2004

Em diversas localidades do mundo, uma grande parcela dos novos casos de HIV é decorrente do uso de drogas injetáveis com equipamentos contaminados, sexo desprotegido entre homens e relações sexuais desprotegidas com profissionais do sexo. A idéia de que estas epidemias estão circunscritas e contidas em grupos populacionais específicos é ilusória. Muitos UDIs são jovens e a grande maioria é sexualmente ativa,

portanto duplamente exposta à infecção pelo HIV. Em alguns países, principalmente na Ásia e Europa oriental, uma significativa parcela de profissionais do sexo também usa drogas injetáveis. Muitos dos clientes de profissionais do sexo têm outras parceiras sexuais, inclusive esposas e parceiras estáveis. Em todas as regiões do globo, uma importante parcela de homens que fazem sexo com homens também têm parceiras sexuais do sexo feminino. As complexas interações humanas nas mais diversas regiões do globo fazem com que a pandemia de AIDS deva ser compreendida sempre a partir de uma dupla perspectiva, local e global (UNAIDS & WHO, 2004).

Um claro exemplo da possibilidade de disseminação de epidemias iniciadas em grupos com práticas de maior risco, como UDIs, pode ser obtido através de uma breve análise da epidemia em São Petersburgo, na Rússia. Estudos de vigilância epidemiológica apontam para um crescimento constante da prevalência de HIV entre mulheres grávidas naquela cidade – 0,013% em 1998, para 1,3% em 2002 — representando um aumento de 100% (Field, 2004).

Porém, diversos países ainda apresentam uma grande incongruência entre suas agendas locais, alocação de despesas e tendências das epidemias locais de HIV/AIDS. Com isso, segmentos populacionais como UDIs e profissionais do sexo não são alvos de estratégias preventivas e assistenciais na área de HIV/AIDS, apesar de bastante afetados pela epidemia (UNAIDS & WHO, 2004). De uma forma geral, o acesso de UDIs a programas preventivos é bastante baixo (menos de 5% dos UDIs têm acesso a programas de intervenção ao redor do globo) e aproximadamente 10-20% dos profissionais do sexo têm acesso a intervenções preventivas e assistenciais no mundo (Policy Project *et al.*, 2004).

A cena de droga na América Latina tem como principal substância ilícita consumida, depois da maconha, a cocaína - ao contrário dos países anteriormente mencionados, nos quais predomina o consumo da heroína. Devido aos padrões específicos do consumo de cocaína – uso constante e repetitivo em um único dia – e aos custos elevados associados ao consumo habitual desta substância, os usuários de cocaína freqüentemente se envolvem em comportamentos de risco para manter e financiar seu consumo (Inciardi & Surratt, 2001; Latkin *et al.*, 2001). Muitos usuários de cocaína se envolvem em sexo comercial (“trocado” por dinheiro, drogas ou outros bens e favores), tráfico de drogas e/ou furtos, muitos não têm moradia fixa ou vivem em

abrigos. Diversos usuários de drogas sobrevivem, parcial ou totalmente, da venda/repasso destas drogas e outros atos ilícitos (Surratt, 2000).

A interação entre uso constante e repetitivo de cocaína e a adoção de comportamentos sexuais de maior risco (sexo desprotegido, múltiplos parceiros e envolvimento em sexo comercial) coloca os usuários de cocaína sob vulnerabilidade acrescida frente ao HIV/AIDS e demais infecções sexualmente transmissíveis.

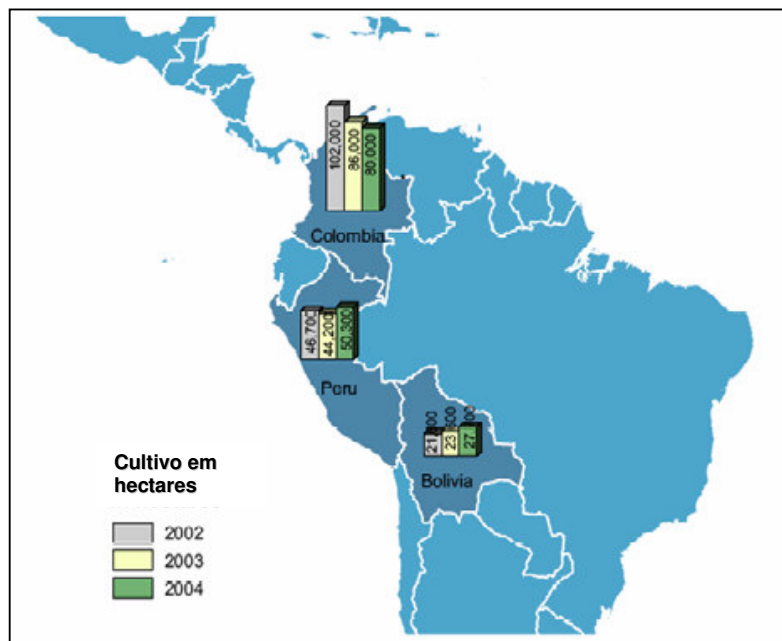
A dinâmica da epidemia de HIV/AIDS na América Latina é bastante heterogênea. Até o presente momento, países como Bolívia e Paraguai não possuem uma epidemia significativa, enquanto países mais densamente povoados como Brasil e Argentina, além de países menores como o Haiti, Bahamas e Guiana Francesa vêm sendo bastante afetados pela epidemia de HIV/AIDS. O quanto UDIs, usuários de cocaína inalada e *crack*, seus parceiros sexuais e prole são afetados pela epidemia também varia enormemente entre os países da América Latina e nas diferentes regiões destes países. Em países de maior extensão nos quais existe uma ampla difusão do uso de drogas injetáveis – como Brasil e Argentina – observam-se padrões sub-regionais de difusão da epidemia (Hacker *et al.*, no prelo -1).

A transição de vias de administração de cocaína constituiu um importante aspecto a ser considerado ao buscarmos entender melhor a dinâmica da epidemia de HIV/AIDS entre usuários de drogas. Um estudo realizado em São Paulo, em 1996/7, observou que 87% dos pacientes começam usando cocaína inalada, e 74% modificam a via de administração da droga – 68% mudando para cocaína fumada e 20% para cocaína injetada – neste estudo foi identificado que a prevalência de HIV decresceu à medida que a frequência de uso de cocaína injetável diminuiu e o uso de crack aumentou (Mesquita *et al.*, 2001). Já outro estudo também realizado em São Paulo com 294 usuários de cocaína, durante o mesmo período (1996/97), identificou uma associação entre o uso diário de cocaína – injetada, inalada, ou crack – com a adoção de comportamentos de maior risco frente ao HIV/AIDS (Dunn & Laranjeira, 1999). Em muitos países do Caribe, o consumo do *crack* e cocaína inalada e sua estreita associação com sexo desprotegido e comércio sexual têm contribuído para a expansão do HIV através da transmissão heterossexual (Hacker *et al.*, 2005).

Contribui para este panorama o fato de que as principais rotas de tráfico e áreas produtoras de cocaína estão localizadas na América Latina. Segundo o relatório mais

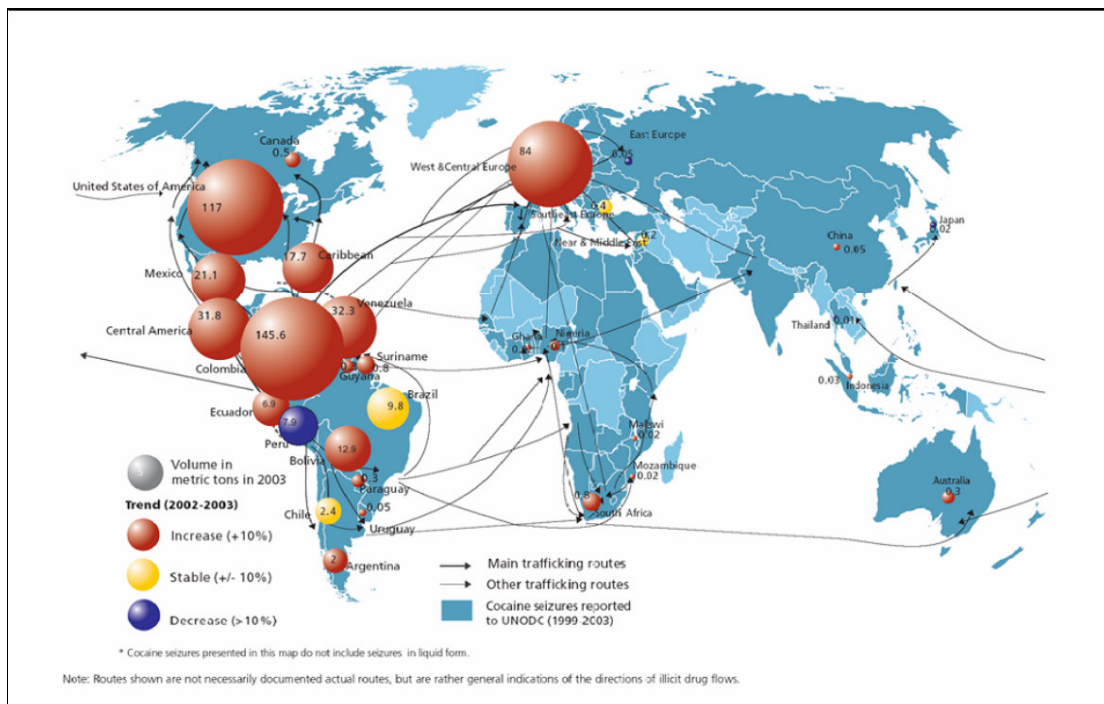
recente do Escritório das Nações Unidas para Controle de Drogas e Prevenção de Crime (UNODC, 2005), a vasta maioria da cocaína disponível mundialmente é produzida na Colômbia (50%), Peru (32%) e Bolívia (15%), e, conseqüentemente, as principais rotas de tráfico da droga iniciam-se nestes países e passam, muitas vezes, pelo território brasileiro (Mapas 1 e 2).

Mapa 1: Principais áreas de cultivo de coca mundiais. Colômbia, Peru e Bolívia. 2002-2004



Fonte: World Drug Report (UNODC, 2005)

Mapa 2: Apreensão de cocaína entre 2002-2003 e rotas de tráfico de cocaína, entre países que relataram apreensão de 10kg ou mais do produto*



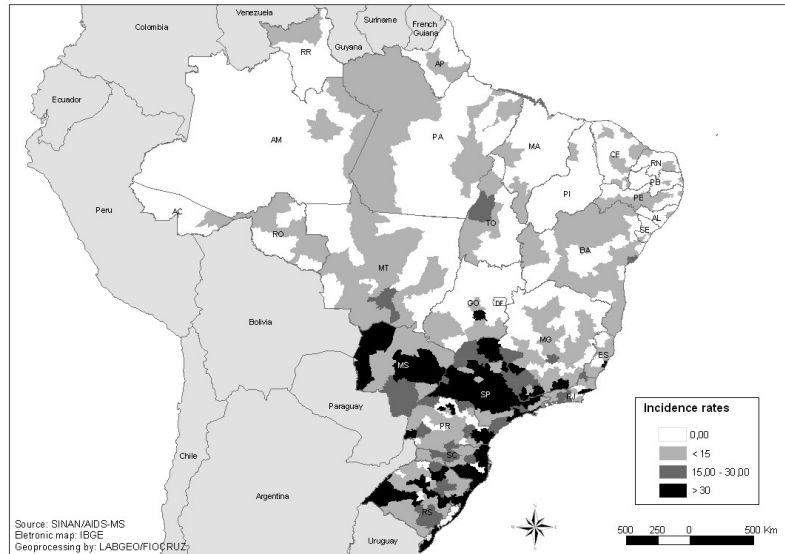
Fonte: World Drug Report (UNODC, 2005)

O Brasil, devido a seu tamanho continental e heterogeneidade cultural e social, abriga distintas sub-epidemias de HIV/AIDS. Os UDIs têm desempenhado até o momento um papel pouco relevante na dinâmica da epidemia de AIDS no nordeste do Brasil, com exceção do estado da Bahia. Por outro lado, os UDIs desempenham um papel central nas sub-epidemias de HIV/AIDS no sudeste e sul, especialmente no estado de São Paulo, e na linha que se estende da costa sul de São Paulo ao sul do Brasil (Hacker *et al.*, no prelo - 2).

A epidemia de HIV/AIDS associada aos UDIs no Brasil seguiu, no seu início, basicamente as rotas de tráfico da cocaína que interligam a região oeste aos principais portos localizados no sudeste do país. Mais recentemente, o tráfico e o consumo de cocaína e a difusão do HIV e de outras infecções transmitidas pelo sangue têm sido observados na costa sul do Brasil, com importantes sub-epidemias de HIV entre UDIs em municípios localizados na costa de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul. Em alguns municípios desta faixa litorânea, mais de 50% de todos os casos de AIDS notificados foram reportados entre UDIs. Itajaí, Camboriú e Balneário de Camboriú, no estado de Santa Catarina, estão entre os municípios com as mais elevadas taxas de incidência de

AIDS do Brasil, sendo a maioria destes casos de AIDS registrada entre UDIs e seus parceiros sexuais (Mapa 3).

Mapa 3: Incidência acumulada de AIDS (por 100.000 habitantes) entre UDIs. Brasil, 1984-2000.



Fonte: Hacker et al., No prelo (2)

O papel central dos UDIs na dinâmica da epidemia de HIV/AIDS no do sul do Brasil explica, em parte, a rápida e continuada expansão da epidemia na região, a qual afeta também um grande número de mulheres (a maioria parceiras de UDIs) e prole (Figura 3), contribuindo para um declínio menos acentuado da mortalidade por AIDS no sul do país, se comparado às taxas observadas no Brasil como um todo (Figuras 4 e 5).

Figura 3: Taxas de incidência (por 100 mil habitantes) de AIDS em mulheres (com parceiro UDI) em idade fértil (15 a 49 anos). Brasil, 1984-2000

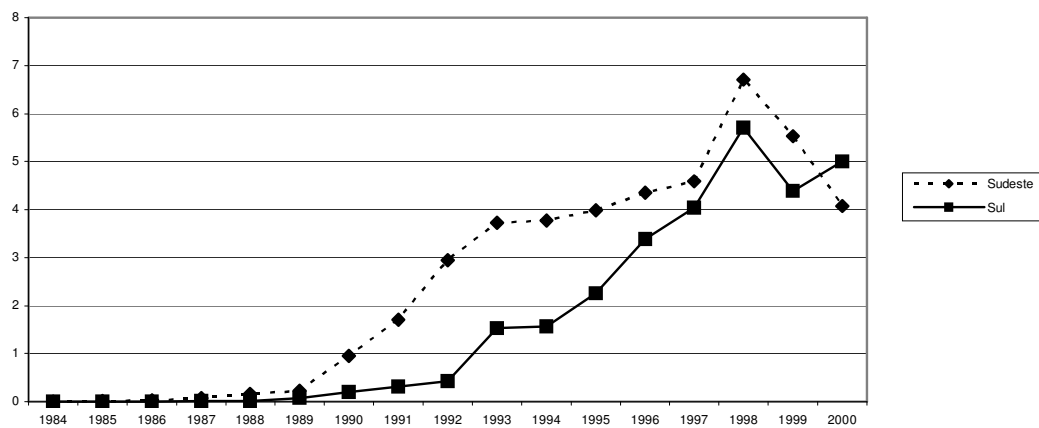


Figura 4: Mortalidade e incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) em adultos (15 - 54 anos). Brasil, 1984-2000

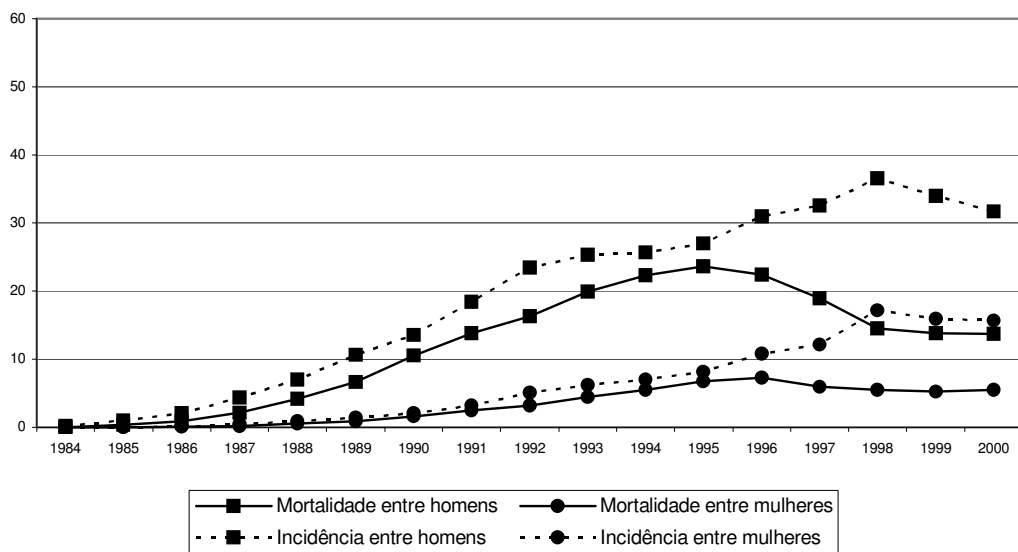
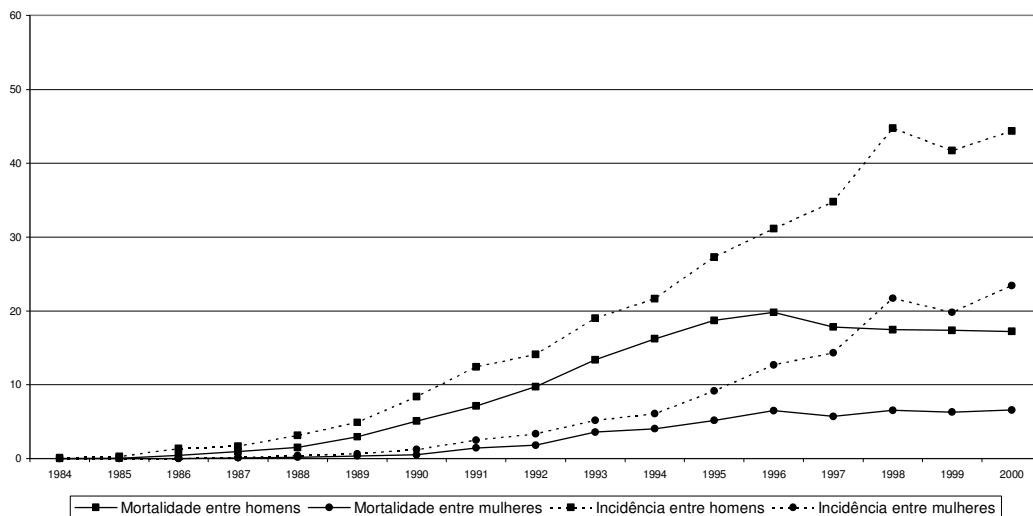
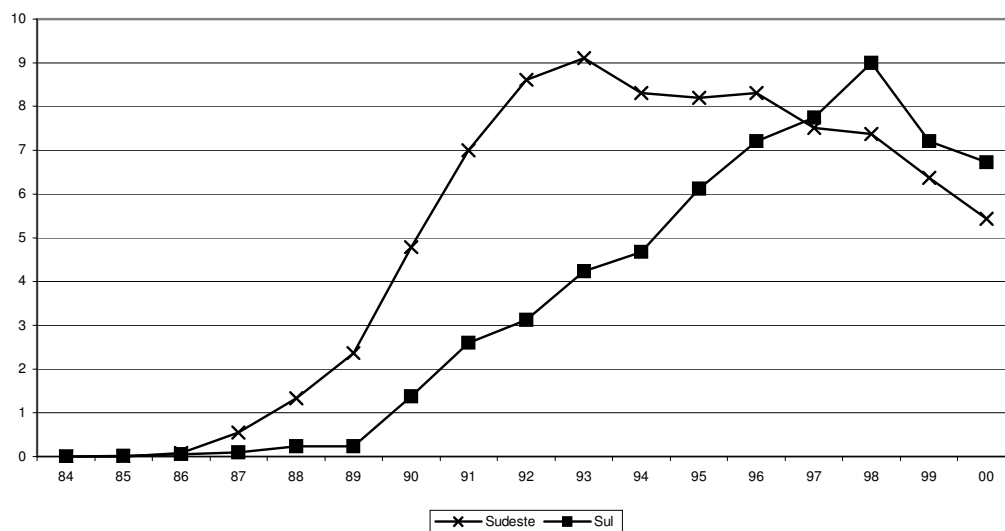


Figura 5: Mortalidade e incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) em adultos com idades entre 15 - 54 anos. Região Sul, 1984-2000.



Entre UDIs, a incidência de HIV/AIDS no sudeste começa a decrescer já no início dos anos 90, enquanto que no sul do país, as taxas de incidência continuam aumentando até o fim da década de 90, tendo superado as taxas registradas no sudeste entre 96/97 e permanecido em patamares mais elevados do que aqueles registrados no sudeste desde então (Figura 6).

Figura 6: Incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) para categoria de exposição UDI entre 15 - 54 anos. Brasil, 1984-2000



Cidades como o Rio de Janeiro e Santos (região sudeste) e Salvador (região nordeste), nas quais extensivos e continuados programas de prevenção direcionados à população de UDIs foram implementados, apresentam um importante declínio da epidemia de HIV/AIDS entre UDIs em anos recentes (Bastos *et al.*, 2005). Apesar do declínio das taxas de infecção pelo HIV entre UDIs, alguns estudos têm apontado para uma alta prevalência de comportamentos sexuais de risco e altas taxas de HIV/AIDS entre usuários de *crack* (Szwarcwald *et al.*, 1998).

Diversos estudos têm buscado compreender melhor a sinergia entre uso de drogas e epidemia do HIV/AIDS no Brasil (Bastos *et al.*, 2005; Hacker *et al.*, 2005; Leukefeld *et al.*, 2005; Caiaffa *et al.*, 2003). Porém, o país jamais contou com estudos longitudinais no âmbito da população de usuários de drogas (injetáveis ou não), apenas com uma série de estudos seccionais. A análise dessas séries de estudos seccionais está sujeita a diversos vícios e imprecisões – que fogem ao escopo desta dissertação detalhar –, e que foram revisados em Ades (1995). Neste sentido, sua interpretação deve ser vista como, invariavelmente, provisória e preliminar.

Estudos seccionais, ou séries de estudos seccionais de soroprevalência devem ser interpretados com bastante cautela devido à possível inclusão diferencial de indivíduos infectados e não-infectados (Ades, 1995), além da alta morbidade e mortalidade da AIDS, e de um fenômeno particularmente relevante entre UDI – a sobremortalidade quando comparados às demais populações de pessoas vivendo com HIV, mesmo aqueles sem AIDS (van Asten *et al.*, 2003). Conforme mencionado anteriormente, tais vieses se mostram especialmente problemáticos em se tratando de populações ocultas, estigmatizadas e que participam de contextos sociais bastante dinâmicos, como é o caso dos usuários de drogas ilícitas.

Por estarmos lidando com uma população de difícil acesso e de hábitos ilegais e estigmatizados – envolvimento com sexo comercial e/ou uso de drogas – na grande maioria das vezes não é possível obter amostras aleatórias. A vasta maioria dos estudos realizados com UDIs se baseia em amostras sujeitas a vícios amostrais diversos, dificultando com isso o conhecimento desse universo, o qual se mantém, em larga escala, ainda desconhecido (Barendregt *et al.*, 2005).

Através da utilização de técnicas específicas de amostragem, como o recrutamento em bola-de-neve, podemos selecionar grupos específicos da população-

alvo. Tais técnicas possuem validade externa parcial, mas podem dar lugar a observações consistentes, na medida em que os achados daí derivados sejam comparados a estudos similares, desenvolvidos com diferentes instrumentos, outras equipes de recrutadores, com recortes geográficos complementares etc.

A solução contemporânea para tais dificuldades tem sido, basicamente, a de combinar diferentes abordagens metodológicas, de natureza qualitativa (por exemplo, métodos de avaliação rápida ou a etnografia clássica), quantitativa (epidemiologia e modelagem matemática) e mista (análise das redes sociais). A estratégia adotada nos estudos que compõem a presente dissertação utilizou a triangulação de informações provenientes de diferentes abordagens metodológicas, objetivando com isso obter uma consistência que, muitas vezes, falta às inferências de base exclusivamente estatística. Esta estratégia é particularmente importante em situações em que não é possível obter amostras aleatórias – como é o caso das populações que compõem nossos estudos. (Bastos *et al.*, 2005; Stimson *et al.*, 1998).

Objetivando, portando, contribuir para uma melhor compreensão das complexas inter-relações entre uso de drogas, envolvimento com o sexo comercial e vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS e demais infecções sexualmente transmissíveis (IST), e permitir uma apreensão mais aprofundada e contextualizada sobre populações específicas, foram desenvolvidas pesquisas de cunho qualitativo e exploratório. As pesquisas foram realizadas em dois municípios da região sul do país, região na qual a epidemia de HIV/AIDS tem, na população de usuários de drogas, um elemento essencial à sua dinâmica, conforme mencionado anteriormente.

O primeiro estudo foi realizado com mulheres profissionais do sexo que usam *crack* em uma região de tríplice fronteira, o município de Foz do Iguaçu.

Quando analisamos especificamente a relação da mulher com o uso de drogas percebemos que são pouco conhecidas as características das mulheres usuárias de drogas em todo mundo, tanto em função da predominância numérica de homens dentre os usuários, como devido ao fato de os esforços preventivos em todo o mundo serem ainda bastante influenciados por estudos realizados em usuários do sexo masculino (Ferreira Filho *et al.*, 2003; Stimson *et al.*, 1996; Hunter *et al.*, 2000).

De um modo geral, as mulheres estão bem menos presentes nessas cenas mais visíveis e públicas de consumo, o que não descarta sua participação em situações de

menor visibilidade e na esfera privada. A visão que a sociedade tem da mulher usuária – e a visão que os próprios usuários homens tem da mulher usuária – costuma ser muito mais negativa e estigmatizante (Friedman *et al.*, 2002).

Quando analisamos os comportamentos das mulheres usuárias de *crack* observamos que estas fazem sexo como forma de adquirir dinheiro para comprar a droga (ou trocam sexo por drogas), estando sujeitas a diversas situações que determinam sua maior vulnerabilidade ao HIV/AIDS e demais IST, tais como situações de violência sexual (El-Bassel *et al.*, 2001), e prática de sexo comercial desprotegido, freqüentemente, para sustentar seus hábitos de consumo (Friedman *et al.*, 2002; Flom *et al.*, 2001), entre outros fatores.

Observa-se que a maioria das iniciativas preventivas, bem como os serviços de tratamento e apoio a reinserção de usuários, atraem basicamente a clientela masculina e freqüentemente não contemplam as necessidades específicas das mulheres (Schumacher *et al.*, 2000). O conjunto desses dados aponta para a necessidade de conhecer mais de perto os hábitos e comportamentos das mulheres usuárias de drogas, seus parceiros sexuais e suas relações sociais mais significativas, de modo a preencher esta importante lacuna de conhecimento. O atual hiato no que diz respeito a estudos especificamente voltados para conhecer mais profundamente os comportamentos e contextos de vida de mulheres usuárias de drogas, pode influenciar a (não) formulação de políticas públicas mais adequadas para esta população, além de dificultar a adoção de medidas preventivas mais eficazes e direcionadas às necessidades e especificidades desta população.

O segundo estudo foi realizado com caminhoneiros que usam metanfetaminas e profissionais do sexo de Itajaí, cidade portuária com uma das maiores incidências de AIDS por 100.000 habitantes do país – 97,1 em 2000, 99,7 em 2001, 93,5 em 2002 (Ministério da Saúde, 2003). Apesar do município possuir incidências de AIDS bastante relevantes, ainda não foi objeto de estudos mais detalhados sobre as características da sua epidemia de HIV/AIDS (Ministério da Saúde, 2004).

Itajaí é pólo da AMFRI – Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açu, região industrial de Santa Catarina. O porto, o aeroporto e a rodovia BR-101 escoam a produção local (com destaque para a produção pesqueira, agrícola e pecuária), bem como da região oeste do Estado. As características geográficas específicas de Itajaí fazem com que o município possua uma grande população

móvel, composta principalmente por caminhoneiros e população portuária. Existe também em Itajaí uma significativa população de profissionais do sexo, concentrada principalmente em casas de prostituição localizadas na orla fluvial ou margeando a rodovia de acesso ao porto. A inter-relação de uma população móvel com uma cena de prostituição e consumo de drogas bastante ativa poderia contribuir para a manutenção de altas taxas de incidência de AIDS na região.

Estudos qualitativos sobre o conjunto de crenças, valores, estilos de vida e visões de mundo de usuários de drogas têm sido apontados, mundialmente, como fundamentais para melhor compreender o contexto de vulnerabilidade e as possibilidades de intervenções voltadas para esta população (Quirk *et al.*, 1998; Rhodes *et al.*, 2003) e, conseqüentemente, possuem um caráter estratégico para a prevenção. Contudo, no Brasil, ainda são poucas as iniciativas neste sentido (Nappo *et al.*, 2001; Caiaffa & Bastos, 1998; Deslandes *et al.*, 2002). A investigação qualitativa, como afirmam Minayo & Sanches (1993) é a que melhor se coaduna com o reconhecimento e análise aprofundada de situações particulares, grupos específicos e universo simbólico, objetivos principais dos estudos realizados tanto em Foz do Iguaçu quanto em Itajaí.

Ambos os estudos utilizaram métodos de pesquisa qualitativa, objetivando conhecer, em caráter exploratório: (a) práticas e percepções acerca do uso de substâncias ilícitas; (b) redes de uso de substâncias ilícitas; (c) envolvimento de usuários(as) de substâncias ilícitas com o sexo comercial; (d) comportamentos de maior risco frente ao HIV/AIDS e demais IST.

Buscou-se, tanto na pesquisa realizada com caminhoneiros usuários de metanfetaminas, quanto na realizada com mulheres profissionais do sexo usuárias de *crack*, obter uma visão mais aprofundada sobre o contexto no qual se inserem essas populações vulneráveis. Ambas as pesquisas têm em comum o objetivo de compreender melhor a dinâmica e o contexto das relações entre profissionais do sexo e seus clientes e em que medida o uso de substâncias ilícitas estimulantes (*crack* ou anfetaminas) influencia (ou não) a adoção de comportamentos de maior risco frente ao HIV/AIDS e demais IST nos grupos estudados.

A descrição da metodologia utilizada e dos resultados obtidos em cada uma das pesquisas será apresentada através da versão em português de dois artigos submetidos para publicação em revistas de língua inglesa. O primeiro artigo, originalmente

intitulado “Health Risks and Intervention Needs of Crack-involved Commercial Sex Workers in Southern Brazil”, relata os resultados da pesquisa realizada com usuárias de crack de Foz do Iguaçu, e foi submetido a *Medical Anthropology Journal*. O segundo artigo, originalmente intitulado “A qualitative assessment of long distance truck drivers’ vulnerability to HIV/AIDS in Itajaí, Southern Brazil”, será publicado na edição de junho/2006 de *AIDS Care*. A versão original dos artigos encontra-se em anexo.

REFERÊNCIAS

- Ades AE. Serial HIV seroprevalence surveys: interpretation, design, and role in HIV/AIDS prediction. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol; 9:490-9, 1995.
- Barendregt C, van der Poel A, van de Mheen D. Tracing selection effects in three non-probability samples. Eur Addict Res; 11:124-31, 2005.
- Bastos FI, Bongertz V, Teixeira SL, *et al.* Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. Mem Inst Oswaldo Cruz; 100:91-6, 2005.
- Booth RE, Mikulich-Gilbertson SK, Brewster JT, *et al.* Predictors of Self-Reported HIV Infection Among Drug Injectors in Ukraine. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome; 35:82-8, 2004.
- Caiaffa WT & Bastos FI. Usuários de Drogas Injetáveis e Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana: Epidemiologia e Perspectivas de Intervenção. Revista Brasileira de Epidemiologia; 1: 190-202, 1998.
- Caiaffa WT, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, *et al.* The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users. Clin Infect Dis; 37:S376-81, 2003.
- Deslandes SF, Mendonça EA, Caiaffa WT, *et al.* As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. Cad. Saúde Pública; 18:141-151, 2002.
- Dunn J & Laranjeira RR. Transitions in the route of cocaine administration-characteristics, direction and associated variables. Addiction; 94:813-24, 1999.
- El-Bassel N, Witte SS, Wada T, *et al.* Correlates of partner violence among female street-based sex workers: substance abuse, history of childhood abuse, and HIV risks. AIDS Patient Care STDS; 15:41-51, 2001.
- EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 69. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2003.
- Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. Rev Saude Publica; 37:751-9, 2003.
- Field MG. HIV and AIDS in the Former Soviet Bloc. New England Journal of Medicine; 315:117-120, 2004.
- Flom PL, Friedman SR, Kottiri BJ, *et al.* Stigmatized drug use, sexual partner concurrency, and other sex risk network and behavior characteristics of 18- to 24-year-old youth in a high-risk neighborhood. Sex Transm Dis; 28:598-607, 2001.
- Friedman SR, Flom PL, Kottiri BJ, *et al.* Consistent condom use among drug-using youth in a high HIV-risk neighbourhood. AIDS Care; 14:493-507, 2002.
- Hacker MA, Friedman SR, Telles PR, *et al.* The role of "long-term" and "new" injectors in a declining HIV/AIDS epidemic in Rio de Janeiro, Brazil. Subst Use Misuse; 40:99-123, 2005.

- Hacker M, Malta M, Enriquez M, Bastos FI. HIV/AIDS and drug use in Latin America and the Caribbean. Panam. J. Public Health; No Prelo – 1.
- Hacker MA, Leite IC, Guillen TT, *et al.* Reconstructing the AIDS epidemic among Brazilian injection drug users. Cadernos de Saúde Pública; No Prelo – 2.
- Hunter GM, Stimson GV, Judd A, *et al.* Measuring injecting risk behaviour in the second decade of harm reduction: a survey of injecting drug users in England. Addiction; 95:1351-61, 2000.
- Inciardi JA & Surratt HL. Drug use, street crime, and sex-trading among cocaine-dependent women: implications for public health and criminal justice policy. J Psychoactive Drugs; 33:379-89, 2001.
- Latkin CA, Knowlton AR, Sherman S. Routes of drug administration, differential affiliation, and lifestyle stability among cocaine and opiate users: implications to HIV prevention. J Subst Abuse 13:89-102, 2001.
- Leukefeld CG, Pechansky F, Martin SS, *et al.* Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and *crack* users in Porto Alegre, Brazil. AIDS Care; 17:S77-87, 2005.
- Mesquita F, Kral A, Reingold A, *et al.* Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. J Acquir Immune Defic Syndr; 28:298-302, 2001.
- Minayo MCS & Sanches O. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade? Cadernos de Saúde Pública; 9:239-62, 1993.
- Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids - Ano XVIII nº 01 - janeiro a junho de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Ministério da Saúde. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. série manuais n. 57.
- Nappo SA, Galduroz JC, Raymundo M, *et al.* Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in Sao Paulo, Brazil. J Psychoactive Drugs; 33:241-53, 2001.
- POLICY Project, USAID, UNAIDS, UNICEF. Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle-income countries in 2003. Washington DC: POLICY PROJECT, 2004.
- Quirk A, Rhodes T, Stimson GV. 'Unsafe protected sex': qualitative insights on measures of sexual risk. AIDS Care; 10:105-14, 1998.
- Rhodes T, Mikhailova L, Sarang A, *et al.* Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. Soc Sci Med; 57:39-54, 2003.
- Russian Federal AIDS Centre. HIV-infection in Eastern Europe & Central Asia. Moscow: Russian Federal AIDS Centre, 2004.
- Schumacher JE, Usdan S, Milby JB, *et al.* Abstinent-contingent housing and treatment retention among *crack*-cocaine-dependent homeless persons. J Subst Abuse Treat; 19:81-8, 2000.

Smolskaya T, Rusakova M, Tsekhanovich A, *et al.* Sentinel sero-epidemiological and behavioural surveillance among female sex workers, St Petersburg, Russian Federation, 2003. Anais da XV Conferência Internacional de AIDS. Abstract ThOrC137. Bangkok. 11-16 de Julho, 2004.

Stimson GV, Fitch C, Rhodes T. Rapid assessment and response guide on injecting drug use. Geneva: World Health Organization; 1998.

Stimson GV, Hunter GM, Donoghoe MC, *et al.* HIV-1 prevalence in community-wide samples of injecting drug users in London, 1990-1993. AIDS; 10:657-66, 1996.

Surratt HL. Indigence, marginalization and HIV infection among Brazilian cocaine users. Drug Alcohol Depend; 58:267-74, 2000.

Szwarcwald CL, Bastos FI, Gravato N, *et al.* Crack Smoking as a Predictor for HIV Infection Among Female Sex Workers in Santos, SP, Brazil. Anais do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 1 a 5 de agosto de 1998, Rio de Janeiro:Epirio-98, V. 1. Pag. 64-65.

UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update. Geneva: UNAIDS e WHO, 1998.

UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update. Geneva: UNAIDS e WHO, 2004.

UNODC. World Drug Report. Volume 1: Analysis. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime, 2005.

van Asten LC, Boufassa F, Schiffer V, *et al.* Limited effect of highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users on the population level. Eur J Public Health; 13:347-9, 2003.

II. RESULTADOS

II.1 – Artigo originalmente intitulado “Health Risks and Intervention Needs of Crack-involved Commercial Sex Workers in Southern Brazil”, submetido em 1º de junho de 2005 a *Medical Anthropology Journal*.

Profissionais do sexo e uso de crack Sul do Brasil: Implicações para a Saúde Pública e Possíveis Intervenções*

Autores:

Malta, M^{1,2}, Monteiro, S¹, Lima, R³, Bauken, S³, De Marco, A⁴, Zuim, GC⁴, Bastos, FI¹, Singer, M⁵, e Strathdee, SA^{2,6}

* Artigo submetido para a *Medical Anthropology Journal*

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil

² Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, EUA

³ Centro de Estudos, Pesquisa e Atenção à Drogas e AIDS (CEPADA), Foz do Iguaçu, Brasil

⁴ Secretaria Municipal de Saúde, Foz do Iguaçu, Brasil

⁵ Hispanic Health Council, Harford, CT, EUA

⁶ University of California San Diego School of Medicine, EUA

RESUMO

A principal substância ilícita estimulante consumida no Brasil é a cocaína, a qual está associada a um uso constante e repetitivo e a comportamentos sexuais de risco. Foz do Iguaçu está localizada em uma zona de fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, área importante de tráfico de drogas, com uma cena de prostituição bastante ativa.

Utilizamos métodos qualitativos de pesquisa para avaliar os comportamentos de risco frente ao HIV/AIDS de mulheres profissionais do sexo que usam *crack*. Entrevistas em profundidade foram realizadas com 26 profissionais do sexo, em conjunto com grupos focais, entrevistas de informantes-chave e observações de campo.

As participantes apresentaram uma baixa percepção de risco frente ao HIV, apesar de estarem frequentemente envolvidas em sexo desprotegido com múltiplos parceiros. Experiências de violência física e sexual foram constantes, o que prejudicava a negociação de uso do preservativo. Diversas profissionais do sexo eram moradoras de ruas ou viviam em favelas, raramente acessando serviços de saúde ou locais que oferecessem testagem e aconselhamento gratuito para o HIV e demais IST.

As mulheres profissionais do sexo que usam *crack* em Foz do Iguaçu experimentam uma gama de problemas de saúde e sociais que parecem influenciar a adoção de comportamentos de maior risco frente ao HIV. Esforços para prevenir o HIV nesta população requerem intervenções culturalmente adequadas e que abordem questões específicas de gênero.

Palavras chave: HIV/AIDS, prostituição, vulnerabilidade, *crack*, uso de drogas, Brasil

1. INTRODUÇÃO

Em diversas localidades, existe uma significativa intersecção entre populações de profissionais do sexo e aqueles que utilizam substâncias psicoativas ilícitas (UNAIDS/WHO, 2004). Muitos países da Europa central e oriental têm registrado um aumento relevante na quantidade de mulheres envolvidas no sexo comercial após o colapso da União Soviética. Algumas estimativas sugerem que existam aproximadamente 70.000 profissionais do sexo apenas em Moscou (European Project AIDS and Mobility Soros, 2003). Na Ásia, a maioria dos países possui grande número de profissionais do sexo. Até mesmo em países com epidemias de HIV/AIDS mais maduras, como diversas nações da África subsaariana, profissionais do sexo são desproporcionalmente afetadas pela epidemia, com prevalências de HIV que variam de até 30%, em locais como Yaounde (República dos Camarões), até uma taxa de 75%, no Kisumu (Quênia) (Morison *et al.*, 2001).

Alguns usuários de drogas se envolvem com o sexo comercial como forma de financiar sua dependência química, enquanto que outros profissionais do sexo podem utilizar as drogas como uma válvula de escape para situações de trabalho opressivas ou frente à depressão (Strathdee & Sherman, 2003; Romero-Daza *et al.* 1998, 2003). Alguns profissionais do sexo podem utilizar estimulantes como as metanfetaminas para se manter acordadas(os) ou manter relações sexuais durante longos períodos de tempo. Em ambas as situações, a troca de sexo por drogas ou por dinheiro, sob a influência do uso de drogas, é um comportamento que encerra grande risco e que pode influenciar a capacidade de julgamento e a habilidade de praticar o sexo mais seguro.

No Brasil, a substância ilícita estimulante mais frequentemente utilizada é a cocaína (principalmente inalada ou fumada sob forma de *crack*). Devido ao padrão específico de consumo da cocaína – uso constante e repetitivo – usuários ativos de cocaína se envolvem frequentemente em comportamentos de maior risco visando manter seus padrões de consumo (Inciardi & Surratt, 2001). Muitos usuários de cocaína se envolvem em sexo comercial, são moradores de rua ou vivem em alojamentos e/ou traficam pequenas quantidades de drogas para sustentar seu próprio consumo. Desde que a epidemia de HIV/AIDS começou no Brasil, especificamente nas regiões metropolitanas do sul e sudeste do país, UDIs e suas(seus) parceiras(os) sexuais têm tido um papel central na dinâmica de epidemias locais de HIV/AIDS (Bastos *et al.*,

2002). Alguns estudos sugerem que em Foz do Iguaçu existe um forte elo entre trocas de sexo por *crack*, prostituição e taxas elevadas de HIV entre mulheres dependentes de *crack* (Lima *et al.*, 2004)

Apesar desta vulnerabilidade acrescida, profissionais do sexo são uma população difícil de ser abordada e de se engajar em pesquisas, principalmente devido a questões relativas ao estigma e preconceitos associados ao envolvimento com sexo comercial (Asthana & Oostvogels, 1996). Objetivando aumentar nosso conhecimento sobre as interfaces entre sexo comercial, HIV e uso de *crack*, realizamos um estudo envolvendo organizações comunitárias de modo a avaliar a vulnerabilidade de profissionais do sexo frente ao HIV, buscando não só coletar informações, mas também estimular a confiança e engajar profissionais do sexo em pesquisas que possam ter um significado e um valor importante para suas vidas. O presente artigo relata um projeto feito através de uma parceria do Programa Global de AIDS, dos Centers for Disease Control and Prevention e do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. O objetivo principal desta parceria foi capacitar representantes de ONGs brasileiras para que estes atores pudessem realizar pesquisas específicas, necessárias para embasar iniciativas e intervenções mais eficazes e com base em evidências empíricas confiáveis.

Profissionais do Sexo e a epidemia de HIV/AIDS do Brasil

No Brasil, em consonância com o que pode ser observado nos mais diferentes estudos no âmbito da saúde pública que abordam a população de profissionais do sexo (Kilmarx *et al.*, 1999; Alary *et al.*, 1994), nos deparamos com um quadro de profunda heterogeneidade, com participações muito distintas das profissionais do sexo na epidemia de HIV/AIDS, em função de seu *status* socioeconômico, região, regime de trabalho, idade etc (Bastos, 2001).

Segundo alguns estudos, as profissionais do sexo estão sob especial risco para o HIV/AIDS e demais IST principalmente em três circunstâncias: consumo aditivo de certas drogas, como o *crack* (Szwarcwald *et al.*, 1998); condições socioeconômicas precárias (Lurie *et al.*, 1995) e em decorrência de falta de assistência médica adequada (Gravato *et al.*, 2000).

O trabalho de Lurie *et al.* (1995) mostrou que profissionais do sexo, provenientes de três cidades paulistas (São Paulo, Campinas e Santos), diferiam

substancialmente em função de seu *status* socioeconômico. As mais pobres, submetidas a um regime de trabalho diário mais prolongado e com um maior número de clientes/dia, se comparadas às de maior *status* socioeconômico, apresentaram taxas mais elevadas de prevalência para todas as infecções pesquisadas: HIV (17% *versus* 4%), sífilis (66% *versus* 24%) e hepatite B (52% *versus* 26%). Em suma, as trabalhadoras do sexo pertencentes aos estratos com melhores condições econômicas apresentaram taxas de prevalência para a infecção pelo HIV mais elevadas do que aquelas encontradas nas mulheres em idade fértil de uma maneira geral, mas as diferenças entre elas e as trabalhadoras do sexo pertencentes aos estratos mais pobres são bastante expressivas. É importante registrar que neste mesmo artigo uma proporção relevante (26%) de trabalhadoras do sexo (tomadas em seu conjunto) referiu temer atos de violência ao sugerirem o uso de preservativo aos seus clientes e, principalmente, aos seus parceiros sexuais não comerciais.

O artigo de Szwarcwald *et al.* (1998), com trabalhadoras do sexo de Santos, mostrou que o consumo de *crack* ou cocaína injetável está associado a taxas substancialmente mais elevadas (cerca de 10 vezes maiores) de infecção pelo HIV. Tal achado se mantém em análises multivariadas, nas quais também aparecem a questão do *status* socioeconômico mais baixo, a prática do sexo anal desprotegido, a idade mais baixa e a iniciação sexual mais precoce.

Uma outra análise da mesma amostra de profissionais do sexo de Santos, enfocando outros aspectos (Gravato *et al.*, 2000), mostrou que as diferenças nas taxas de infecção, secundárias aos diferenciais socioeconômicos, podem ser parcialmente revertidas caso as profissionais do sexo recebam assistência ginecológica regular, enfatizando a necessidade de integração das distintas ações preventivas (educação para a saúde, redução de danos secundários ao consumo de drogas e assistência médica de qualidade).

É importante mencionar não apenas estudos específicos com profissionais do sexo, mas também questões relativas à epidemia como um todo. Transcorridas duas décadas desde o registro dos primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil, análises mais abrangentes apontam tanto para a transmissão sexual como principal motor da epidemia (Szwarcwald *et al.*, 1997; Szwarcwald & Bastos, 1998) quanto para um aumento progressivo da proporção de mulheres infectadas ao longo do tempo. Uma inspeção, mesmo superficial, dos *Boletins Epidemiológicos* da CN DST/AIDS (www.aids.gov.br)

evidencia a progressiva diminuição da razão de casos masculinos/femininos, a qual era de 24:1 em meados dos anos 80 e atualmente em muitos municípios é de 2:1 ou 1:1. Não só o número de novos casos entre mulheres cresce, mas decresce de forma menos pronunciada a mortalidade associada à AIDS entre mulheres, enquanto entre os homens esta mortalidade inicia um processo de estabilização no Rio de Janeiro e São Paulo, já em 1995, ou seja, antes da introdução e disponibilização de esquemas terapêuticos com terapia anti-retroviral de alta potência (Lowndes *et al.*, 2000; Bastos, 2001).

Por fim, existem evidências de que epidemia tem se expandido, nos últimos anos, em ritmo mais acelerado entre os segmentos populacionais de menor nível socioeconômico, principalmente entre as mulheres residentes em municípios de pequeno porte e com baixa escolaridade (Fonseca et al., 2000).

2. MÉTODOS

2.a) A Metodologia do CDC/Programa Global de AIDS

Representantes de diversas ONGs brasileiras, inclusive ONGs que trabalham especificamente com profissionais do sexo, participaram de um treinamento em Brasília em Junho de 2002, financiado pelo PN DST/AIDS e pelo CDC/Global AIDS Program. O treinamento voltado para representantes de ONGs que trabalham com profissionais do sexo foi facilitado por um dos autores do presente artigo (M. Singer). Neste treinamento foi pedido a cada representante de ONGs que dissessem que perguntas gostariam de responder com o projeto de pesquisa. Os participantes mencionaram diversos objetivos, incluindo compreender melhor os riscos específicos que profissionais do sexo enfrentam e as barreiras encontradas na busca de serviços de saúde. Houve também um grande interesse em pesquisar sobre questões relativas à discriminação, desafios impostos pela pobreza, ameaças à saúde e bem estar de profissionais do sexo e suas necessidades em saúde que atualmente não são atendidas.

Assim que cada organização participante foi capaz de articular seus objetivos de pesquisa específicos, uma visão geral de metodologias de pesquisa foi apresentada, com maior ênfase em avaliações rápidas (Stimson *et al.*, 1998). Dada a natureza breve dos projetos a serem desenvolvidos, uma quantidade de métodos qualitativos foi selecionado, incluindo observações de campo de curta duração e observação direta de

localidades nas quais comportamentos de maior risco costumam ocorrer (ex: locais nos quais o uso/compra de drogas e o sexo comercial fossem comuns), entrevistas com informantes-chave vinculados à população-alvo (ex: profissionais de centros para tratamento de dependência química), grupos focais e entrevistas em profundidade com profissionais do sexo.

Apesar de reconhecermos que, devido à pequena escala (apenas 6 projetos) e duração dos projetos (10-12 meses) a serem implementados, seria impossível adotar estratégias rigorosas para alcançar representatividade nas amostras dos diversos projetos, a utilização de métodos múltiplos e com forte sobreposição (e a oportunidade de triangular os achados dos diversos métodos) foi enfatizada como uma maneira de aumentar a confiabilidade e precisão dos achados das pesquisas (Trotter *et al.* 2001, Needle *et al.* 2003).

Após o treinamento, 18 projetos de pesquisa, que tinham como foco diversas populações específicas, foram elaborados pelas ONGs, com o auxílio de pesquisadores brasileiros, inclusive a primeira autora deste artigo (M. Malta). As propostas de pesquisa foram revisadas por uma equipe de instituições acadêmicas, ONGs, representantes dos CDC e do PN DST/AIDS. Cinco projetos foram selecionados para financiamento. O presente manuscrito relata os achados de um projeto desenvolvido por uma ONG que trabalha com profissionais do sexo que usam *crack* em uma região de tríplice fronteira, Foz do Iguaçu.

2.b) Local de realização

Localizada no sul do Brasil, em uma área que faz fronteira com o Paraguai (Ciudad del Este) e Argentina, Foz do Iguaçu é como muitas outras cidades de fronteira, conhecida como uma área importante de tráfico de drogas, contrabando de mercadorias e transações de sexo comercial. O estudo desenvolvido pela ONG de Foz do Iguaçu foi guiado pelas seguintes perguntas de pesquisa: 1) Quais são as características comportamentais principais de mulheres que usam *crack* em Foz do Iguaçu?; 2) Quais os comportamentos de risco mais frequentes nesta população e entre seus parceiros sexuais?; 3) Esta população possui informações sólidas sobre HIV/AIDS e demais IST?; e 4) Quais são as principais necessidades que esta população tem no que se refere à oferta de serviços na área de HIV e em outras áreas de saúde?

Para responder estas perguntas, a equipe do projeto utilizou quatro metodologias de pesquisa qualitativa: observações de campo em locais selecionados, entrevistas breves com informantes-chave, grupos focais com representantes da população-alvo da pesquisa e entrevistas em profundidade com uma pequena amostra de mulheres profissionais do sexo que usam *crack* no local.

2.c) Coleta de dados

Para realizar a coleta de dados, dois representantes da ONG local (CEPADA) e dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu receberam um treinamento específico sobre coleta de dados qualitativos. Os instrumentos foram elaborados em conjunto por representantes da ONG local (Bauken & Lima), da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu (De Marco & Zuim) e pesquisadores externos (Malta & Singer), sendo depois pré-testados em uma pequena amostra de participantes, para verificar sua adequação. Todos os dados foram coletados pelos representantes da ONG local e da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu.

A coleta de dados iniciou-se com observações de campo em determinados locais sabidamente utilizados para consumo/tráfico de drogas e sexo comercial. As observações de campo foram realizadas em diferentes dias da semana e horários variados (manhã, tarde, noite e madrugada), totalizando nove horas de observações. Entrevistas breves foram realizadas com seis profissionais de saúde, quatro líderes comunitários de favelas, nas quais a maioria das profissionais do sexo usuárias de *crack* mora e/ou usa *crack*, e quatro policiais. A diretora do Programa local de HIV/AIDS e IST também foi entrevistada.

Nestas entrevistas breves, os participantes relataram seus pontos de vista sobre o uso de drogas por parte de mulheres jovens, o envolvimento de usuárias de *crack* no sexo comercial e a vulnerabilidade desta população frente ao HIV/AIDS e demais IST. Na entrevista realizada com a diretora do Programa local de HIV/AIDS, questões relativas ao acesso ao tratamento para HIV, assistência disponível para esta parcela da população e questões relativas a iniciativas públicas voltadas para mulheres usuárias de *crack* que estão envolvidas no sexo comercial também foram discutidas.

Após esta primeira etapa, 26 entrevistas em profundidade foram realizadas com mulheres usuárias de *crack*. As cinco primeiras participantes da pesquisa eram

profissionais do sexo que participavam de intervenções desenvolvidas pela ONG CEPADA (Centro de Estudos, Pesquisa e Atenção à Drogas e AIDS). Estas entrevistadas iniciais atuaram ao longo da pesquisa como recrutadoras de outras profissionais do sexo não engajadas em intervenções da ONG ou em serviços públicos, e por isso mais difíceis de serem acessadas e recrutadas. As mulheres eram elegíveis para participar da pesquisa se fossem (ou tivessem sido) profissionais do sexo e usuárias de *crack* nos últimos seis meses. Os informantes-chave foram recrutados pela equipe da ONG e da Secretaria Municipal da Saúde em serviços de saúde, organizações comunitárias e delegacias de polícia.

Os tópicos da entrevista incluíam questões acerca do uso de drogas, comportamento sexual, envolvimento com sexo comercial, conhecimentos, atitudes e crenças acerca do HIV. Dois grupos focais foram realizados com algumas das mulheres que participaram das entrevistas em profundidade, visando à confirmação e aprofundamento dos achados iniciais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todos os participantes assinaram termo de consentimento informado antes da coleta dos dados. Participantes de grupos focais e entrevistas em profundidade receberam o equivalente a 5 dólares americanos, como auxílio para suas despesas com transporte e alimentação no dia da entrevista/grupo focal.

2.d) Análise dos Dados

As transcrições de entrevistas, grupos focais e observações de campo foram lidas pela equipe local e consultores externos, de forma a identificar os pontos de vista e comportamentos dos participantes acerca das interações entre sexo comercial, uso de drogas e risco acrescido frente ao HIV/AIDS. Anotações descritivas foram feitas nas margens das transcrições, para facilitar a codificação dos dados. A codificação das entrevistas iniciais foi feita separadamente por três autores do presente artigo (Malta, Bauken & Lima) e depois os códigos foram comparados e combinados, de forma a elaborar um esquema de códigos único, com 64 códigos. Textos com códigos semelhantes de entrevistas diferentes foram comparados de modo a possibilitar a elaboração de temas preliminares. A codificação dos dados foi facilitada pelo *software* Atlas.ti, um programa que permite manejar e organizar arquivos de texto (Muhr, 1997).

Um processo semelhante de análise foi utilizado para os dados obtidos através de mapeamento, no qual os dados iniciais coletados através de observações de campo por dois pesquisadores foram comparados e fundidos de forma a dar origem a um único esquema.

Os dados de entrevistas, grupos focais e observações de campo foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo. A técnica de análise temática "*consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido*" (Bardin, 1979, p. 105). Além de se buscar respostas para questões, com esta técnica pode-se caminhar na direção da "*descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado*" (Gomes, 1994, p. 74).

Os dados foram analisados em grandes eixos temáticos, a saber: comportamentos relativos ao uso de drogas, comportamento sexual, conhecimento sobre IST/AIDS e acesso a serviços de saúde. A análise seguiu o princípio de triangulação dos dados (Minayo *et al.*, 2005), entendida como a combinação de: diferentes fontes de dados (profissionais do sexo, profissionais de saúde, formuladores de políticas); diferentes técnicas de investigação (observação de campo, entrevistas em profundidade, grupos focais); e diferentes concepções acerca do objeto de estudo (quando diferentes pesquisadores analisam os dados em conjunto).

A análise foi norteada pelos seguintes escopos teóricos: (a) a organização dos sujeitos acessados e sua apreensão e potencial explicativo sobre os fatos que constituem seu ambiente físico e social (Alves & Rabelo, 1995); (b) o distanciamento e reapropriações do saber popular em relação ao saber científico (Adam & Herzlich, 2001); (c) a presença de uma cultura própria e seus modelos de pensamento no contexto social acessado (Carrara, 1994).

Os limites da análise referem-se também ao próprio desenho da metodologia qualitativa e à prática científica das ciências sociais. Segundo Deslandes e colaboradores (2002), esta metodologia irá conduzir a análises mais aprofundadas sobre determinados comportamentos em um contexto e grupo social específico,

impossibilitando uma generalização direta dos achados a um universo mais amplo. Este tipo de pesquisa também não permite uma predição de comportamentos futuros relativos à realidade estudada, pois a metodologia qualitativa permite apenas uma avaliação de prováveis cenários de permanência e/ou transformação/mudança da realidade encontrada (Deslauriers, 1987; Patton, 1988).

3. RESULTADOS

3.1 Características sócio-demográficas

As participantes das entrevistas em profundidade (N=26) tinham entre 18-37 anos. A maioria era solteira e tinha, em média, 2 filhos, aproximadamente a metade tinha menos de 8 anos de educação formal. Entre as participantes que declararam ter renda mensal, a maioria possuía renda inferior a R\$500,00. Porém, uma grande parcela das participantes não quis mencionar seu ganho mensal (N=10), possivelmente devido ao caráter ilícito de suas atividades – envolvimento com contrabando, tráfico de drogas e sexo comercial (Tabela 1).

Tabela 1 – Informações sócio-demográficas das 26 mulheres usuárias de *crack* entrevistadas. Foz do Iguaçu, 2003

	Total (%) N=26
Idade	
18-20	5 (19,2)
21-25	5 (19,2)
26-30	7 (26,9)
31-35	4 (15,4)
36-40	5 (19,2)
Solteira	15 (57,7)
Moradia	
Favelas locais	9 (34,6)
Hotéis, bordeis e alojamentos	14 (53,8)
Moradora de rua	2 (7,7)
Ignorado	1 (3,9)
Escolaridade	
Analfabeta	2 (7,7)
1 - 4 anos de educação	6 (23,1)
5 - 8 anos de educação	7 (26,9)
9-11 anos de educação	11 (42,3)
Renda mensal	
Até R\$ 500,00	9 (34,6)
R\$ 501,00 - 1500,00	---
R\$ 1501,00 - 2500,00	2 (7,7)
R\$ 2501,00 - 3000,00	1 (3,8)
Ignorada	10 (53,8)
Média de numero de filhos	2,2 (0-8 filhos)
Vive com os filhos	
Sim	5 (19,2)
Não	16 (61,5)
Não tem filhos	5 (19,2)
Mora com	
Pais	3 (11,5)
Outros parentes/filhos	1 (3,8)
Companheiro	6 (23,1)
Sozinha	9 (34,6)
Moradora de rua	2 (7,7)
Amigos	4 (15,4)
Atualmente encarcerada	1 (3,8)
Total	26 (100)

3.2 Resultados Qualitativos

Os dados qualitativos obtidos através de entrevistas em profundidade, grupos focais e observações de campo foram analisados em grandes eixos temáticos, a saber: comportamentos relativos ao uso de drogas, comportamento sexual, conhecimento sobre IST/AIDS e acesso a serviços de saúde. Seguem-se as respectivas análises:

3.2.1 – Comportamentos relativos ao uso de drogas

a) Início do uso de drogas e do envolvimento com sexo comercial

Grande parte das entrevistadas iniciou seu consumo de drogas ainda na infância ou na pré-adolescência, entre 8-11 anos de idade. A primeira substância consumida pela maioria das participantes foi cola de sapateiro. Em geral, o uso de drogas precede o

envolvimento com sexo comercial. Muitas participantes também começaram a praticar sexo comercial precocemente, na maioria das vezes para financiar seu uso de drogas. Estes achados vão ao encontro de estudos anteriores, os quais também identificaram o início precoce de envolvimento, tanto com o sexo comercial quanto com o uso de drogas entre jovens moradores de rua (Weber *et al.*, 2004; Lamber *et al.*, 2005).

“Cola. Com oito anos (...) Ah, nós cherava muita cola, aí nós ia pro Paraguai, aí nós robava, nós cherava cola, daí usava, daí depois eu parei de cherar cola e comecei morar na rua, de lá pra cá comecei usa o crack e ir pra noite. Pra usa tem que te dinheiro, né?” [Entrevista em profundidade, profissional do sexo, 22 anos]

“A primeira vez que eu usei o crack, eu fui fazê um programa com um turco no motel X. e ele me deu 150 reais (...) Ele tinha uma pedra desse tamanho, ele botava em cima da mesa (...) e ele falava “experimental!”. Aí ele falava assim “cada bola que você der eu vou te dando dez reais”. Aí eu comecei, né! Eu aprendi a usá isso aí, brincando, sorrindo e ainda ganhei 150 reais.” [Entrevista em profundidade, profissional do sexo, 27 anos]

b) Uso de crack e compartilhamento de cachimbos

É freqüente o compartilhamento de cachimbos para uso de *crack* e/ou o uso de cachimbos que pertencem a conhecidos. Porém, a grande maioria das participantes desconhece os riscos para a saúde relacionados ao uso de *crack* e ao compartilhamento de cachimbos (ex: herpes oral, hepatites e problemas respiratórios diversos). Até onde é do nosso conhecimento, estudos anteriores realizados com usuárias de *crack* brasileiras não haviam reportado compartilhamento de cachimbos.

“eles pedem emprestado, eu empresto. Todo mundo empresta seus cachimbos. (...) Pega doença? Pega? E se a pessoa tivé o vírus do HIV e usá o cachimbo da gente, pega?” [entrevista em profundidade, profissional do sexo e traficante de drogas, 27 anos]

A prática de compartilhamento de cachimbos parece ser influenciada basicamente por dois fatores. Muitas entrevistadas preferem não ter cachimbo para tentar *controlar* o uso compulsivo de *crack* – controlar a “estiga”, na linguagem das participantes. Outras usuárias preferem não ter seu próprio cachimbo para que não tenham indícios de ser usuária de *crack*, nenhum “flagrante”, caso a polícia chegue no local de consumo.

“É que a gente não tem cachimbo, a gente pega dos outros emprestado (...) eu ainda tenho esperança de parar com isso. Se eu fazer um cachimbo daí é onde eu vou me internar mais ainda, então eu prefiro não ter.” [Entrevista em profundidade, profissional do sexo e catadora de lixo, 25 anos]

- (...) eu não tenho flagrante nenhum na minha casa.
- Então você nunca compartilhou cachimbo?
- Já, muitas vezes!
- Quais as doenças que você pode pegar compartilhando cachimbo? Você tem essa noção?
- *Hepatite, herpes, tuberculose, né.* [Entrevista em profundidade, profissional do sexo, 37 anos]

3.2.2 - Comportamento sexual

A adoção de comportamentos sexuais de maior risco frente ao HIV/AIDS e demais IST é bastante freqüente. A grande maioria das participantes possui múltiplos parceiros sexuais e constantemente utiliza o sexo comercial como forma de conseguir drogas, seja através da troca direta de sexo por drogas (principalmente o *crack*) ou através da utilização do sexo comercial como forma de conseguir dinheiro para comprar drogas.

“Como eu sou profissional do sexo, por dia no mínimo são cinco, vamo faze uma conta, de 30, 150 por aí, o dia que eu não saio com 5, saio com 3 ou saio com 2, então é muito raro você faze, você faz 2 programa pelo menos de dia e de noite, porque eu trabalho de dia e de noite, mas a maioria das pessoas sempre fazem bastante. (...) eu já fiz sexo em troca de droga sim (...) eu calculo o que seria meu programa e pego em droga (...)” [Entrevista em profundidade, profissional do sexo, 22 anos]

A prática de sexo desprotegido é também bastante freqüente, principalmente quando as participantes estão sob a influência de álcool/drogas. Conforme relato a seguir, uma grande parcela dos clientes estimula as profissionais do sexo a usarem álcool/drogas, muitas vezes como forma de desestimular o uso de preservativos.

“(...) a gente de programa vai usando [crack], usando também, nesse meio gira muito entendeu, não é, a gente nem precisa descer lá na favela, nem nada, vem tudo na mão, o próprio cliente traz [crack] e se tranca num motel, entendeu vai lá pro motel, e tranca, porque lá tem segurança das coisas, sabe que o dinheiro compra e pra você saí e ganha bem, ou senão você vai ter que ganhar micharia, bate portinha assim umas doze vezes, você quer sair só com uma pessoa a noite inteira e ganhar bem, eles [clientes] fazem você usar [drogas], a maioria. Porque você usando droga você não vai usar preservativo, às vez a maioria faz, já é a maldade e o cara tando drogado ele fica com medo que o outro não tá, entregue, conte pra policia, então ele faz você usar, paga pra você usar [crack], pra você ser conivente com o que ele tá fazendo.” [Entrevista em profundidade, profissional do sexo, 33 anos]

Muitos dos clientes das participantes estão envolvidos com o tráfico de drogas e estimulam profissionais do sexo a usarem *crack*, o que facilita a criação e manutenção deste uso. Este contexto que favorece o uso continuado e compulsivo de *crack*, culmina com a constatação de que um dos principais fatores que influencia a prática de sexo desprotegido é a necessidade premente de usar *crack*, ou, na linguagem das usuárias, “estiga”:

“(...) porque usando a droga você fica com vontade de fumá mais. E aí você não tem e aí uma pessoa te encontra na rua e fala: ‘Vamo transá?’ E aí você não tem camisinha e você fala: ‘Vamo’ E transa sem camisinha mesmo. Por instiga de fuma a pedra.” [Entrevista em profundidade, profissional do sexo, 22 anos]

“(...) A pessoa quando tá na estiga ela transa até por dois reais, por uma pedra de dois, se tiver um preservativo no bolso ela usa se não tiver ela vai igual (gesticula), a estiga fala mais alto. É a mesma coisa se eu tiver tomando um baque [usar drogas injetáveis]e você ser soro positivo, eu mesmo sabendo que você é soro positivo a minha estiga é tanto que eu tomo na tua seringa. Quem tá na estiga, tanto quer dizer a vida como a morte, eu mesma sou assim.” [Entrevista em profundidade, profissional do sexo e traficante, 37 anos]

Contribui ainda para o não uso do preservativo a noção segundo a qual “familiar” protege, já atestado em outros trabalhos (Monteiro, 2002). Tal aspecto foi observado neste estudo pela diferenciação da percepção entre cliente *da rua* e clientes *regulares* (ou parceiro estável), diferenciação que influencia o uso (ou não) de preservativos. O cliente *da rua* é percebido como perigoso e alguém com o qual se deve usar preservativos, enquanto que o cliente *regular* (ou parceiro estável), *familiar*, é percebido como seguro, e alguém com o qual não se deve usar preservativos, como prova de confiança. É freqüente a crença de que *não é correto* usar preservativos em parcerias estáveis, ou que negociar o uso de preservativos com parceiros estáveis implica por em dúvida a fidelidade do parceiro e/ou correr o risco de perder o parceiro.

Eu acho que a gente não consegue ter relação com a camisinha, eu acho que não é normal, um casal normal tá transando com camisinha (...) eu não consigo transar com ele de camisinha, não consigo, me sinto mal. Você tivesse uma desconfiança...sei lá. [Entrevista em profundidade, profissional do sexo e pedinte, 25 anos]

Outras questões importantes influenciam a decisão de negociar (ou não) o uso de preservativos com clientes sexuais. O relato abaixo, de uma profissional do sexo HIV-positiva, aponta para a dificuldade de negociar o uso de preservativos sem declarar seu

sorostatus para o cliente, além do constante medo de sofrer atos de violência por parte dos clientes sexuais. Este medo de violência permeia a quase totalidade dos relatos, independente da participante ser ou não HIV-positiva. Estudos anteriores também identificaram que o medo de violência é uma importante barreira para a adoção do sexo mais seguro com clientes, entre mulheres usuárias de *crack* (Spittal *et al.*, 2003; Logan *et al.*, 2003).

- “(...) *eu te digo uma coisa, muitas vezes a mulher tenta procurar o certo, mas tem muitos homens que não gostam do certo, gostam de abusar. Abusar é o que, a mulher querer fazer usar camisinha, ele não (...) não aceita (...) Você acha certo ele fazer sexo comigo, depois falar, depois que terminar ele falar assim, se eu descobrir que você tem alguma doença eu te mato?*
- Isso já aconteceu contigo?
- *Já aconteceu, mas eu nunca...eu não tenho coragem de abrir minha boca e falar. [que é HIV-positiva]. Eu tenho vergonha, eu tenho vergonha, claro eu já levei 2 tijoladas na cabeça uma vez por causa disso. [entrevista em profundidade, profissional do sexo, 20 anos]*

Segundo as entrevistadas, o acesso ao preservativo é fácil, sendo distribuído gratuitamente em postos de saúde e nas favelas por agentes de saúde. Porém, as participantes frequentemente mencionam que a distribuição de preservativos é muitas vezes descontínua, o que pode contribuir para a adoção de sexo desprotegido com múltiplos parceiros.

- Se você precisar de preservativo, se você resolver usar, é fácil de obter?
- *Agora ta fácil, antes não tava mas agora ta.*
- Como é que agora, ficou fácil?
- *Por exemplo, as meninas da S. [agente de saúde] estão direto por aí. Elas deixa na casa da E. da favela, uma porção, só a gente querer ir pegar. [Entrevista em profundidade, profissional do sexo e traficante, 27 anos]*

Uma observação de campo feita na principal área de prostituição de Foz do Iguaçu confirma que o acesso ao preservativo não é contínuo e, muitas vezes, não é suficiente frente à demanda da sua utilização. Conforme a observação abaixo, pode-se verificar que nenhuma das profissionais do sexo abordadas tinha preservativos, além de referirem que há bastante tempo não havia distribuição de preservativos no local.

“(...) Observamos que no chão do bar e na calçada havia muitos pedaços de papel alumínio jogado e muitas bitucas de cigarro. Os diversos pedaços de papel alumínio é um dado significativo, uma vez que o crack é vendido enrolado nestes pequenos pedaços de papel alumínio. Possivelmente estas profissionais do sexo façam uso de crack no local em que foi feita a observação ou bastante próximo ao local da observação. Entre as garotas que estavam ali era perceptível a pouca idade de algumas delas, embora elas afirmassem ter entre 18-19 anos ao serem questionadas. S. pergunta se elas têm preservativos e todas dizem que não, nenhuma profissional do sexo possuía preservativo no momento da observação. As mulheres abordadas referem que há muito tempo não recebem preservativos. Perguntamos se o pessoal do projeto com as profissionais do sexo não estava passando no local para fazer esta distribuição de preservativos e elas respondem que não viram ninguém” [Observação de campo, 07/08/2003, horário: 22:30 – 22: 50]

3.2.3 - Conhecimento sobre HIV/AIDS e demais IST e experiências anteriores de contaminação por alguma IST

As participantes conhecem as principais formas de se infectar com o HIV e demais IST – sexo desprotegido e compartilhamento de seringas/agulhas quando do uso de drogas injetáveis, porém não foi mencionada a transmissão vertical como possível forma de transmissão do HIV.

“A AIDS é transmissível pela secreção sexual e pelo sangue, né as doenças sexualmente transmissíveis também são transmissíveis por causa da falta do uso do preservativo.” [Entrevista em profundidade, profissional do sexo, 33 anos]

“Só sei que AIDS pega se usa seringa, essas coisa e doença se não usar camisinha pega(...)” [Entrevista em profundidade, profissional do sexo, 21 anos]

Apesar do bom nível de conhecimento sobre HIV/AIDS e demais IST da grande maioria das participantes, foram identificadas algumas concepções errôneas, tanto sobre formas de infecção pelo HIV e demais IST, quanto sobre práticas anticoncepcionais:

- Você sabe como se pega AIDS?
- *Sobre isso eu sei. Praticando sexo, na saliva, no beijo, né. É isso que eu sei. [Entrevista em profundidade, profissional do sexo e pedinte, 27 anos]*
- E como é que você faz ai pra evitar filhos?
- *Aí eu não sei, daí eu pego e transo e ai vou no banheiro rapidinho e faço urina de novo e ai diz que não engravida. [Entrevista em profundidade, profissional do sexo, 22 anos]*

A noção de que o conhecimento sobre formas de prevenção do HIV e demais IST não é suficiente para mudar comportamentos de risco, já atestada em outros trabalhos (Monteiro, 2002), foi também identificada nesta pesquisa. Embora as profissionais do sexo tenham conhecimento, este não é suficiente para adoção de comportamentos mais seguros. Os relatos anteriores sobre adoção de sexo desprotegido com múltiplos parceiros confirmam este problema. Além de serem freqüentes os comportamentos de risco, muitas participantes relatam ter (ou já ter tido) alguma IST, as quais muitas vezes são tratadas através da auto-medicação, por indicação de pessoal de farmácias, principalmente pelo estigma associado ao fato de ter uma IST, conforme relato abaixo:

- *Uma vez gonorréia, quando eu tinha 17, 18 anos.*
- *Como você pegou?*
- *De um namorado meu, aquele sem-vergonha!*
- *Como você tratou?*
- *Com injeção de penicelina, sei lá, tetraciclina, terramicina, nem lembro o nome da injeção que eu tomei, sei que sarô. Faz tempo, já nem lembro direito.*
- *Quais serviços você utilizou?*
- *Farmácia, nem em consulta médica eu não fui de vergonha! Fui na farmácia, foi meu namorado que me levou, prá me dá as injeções, daí ele já pagou, eu nem sabia de nada, quando vi já tava!* [Entrevista em profundidade, profissional do sexo, 37 anos]

3.2.4 - Acesso a serviços de saúde e percepções sobre as intervenções de saúde atualmente disponíveis no local

Segundo a maioria das participantes, experiências de estigmatização e preconceito em serviços de saúde são bastante comuns, muitas vezes devido ao duplo envolvimento dessa população em sexo comercial e consumo de drogas.

“(...) porque a pessoa que não é usuária de droga, eu acho que eles atendem melhor, porque drogado eles falam... Drogado anda na rua, eles que se virem, as outras pessoas não.” [Entrevista em profundidade, profissional do sexo, 21 anos]

“(...) Depois o Dr. P. também me maltratou muito lá. Cada vez que ele vinha pra... eu tava muito, muito magrinha, minha pele tava muito sensível, né quando eu tava muito doente e ele vinha pra me consultar pra fazer aqueles exame em mim e eu me queixava de dor, daí ele falava pra mim, xingava né, falava que na hora de sair pra rua e pegar essa doença [HIV] eu não pensava que tava com dor, daí eu acho que isso não é coisa que um médico deve falar prum paciente dele. Então, eu pra mim eu me senti rebaixada

ali na Santa Casa, mal tratada mesmo (...) [Entrevista em profundidade, profissional do sexo e pedinte, 25 anos]

Além de enfrentar barreiras adicionais relacionadas ao estigma e preconceito nos serviços de saúde, outro importante problema é a falta de serviços de saúde próximos às duas principais favelas nas quais as mulheres usuárias de *crack* moram. De acordo com relatos de diversos líderes comunitários e observações de campo, o único serviço de saúde localizado próximo a uma das favelas foi desativado, tornando-se um prédio abandonado, atualmente utilizado para tráfico e consumo de drogas, principalmente *crack*.

(...) R. pergunta porque foi desativado o posto de saúde. F. coloca que foi tirado pelo gestor anterior, e que isso “quebrou nossas pernas”, não sabem o motivo, pensam que foi por maldade, que todos consultavam lá, faziam pré-natal, havia pediatra, ginecologista e clínico geral. Quando terminaram com as atividades do posto, uma mulher com os filhos que morava aí, falou com varias pessoas na Prefeitura para morar lá e cuidar do local, mas não autorizaram, assim o local ficou abandonado e começou a ser depredado, estando hoje sem janelas, portas etc, sendo um local onde se consome crack.(...) [Entrevista com líder comunitário]

“(...) Mais na frente encontramos o L. que é usuário de drogas. Ele vem até um rapaz com as mãos cheias de moedas compra algumas pedras de crack, se encosta no muro do Posto de saúde abandonado e fuma as pedras.(...) [Observação de campo, 22/05/03, horário: 16:00 às 17:00 h]

“(...) Suzana pergunta à F. como estão estas mulheres usuárias de crack na comunidade. F. relatou-nos sobre algumas, e coloca que elas não usam preservativos, que quando vê já estão grávidas. F. comenta sobre C. uma usuária de crack que naquele momento estava subindo a favela. F. comenta que um rapaz estava fumando crack no posto [referindo-se ao posto de saúde desativado e totalmente depredado, que serve como local de uso de crack]. Segundo a informante este rapaz estava drogado - “ele tava na nóia”. O rapaz sentiu um cheiro ruim e ouviu um choro e achou que era alguma gata que tinha tido filhotes e estava cheirando mal. O rapaz acendeu um isqueiro e foi olhar, viu a C., que tinha acabado de dar a luz a seu filho no meio do mato. O rapaz saiu correndo e ligou para a guarda municipal. A guarda levou a mãe e o nenê para a Santa Casa. A mulher nos contou também de outros casos de crianças que nasceram ali mesmo na favela, como a N. que estava em um barraco atrás de nós – usuária de crack que deu à luz na favela” [Entrevista com representante comunitário]

O acesso a tratamento para dependência química constitui também um grande problema para a população de baixa renda local, uma vez que não existem serviços públicos voltados para este tipo de atendimento no município. De acordo com uma das coordenadoras locais de saúde, o governo estaria se negando a assumir sua parcela de

responsabilidade diante deste crescente problema de saúde pública da região, o consumo de *crack*.

- Atualmente, há algum programa de atendimento específico para os usuários de *crack* dentro do sistema público de saúde?
- *Não, que eu tenha conhecimento não. Olha, eu acho assim, é, a pesquisa foi exatamente sobre mulheres, mas eu acho assim, nós temos assim, um grupo de adolescentes, meninos e meninas, a gente, habitualmente tem mais meninos, mas tem meninas também, certo. Acho que a gente, o Estado, o município, todos nós, sem falar isso, que, na verdade, o Estado, o governo hoje deixa tudo pras outras pessoas fazerem, né. É Ong, é não sei quem ajuda, é, então o Estado, a gente vê que ele tem tentado deixar a mão, pra alguma coisa, mas o estado tem que se interessar, tem que se interessar em ajudar esse pessoal a fazer uma detecção precoce da droga, né, prá, é, a pessoa não se perder nesse caminho, porque depois que você entra na droga, dá pra você recuperar, mas, quanto mais tempo de droga, mais difícil a recuperação, é, você se prostitui, você vê mesmo, tanto eles quanto elas né, e leva elas num caminho que as vezes não tem volta.* [Entrevista com coordenadora de saúde]

4. DISCUSSÃO

Como evidenciado pela presente pesquisa em Foz do Iguaçu, diversos autores vêm apontando um aumento crescente no consumo de *crack* entre os jovens (Dunn *et al.*, 1996; Ferri *et al.*, 1997; Strang *et al.*, 1990). Tal fenômeno possivelmente derive de um conjunto de fatores interligados, tais como: a) maior disponibilidade da droga (Nappo *et al.*, 1994) b) usuários de drogas injetáveis estariam migrando para o *crack* em decorrência do medo da infecção pelo HIV (Mesquita *et al.*, 2001; Dunn *et al.*, 1996; Ferri *et al.*, 1997) e por ser muito mais fácil de ser utilizada, não tendo o inconveniente da manipulação e uso de agulhas (Ferreira Filho *et al.*, 2003); c) baixo custo desta forma de apresentação (Dunn *et al.*, 1996); d) dependência provocada pelo uso do *crack*, reduzindo a frequência de utilização de outras drogas ou outras vias de administração (Ferri *et al.*, 1997); entre outros aspectos.

Tendo como base os dados coletados na pesquisa e sua posterior análise, podemos concluir que esta população vive em uma situação de grande exclusão social e extrema vulnerabilidade ao HIV/AIDS e demais doenças sexualmente transmissíveis. Estudos nacionais (Ferreira Filho *et al.*, 2003) e internacionais (Butters & Erickson, 2003) têm apontado para a marcante exclusão social de usuários de *crack*.

Segundo Ferreira Filho e colaboradores (2003), o uso de *crack* vem se agravando nos últimos anos, principalmente na população empobrecida. De acordo com este estudo, dependentes de cocaína fumada apresentavam baixa escolaridade, encontravam-se freqüentemente desempregados, haviam morado nas ruas, usavam maior quantidade de droga e tinham sido presos em maior número de vezes do que aqueles que consumiam cocaína por outras vias de administração.

No presente estudo, foi evidenciada uma importante lacuna com relação ao acesso de mulheres usuárias de *crack* aos serviços de saúde, a qual pode ser determinada por diversos fatores. Não existem serviços de saúde próximos a comunidades carentes e o único serviço de saúde existente em uma comunidade carente foi desativado. Nos serviços existentes são constantes as experiências de preconceito vividas pelas participantes, o que pode influenciar negativamente o acesso e a aderência desta população aos serviços de saúde.

As dificuldades de acessar serviços saúde, nesta população, já foram alvo de um estudo anterior realizado por Butters e Erickson (2003). Os autores realizaram um estudo com 30 mulheres envolvidas com o comércio sexual e o uso de *crack* em Toronto, Canadá. Neste estudo, foram identificados fatores que agem como “dificultadores” do acesso de mulheres usuárias de *crack* aos serviços de saúde, tais como: experiências anteriores de preconceito em serviços de saúde, inexistência de serviços voltados para as necessidades e especificidades de mulheres dependentes químicas e inexistência de serviços com uma abordagem global, que incluam atendimento médico, psicológico e suporte social. Por outro lado, serviços mais acessíveis, com unidades móveis, hospitais dia e grupos de pares foram identificados como fatores que agem como estímulo, tanto para um maior acesso quanto para uma maior adesão de mulheres usuárias de *crack* ao serviço de saúde e ao tratamento para dependência química. É necessário repensar a estrutura atualmente disponível em Foz do Iguaçu para esta população, no sentido de oferecer estruturas mais flexíveis e acessíveis para mulheres usuárias de *crack*.

O estigma afeta drasticamente a qualidade de vida de dependentes químicos, seus parceiros (as), familiares e amigos (Knowlton *et al.*, 2001; Flom *et al.*, 2001). O temor de ser estigmatizado pode representar uma importante barreira à assistência em saúde. Em primeiro lugar, muitos usuários de droga não têm costume de procurar auxílio, e evitam solicitar ajuda. Em segundo lugar, o estigma associado ao uso de drogas muitas

vezes leva ao isolamento pessoal. Por fim, alguns usuários de drogas têm parentes que também estão às voltas com problemas de saúde, comprometendo com isso uma potencial fonte de cuidado e assistência, que poderiam receber destes parentes. Profissionais e planejadores de serviços de saúde devem estar cientes dessas redes informais de assistência, bastante frequentes entre usuários de drogas, redes que, fragilizadas, podem fazer com que estes pacientes não obtenham o cuidado necessário (Celentano *et al.*, 2001; McKinney & Marconi, 2002; Cohn, 2002).

O acesso a serviços de tratamento para dependência química é também uma questão relevante para a população acessada, pois todos os serviços atualmente disponíveis na região são privados, funcionam em regime de internação e estão baseados na busca da abstinência. A inexistência de serviços públicos, que tenham flexibilidade, de natureza ambulatorial e culturalmente adequados, possivelmente contribui para a baixa procura por tratamento desta população e para a baixa eficácia e aderência ao tratamento.

Intervenções realizadas com usuários de cocaína no Rio de Janeiro apontam para uma alta eficácia de serviços mais flexíveis, que abordem as diversas necessidades médicas e psicossociais desta população (Malta *et al.*, 2003). O manejo clínico de pacientes com necessidades diversas, como usuários de drogas e moradores de rua, precisa ser mais flexível do que o atendimento de pacientes convencionais, no sentido de estimular o acesso e aderência de uma população que historicamente tem estado à margem dos serviços de saúde. Intervenções que compreendem unidades móveis, trabalho de campo, grupos de pares e que sejam integrais, no sentido de oferecer um atendimento culturalmente adequado, são geralmente mais bem sucedidas e atraentes para estas populações (Saleh *et al.*; 2003; Malta *et al.*, 2003).

O padrão de consumo do *crack* – uso repetitivo e contínuo – determina a adoção de diversos comportamentos de maior risco frente ao HIV/AIDS, demais infecções sexualmente transmissíveis, além de outras doenças como a tuberculose e a hepatite C (Spittal *et al.*, 2003). O uso de *crack* está intimamente relacionado ao comércio sexual, pois a grande maioria das participantes refere utilizar o sexo como forma de conseguir *crack* ou obter dinheiro para comprar o *crack*. O grupo acessado costuma ter uma grande variedade de parceiros sexuais, sendo pouco frequente o uso de preservativos. O uso de álcool ou drogas, ou a grande “fissura”/“estiga” – na linguagem das usuárias – influencia diretamente a negociação de camisinha e a adoção de práticas sexuais mais seguras.

Relações desiguais de gênero e o medo de violência também aumentam as dificuldades enfrentadas pela população na negociação da camisinha e adoção do sexo mais seguro. Outro fator que também dificulta o uso de preservativos refere-se ao fato de que esta distribuição costuma ser descontínua e insuficiente frente à demanda existente. Tais questões têm sido abordadas em diversos estudos internacionais, apontando para a urgente necessidade de elaborar intervenções culturalmente adequadas e direcionadas às necessidades específicas de mulheres dependentes de drogas, tais como intervenções que permitam à mulher uma maior autonomia para negociar o sexo mais seguro – *empowerment* (Spittal *et al.*, 2003; Logan *et al.*, 2003).

A maior vulnerabilidade desta população frente ao HIV e demais IST é também potencializada pelo seu envolvimento, ainda na infância/puberdade, com o consumo/tráfico de drogas e com o sexo comercial desprotegido. Cabe ressaltar que a população acessada encontra-se em uma situação de risco acrescido, não só pelas dificuldades acima citadas, mas também pelas frequentes situações de violência, relacionadas tanto ao consumo de drogas quanto ao sexo comercial. Todo esse contexto de risco acrescido culmina na constatação de que a grande maioria de participantes já teve alguma experiência prisional.

A percepção de risco frente ao HIV/AIDS e demais IST, e o uso consistente de preservativos é também mediado pela percepção de estabilidade (ou não) do relacionamento. Ou seja, em relacionamentos percebidos como *seguros* – clientes *regulares* e/ou parceiros estáveis – a insistência no uso do preservativo implicaria em questionar a fidelidade e correr o risco de perder o parceiro. Outros estudos realizados com populações de jovens moradores de uma comunidade carente no Rio de Janeiro (Monteiro, 2002) e com mulheres jovens profissionais do sexo de Ribeirão Preto (Simon *et al.*, 2002) também identificaram esta cisão entre o que é *da rua* e, portanto, desconhecido e perigoso, e o que é *familiar*, logo conhecido e seguro. Segundo Simon e colaboradores (2002), são necessárias discussões sobre os envolvimento afetivos de mulheres profissionais do sexo, pois muitas vezes os relacionamentos afetivos são percebidos como *imunes*, os quais dispensariam a negociação de práticas preventivas.

Por fim, a grande maioria das usuárias de *crack* acessadas compartilha cachimbos, mesmo sabendo dos possíveis riscos dessa prática e tendo um histórico de doenças relacionadas ao compartilhamento do cachimbo, como a tuberculose. A maioria das usuárias prefere não ter o cachimbo, seja pelo fato de acreditar que não ter cachimbo

representa uma estratégia de tentar *controlar* seu uso compulsivo de *crack*, ou por medo de ser indiciada/presa, mediante o porte de cachimbos para uso de *crack*.

O uso de *crack* causa freqüentemente bolhas, úlceras e cortes nos lábios, e tais feridas podem facilitar a transmissão oral de diversos patógenos, inclusive do HIV, através de feridas abertas que permitem o contato direto com a corrente sanguínea (Porter & Bonilla; 1993; Faruque *et al.*, 1996), além de facilitar a transmissão de outras infecções, como a infecção por *herpes simplex*. Tendo este problema em mente, podemos supor que a alta freqüência de compartilhamento de cachimbos entre as participantes da pesquisa pode aumentar sua vulnerabilidade frente a estas infecções.

O desenho adotado pelo presente estudo tem importantes limitações. Primeiro, o estudo baseou-se em uma amostra de conveniência, ou seja, que não é aleatória ou sistemática. Por conta disso, não podemos generalizar nossos achados para todas as mulheres usuárias de *crack* que praticam sexo comercial. Objetivando eliminar vieses de amostragem e o risco de repetir estudos em uma mesma rede social, técnicas mais rigorosas de amostragem deverão ser adotadas em futuros estudos com esta população. Segundo, o estudo baseou-se principalmente em dados coletados através de auto-relatos, o que pode estimular respostas “socialmente desejáveis”. Com isso, o uso e o acesso a preservativos pode ter sido relatado de forma mais freqüente e sistemática do que realmente ocorre na prática.

Apesar destas limitações, os achados do presente estudo embasam a necessidade de elaborar intervenções voltadas para esta população. Existe uma necessidade imperiosa de elaborar intervenções criativas, flexíveis e que abordem questões de gênero para mulheres usuárias de *crack* em Foz do Iguaçu. Usuárias de *crack* que praticam sexo comercial participam de uma rede extremamente vulnerável ao HIV/AIDS e demais IST, demandando intervenções direcionadas tanto à prevenção quanto ao tratamento de HIV/AIDS, IST e outras doenças relacionadas ao consumo de *crack*, tais como a tuberculose.

No sentido de melhorar o acesso da população estudada aos serviços de saúde existentes, é necessário repensar os horários de atendimento, visando estender os horários de funcionamento durante o período da tarde/noite, mais acessível para a população de usuárias de *crack*. É necessário ainda desenvolver atividades de treinamento e capacitação para as equipes de saúde, de forma a minimizar as constantes experiências de estigma e preconceito relatadas pelo estudo. Ao melhorar a qualidade de

serviços oferecidos e a capacitação dos profissionais em lidar com os problemas específicos desta população, pode-se minimizar as barreiras encontradas por mulheres usuárias de *crack* ao buscar os serviços/tratamentos em saúde disponíveis.

Devido ao fato de uma grande parcela das profissionais do sexo usuárias de *crack* ser moradora de rua, ou morar em alojamentos e motéis, intervenções de campo implementadas por ONGs e grupos comunitários são também necessárias, de forma a complementar as estratégias de prevenção disponibilizadas pelos serviços públicos de saúde. Intervenções preventivas devem considerar estratégias que visem à promoção de comportamentos sexuais e uso de drogas mais seguros, não apenas através da distribuição de preservativos, mas principalmente através da elaboração de atividades que permitam uma maior autonomia, discernimento e liberdade de escolha das mulheres usuárias de *crack*, incluindo a educação de pares, grupos e redes de apoio que permitam a diminuição de sua vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS e demais IST.

Profissionais do sexo podem, a despeito de ter consciência dos benefícios do uso consistente de preservativos e possuir preservativos, praticar o sexo desprotegido para não perder um cliente, ou evitar situações de confronto e violência. Intervenções que não sejam plurifocadas e abordem os diversos aspectos que influenciam a adoção (ou não) do sexo mais seguro com clientes sexuais, tenderão a não ser consistentes e/ou não permitir a manutenção de comportamentos mais seguros ao longo do tempo.

Mulheres que usam *crack* e praticam o sexo comercial se vêem às voltas com uma sinergia de problemas sociais e de saúde que atuam de forma a aumentar sua vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS e demais IST (Singer & Clair 2003). Esforços para a prevenção destas infecções, dirigidos a esta população requerem intervenções multifacetadas, culturalmente adequadas e que enfatizem questões específicas de gênero. Neste aspecto, intervenções mais flexíveis e acessíveis são fundamentais. Representantes de ONGs, agentes de saúde, líderes comunitários e profissionais de saúde sensibilizados e adequadamente treinados são atores chave para estimular mudanças comportamentais, a manutenção de comportamentos mais seguros e o acesso a serviços de prevenção e assistência entre profissionais do sexo envolvidas no sexo comercial.

5. REFERÊNCIAS

- Adam P & Herzlich C. Sociologia da Doença e da Medicina. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração, 2001.
- Alary M, Worm AM, Kvinesdal B. Risk behaviours for HIV infection and sexually transmitted diseases among female sex workers from Copenhagen. Int J STD AIDS;5:365-7, 1994.
- Alves PC & Rabelo MC. Significação e metáforas: Aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: Saúde e Comunicação (Pitta AMR, org.), São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- Asthana S & Oostvogels R. Community participation in HIV prevention: problems and prospects for community-based strategies among female sex workers in Madras. Social Science and Medicine; 43:133-48, 1996.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
- Bastos FI, Pina MF, Szwarcwald CL. The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. The International journal on drug policy; 13:163-9, 2002.
- Bastos FI. A feminilização da epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva nº3. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
- Butters J & Erickson PG. Meeting the health care needs of female *crack* users: a Canadian example. Women Health; 37:1-17, 2003.
- Carrara S. Entre cientistas e bruxos: Ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In: Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico. (Alves PC & Minayo MCS, org.), pp. 33-45. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- Celentano DD, Galai N, Sethi AK, *et al.* Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. AIDS; 15:1707-15, 2001.
- Cohn JA. HIV-1 infection in injection drug users. Infectious disease clinics of North America; 16:745-70, 2002.
- Deslandes SF, Mendonca EA, Caiaffa WT, Doneda D. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. Cad. Saúde Pública; 18: 141-51, 2002.
- Deslauriers JP (org.). Les Méthodes de la Recherche Qualitative. Québec: Presses de l'Université du Québec, 1987.
- Dunn J, Laranjeira RR, Da Silveira DX, Formigoni ML, *et al.* Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in Sao Paulo: 1990-1993. Subst Use Misuse; 31:519-27, 1996.
- European Project AIDS and Mobility Soros. Sex, Drug Use, Mobility and HIV/AIDS in Central and Eastern Europe: The integration of harm reduction services for people who sell sex and inject drugs. Prague: European Project AIDS and Mobility and Soros, 2003.
- Faruque S, Edlin BR, McCoy CB, *et al.* Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods. Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology; 13:87-92, 1996.

- Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. Revista de Saude Publica; 37:751-9, 2003.
- Ferri CP, Laranjeira RR, da Silveira DA, Dunn J, *et al.* Aumento da procura de tratamento por usuários de *crack* em dois ambulatórios na cidade de São Paulo: nos anos de 1990 a 1993. Rev Assoc Med Bras;43:25-8, 1997.
- Flom PL, Friedman SR, Kottiri BJ, *et al.* Stigmatized drug use, sexual partner concurrency, and other sex risk network and behavior characteristics of 18- to 24-year-old youth in a high-risk neighborhood. Sex Transm Dis;28:598-607, 2001.
- Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, *et al.* AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cad. Saúde Pública; 16:77-87, 2000.
- Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade (Minayo MCS, org.), pp 67-80, Petrópolis: Editora Vozes, 1994.
- Gravato N, Lacerda R, Bastos FI *et al.* Differential levels of syphilis and HIV infection by socioeconomic status (SES) and regularity of gynecological care (RGC) among female CSWs in Santos, BR. Anais da XII Conferência Internacional de AIDS, 9-14 Julho de 2000, Durban, África do Sul.
- Inciardi JA & Surratt HL. Drug use, street crime, and sex-trading among cocaine-dependent women: implications for public health and criminal justice policy. Journal of psychoactive drugs; 33:379-89, 2001.
- Kilmarx PH, Palanuvej T, Limpakarnjanarat K, *et al.* Seroprevalence of HIV among female sex workers in Bangkok: evidence of ongoing infection risk after the "100% condom program" was implemented. J Acquir Immune Defic Syndr;21:313-6, 1999.
- Knowlton AR, Hoover DR, Chung SE, *et al.* Access to medical care and service utilization among injection drug users with HIV/AIDS. Drug Alcohol Depend;64:55-62, 2001.
- Lambert ML, Torrico F, Billot C, *et al.* Street youths are the only high-risk group for HIV in a low-prevalence South American country. Sex Transm Dis;32:240-2, 2005.
- Lima RMJ, Bauken S, De Marco A, Zuim GC, Malta M. Rapid Assessment of HIV/AIDS behavioral risk among *crack*-users commercial sex workers in Foz do Iguaçu, Southern Brazil. Anais da XV Conferência Internacional de AIDS, Bangkok, 11-16 de Julho, 2004.
- Logan TK, Cole J, Leukefeld C. Gender differences in the context of sex exchange among individuals with a history of *crack* use. AIDS education and prevention; 15:448-64, 2003.
- Lowndes CM, Bastos FI, Giffin KM, *et al.* Differential trends in mortality from AIDS in men and women in Brazil (1984-1995). AIDS; 14:1269-73,2000.
- Lurie P, Fernandes ME, Hughes V, *et al.* Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in São Paulo State, Brazil. AIDS 9: S31-37, 1995.
- Malta M, Carneiro-da-Cunha C, Kerrigan D, *et al.* Case management of human immunodeficiency virus-infected injection drug users: a case study in Rio de Janeiro, Brazil. Clinical infectious diseases;37:S386-91, 2003.

- McKinney MM & Marconi KM. Delivering HIV services to vulnerable populations: a review of CARE Act-funded research. Public health reports; 117:99-113, 2002.
- Mesquita F, Kral A, Reingold A, *et al.* Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. J Acquir Immune Defic Syndr, 28:298-302, 2001.
- Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (Org.). Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- Monteiro S. Qual a Prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- Morison L, Weiss HA, Buve A, *et al.* Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. AIDS; 15:S61-9, 2001.
- Muhr T. ATLAS/ti for Windows. Berlin: Scientific Software Development, 1997.
- Nappo AS, Galduróz JCF, Noto AR. Uso de crack em São Paulo: fenômeno emergente? Rev ABP-APAL;16:75-83, 1994.
- Needle RH, Trotter RT 2nd, Singer M, *et al.* Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: an approach for timely community interventions. American Journal of Public Health; 93:970-9, 2003.
- Patton MQ. How to Use Qualitative Methods in Evaluation. London: Sage Publications, 1988.
- Porter J & Bonilla L. *Crack users' cracked lips: an additional HIV risk factor*. American Journal of Public Health; 83:1490-1, 2003.
- Romero-Daza N, Weeks M, Singer M. Much More Than HIV! The Reality of Life on the Streets for Drug-Using Sex Workers in Inner City Hartford. International Quarterly of Community Health Education; 18:107-18, 1998.
- Romero-Daza N, Weeks M, Singer M. "Nobody Gives a Damn if I Live or Die." Violence, Drugs, and Street-level Prostitution in Inner-City Hartford, CT. Medical Anthropology; 22:233-59, 2003.
- Saleh SS, Vaughn T, Hall J, *et al.* The effect of case management in substance abuse on health services use. Care Manag J;4:82-7, 2003.
- Simon CP, Silva RC, Paiva V. Prostituição juvenil feminina e a prevenção da Aids em Ribeirão Preto, SP. Rev. Saúde Pública; 36:, 82-87, 2002.
- Singer M & Clair S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. Med Anthropol Q;17:423-41, 2003.
- Spittal PM, Bruneau J, Craib KJ *et al.* Surviving the sex trade: a comparison of HIV risk behaviours among street-involved women in two Canadian cities who inject drugs. AIDS Care, 15, 187-195, 2003.
- Stimson GV, Fitch C, Rhodes T. Rapid assessment and response guide on injecting drug use. Geneva: World Health Organization; 1998.
- Strang J, Griffiths P, Gossop M. Crack and cocaine use in south London drug addicts: 1987-1989. Br J Addict;85:193-6, 1990.
- Strathdee SA & Sherman SG. The role of sexual transmission of HIV infection among injection and non-injection drug users. Journal of urban health, 80, iii7-iii14, 2003.

Szwarcwald CL, Bastos FI, Andrade CLT & Castilho EA. AIDS: O mapa ecológico do Brasil, 1982-1994. In: A Epidemia de AIDS no Brasil: Situação e Tendências. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

Szwarcwald CL & Bastos FI. Spatiotemporal model: an application to the AIDS epidemic in São Paulo, Brazil. In: Gierl L et al. (eds.). Geomed '97. Stuttgart/Leipzig: B. G. Teubner, 1998.

Szwarcwald CL, Bastos FI, Gravato N, *et al.* Crack Smoking as a Predictor for HIV Infection Among Female Sex Workers in Santos, SP, Brazil. Anais do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 1 a 5 de agosto de 1998, Rio de Janeiro:Epirio-98, V. 1. Pag. 64-65.

Trotter RT II, Needle RH, Goosby E, *et al.* A Methodological Model for Rapid Assessment, Response, and Evaluation: The RARE Program in Public Health. Field Methods, 13, 137-159, 2001.

UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update. Geneva: UNAIDS and WHO, 2004.

Weber AE, Boivin JF, Blais L, *et al.* Predictors of initiation into prostitution among female street youths. Journal of Urban Health; 81:584-95, 2004.

II. RESULTADOS

II.2 – Artigo originalmente intitulado “A qualitative assessment of long distance truck drivers’ vulnerability to HIV/AIDS in Itajaí, Southern Brazil”, a ser publicado na edição de junho/2006 da *AIDS Care*.

Estudo qualitativo sobre a vulnerabilidade de caminhoneiros frente ao HIV/AIDS em Itajaí, Sul do Brasil.

Mônica Malta, MPH,^{1,2} Francisco Inacio Bastos, Ph.D.,¹ Evely Marlene Pereira Koller MPH,⁴ Márcia Dalago Cunha, B.A.,⁴ Carolina Marques B.A.,⁴ Steffanie A. Strathdee, Ph.D.,^{2,3}

1. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
2. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, EUA
3. University of California San Diego School of Medicine, EUA
4. Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí, Brasil

Estudo financiado pelo Ministério da Saúde, o Centers for Disease Control and Prevention e a UNESCO

Endereço para correspondência e provas de prelo:

Monica Malta
Johns Hopkins Bloomberg
School of Public Health
Department of Mental Health
624 North Broadway St., Room 759
Baltimore, MD 21205
410-955-1813 Fax: 410-614-8132
email: mmalta@jhsph.edu / momalta@cict.fiocruz.br

RESUMO

Itajaí é uma cidade com a maior área portuária do Sul do país e possui uma das maiores incidências de AIDS do país. Diariamente, mais de 400 caminhoneiros circulam pela cidade, e esta população flutuante pode desempenhar um papel importante na epidemia de HIV/AIDS local, devido ao seu constante envolvimento com profissionais do sexo e/ou uso de substâncias psicoativas. Realizamos um estudo de cunho qualitativo visando avaliar o contexto de vulnerabilidade frente ao HIV entre caminhoneiros e profissionais do sexo de Itajaí. Quarenta e três entrevistas em profundidade e oito grupos focais foram realizados com caminhoneiros e profissionais do sexo. Duas rotas de caminhoneiros foram mapeadas, incluindo bordéis, locais de encontro e locais utilizados para uso de drogas; além de terem sido feitas diversas observações de campo. Fitas cassetes e anotações de campo foram transcritas e analisadas em busca de temas emergentes. Caminhoneiros freqüentemente têm relações sexuais desprotegidas com diversas(os) parceiras(os) sexuais, incluindo profissionais do sexo e empregadas(os) de postos de gasolina ou postos de parada. Tanto caminhoneiros quanto profissionais do sexo apresentaram uma baixa auto-precepção de risco, apesar de adotarem comportamentos sexuais de alto risco. O uso de álcool e anfetaminas é freqüente entre caminhoneiros e parecem influenciar a adoção de práticas sexuais menos seguras. O conhecimento sobre os riscos relacionados ao uso de anfetaminas é baixo, assim como é baixo o acesso a serviços de saúde e intervenções comportamentais voltadas para o HIV/AIDS. É necessário implementar intervenções voltadas para caminhoneiros, profissionais do sexo e empregados de postos de gasolina/locais de parada. Estas intervenções devem ser implementadas em cidades, estados e locais de fronteira, e devem levar em conta a sazonalidade, o contexto espacial e as condições de trabalho desta população.

Palavras chave: HIV/AIDS; Brasil; caminhoneiros, anfetaminas, profissionais do sexo, intervenções em saúde.

1. INTRODUÇÃO

Caminhoneiros desempenham um papel importante na epidemia de HIV/AIDS de diversos países (Gibney *et al.*, 2003; Sunmola, 2005). Um estudo realizado com caminhoneiros e seus ajudantes no sudeste da Índia identificou prevalências para o HIV, sífilis e Hepatite B de 15,9%, 13,3% e 21,2%, respectivamente. Os autores encontraram uma forte associação entre uma maior duração das viagens e aumento do risco frente ao HIV (Manjunath *et al.*, 2002). Estudos realizados na Tailândia, em Bangladesh, Indonésia, Nigéria e Flórida (EUA) identificaram um uso de preservativos baixo e/ou inconsistente entre caminhoneiros (Morris *et al.*, 1996; Sunmola, 2005; Stratford *et al.*, 2000; Gibney *et al.*, 2003; Sugihantono *et al.*, 2003). Um estudo realizado com caminhoneiros HIV-positivos em Bangladesh identificou que mais de um terço da amostra não havia adotado comportamentos sexuais mais seguros, mesmo após ter recebido seu diagnóstico positivo para o HIV (Gibney *et al.*, 2003).

São raros os estudos publicados sobre caminhoneiros no Brasil. Uma pesquisa realizada com 300 caminhoneiros da cidade de Santos identificou que o uso de “rebite” (um estimulante) foi referido por 43% dos participantes e estava associado à prevalência de sífilis (Lacerda *et al.*, 1997). Um segundo estudo, também realizado em Santos, identificou que 69% dos caminhoneiros acessados possuíam uma baixa auto-precepção de risco frente ao HIV, apesar do uso inconsistente de preservativos com diversos parceiros (Villarinho *et al.*, 2002).

Realizamos um estudo qualitativo visando avaliar o contexto de comportamento de riscos entre caminhoneiros e profissionais do sexo de Itajaí, município com a maior área portuária do Sul do país e uma das maiores incidências anuais de AIDS do Brasil (Ministério da Saúde, 2004). Itajaí possui uma população de aproximadamente 150.000 habitantes e é um local de passagem para, aproximadamente, 400-500 caminhoneiros por dia. Uma vez que caminhoneiros constituem uma população altamente móvel e podem servir como uma ponte de transmissão para populações de mais difícil acesso, os achados deste estudo podem ter implicações para futuras intervenções.

2. MÉTODOS

O estudo qualitativo foi realizado em 2003, utilizando entrevistas em profundidade, grupos focais, observações de campo e mapeamento, tendo como base métodos anteriormente descritos (Stimson *et al.*, 2003; Needle *et al.*, 2003).

Entrevistas em profundidade foram utilizadas para conhecer melhor os significados locais e conhecimentos acerca dos problemas de saúde e comportamentos relacionados ao HIV/AIDS, uso de drogas, além das percepções sobre riscos relacionados ao HIV. Os caminhoneiros foram basicamente recrutados nos dois locais de parada principais; profissionais do sexo foram recrutadas(os) nos mesmos locais de parada, em dois bordéis, auto-estradas e bares. Entre os 30 caminhoneiros e 13 profissionais do sexo, havia apenas uma caminhoneira e quatro profissionais do sexo masculinos.

As entrevistas foram semi-estruturadas, duraram entre 60-90 minutos e foram realizadas a partir de um roteiro que incluiu questões sobre uso de drogas e comportamentos sexuais de risco, conhecimento e atitudes acerca do HIV e demais infecções sexualmente transmissíveis (IST), acesso a testagem e aconselhamento gratuitos, a serviços de saúde e a intervenções na área de HIV/AIDS e percepções sobre a eficácia dos serviços de saúde disponíveis. Formulários estruturados foram utilizados para anotar o resumo de cada entrevista e para registrar/selecionar possíveis contatos para futuras entrevistas (Miles & Huberman, 1994). Todas as entrevistas foram realizadas, gravadas e codificadas em português utilizando o *software* para dados qualitativos Atlas.ti (Muh, 1997). Citações posteriormente selecionadas durante a análise foram traduzidas para o inglês.

Foram realizados oito grupos focais, seis com caminhoneiros e dois com profissionais do sexo. Cada grupo contou com 6-8 participantes e durou entre 60-90 minutos. Todos os caminhoneiros participantes desses grupos eram homens e todas as profissionais do sexo mulheres.

Observações de campo foram realizadas em locais nos quais os caminhoneiros e/ou profissionais do sexo passam suas horas livres, compram ou consomem álcool e drogas e locais nos quais os caminhoneiros mencionaram buscar parceiras(os) sexuais. Os horários de observações foram diversificados de modo proposital, de forma a abarcar manhã, tarde, noite e madrugada. As observações foram gravadas pela equipe de campo (4 observadores) em um registro diário.

As informações coletadas durante as observações de campo foram utilizadas para mapear duas rotas principais relacionadas a redes, cenas de risco e disponibilidade de serviços de saúde voltados para caminhoneiros e profissionais do sexo. Toda a coleta de dados foi realizada por uma equipe da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), tendo sido treinados e supervisionados ao longo do processo pela 1ª autora deste artigo (M. Malta).

Análise dos dados

A transcrição de entrevistas em profundidade, grupos focais e observações de campo foram cuidadosamente lidas, de forma a identificar as percepções de cada participante e suas percepções acerca de comportamentos sexuais, uso de drogas e riscos frente ao HIV/AIDS. Foram feitas anotações nas margens, de forma a facilitar o processo de codificação feito por dois autores (Mônica Malta e Evely Koller). Estas anotações foram comparadas, contrastadas e fundidas de forma a criar um esquema de códigos único, totalizando 64 códigos. Textos com códigos semelhantes foram examinados e comparados entre diferentes entrevistas, direcionando a análise para temas preliminares. Os códigos foram gerados de forma indutiva, utilizando métodos de “códigos abertos” (Strauss & Corbin, 1990). Todos os segmentos de dados codificados foram inseridos no *software* Atlas.ti e então revisados linha a linha, para criar sub-códigos.

Um processo similar, porém independente, foi utilizado para desenvolver o mapeamento. Neste processo dois trabalhadores de campo elaboraram de forma independente mapas que foram posteriormente comparados, contrastados e então fundidos para dar origem a um único mapeamento

Os dados de entrevistas em profundidade, grupos focais, observações de campo e mapeamento foram triangulados e quatro temas principais relacionados à adoção de riscos frente ao HIV/AIDS foram elaborados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Itajaí e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado e receberam um valor equivalente a 5 dólares, mediante sua participação na pesquisa.

3. RESULTADOS

3.1. Características sócio-demográficas

Dos trinta caminhoneiros que participaram das entrevistas em profundidade, 29 eram homens e a maioria tinha entre 30-49 anos. Vinte participantes eram casados ou moravam com uma parceira estável e a maioria tinha mais do que 8 anos de educação formal. A maioria dos caminhoneiros recebia um salário mensal de, aproximadamente, \$600,00 (seiscentos dólares), e passavam uma média de 11-17 horas por dia na estrada (Tabela 1)

Tabela 1 – Informações sócio-demográficas dos 30 caminhoneiros entrevistados. Itajaí, 2003

		N	%
Faixa etária	19-29 anos	7	23,3
	30-39 anos	5	16,7
	40-49 anos	13	43,3
	50-59 anos	2	6,7
	+ 60 anos	1	3,3
	NA	2	6,7
Sexo	Masculino	29	96,7
	Feminino	1	3,3
Marital Status	Casado/União estável	20	66,7
	Solteiro	10	33,3
Anos de educação formal	Menos de 8 anos	10	33,3
	8 anos	10	33,3
	8 - 11 anos	3	10,0
	11 anos	7	23,3
Renda mensal[#]	\$ 201,00 – \$ 350,00	7	23,3
	\$ 351,00 – \$ 700,00	1	43,3
	\$ 701,00 – \$ 1.000,00	4	13,3
	\$ 1001,00 – \$ 1.4000,00	3	10,0
	+ \$ 1.4000,00	3	10,0
Horas dirigindo diariamente	Até 10 hs por dia	9	30,0
	11 - 17 hs por dia	15	50,0
	18-24 hs por dia	5	16,7
	NA	1	3,3
Já teve algum acidente na estrada?	Sim	17	56,7
	Não	13	43,3
Tempo que fica longe de casa	No máximo uma semana	18	60,0
	1 - 2 semanas	5	16,7
	2 - 4 semanas	3	10,0
	Mais de 1 mês	3	10,0
	NA	1	3,3

Uso de álcool	Diariamente	7	23,3
	Semanalmente	20	66,7
	Não bebe	3	10,0
Uso de drogas	Metanfetaminas	11	36,6
	Metanfetaminas e outros estimulantes (<i>crack</i> , cocaína inalada)	2	6,7
	Não usa	17	56,7
	Total	30	100,0

#Renda em dólares americanos

Dos treze profissionais do sexo entrevistados, 9 eram mulheres e 4 homens. A maioria tinha entre 19-29 anos, no máximo 8 anos de educação formal e não possuía parceiro fixo. A maioria das profissionais do sexo tinha uma renda mensal de, aproximadamente, \$400,00 (quatrocentos dólares) e trabalhava em paradas de caminhão, auto-estradas ou bordéis (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sócio-demográficas de 13 profissionais do sexo. Itajaí, 2003

		N	%
Idade	19-29 anos	8	61,5
	30-39 anos	4	30,8
	40-49 anos	1	7,7
Sexo	Masculino	4	30,8
	Feminino	9	69,2
Estado civil	Casada(o)/ União estável	1	7,7
	Solteira(o)	12	92,3
Anos de educação formal	Menos de 8 anos	6	46,2
	8 anos	1	7,7
	8 - 11 anos	3	23,1
	11 anos	3	23,1
Renda mensal #	Até \$200,00	5	38,5
	\$ 201,00 – \$ 350,00	2	15,4
	\$ 351,00 – \$ 700,00	5	38,5
	\$ 701,00 – \$ 1.000,00	1	7,7
Há quanto tempo é profissional do sexo	0-4 anos	4	30,8
	5-9 anos	4	30,8
	10-14 anos	4	30,8
	+15 anos	1	7,7
Aonde trabalha como profissional do sexo	Paradas de caminhão	4	30,8
	Bordéis	5	38,5
	Auto-estradas*	4	30,8
Uso de álcool	Diariamente	8	61,5
	Semanalmente	1	7,7
	Não bebe	4	30,9
Uso de drogas	Maconha e cocaína inalada	4	30,8
	Não usa	9	69,2
Total		13	100,00

#Renda em dólares americanos

* Apenas profissionais do sexo masculinos

Os principais temas foram identificados nos achados qualitativos: (1) Influência da disponibilidade e/ou inevitabilidade do sexo comercial sobre a adoção de comportamentos desprotegidos; (2) Sexo desprotegido com múltiplos parceiros sexuais; (3) Frequência de uso de álcool e drogas e (4) Conhecimento e atitudes acerca do HIV e demais IST.

3.2. Influência da disponibilidade e/ou inevitabilidade do sexo comercial sobre a adoção de comportamentos desprotegidos

Os caminhoneiros relataram que seus momentos de parada se estendiam de várias horas a alguns dias, momento no qual seus caminhões estavam sendo carregados, descarregados ou em manutenção. A extensa duração das viagens e um sentimento de solidão parecem levar os caminhoneiros a buscarem frequentemente ter relações com profissionais do sexo:

“(...)Olha, o caminhoneiro, quero te dizer, ele, não comparando, é igual a um soldado quando ta na guerra. Ele tem de quinze dias até seis meses, oito meses, que eu conheço muito, que ficam fora de casa. Pra ele, qualquer carne de pescoço é um filé (...)” [Caminhoneiro, 27 anos]

“Nossa classe fica muito exposta a esse tipo de coisa, exatamente por ficar longe da família aí vem a solidão, vem a necessidade fisiológica, então com isso o caminhoneiro fica exposto(...) O tempo afastado da família, são vários fatores que empurram para isso necessidades fisiológicas, a solidão, embora converse com um outro, normalmente a gente fica com aquela carência então, e a facilidade também, sabe que em beira de estrada tem meninas se oferecendo, chega nos postos é a mesma coisa, então empurra para acontecer isso. Aqui no sul que tinha pouco agora tem muito, muito.” [Caminhoneiro, 39 anos]

Por outro lado, alguns caminhoneiros percebem que existe um “assédio” por parte das(os) profissionais do sexo:

“O assédio, as mulheres tentam os homens, o que você vai fazer, você não é de ferro, elas vão atrás. Elas chegam assim: E aí motorista, vamos fazer um programa hoje? Aí você vê aquele bundão lá, você não vai encarar?” [Caminhoneiro, 49 anos]

“esses dias eu conheci aqui uma menina nova ela saiu com um amigo meu, depois ele foi embora e eu fiquei, ela ainda perguntou umas duas ou três vezes dele, depois ela caiu em cima de mim. Não que eu sou chato, mas eu não fiquei com ela naquela noite, o caminhão estava carregado e eu fui de táxi para o centro, depois eu vim para o caminhão umas duas ou três da manhã, quando eu olho ela estava aqui, veio me

procurar, e como ela tem milhares aqui, é só passar na beira da rodovia a noite, elas vem beirando aqui atrás da gente” [Caminhoneiro, 40 anos]

Muitos caminhoneiros enfatizam a liberdade e a importância de ter relações sexuais com frequência:

“O que eu posso te dizer é que eu tenho esposa em casa e a gente dá conta, pelo menos umas três ou quatro vezes por semana. E às vezes quando acontece de a gente dormir fora, se tiver colegas por perto, ou motoristas e a gente for numa ‘boca’ por aí, a gente apronta, eu não tenho vergonha, eu traio a minha esposa de vez em quando.” [Caminhoneiro, 25 anos]

Dependendo da localidade, profissionais do sexo que trabalham principalmente para caminhoneiros podem trabalhar sozinhas(os), em grupos ou em bordéis:

“na BR né, no posto de gasolina, e às vezes eles mandam a moto buscar nós, eles mandam, eles ligam para o moto táxi, a moto táxi vem aqui e pega nós e leva né, daí...” [Profissional do sexo, 28 anos]

“era uma casa. Era tipo um baile. Não era uma boate, era um baile onde eu saía com os caminhoneiros, pra se encontra. Aí lá, eles já sabiam que as mulher que ficavam lá fazia programa.” [Profissional do sexo, 25 anos]

Embora a maioria das relações entre caminhoneiros e profissionais do sexo sejam encontros esporádicos, alguns caminhoneiros e profissionais do sexo indicam que determinados relacionamentos podem ser mais longos, principalmente no caso de caminhoneiros que viajam repetidamente por uma mesma rota.

“Ela liga para mim, ou eu ligo para ela ou se encontramos na estrada, de dia nos conversamos, marcamos um encontro. Eu tenho o telefone dela, daí tu marcas um encontro, tu vais no motel, no apartamento dela, ou na casa dela, ou no próprio carro mesmo né. “ [Caminhoneiro, 30 anos]

“eu passei por mulher de caminhoneiro quando eu viajei pra Argentina, eu fui até Foz do Iguaçu de carona e passei a fronteira e peguei outra carona com um argentino, eu até cheguei a pensar que era mulher dele mesmo, porque ele cuidava de mim, quando eu ia no banheiro, ele cuidava pra que outros caras não mexessem comigo e fazia com que os outros me respeitassem como se eu fosse mulher dele mesmo.” [Profissional do sexo, 34 anos]

3.3. Sexo desprotegido com múltiplos parceiros sexuais

Três categorias de parceiras(os) sexuais foram identificadas(os) neste estudo: profissionais do sexo, ‘acompanhantes de viagem’ e funcionárias de postos, pontos de parada ou pequenos comércios. ‘Acompanhantes de viagens’, como os caminhoneiros se referem a elas, viajam com caminhoneiros em jornadas que duram um ou vários dias, ou mesmo durante todo o percurso da uma viagem. Muitas dessas mulheres são jovens

que fugiram de casa, mas algumas possuem idade suficiente para posar de esposas dos caminhoneiros. Elas dormem na cabine do caminhão e se alimentam com os caminhoneiros, freqüentemente em troca de manter relações sexuais com o caminhoneiro. Funcionárias de postos, pontos de parada ou de pequenos comércios são geralmente percebidas como parceiras mais ‘seguras’, por aparentemente não estarem envolvidas em sexo comercial e com as quais preservativos raramente são usados.

- Caminhoneiro 1: *Às vezes, o cara não se relaciona, porque vê a mulher pro programa, no pátio do posto, na beira da pista.*
 - Caminhoneiro 2: *A maioria. O cara não pega. Mas, às vezes, o cara chega no restaurante, tá lá a menininha do caixa lá, às vezes, se engraça. Aí começa a trocar idéia, aí vai acontece. E você nem pensa, né.*[em usar preservativos]
 - Moderador: *Mas aí qual é a diferença?* [entre profissionais do sexo e parceiras ocasionais]
 - Caminhoneiro 1: *A diferença é o dinheiro.*
 - Caminhoneiro 3: *Fica com a consciência mais tranqüila, em vez de você pegar na beira da estrada aqui ou pegar... Você chega e conhecer uma pessoa, você confia mais.*
- [Grupo focal com 6 caminhoneiros]

Esta percepção é bastante similar aos dados coletados nas entrevistas em profundidade:

“A senhora sabe que o homem é muito bobo por mulher, a gente para nos postos aí vem as mocinhas dando bola, eu não sou santo, já aprontei muito, mas não gosto de prostitutas, não acho legal ter que pagar uma mulher para ela se deitar comigo, mas já andei com muitas mulheres que trabalham em caixa de posto, frentista, caixa de restaurante, principalmente quando eu viajava pra fora e ficava muito tempo longe. É como eu falei pra senhora, eu arrumava umas namoradas que trabalham em postos ou em restaurantes, como eu sempre passava pelos mesmos locais eu fui me entrosando com elas, arrumava uma namoradinha em cada cidade. Às vezes eu transava [sem preservativos] e por isso em uma certa ocasião eu fiquei desconfiado que tinha pego uma doença” [Caminhoneiro, 27 anos]

A grande maioria dos caminhoneiros negou já ter tido alguma vez relações sexuais com um parceiro do sexo masculino. Porém, uma parcela dos caminhoneiros refere que alguns caminhoneiros escolhem profissionais do sexo masculinos, principalmente porque estes são mais baratos do que mulheres profissionais do sexo, além de estarem sempre disponíveis.

“Eu prefiro mulher, mas hoje em dia você vê os travestis na rua, são mais bonitos que as mulheres, pelo jeito que eles se vestem, mas quando eu ver não vai acontecer nada. Aconteceu com um colega meu em Jaraguá do sul, a gente pegou duas meninas, ele

quis ficar com a mais bonita, só que a minha era menina e a dele não. Só que quando ele percebeu ele descartou.” [Caminhoneiro, 25 anos]

Estes relatos são confirmados em grupos focais:

- Caminhoneiro 1: *Isso, sem dúvida. A gente sabe não adianta querer tapar o sol com a peneira. Antigamente você falava, vamos lá, vulgarmente, no popular, tem um motorista que é bicha. Todo mundo espantava. Hoje a coisa tá mais...*
- Caminhoneiro 2: *É normal né.*
- Caminhoneiro 3: *Tem por tudo.*
- Caminhoneiro 1: *É como se diz, se não tem procura não tem oferta.*
- Caminhoneiro 3: *É.*
- Caminhoneiro 1: *Então, não é a toa que tem um monte de travesti por aí.*
- Caminhoneiro 2: *É o comércio né.*

De acordo um profissional do sexo masculino entrevistado pela pesquisa, a falta de hotéis/motéis que aceitem homens que trabalham com sexo comercial os faz buscar locais para fazer programas nos quais é mais difícil negociar o uso de preservativos:

“Todo os dias saio com caminhoneiro(...) a maioria das coisas é feito em cantinho, é... Não tem esse negócio de motel. Pouquíssimas vezes você vai no motel. Pega o caminhoneiro, vai no posto, vai no canto, num lugar reservado, ou outro carro mesmo. Ai eles comentam, que sem camisinha eu faço, com camisinha eu não faço. Não tem essa de tu, ai por que eu só faço com camisinha. Ai isso não existe. Quem tá na rua sabe (...) Não existe isso. Por que o dinheiro fala mais alto, você quer o dinheiro, e ele quer o prazer sem o preservativo. Ai você faz.” [profissional do sexo masculino, 30 anos]

3.4. Frequência do uso de álcool e drogas

Dois terços dos caminhoneiros referem usar bebidas alcoólicas semanalmente, 61% das(os) profissionais do sexo utilizam bebidas alcoólicas diariamente (Tabelas 1 e 2). Aproximadamente a metade dos caminhoneiros refere utilizar metanfetaminas e outros estimulantes como o *crack* e a cocaína inalada (43.3%), embora o estimulante mais frequentemente utilizado seja a metanfetamina (“rebite”).

As demandas específicas das longas jornadas de trabalho e a ideologia pessoal de muitos caminhoneiros podem ser fatores importantes que influenciam a utilização frequente de bebidas alcoólicas e estimulantes. A maioria dos caminhoneiros dirige mais de 11 horas por dia, e mais da metade dos participantes refere já ter sofrido pelo menos um acidente durante o trabalho (Tabela 2).

Segundo uma parcela dos caminhoneiros, alguns fatores estimulam os caminhoneiros a utilizarem substâncias estimulantes, como o rebite e a cocaína, a saber: horários pré-determinados para viagens, transporte de cargas perecíveis e estímulo ao uso de rebite por parte das firmas:

“Por exemplo, eu trabalhava com outro senhor (...) meu ex-patrão da transportadora (...) ele obrigava a gente a sair meia-noite, uma hora da manhã pra nós ir pro Mato Grosso, ele dava cartela de rebite pra nós e obrigava nós viajar a noite toda, obrigava nós cumprir horário pra ele, porque ele era obrigado, e se nós não fôssemos, como a gente era empregado, tinha família e coisa, aí mesmo agente já tava desempregado, né? Nós éramos obrigados a fazer esse tipo de coisa, como que por causa disso, eu fui culpado de um acidente, por causa do rebite.” [Caminhoneiro, 43 anos]

“(...) quando tem muita carga horária, por exemplo, carrega hoje e amanhã tem que estar em tal lugar. A firma determina. Aí o motorista é pião e precisa do emprego, se ele não fizer nesse horário ele perde o emprego e se obriga a tomar o rebite pra ganhar o pão das crianças (...) esses motoristas que puxam frutas e essas coisas que não podem estragar, na minha opinião, eles estão fazendo tudo na base de rebites.” [Caminhoneiro, 24 anos]

O uso de drogas e principalmente de bebidas alcoólicas são as principais razões mencionada pelos participantes para não usar preservativos nas relações sexuais com parceiras ocasionais ou profissionais do sexo.

“Quando a gente usa alguma droga ou toma umas biritas a mais você num usa camisinha (...) O cara fica tonto, meio lerdo, e nem pensa nisso.” [Caminhoneiro, 23 anos]

“É mais pela bebida, é muito pela parte da bebida. Uma vez aconteceu de transar sem camisinha assim, com uma aquela mulheres que fazem programas” [Caminhoneiro, 30 anos]

“Se você tiver que usar [preservativo], mas estiver bêbado, ou tomou muita bebida, você esquece. É tipo, você num se preocupa, num lembra, sei lá” [Caminhoneiro, 27 anos]

3.5. Conhecimento e atitudes acerca do HIV e demais IST

A grande maioria dos caminhoneiros refere conhecer os riscos de transmissão do HIV através do sexo desprotegido e a importância do uso de preservativos para evitar a infecção pelo HIV e demais IST. Porém muitos participantes referem mitos relacionados à transmissão do HIV. Os principais critérios utilizados pelos caminhoneiros para selecionar um(a) parceiro(a) sexual ‘seguro’ são a avaliação da aparência física e o fato da(o) parceira(o) ‘parecer saudável’. Estas crenças errôneas

também foram mencionadas por profissionais do sexo. Possivelmente em consequência dessa e de outras percepções errôneas, a maioria dos caminhoneiros e profissionais do sexo que relataram, freqüentemente, sexo desprotegido com múltiplos parceiros não se percebem vulneráveis frente ao HIV e demais IST.

“(...) Eu acho, dizem que de vasos sanitários, talheres e lanches, assim não pega, mas fica sempre na dúvida. Porque nós caminhoneiros às vezes têm banheiros que são verdadeiras sujeiras, que a gente fica sei lá, imaginando será que não tem nada de doença neste sanitário? Dizem que a gonorréia a gente pode pegar até quando esta com o corpo quente e levantar com os pés no piso gelado” [Caminhoneiro, 23 anos]

“Eu sou meio cabeça dura porque eu vou muito no gatinho, entendeu? Ai depois que a gente fez a burrada é que a gente vai... Mas, até agora, tipo assim, sempre que eu transo com alguém sem camisinha eu pergunto se tem alguma coisa. Eu sei que só a palavra dele não vai garantir né. Mas, mesmo assim eu fico meio, assim, daí eu pergunto. Ah, porque é bonitinho. Na hora tava no bem bom, sabe. Às vezes nem penso em camisinha. Ta tão bom que a gente nem lembra.” [Mulher profissional do sexo, 24 anos]

“(...) se elas estão fumando maconha, ou coisa, tipo uma mulher que fedorenta de cigarro, ela vai com um, depois com outro (...) e outra, tu pegas um outro tipo de mulher limpas, vamos dizer, bem melhor né, não é de programa mesmo” [Caminhoneiro, 30 anos]

Entre caminhoneiros, a adoção ou não de comportamentos sexuais menos seguros parece ser mediada pelo tipo de parceria e pelo tipo de atividade sexual. Por exemplo, a consistência do uso de preservativos parece ser influenciada pelo nível de intimidade com a(o) parceira(o) ou pelo tipo de atividade sexual. Quanto mais intimidade os caminhoneiros tinham com determinada(o) parceira(o) sexual, menos tendiam a usar de forma consistente os preservativos.

“Eu nunca uso [preservativos], porque eu to sempre com a minha mulher. Mas se algum dia eu pegar uma dessas garotas [profissionais do sexo], é claro que eu vou usar. [Caminhoneiros, 23 anos]

Raramente os participantes referiram usar preservativos em sexo oral; a prática do sexo mais seguro é considerada mais importante no sexo vaginal/anal.

“Algumas vezes eu já desisti de fazer sexo porque não tinha camisinha comigo, mas sexo oral com camisinha é horrível. Eu prefiro nem fazer” [Caminhoneiro, 39 anos]

IST foram freqüentemente mencionadas pelos caminhoneiros:

“Já tive crista de galo. No começo eu fui na farmácia, foi a maior besteira que eu fiz, porque foi se agravando e eu tive que ir ao hospital cauterizar.” [Caminhoneiro, 25 anos]

“E eu, por exemplo, não nego que eu... que eu disse assim ‘não, eu não participei de parceira’, eu sou macho, eu participei, eu peguei outras [parceiras sexuais], eu andei com outras. No tempo de solteiro eu peguei muita doença venérea. Já me vi bem loco, quase morri.” [Caminhoneiro, 59 anos]

Embora freqüentemente pratiquem em comportamentos sexuais de risco, a maioria dos caminhoneiros nunca procurou um local que ofereça testagem e aconselhamento para o HIV. Apenas uma pequena parcela procurou centros de testagem e aconselhamento gratuitos, alguns logo após terem praticado algum comportamento de risco, mas a grande maioria dos que foram testados para o HIV realizou seu teste em algum serviço para tratamento de dependência química ou através das empresas para as quais trabalham:

“Eu fiz [teste anti-HIV]. Eu tirei o sangue quando eu tive crista de galo e graças a Deus deu negativo.” [Caminhoneiro, 25 anos]

“Eu fiz esse teste lá na transportadora onde eu trabalhava. Foi exigência deles mesmo. Mas foi normal.” [Caminhoneiro, idade desconhecida]

“Eu fiz quando eu entrei na clínica de desintoxicação, lá ninguém entra se não fizer o exame. E a uns três anos atrás eu sai com uma menina e estourou o preservativo então eu repeti o teste. Tem amigos meus que dizem não ter coragem de fazer o teste, mas eu faria de novo sem problema algum.” [Caminhoneiro, 40 anos]

Entre os caminhoneiros que nunca fizeram o teste anti-HIV, uma baixa percepção do risco pessoal de contrair o HIV foi a principal razão mencionada para nunca ter feito o teste:

- Já fez o teste [anti-HIV]?
- Não, nunca fiz.
- Quais as razões para não ter feito o teste?
- Não fiz porque eu não saio com outra mulher, e com outra pessoa é só com minha companheira.
- Acha que não tem necessidade?
- Não tem necessidade. [Caminhoneiro, 23 anos]

“(...) eu nunca fiz [teste anti-HIV]. Eu não tive a oportunidade (...) Porque eu acho que eu não tenho(...)” [Caminhoneiro, 23 anos]

Ao contrário dos caminhoneiros, tanto homens quanto mulheres profissionais do sexo abordados já realizaram diversos testes, por terem uma acentuada auto-percepção sobre sua vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS:

A gente faz o teste, se der positivo tem que fazer mais duas vezes né, pra Ter certeza que, tem que fazer a cada 3 em 3 meses, se estora, se estora o preservativo você marca a data, de 3/3 meses você fica na janela imunológica ai você vai lá e faz, ai depois de 3 meses tá livre. [Homem profissional do sexo, 21 anos]

“se houver uma ruptura no preservativo, passa os noventa dias, e faço o teste [anti-HIV]. O meu resultado graças a Deus não sou portadora, estou propícia a isso lógico, porque eu trabalho sei do risco que corro, por isso me cuido o máximo possível, mas não sou portadora do vírus. [Mulher profissional do sexo, 30 anos]

4. DISCUSSÃO

Nossa pesquisa identificou que são bastante freqüentes os comportamentos de risco frente ao HIV entre os caminhoneiros de Itajaí por nós avaliados. Os participantes relataram freqüentemente relações sexuais desprotegidas com mulheres profissionais do sexo e outras parceiras sexuais ocasionais, além de usarem regularmente bebidas alcoólicas e metanfetaminas. Aspectos relativos ao uso esporádico de preservativos entre caminhoneiros e sua baixa percepção de vulnerabilidade frente ao HIV e demais IST também foram identificados em estudos realizados, tanto em países desenvolvidos (Stratford *et al.*, 2000) quanto em países em desenvolvimento (Ntozi *et al.*, 2003; Manjunath *et al.*, 2002; Gysels *et al.*, 2001).

O contexto no qual se insere a parceria sexual também constitui um elemento importante, que parece contribuir para a adoção de práticas sexuais desprotegidas entre caminhoneiros e suas(seus) parceiras(os) sexuais. Caminhoneiros referem utilizar preservativos de forma mais consistente com profissionais do sexo, as(os) quais eram parceiras(os) de uma única noite. Os preservativos são usados de forma menos consistente com parceiras(os) sexuais ou funcionárias(os) de serviços relacionados à atividade caminhoneira, com as(os) quais estes caminhoneiros referem ter mais confiança.

Intervenções voltadas para caminhoneiros que trabalham em rotas longas devem considerar o contexto de suas interações e parcerias com pessoas que trabalham ao

longo das principais rotas e rodovias. Estas intervenções devem ser voltadas para caminhoneiros, funcionárias de postos e outros locais de parada, restaurantes, acompanhantes de viagens (que podem ou não ser profissionais do sexo) e homens profissionais do sexo.

Embora só tenhamos entrevistado poucos homens envolvidos no sexo comercial e muitos caminhoneiros terem negado qualquer envolvimento sexual com homens profissionais do sexo, essas interações parecem bastante comuns em Itajaí, de acordo com os relatos dos próprios homens profissionais do sexo entrevistados. A falta de locais seguros e privativos para manter relações sexuais com homens profissionais do sexo parece tornar mais difícil para ambas as partes usarem preservativos.

O uso de álcool e drogas é bastante comum entre caminhoneiros – principalmente metanfetaminas – como forma de aliviar o *stress* relacionado à profissão e mantê-los acordados e dirigindo por longos períodos, hábito que pode levar ao uso inconsistente de preservativos. É necessário implementar intervenções visando modificar as condições de trabalho destes caminhoneiros, por exemplo, limitando o número de horas consecutivas que caminhoneiros passam dirigindo nas estradas e/ou estabelecendo um período mínimo de descanso. Tais intervenções podem contribuir para diminuir a tendência de caminhoneiros de usar álcool e/ou drogas e, conseqüentemente se envolverem em relações sexuais desprotegidas e acidentes nas estradas. Nossa pesquisa vai ao encontro de achados de estudos anteriores que sugerem a implementação de intervenções que incluam educação de pares, promoção do uso de preservativos (Laukamm-Josten *et al.*, 2000), atividades que divulguem conhecimentos básicos sobre o HIV/AIDS e demais IST (Sun *et al.*, 2004) e estimulem estratégias interdisciplinares de intervenção (Parker *et al.*, 2000).

Devido ao fato de nosso estudo ter se baseado em uma amostra pequena e de conveniência, não podemos generalizar nossos achados para todos os caminhoneiros que trabalham ou transitam por Itajaí. Com o objetivo de eliminar vieses de amostragem e evitar a repetição de estudos que abordem a mesma rede social, técnicas de estudo mais controladas e rigorosas, tais como estudos com amostras aleatórias e representativas deveriam ser consideradas em futuras pesquisas com esta população. A coleta de dados obtidos unicamente através de auto-relato pode também ter influenciado a coleta de respostas “socialmente desejáveis”, como o uso consistente de preservativos.

Apesar destas limitações, a estratégia adotada de coletar dados através de métodos diversos permitiu a triangulação dos achados e a descoberta de áreas de maior risco, nas quais deveriam ser oferecidas intervenções pontuais voltadas para caminhoneiros e suas(seus) parceiras(os) sexuais. Esforços voltados para a prevenção do HIV/AIDS e demais IST nestes grupos devem levar em conta o contexto e as crenças que influenciam seus comportamentos menos seguros (Weeks *et al.*, 1993; Zimmerman *et al.*, 1995).

Com o propósito de reduzir o risco de contrair HIV/AIDS e demais IST entre caminhoneiros e profissionais do sexo que trabalham ao longo das estradas, programas de prevenção devem superar diversas barreiras, incluindo os mitos sobre a transmissão do HIV, baixa auto-percepção de risco e negação dos riscos associados ao sexo desprotegido, além da dificuldade desta população em ter acesso a estratégias de educação, aconselhamento e testagem para o HIV/AIDS. O fato de termos evidenciado que caminhoneiros e profissionais do sexo discutem sem grandes dificuldades suas condições de trabalho apontam para a hipótese de que intervenções eficazes poderiam ser elaboradas através do recrutamento de caminhoneiros e/ou profissionais do sexo, os quais poderiam divulgar mensagens preventivas, atuando como agentes promotores e multiplicadores de saúde entre suas redes de contato. Outra possível estratégia seria a utilização de figuras populares entre os caminhoneiros para divulgar mensagens de saúde pública. A natureza extremamente móvel destas populações indica a necessidade de elaborar intervenções que ultrapassem fronteiras entre cidades, estados e mesmo que sejam elaboradas em parceria com países vizinhos, levando em conta fatores que influenciam esta mobilidade populacional, tais como períodos de safras e contextos específicos de cada localidade.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer aos caminhoneiros, profissionais do sexo e outras pessoas que gentilmente concordaram em participar desta pesquisa, apesar de suas tarefas e agendas apertadas. O estudo foi financiado pelos *Centers for Disease Control and Prevention*, UNESCO e pelo Ministério da Saúde (Projeto nº 207BRA1000). Dr^a. Strathdee é financiada em parte pela Harold Simon Chair Foundation, da Universidade da Califórnia, em San Diego, e por um financiamento do NIDA (DA19829).

5. REFERÊNCIAS

- Gibney L, Saquib N, Metzger J. Behavioral risk factors for STD/HIV transmission in Bangladesh's trucking industry. Social Science & Medicine; 56:1411-24, 2003.
- Gysels M, Pool R, Bwanika K. Truck drivers, middlemen and commercial sex workers: AIDS and the mediation of sex in south west Uganda. AIDS Care; 13:373-85, 2001.
- Lacerda R, Gravato N, Mcfarland W, *et al.* Truck drivers in Brazil: prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases, risk behavior and potential for spread of infection. AIDS; Suppl 1:S15-S19, 1997.
- Laukamm-Josten U, Mwizarubi Bk, Outwater A, *et al.* Preventing HIV infection through peer education and condom promotion among truck drivers and their sexual partners in Tanzania, 1990-1993. AIDS Care; 12: 27-40, 2000.
- Manjunath JV, Thappa DM, Jaisankar TJ. Sexually transmitted diseases and sexual lifestyles of long-distance truck drivers: a clinico-epidemiologic study in south India. International Journal of STD & AIDS; 13:612-7, 2002.
- Miles MB & Huberman AM Qualitative Data Analysis, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.
- Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids - Ano XVIII nº 01 - janeiro a junho de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Morris M, Podhisita C, Wawer MJ, *et al.* Bridge populations in the spread of HIV/AIDS in Thailand. AIDS; 10:1265-71, 1996.
- Muhr T. ATLAS/ti for Windows. Berlin: Scientific Software Development, 1997.
- Needle RH, Trotter RT 2nd, Singer M, *et al.* Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: an approach for timely community interventions. American Journal of Public Health; 93:970-9, 2003.
- Ntozi JP, Najjumba IM, Ahimbisibwe F, *et al.* Has the HIV/AIDS epidemic changed sexual behaviour of high risk groups in Uganda? African Health Sciences; 3:107-16, 2003.
- Parker RG, Easton D, Klein CH. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. AIDS; 14: S22-S32, 2000.
- Stimson GV, Donoghoe MC, Fitch C., *et al.* Rapid Assessment and Response Technical Guide. World Health Organization (Department of Child and Adolescent Health and Development, and Department of HIV/AIDS) Geneva, 2003.

Stratford D, Ellerbrock TV, Akins JK, *et al.* Highway cowboys, old hands, and Christian truckers: risk behavior for human immunodeficiency virus infection among long-haul truckers in Florida. Social Science & Medicine; 50:737-49, 2000.

Strauss A. & Corbin JM. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage, 1998.

Sugihantono A, Slidell M, Syaifudin A, *et al.* Syphilis and HIV prevalence among commercial sex workers in Central Java, Indonesia: risk-taking behavior and attitudes that may potentiate a wider epidemic. AIDS Patient Care and STDs; 17:595-600, 2003.

Sun Q, Zhang JX, Li XS, *et al.* [Study on AIDS related risk behaviors and the correlated factors among three groups of population in Sichuan province.] [Article in Chinese] Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi; 25: 761-5, 2004.

Sunmola AM. Sexual practices, barriers to condom use and its consistent use among long distance truck drivers in Nigeria. AIDS Care; 17: 208-21, 2005.

Villarinho L, Bezerra I, Lacerda R, *et al.* Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. Revista de Saude Publica; 36:61-7, 2002.

Weeks MR, Singer M, Schensul JJ. Anthropology and culturally targeted AIDS prevention. Practicing Anthropology; 15:17-20, 1993.

Zimmerman MA, Janz NK, Wren PA. Factors influencing the success of AIDS prevention programs. In: Freudenberg N, Zimmerman MA. (Eds.) AIDS Prevention in the Community: Lessons from the First Decade (pp. 149-160). Washington: American Public Health Association, 1995.

III. RECOMENDAÇÕES

Com o término das pesquisas realizadas em Itajaí e em Foz do Iguaçu, foram organizadas reuniões com lideranças locais visando dar uma maior visibilidade aos achados e às recomendações elaboradas pela equipe. Nestas reuniões locais estiveram presentes gerentes de políticas públicas locais, profissionais de saúde, representantes de ONGs e outras organizações da sociedade civil, assim como representantes da mídia local e do governos estadual e federal.

Nestas reuniões as equipes locais tiveram a oportunidade de apresentar o processo de trabalho, as principais lacunas no que se refere ao acesso das populações estudadas a intervenções em saúde, além de diversos outros problemas identificados e recomendações para futuras ações. Apresentamos abaixo um resumo das principais recomendações feitas, as quais estão atualmente em fase de análise por parte de gerentes, gestores de políticas públicas locais e possíveis financiadores.

III.1 - Recomendações – Foz do Iguaçu

No sentido de melhorar o acesso da população estudada aos serviços de saúde já existentes, é necessário repensar os horários de atendimento, visando estender os horários de funcionamento durante o período tarde/noite, mais acessível para a população de usuárias de crack. Essa recomendação não implicaria em um custo direto para o município, mas sim em uma re-adequação de profissionais e das políticas de saúde em vigor.

É necessário elaborar atividades de treinamento e capacitação para as equipes de saúde, principalmente no que se refere ao atendimento de profissionais do sexo e usuários de drogas. Estas capacitações facilitarão a oferta um atendimento culturalmente mais adequado, no qual as experiências de estigma e preconceito frente a usuários de drogas e profissionais do sexo sejam minimizadas.

É fundamental a implantação de um serviço público de saúde voltado para o atendimento de dependência química no município. Uma grande parcela da população em situação de pobreza apresenta problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas, porém não existe nenhum atendimento público que supra esta demanda em Foz do Iguaçu.

Objetivando minimizar o risco da população acessada frente ao HIV/AIDS e demais ISTs, é importante elaborar intervenções voltadas para adoção e manutenção do sexo mais seguro, tais como: ampla distribuição de preservativos, educação de pares, formação de agentes multiplicadores e elaboração de materiais educativos culturalmente adequados. Tais atividades devem ser principalmente oferecidas nos locais aonde se concentram mulheres profissionais do sexo, tais como na Av. Costa e Silva, favela do Jupira e Monsenhor Guilherme.

Para intervir com relação à exclusão social desta população sugere-se, por exemplo, a implantação de cooperativas/associações nas comunidades mais carentes, as quais possam oferecer capacitação profissional e, com isso, acesso desta população a outras fontes de renda que não o sexo comercial. Intervenções de campo implementadas por diversos atores (ex: Programa de Saúde da Família, ONGs e grupos comunitários locais) podem facilitar o encaminhamento desta população para abrigos, serviços de pré-natal, oficinas de capacitação profissional, delegacia de mulheres etc. Estas atividades são fundamentais para a população em questão, além de serem iniciativas de baixo custo e com grande impacto social.

III.2 - Recomendações – Itajaí

Buscando minimizar os comportamentos de maior risco frente ao HIV/AIDS e demais ISTs é importante elaborar estratégias diferenciadas para caminhoneiros e profissionais do sexo da região. Tais ações devem oferecer informações culturalmente adequadas sobre HIV/AIDS e demais ISTs, fomentar o acesso a serviços públicos de saúde, disponibilizar informações sobre testagem para HIV/AIDS e, principalmente, estimular a adoção de comportamentos mais seguros frente ao HIV/AIDS e demais ISTs e a manutenção destes comportamentos ao longo do tempo. Em paralelo a estas ações, é necessário disponibilizar preservativos em locais de fácil acesso aos caminhoneiros e profissionais do sexo: postos de combustíveis, postos rodoviários, pedágios, bares e restaurantes etc.

O serviço de radio amador pode ser um importante aliado na divulgação de informações entre populações móveis, pois possui uma grande aceitabilidade e influência entre esta população. Radio amadores e radialistas poderiam atuar como agentes multiplicadores de informações em saúde pública para esta população móvel, desde que tivessem acesso a um treinamento e capacitação adequados. Radio amadores podem também facilitar o

acesso de caminhoneiros a serviços de saúde, ao fornecer informações sobre os serviços de saúde disponíveis na região, horários de atendimento, etc.

Os serviços de saúde poderiam melhorar o acesso das populações móveis a estes serviços através de ações factíveis e de fácil implantação, tais como: modificação do horário de atendimento para que estas possam atender pacientes em finais de semana, à noite ou em feriados, além de possibilitar o acesso de pacientes sem agendamento prévio a estes serviços. Tais ações não necessitam de um grande investimento, seria apenas necessária uma re-organização de plantões em infra-estruturas já existentes, para suprir a demanda desta população móvel.

Objetivando conscientizar a população de caminhoneiros quanto às conseqüências do consumo de metanfetaminas e visando diminuir este consumo sugere-se:

- Elaborar materiais educativos, culturalmente sensíveis e com linguagem apropriada sobre os riscos e conseqüências do uso de metanfetaminas, os quais devem ser distribuídos principalmente em locais de parada, carga e descarga desta população
- Em paralelo a distribuição de materiais educativos, é importante também elaborar intervenções comportamentais e estimular esta população a buscar tratamento para dependência química quando necessário
- Intervenções no ambiente de trabalho (postos de carga/descarga, postos de parada, pedágios, empresas...) representam uma estratégia importante e acessível para a população de caminhoneiros, além de facilitar a sensibilização de empregadores e empregados

Por fim, visando melhorar a qualidade vida do caminhoneiro decisões políticas e legais deveriam ser tomadas em relação à jornada de trabalho desta classe de trabalhadores. É necessário estabelecer mecanismos de controle mais eficazes, para que estes caminhoneiros não excedam um máximo de 15h/dia trabalhadas, sem intervalo para dormir. Uma sugestão seria implantar um sistema de apresentação em locais pré-determinados após percorrerem o máximo de quilometragens permitidos. É necessário também estabelecer políticas de controle sobre o estado de conservação dos veículos de carga atualmente em circulação, visando com isto evitar acidentes e perdas de vidas humanas, além das perdas materiais.

IV. DISCUSSÃO

O Brasil – devido a sua extensão continental, especificidades regionais e grandes desigualdades sócio-econômicas entre regiões – parece abrigar diferentes sub-epidemias de HIV. Em contraste com o recente aumento da incidência de AIDS nas cidades (especialmente litorâneas) do sul do Brasil, onde o papel dos UDI na epidemia regional é absolutamente central, municípios como Santos (SP) (o maior porto brasileiro), após experimentarem uma difusão explosiva do HIV/AIDS no começo da epidemia (anos 80), têm registrado nos últimos anos uma “desaceleração” do processo de difusão da epidemia de AIDS (expressa pelo registro de novos casos de AIDS), de um modo geral, e especificamente entre os UDI (Bastos et al., 2005, Hacker et al., no prelo - 2).

Estudos epidemiológicos seccionais realizados na costa sul do Brasil (Caiaffa *et al.*, 2003) têm evidenciado taxas elevadas de infecção pelo HIV entre UDIs brasileiros, e em menor extensão entre usuários de *crack* (Szwarcwald *et al.*, 1998). Como as taxas de infecção pelo HIV nesta última população são significativamente mais elevadas (Szwarcwald *et al.*, 1998) do que aquelas encontradas entre populações consideradas como representativas da população geral – por exemplo, doadores de sangue, mulheres grávidas e conscritos do exército – o papel do consumo de *crack* (e dos riscos sexuais ampliados a ele associados) na epidemia do HIV no Brasil não deve ser considerado desprezível (de Souza *et al.*, 2002; Szwarcwald *et al.*, 1998).

Os dois estudos qualitativos, de cunho exploratório, descritos na presente dissertação apontam para a estreita relação entre consumo de duas substâncias psicoativas estimulantes – *crack* e metanfetamina – e o envolvimento com sexo comercial, tendo como consequência a adoção de comportamentos de maior risco frente ao HIV/AIDS e demais IST.

Os resultados de ambos os estudos indicam que muito há de ser feito se quisermos de fato controlar a epidemia de HIV/AIDS e demais infecções de transmissão sexual entre usuários(as) de substâncias ilícitas estimulantes, seus(suas) parceiros(as) sexuais e prole. Os comportamentos de risco na esfera sexual são extremamente freqüentes, tanto entre mulheres usuárias de *crack* que praticam o sexo comercial, quanto entre caminhoneiros e suas(seus) parceiras(os) sexuais.

É importante ressaltar que, em ambos os estudos, foram identificadas barreiras relevantes no que se refere ao acesso a serviços de saúde em geral, em particular a

serviços voltados para a saúde reprodutiva e sexual. Mulheres usuárias de *crack*, caminhoneiros e profissionais do sexo que trabalham em rotas de caminhoneiros não costumam ter acesso a programas educativos e preventivos no âmbito do HIV/AIDS e demais IST. Apesar dos entrevistados abordados pelas duas pesquisas freqüentemente adotarem comportamentos de risco – múltiplos parceiros(as) sexuais e uso inconsistente de preservativos, principalmente influenciados pelo uso constante de substâncias ilícitas estimulantes e álcool – o acesso desses grupos a intervenções e sua auto-percepção de risco são inadequadas.

As intervenções e os serviços de saúde disponíveis para estes grupos (quando existem) parecem ter uma capacidade limitada, até o momento, no sentido de minimizar, de fato, comportamentos de maior risco ou de atingir efetivamente subgrupos de indivíduos que buscam tais serviços de forma intermitente.

Diversas iniciativas de pesquisa no Brasil vêm tematizando o efeito combinado do uso de diferentes drogas e álcool sobre os comportamentos de risco para a infecção pelo HIV, além das transições das vias de uso. Destacáramos aqui a questão das trabalhadoras do sexo socialmente carentes, consumidoras de *crack* e diversas outras substâncias (Szwarcwald *et al.*, 1998), dos usuários de *crack* e cocaína injetável, de forma simultânea ou intermitente (Dunn & Laranjeira, 2000), dos jovens em situação de rua, usuários de diferentes substâncias psicoativas (Raffaelli *et al.*, 1993) e dos caminhoneiros usuários de metanfetaminas e outras substâncias ilícitas estimulantes (Lacerda *et al.*, 1997).

Especificamente com relação às profissionais do sexo – sejam estas usuárias de *crack* ou mulheres que trabalham em rotas de caminhoneiros, as duas pesquisas identificaram uma grande falta de autonomia sobre seu corpo e sua sexualidade, aspectos que exporiam estas mulheres a situações de vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS e demais IST. A estes fatores somam-se aspectos presentes nos dois grupos de mulheres profissionais do sexo: pobreza, baixa escolaridade, exclusão social e dificuldade de acesso a serviços voltados para a saúde sexual e reprodutiva que possuam profissionais capacitados e sensibilizados para o acolhimento e repasse de informações relativas à prevenção e assistência.

Um cenário de vulnerabilidade social engloba claramente a realidade das mulheres abordadas por ambas as pesquisas. Análises do Ministério da Saúde (2003) corroboram os achados qualitativos apresentados, apontando que entre as mulheres mais

vulneráveis à epidemia de HIV/AIDS estão aquelas residentes em favelas e bolsões de pobreza urbana – como as mulheres usuárias de *crack* de Foz do Iguaçu e as profissionais do sexo de Itajaí. Segundo o Ministério da Saúde (2003), além das questões de gênero, estas mulheres teriam uma vulnerabilidade acrescida quando comparadas a mulheres de outros grupos sociais por viverem em condição de extrema pobreza, freqüentemente serem vítimas de violência doméstica e, muitas vezes, serem analfabetas ou semi-analfabetas. Na grande maioria dos casos, estas mulheres dependem economicamente de seu parceiro estável – ou, no caso das profissionais do sexo, de seus clientes. Esta sinergia de problemas sócio-econômicos impediria que esta parcela da população pudesse ter uma maior autonomia para negociar o uso de preservativos.

Buscando tecer uma análise mais global e comparativa entre os dois estudos, é necessário salientarmos que, ao invés de tentar estabelecer relações causais lineares entre padrões do abuso de drogas/álcool e comportamentos de risco, cabe, na verdade, identificar e caracterizar “estilos de vida”, e procurar evidenciar a interação entre fatores de vulnerabilidade social, comportamentos individuais, redes sociais e padrões de consumo de drogas (Friedman *et al.*, 1993; Friedman, 1995).

Nas duas pesquisas foi possível identificar que os entrevistados estão inseridos em redes sociais extremamente vulneráveis frente ao HIV/AIDS e demais IST. Tal vulnerabilidade é clara quando constatamos que estes grupos costumam ter múltiplos parceiros(as) sexuais, sendo o uso do preservativo inconstante e, muitas vezes, incipiente. Para além do risco frente a tais infecções, é possível verificar que estes grupos enfrentam dificuldades diversas ao buscarem serviços de saúde em geral, inclusive serviços que ofereçam testagem e aconselhamento gratuito para o HIV ou atendimento voltado para a saúde reprodutiva e sexual. Além das freqüentes experiências de estigma e preconceito em serviços de saúde, os serviços existentes não costumam atender pacientes que não tenham um agendamento prévio de consultas (com exceção de serviços emergenciais), e os horários de funcionamento dos serviços são, muitas vezes, incompatíveis com os estilos de vida dos participantes.

É importante salientar algumas importantes limitações da metodologia utilizada nas pesquisas realizadas. Primeiro, devido ao fato de ambas as pesquisas terem se baseado em amostras de conveniência, não podemos generalizar nossos achados para outras populações e outros contextos que não os especificamente delimitados em cada pesquisa. Objetivando eliminar vieses de amostragem e o risco de repetir estudos em

mesma rede social, técnicas mais rigorosas de amostragem deverão ser adotadas em futuros estudos abordando tanto mulheres profissionais do sexo que usam *crack* quanto caminhoneiros de rota longa.

Ambos os estudos se baseiam em dados coletados através de auto-relatos, o que pode influenciar a coleta de respostas “socialmente desejáveis”. Com isso, o uso e o acesso a preservativos pode ter sido relatado de forma mais freqüente e sistemática do que realmente ocorre na prática, e mesmo o uso de álcool por parte de caminhoneiros pode ter sido sub-avaliado.

Cabe observar que, ao utilizarmos uma metodologia qualitativa, optamos por obter análises mais aprofundadas sobre os comportamentos de usuários de drogas inseridos nos contextos das pesquisas. Esta metodologia não objetiva a generalização dos achados. Pesquisas desta natureza permitem esboçar cenários de permanência e/ou transformação/mudança da realidade encontrada (Deslandes *et al.*, 2002).

Visando ao aprimoramento de protocolos de pesquisa nesta área e minimizar algumas das limitações encontradas em estudos nessa área (incluindo os estudos que compõem a presente dissertação), tecemos os comentários abaixo:

Cabe, em primeiro lugar, ampliar e intensificar as estratégias de recrutamento, aumentando o número de recrutadores e locais de recrutamento, com o objetivo de minimizar os vícios de seleção, sempre presentes em estudos que lidam com populações ocultas. Embora a estratégia de recrutamento adotada em ambas as pesquisas tenha sido a de indicação sucessiva de entrevistados (ou bola-de-neve – *snowball sampling*), cabe observar que ambos os estudos incorporaram um intensivo “mapeamento” e observação das “cenas de uso” e locais de prostituição (bordéis, rotas de caminhões, favelas, locais de tráfico de drogas...).

Diversos autores têm apontado que é fundamental, ao lidar com populações ocultas, diversificar as características e a inserção dos recrutadores, de modo a explorar o campo de estudo de forma exaustiva, evitando tanto quanto possível passar ao largo de eventuais “bolsões” de características peculiares, como redes sociais caracterizadas por determinados hábitos, ou prevalências mais baixas ou mais elevadas (Friedman *et al.*, 2000; Barendregt *et al.*, 2005; Cunningham-Williams *et al.*, 1999). Os resultados de alguns estudos têm sido animadores no sentido de desenvolver estratégias mais eficazes de recrutamento que permitam reproduzir, *grosso modo*, determinadas características dos recrutados ao longo de sucessivas indicações (Nelson *et al.*, 2002; Pouget *et al.*,

2005). Outros estudos têm evidenciado que é possível minimizar os vícios amostrais utilizando amostras de conveniência e a bola-de-neve como estratégia de recrutamento, no que se refere a populações de difícil acesso, como usuários de drogas (Topp *et al.*, 2004).

Tendo como base os estudos acima mencionados, podemos inferir que os métodos de recrutamento adotados nos dois estudos foram eficazes e adequados ao objetivo das pesquisas, pois permitiram conhecer de forma mais aprofundada a realidade sócio-econômica, os padrões de comportamento e os padrões de uso de substâncias ilícitas entre grupos populacionais que estão, muitas vezes, à margem de medidas preventivas e assistenciais no âmbito do HIV/AIDS e demais IST.

Na medida do possível, continuaremos a desdobrar a proposta original de ambas as pesquisas, no que se refere à triangulação de métodos diversos de apreensão da realidade. Tal proposta incorpora, no nosso caso, a elaboração de protocolos de pesquisa que incorporem não só a coleta de informações de natureza qualitativa, mas também de dados biológicos e informações quantificáveis, objetivando apreender com mais abrangência as intrínsecas questões que podem estar (ou não) determinando uma maior vulnerabilidade de determinadas populações frente ao HIV/AIDS e demais IST.

Uma análise importante a ser desenvolvida, em se tratando de estudos com usuários de drogas, seria a comparação entre grupos de novos e antigos usuários, tal como foi realizado por Hacker e colaboradores (2005), em análise feita referente a “novos” e “antigos” injetadores. Esse tipo de comparação e a utilização de algoritmos de testagem sensíveis/menos sensíveis para o HIV, visando estimar a incidência da infecção pelo HIV (“*detuned assays*”) permitiria uma avaliação mais completa sobre como estaria ocorrendo uma suposta *reposição* de uma população extremamente dinâmica – como é o caso de usuários de drogas em geral – onde ocorrem com frequência: deslocamentos geográficos, mortes, adoecimento e saída da cena de uso, interrupção do consumo de drogas, transição das vias de consumo de drogas etc.

Se, por um lado, é possível ocorrer a “saturação” desta população quanto à chance de se infectar por diferentes patógenos, por outro, existe um “ingresso” contínuo, na cena de uso, de novos usuários (supostamente não infectados). O monitoramento dos hábitos, taxas de infecção para diferentes patógenos e, quando possível, de estimativas da incidência de algumas destas infecções entre “novos usuários” é fundamental para

uma melhor compreensão da dinâmica das cenas de uso e da disseminação dos patógenos nestes contextos.

Outra avaliação a ser desenvolvida futuramente seria a comparação entre usuários de drogas que relatam e *não* relatam tratamento e/ou contato com programa de prevenção e/ou mudança espontânea de comportamento. Este tipo de avaliação permitiria identificar grupos às voltas com maiores dificuldades de acesso a serviços preventivos assistenciais, o que possibilitaria a identificação de lacunas e possibilidades de futuras intervenções.

Corroborando esta dinâmica complexa do uso de drogas, podemos citar estudos que apresentam análises sobre a transição entre rotas de auto-administração de cocaína (Dunn & Laranjeira, 1999; Ferri & Gossop, 1999). Ambos os grupos de pesquisa brasileiros identificaram que as transições de via de consumo da cocaína são bastante frequentes, e ocorrem em diferentes direções (i.e, de modos de administração de maior risco, para os mais seguros, e vice-versa), e incluem períodos espontâneos de abstinência, assim como frequentes recidivas. Esta dinâmica torna a prevenção e o tratamento do consumo abusivo de cocaína (e, possivelmente, de outras substâncias estimulantes, como as metanfetaminas) e danos associados a este consumo verdadeiros desafios, a serem realizados e avaliados continuamente.

Tendo em vista os dados coletados e as considerações acima, cabe ressaltar que a complexa dinâmica do consumo de drogas deve ser integralmente incorporada à agenda brasileira de pesquisa, buscando abarcar as diferentes inter-relações do consumo de drogas e incidência/prevalência de infecções de transmissão sexual e/ou sangüínea. Tendo em mente a complexidade do consumo de drogas no Brasil – e retomando as idéias desenvolvidas na introdução desta dissertação – é necessário elaborar protocolos de pesquisa que contemplem, simultaneamente, diferentes metodologias, desenhos de estudo e recortes populacionais.

Neste contexto, a metodologia de pesquisa qualitativa representa uma valiosa ferramenta, capaz de contribuir para uma percepção mais aprofundada sobre os contextos sociais e os comportamentais de usuários de drogas e seus(suas) parceiros(as) sexuais. Uma compreensão mais global sobre o contexto no qual se insere determinado grupo de usuários de drogas permite que as ações elaboradas possam ser mais eficazes e adequadas às diferentes realidades e contextos sócio-econômicos encontrados no Brasil, além de poder informar o desenvolvimento (ou re-elaboração) de intervenções pré-

existentes. A metodologia qualitativa pode também ser utilizada como uma ferramenta auxiliar para guiar, em conjunto com métodos quantitativos, a (re)elaboração de ações preventivas, serviços de saúde e suporte social e fortalecimento de redes de apoio eficazes e culturalmente adequadas. A oferta de serviços mais adequados é um passo fundamental na busca da re-inserção social da população de usuários de drogas, além de ser importante para a prevenção da disseminação de diversos patógenos entre usuários de drogas, seus(suas) parceiros(as) sexuais, prole e redes de contato.

A natureza fortemente interativa das redes sociais de usuários de drogas, as taxas de infecção elevadas encontradas em tais redes e seus relacionamentos frequentes com outras redes de risco – sexo comercial, por exemplo – apontam para a relevância da realização de pesquisas e, posteriormente, de intervenções voltadas para a população de usuários de drogas e suas redes de contato.

O Programa Brasileiro de HIV/AIDS representa um paradigma entre países em desenvolvimento, por ter sido o primeiro a oferecer acesso universal e gratuito à terapia antiretroviral, sendo possivelmente um dos únicos a oferecer uma gama tão ampla de serviços para assistência de pessoas vivendo com HIV/AIDS. O país possui também uma ampla rede de programas de prevenção voltados para UDs, incluindo mais de 130 Programas de Redução de Danos (Fonseca *et al.*, no prelo) – a grande maioria co-financiados pelo Ministério da Saúde. Tendo isto em mente, a experiência brasileira apresenta diversas lições a serem aprendidas por outros países, alguns dos quais mais ricos e com serviços de saúde mais estruturados, com profissionais de saúde em maior número e mais qualificados do que o Brasil.

A despeito disto, nas áreas metropolitanas do sul e sudeste do país, usuários de drogas e seus parceiros sexuais têm desempenhado um papel central na dinâmica da epidemia de HIV/AIDS. A incidência elevada de HIV/AIDS nesta população representa um importante desafio para a saúde pública. Frequentemente esta população recebe aconselhamentos pré- e pós-teste anti-HIV inadequados e suporte psicossocial sub-ótimo, além de receber muitas vezes um acompanhamento clínico inadequado às suas necessidades específicas e ter sua indicação para início da terapia ARV frequentemente postergada pelos clínicos, que receiam que estes pacientes não sigam adequadamente as prescrições (Vlahov *et al.*, no prelo). geralmente enfrentam dificuldades substanciais ao buscarem tratamento para dependência química e testagem para o HIV.

A prevenção do HIV e demais IST entre usuários de drogas apresenta dificuldades consideráveis em qualquer local, porém em países em desenvolvimento estas ações preventivas enfrentam problemas adicionais devido à escassez de recursos e de infra-estrutura.

Ao longo de quase três décadas do surgimento da epidemia de HIV no país, muito foi alcançado através do trabalho conjunto de profissionais, ativistas, formuladores de políticas, representantes da sociedade civil e redes de agências nacionais e internacionais. Porém, muito ainda está por ser feito em um país com dimensões continentais, no qual as desigualdades sociais e econômicas, o estigma e o preconceito voltado a comunidades mais vulneráveis e minorias diversas ainda atinge níveis inaceitáveis. Tais problemas muitas vezes acabam influenciando o acesso de populações mais vulneráveis a ações preventivas e assistenciais, como é o caso de usuários de drogas e profissionais do sexo.

Como parte de iniciativas mais globais, voltadas para a prevenção do HIV/AIDS em populações vulneráveis – particularmente usuários de drogas – é necessário estimular a elaboração de intervenções culturalmente adequadas e que tenham continuidade ao longo do tempo. Para isso, é necessário elaborar estratégias que permitam uma interlocução mais próxima entre formuladores de políticas, agências financiadoras, serviços de saúde e de apoio social, organizações não governamentais e usuários de drogas. Apenas através desta parceria e da constante avaliação e reavaliação das ações disponíveis será possível estruturar respostas mais adequadas e sustentáveis ao longo do tempo.

À medida que o país aprimore suas estratégias voltadas para a redução da vulnerabilidade de usuários de drogas frente ao HIV/AIDS e demais IST, estaremos no caminho de uma maior inclusão social, possibilitando uma melhor qualidade de vida a uma população que, historicamente, tem estado à margem das intervenções em saúde. Este movimento de inclusão vai ao encontro de uma premissa básica em saúde pública, que é a prevenção de danos à saúde, e atende aos direitos assegurados pela constituição brasileira de cidadania e demais diretrizes do SUS relativas à universalidade, equidade e integralidade.

REFERÊNCIAS

- Barendregt C, van der Poel A, van de Mheen D. Tracing selection effects in three non-probability samples. Eur Addict Res;11:124-31, 2005.
- Bastos FI, Bongertz V, Teixeira SL, *et al.* Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. Mem Inst Oswaldo Cruz; 100:91-6, 2005.
- Caiaffa WT, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, *et al.*. The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users. Clin Infect Dis; 37:S376-81, 2003.
- Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, *et al.* Reaching and enrolling drug users for HIV prevention: a multi-site analysis. Drug Alcohol Depend; 54:1-10, 1999.
- de Souza CT, Diaz T, Suttmoller F, Bastos FI. The association of socioeconomic status and use of *crack*/cocaine with unprotected anal sex in a cohort of men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr; 29:95-100, 2002.
- Deslandes SF, Mendonça EA, Caiaffa WT, *et al.* As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. Cad. Saúde Pública; 18:141-151, 2002.
- Dunn J & Laranjeira RR. Transitions in the route of cocaine administration-characteristics, direction and associated variables. Addiction; 94:813-24, 1999.
- Dunn J & Laranjeira RR. HIV-risk behaviour among non-heroin using cocaine injectors and non-injectors in Sao Paulo, Brazil. AIDS Care; 12:471-81, 2000.
- Ferri CP & Gossop M. Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a Brazilian sample. Addict Behav; 24:815-21, 1999.
- Fonseca E, Ribeiro J, Bertoni N, *et al.* Needle and Syringe Exchange Programs in Brazil: Preliminary assessment of 45 programs. Reports in Public Health. (no prelo).
- Friedman SR, de Jong W, Wodak A. Community development as a response to HIV among drug injectors. AIDS; 7:S263-9, 1993.
- Friedman SR, Kottiri BJ, Neaigus A, *et al.* Network-related mechanisms may help explain long-term HIV-1 seroprevalence levels that remain high but do not approach population-group saturation. Am J Epidemiol; 152:913-22, 2000.
- Friedman SR. Promising social network research results and suggestions for a research agenda. NIDA Res Monogr; 151:196-215, 1995.
- Hacker MA, Friedman SR, Telles PR, *et al.* The role of "long-term" and "new" injectors in a declining HIV/AIDS epidemic in Rio de Janeiro, Brazil. Subst Use Misuse; 40:99-123, 2005.
- Hacker MA, Leite IC, Guillen TT, *et al.* Reconstructing the AIDS epidemic among Brazilian injection drug users. Cadernos de Saúde Pública; No Prelo – 2.
- Lacerda R, Gravato N, McFarland W, *et al.* Truck drivers in Brazil: prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases, risk behavior and potential for spread of infection. AIDS; Suppl 1:S15-9, 1997.

- Ministério da Saúde. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. série manuais n. 57.
- Nelson KE, Galai N, Safaeian M, *et al.* Temporal trends in the incidence of human immunodeficiency virus infection and risk behavior among injection drug users in Baltimore, Maryland, 1988-1998. Am J Epidemiol; 156:641-53, 2002.
- Pouget ER, Deren S, Fuller CM, *et al.* Receptive syringe sharing among injection drug users in Harlem and the Bronx during the New York State Expanded Syringe Access Demonstration Program. J Acquir Immune Defic Syndr; 39:471-7, 2005.
- Raffaelli M, Campos R, Merritt AP, *et al.* Sexual practices and attitudes of street youth in Belo Horizonte, Brazil. Street Youth Study Group. Soc Sci Med; 37(5):661-70, 1993.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Gravato N, *et al.* Crack Smoking as a Predictor for HIV Infection Among Female Sex Workers in Santos, SP, Brazil. Anais do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 1 a 5 de agosto de 1998, Rio de Janeiro:Epirio-98, V. 1. Pag. 64-65.
- Topp L, Barker B, Degenhardt L. The external validity of results derived from ecstasy users recruited using purposive sampling strategies. Drug Alcohol Depend; 73:33-40, 2004.
- Vlahov D, Metzger DS, Celentano D. Access to Highly Active Antiretroviral Therapy for injection drug users: Adherence, Resistance and death. Cad Saude Pública (No Prelo)

ANEXO I

Artigo original

“Health Risks and Intervention Needs of Crack-involved Commercial Sex Workers in Southern Brazil”

Malta M et al (Submitted) *Medical Anthropology Journal*

Health Risks and Intervention Needs of Crack-involved Commercial Sex Workers in Southern Brazil[#]

Malta M^{1,2}, Monteiro S¹, Lima RMJ³, Bauken S³, De Marco A⁴, Zuim GC⁴, Bastos FI¹, Singer M⁵, Strathdee SA^{2,6}

Key Works: HIV/AIDS, commercial sex workers, crack-cocaine, Brazil, women

Running head: Health Risks of Crack-involved Commercial Sex Workers in in Southern Brazil

Address for correspondence and proofs:

Monica Malta
Johns Hopkins Bloomberg
School of Public Health
Department of Mental Health
624 North Broadway St., Room 759
Baltimore, MD 21205
410-955-1813 Fax: 410-614-8132
email: mmalta@jhsph.edu / momalta@cict.fiocruz.br

[#] Paper submitted to *Medical Anthropology Journal* (June 1st, 2005)

¹ Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil

² Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, US

³ CEPADA - Centro de Estudos, Pesquisa e Atenção a Drogas e Aids, Foz do Iguaçu, Brazil

⁴ Foz do Iguaçu Health Secretariat, Foz do Iguaçu, Brazil

⁵ Center for Interdisciplinary Research on AIDS, Yale University, US

⁶ University of California San Diego School of Medicine, US

Abstract (167 words)

Introduction: The major drug of abuse in Brazil is cocaine, which is associated with bingeing and high risk sexual behaviors. Foz do Iguacu is located at the nexus of Brazil, Paraguay, and Argentina being an important drug traffic route with a lively prostitution scene.

Methods: We used qualitative methods to assess HIV/AIDS behavioral risks among female commercial sex workers (CSWs) who use crack. In-depth interviews were carried out with 26 CSWs. Focus groups, key-informant interviews and field observations were conducted.

Results: Participants had low self-perceived HIV risk in spite of being engaged in unprotected sex with multiple partners. Physical and sexual violence was widespread which jeopardized negotiation of condom use. Several CSWs were homeless or lived in slums, rarely accessing health centers, VCT facilities and social support.

Conclusions: Female CSWs who use crack in Foz do Iguacu experience a plethora of health and social problems, which appear to influence risks for HIV infection. Efforts to prevent HIV infection among this population require culturally appropriate and gender-tailored interventions.

Key words: HIV/AIDS, prostitution, vulnerability, crack, drug use, Brazil

I. INTRODUCTION

In many parts of the world, there is significant overlap between populations of sex workers and injection drug users (IDUs), both of which can be risk factors for the acquisition of blood-borne and/or sexually transmitted infections, including HIV. In settings as diverse as India, China, Indonesia, Russian Federation, and Ukraine, the HIV epidemic rapidly spread among sex workers and/or injection drug users (IDUs) and HIV prevalence has been as high as 70 percent in some sex worker and IDU populations (Government of India, 2002; UNAIDS/WHO, 2004; Agarwal et al., 1999).

Many countries in Central and Eastern Europe have seen large increases in the numbers of women engaged in sex work since the collapse of the Soviet Union. Some estimates suggest that there are up to 70,000 sex workers in Moscow alone (European Project AIDS and Mobility Soros, 2003). In Asia, most countries still report high rates of males visiting sex workers, and even in countries with mature epidemics, such as in Sub-Saharan Africa, sex workers are disproportionately affected, with HIV prevalence ranging from 30 percent, in

places like Yaounde (Cameroon) to as high as 75 percent in Kisumu (Kenya) (Morison et al., 2001).

Some drug users turn to sex work out of financial necessity to support their addiction, while some sex workers seek escape from their life circumstances and work situations through drug use (Strathdee and Sherman, 2003). In either situation, the exchange of sex for drugs or money under the influence of drugs is a high-risk encounter that can compromise judgment and the ability to practice safer sex.

In Brazil, an important characteristic is related to the specific drug scene, where the major drug of abuse is cocaine. Due to the specific patterns of cocaine used – constant and repetitive use in a single day – active cocaine users frequently engage in risk behaviours to maintain their patterns of consumption (Inciardi & Surratt, 2001). Many cocaine users are engaged in commercial sex, are homeless or living in shelters, and/or are dealing small amounts of illicit drugs. Since the HIV/AIDS epidemic began in Brazil, increasing proportions of cases have been attributed to injection drug use (IDU). In the South and southeast metropolitan areas in particular, IDU and

their sexual partners have played a pivotal role in local HIV/AIDS dynamics, as described on the next section (Bastos *et al.*, 2002).

The HIV/AIDS Epidemic in Brazil

The epidemiology of the HIV epidemic in Brazil has evolved in three phases (Lowndes *et al.*, 2000). The epidemic began primarily among relatively affluent men who have sex with men (MSM) and recipients of contaminated blood products living in Brazil's major metropolitan areas. The HIV epidemic subsequently spread to include IDUs, their sexual partners, and MSM living in urban areas throughout Brazil. Since the early 1990s, heterosexual transmission has played an increasing role in HIV transmission, resulting in growing numbers of HIV/AIDS cases among women. In Brazil, HIV/AIDS is also becoming a disease of poverty, increasingly infecting poor residents of metropolitan deprived belts and smaller municipalities (Szwarcwald *et al.*, 2000). The proportion of newly diagnosed AIDS cases that had completed no more than a primary school education grew from 27% in the 1980s to 57% in the 1990s (Fonseca *et al.*, 2002), with a concomitant increase in cases among unemployed and unskilled workers (Fonseca *et al.*, 2003).

Sentinel surveillance suggests that the prevalence of HIV among pregnant women has remained below 1% since 1990. Although fewer surveillance data are available for specific high-risk groups, HIV prevalence as high as 60% have been reported among injecting drug users and sex workers in some cities (UNAIDS/WHO, 2004).

Community-based research studies, usually conducted in small geographic areas, are not necessarily representative of the country as a whole, but have the potential to gain a better understanding of HIV transmission. This is particularly important to gain a deep understanding about high-risk behaviors adopted by hard to reach groups such as commercial sex workers (CSWs). Aspects of this approach are briefly discussed below.

Community based Research

Research on community health and social problems has been criticized by some community advocates as an activity that takes away from but does not contribute to the health and well-being of at risk communities (LeCompte *et al.* 1999, Shriver *et al.* 1998). While acknowledging that there is a degree of truth in such criticisms, community-based researchers argue that there are important reasons to carry out such research and that it can be conducted in a way that both grows from and supports community initiated efforts and contributes to the achievement of community defined goals. For example, Singer (1993) argues that social science research can make a number of significant contributions to community-based organizations and community efforts to address social issues in a variety of ways including by providing locally grounded and empirically sound information for community initiated education efforts.

CSWs are a difficult population to engage in research, since they are often victimized and scapegoated (Asthana and Oostvogels, 1996). As a consequence, we undertook a community-based approach to research HIV risk behaviors among CSWs in an effort to generate trust and help CSWs become vested in research that has meaning to their lives.

This paper reports on an international effort to implement an applied community-based approach to research on vital issues affecting community health. Specifically, the paper reports on a Centers for Disease Control and Prevention Global AIDS Program and Brazilian Ministry of Health project designed to empower Non-government Organizations (NGOs) in Brazil to conduct timely research needed to design effective community prevention and service initiatives.

II. METHODS

The CDC Project Methodology

Representatives from a number of Brazilian NGOs from around the country, including

either indigenous CSW organizations or community organizations that provided services to this population, were brought together in Brasilia (Brazil's capital), in June 2002. The training, facilitated by one of the authors of the present paper (MS), began by asking representatives of each NGO to state the questions that they wanted answered or information they would like to have in order to improve HIV and related health services for CSWs. Participants expressed a number of goals, including learning about the specific risks faced by CSW and the barriers they encountered in seeking health services. A lively discussion ensued about discrimination, the challenges of poverty, threats to the health and well being of CSWs, and unmet health needs of individuals involved in commercial sex transactions. Participants were assisted in formulating one or more focused research question to be answered by multi-organization collaborative's research proposal.

Once each participating organization was able to articulate their specific research aims, an overview of social science of health methodologies was presented. Participants were then assisted in selecting methods that would best help them answer their research questions. Given the short-term nature of the projects to be developed, a set of qualitative methods were emphasized (Singer et al. 2000) including brief field visits and direct observations (and descriptive note taking) at risky locations (e.g., places where drug use and commercial sex exchanges were common); short interviews with community experts (e.g., drug treatment providers) who work with and provide services to the target group; focus groups with identified CSWs; and in-depth, open-ended interviews with small samples of CSWs recruited through methods like snowball sampling.

While it was recognized that given the small scale of the research projects to be implemented it would be impossible to have rigorous approaches to achieving representativeness in the various project samples, the use of multiple, overlapping methods (and the opportunity to check the

findings from one method against those of the other methods) was emphasized as a means of increasing confidence in the accuracy research findings (Trotter et al. 2001, Needle et al. 2003). Participants then discussed available staff, training issues, research ethics (e.g., confidentiality, informed consent) and project management issues. Finally, the training session focused on data analysis, reviewing approaches for qualitative data management and interpretation, and the translation of findings into sound, achievable recommendations.

Following the training, 18 proposals were developed by the NGOs with assistance from researchers from Brazil, including the first author of the present paper (MM). Proposals were reviewed by a panel of reviewers from academic institutions, NGOs, CDC, and the Brazilian Ministry of Health. Five projects were selected for funding. This paper presents the main findings of one of the projects funded through this process, an assessment of health risks and services needs among crack-using CSWs from Foz do Iguacu.

Setting

Located in Southern Brazil in an area that borders both Paraguay (Ciudad Del Este, Paraguay is readily visible from the city) and Argentina, like many border towns, Foz do Iguacu is known as an important area of drug trafficking, trade of diverse goods and commodities, and commercial sex transactions. The project was guided by the following research questions: what is the profile/characteristics of crack-using women in Foz do Iguacu?; Which are the most prevalent risk behaviors in this population and their sexual partners?; and does such population have sound information about HIV/AIDS and STIs and which are the service needs of this population?

To answer these questions, the project team – consisting of 4 psychologists – utilized four different qualitative methods, including observations in a selected venue, brief interviews with local experts, focus groups with member of the target population, and

in-depth interviews with a small sample of crack using women.

Data collection

Data collection began with field observations at a number of sites known among local service providers to be common crack use and trafficking sites and commercial sex transaction locations. The time of the day for conducting field observations varied to cover the morning, afternoon, evening, and late night hours. Short interviews were conducted with 6 community health providers, 4 community leaders from slums where female CSWs live and/or use crack-cocaine, and 3 police officers. The person responsible for the local HIV/AIDS Program was also interviewed. Participants were asked about their viewpoints about the use of crack-cocaine by young females, the involvement of crack-using women in commercial sex and their vulnerability to HIV/AIDS and other STIs. In the interview with the HIV/AIDS Program Director, issues related to access to treatment and care for this population and public initiatives targeting CSWs who use crack were also discussed.

In-depth interviews were then conducted with a snowball sample of 26 crack-involved women recruited through street outreach at identified sites. Interview topics included sexual/drug use behavior; involvement in commercial sex; and knowledge, attitudes and beliefs regarding HIV infection. Two focus groups were conducted with female CSWs who use crack at the end of the study, in order to confirm and expanding initial findings.

III. RESULTS

Socio-demographic characteristics

In-depth interview participants (N=26) were 18-37 years old. About half were married, and had less than eight years of schooling, all were mothers of at least one child, more than a fourth reported being HIV positive, and most reported monthly incomes of less than \$175 (Table I). Focus groups participants (N=13) were aged 18-25 years

old. The majority was single, with less than eight years of formal education, and most reported monthly incomes of less than \$175.

Drug use initiation

According to the majority of study participants, early initiation (around 8-11 years old) of drug use was commonplace, and usually drug use preceded sex work. Participants reported usually starting to use inhalants, such as shoe glue. Study participants also referred to early engagement in commercial sex and/or drug trafficking, behaviors highly influenced by their early drug use:

“Ahhh, I started with some friends in the brothel, I mean... We snorted cocaine before starting the strip shows, and we also used with our clients, you know? I started working ‘in the night’ when I was around 18” [Women, CSW, 33y]

“I was 13 years old, and I was sort of...a rebel, you know? I always was the most... let’s say, the most active kid in my group. I was curious, extroverted, you know? And I was really pretty, all the dealers liked me... So, the dealers liked me, and always gave me drugs for free. I mean, I didn’t have any allergic or strong reaction, you know? So, it was all about having fun and enjoying myself. Soon I was snorting cocaine, using meth and all that stuff” [Women, CSW, 37y]

Sexual Risk Behaviors

According to the majority of participants from focus groups and in-depth interviews, high risk sexual behaviors were very common among female CSWs who use crack. The vast majority of participants had daily multiple sexual partners, and unprotected sex was very common. According to participants, unprotected sex was frequent with client who paid more, clients who are perceived as “regular”, or simply because the client “looks clean”. No condom use was reported with steady partners.

“Every day I hang out with around 5 or 6 different clients, ‘cause I work day and night. All of us usually have lots of clients, and we get money or drugs” [Women, CSW, 22y]

“When my client seems to be a neat guy, he’s cute and kind I guess there’s no problem at all [unprotected sex]” [Women, CSW, 24y]

“With the father of my child I never used [a condom] Even when I knew he had HIV, I never used.” [Women, drug dealer, 37y]

According to participants, being high negatively affected their ability to negotiate condom use. Unprotected sex frequently ensued when participants were desperate for crack or to get money to buy crack. Fear of violence and/or lack of confidence also contributed to poor condom negotiation/use:

“(…) ‘cause the more you smoke it [crack], the more you wanna smoke. Then you don’t have it and someone tells you: ‘Let’s do it?’ [have sex], you don’t have condoms, but you say ‘Okay’ Then you make out without condom. ‘Cause you’re dying for a stone... [crack]” [Women, CSW, 22y]

The majority of participants reported to have shared their pipe and/or to use pipes from friends. This was mainly driven by fear of being arrested by police officers or for the belief that having a pipe will increase their crack-cocaine use. Most participants were unaware of the risks related to pipe sharing. Hepatitis, oral herpes, and respiratory illnesses related to smoking crack were seldom or never mentioned by interviewees.

“I got TB from a pipe, but I still share it, I don’t wanna have my own pipe, you feel even more crazy get high when you have it. I mean, if I’m at home and I see a pipe... Got it? (...) I even had my own pipe twice, but I threw it out. I couldn’t have my own pipe for more than a single day, so I use everyone’s pipe nowadays” [Women, CSW, 37y]

“We don’t have pipe, I borrow it from someone else. I wanna stop it [crack use], if I keep a pipe with me... I’m dead. So, it’s better not to have it” [Women, CSW, 25y]

“I don’t have my own pipe, cannot keep that thing in my home... And what about the cops? They cannot find a pipe with me! I

can use anything to smoke, you just need a cup and a piece of aluminum, you know? But... I’ve shared pipes a lot. If you have a stone, you won’t think about any disease, at all” [Women, CSW, 37y]

Access to health services and perceptions about health interventions available

The majority of participants reported difficulties to access public health services, usually facing long waiting periods before getting an appointment and/or experiencing prejudice/stigma against their drug consuming habit/engagement in commercial sex in such facilities.

“My Doc was really cruel with me. I was really skinny, and at that time I had sensitive skin. So, I was really sick, and he wanted to run lots and lots of exams. So I always complained to him that I was feeling pain, but he usually cursed and keep telling me that when I was going to the streets to get this disease [HIV] I didn’t think about any pain... I mean, that’s not the way a doc is supposed to treat or talk to his patient, you know? So I really felt ashamed in this facility, I mean, I felt mistreated, you know what I mean?” [Women, homeless, 25y]

“For instance, if I’m using drugs, and I sort of feel sick or need something, and they [health professionals] need to treat me, they will take longer than if I was not a drug user, that’s for sure!” [Women, CSW, 22y]

“Let’s say... if someone is not a drug user, they will give you a better treatment... ‘Cause when they see you’re a drug user, they say stuff like: ‘Drug users live in the streets, they gotta look for themselves. We’re here to treat the other patients’...” [Women, CSW, 21y]

Besides facing those problems related to prejudice/stigma, another important barrier was the lack of health services near slum areas. According to several key-informant interviews, the single health facility located close to a slum no longer functions and became an abandoned building, nowadays being used by drug dealers to sell crack.

Interviewer: So, why this public health facility located here in the slum was closed?

I don't know, it was on the previous administration. I mean, everyone used to go there, for pre-natal care, pediatric, gyn and primary care. But everything's gone, it's a pity! Nowadays it's just an abandoned building, without windows and doors, a place where kids go just to use crack. [Community leader]

Once, a guy was smoking crack in the abandoned building, and he was really crazy. So, he felt a really stinky smell and someone crying. He thought it was a cat or something like that, that maybe a cat had just delivered some kitty cats, and it smelled pretty bad. But when he approached, he just saw a girl who had just delivered her baby and the newborn on the grass. He called the cops, and they took them to a public health facility. I mean, it's quite common to have those girls delivering babies in the slum, on the streets or anywhere.” [Woman who lives in the slum]

Access to drug treatment remained a major problem for such disenfranchised populations, because this municipality doesn't have any public facility for drug treatment. According to a public health representative, the government is neglecting its duty related to drug treatment in Foz do Iguaçu.

— Is there any specific program for the treatment of drug dependents in the public health system here in Foz do Iguaçu?

— *I'm not aware of any public facility for drug abuse here (...) I guess the government is delegating this task to NGOs and others, but the government need to be more proactive about that. We need to have early detection of drug abuse, so you can prompt act. 'Cas people get lost, once you start using drugs, and keep using it for a while, it will be really hard to recover. You can see lots of kids engaging in prostitution, and sometimes it's a dead-end way.*

IV. DISCUSSION

Our study shows that female CSWs who use crack-cocaine had both early drug use initiation and involvement in commercial

sex. The study also shows that the CSW population lives in a situation of social exclusion, and is highly vulnerable to HIV/AIDS and other STIs. Other studies conducted in Brazil (Ferreira Filho et al., 2003) and in Canada (Butters and Erickson, 2003) also highlight the social exclusion that crack-cocaine users face, increasing vulnerability to different sexually transmitted infections, their less than optimal access to gynecological and prenatal care, among others health (e.g. frequent TB and other respiratory illness) and social problems.

According to Ferreira Filho et al. (2003), crack-cocaine use is increasing among disenfranchised population in Brazilian urban areas, such as São Paulo city. The study conducted by our group shows that crack-cocaine users have low formal education, have high level of formal unemployment, and have been or still are homeless. Due to the specific patterns of crack-cocaine use –repetitive use in a single day – active crack cocaine users frequently engage in risk behaviors to maintain their patterns of consumption (Inciardi and Surratt, 2001; Latkin et al., 2001). Many female crack users are engaged in commercial sex, are homeless or living in shelters, and/or are dealing small amounts of illicit drugs. These behaviors place females who use crack-cocaine at high risk for HIV/AIDS, other STIs, tuberculosis and viral hepatitis (Spittal et al., 2003).

Female crack-cocaine users interviewed by our study face a crucial problem: the poor or even absence of health services available to this population. This lack of access to health services is influenced by different factors. First, there is no public health service near any of the disenfranchised communities, and the single public facility located in the largest slum was closed, nowadays being an abandoned building used for crack use. Second, the available public health facilities do not target the specific needs of this population, for instance: the facilities do not work after hours, only early in the morning. Therefore CSWs and drug users usually do not attend their appointments, have poor

adherence to treatment and/or do not access VCT for HIV/AIDS, viral hepatitis and STIs. Finally, experiences of stigma and prejudice in the health facilities appeared common among CSWs who use crack, compromising their willingness to attend further appointments, to look for treatment and care and/or to look for VCT.

Butters and Erickson (2003) organized a study of health care needs and experiences of 30 women who were heavily involved in the street life of crack and prostitution in Toronto, Canada. According to this study, the main barriers that such population faces to access health services were: previous experience of stigma/prejudice in health facilities, lack of services targeting the specific needs of drug-dependent women and lack of comprehensive services including medical, psychological and social support. On the other hand, accessible services such as mobile units, day-care hospitals and peer-groups were identified as important factors to stimulate crack-cocaine using women to adhere both to health and drug-dependence treatment. Although our population of CSWs in Brazil is vastly different, our data nevertheless suggest the urgency for organizing better services targeting this population, developing culturally appropriate and gender-tailored interventions and improving their access/adherence to VCT and care.

Stigma dramatically affects the life experiences of drug dependents, their partners, family and friends. The fear of being stigmatized can represent an important barrier to care. For example, many drug users are not accustomed to asking for help. The social stigma surrounding drug abuse sometimes leads to isolation. Some female drug users also have relatives with health problems of their own, thereby compromising this potential source of care. Professional care providers and health care planners should be aware of the dynamics within informal care networks of drug using population that may leave those patients without necessary care (Celentano et al., 2001; McKinney and Marconi, 2002; Cohn, 2002).

Unequal gender relationship and the fear of violence also influenced the difficulties crack-cocaine female users face about condom negotiation, leading women to practice unprotected sex with steady/occasional partners and sexual clients. It is fundamental to develop interventions aiming to increase female drug user's autonomy and empowerment to negotiate safer sex, adopt safer sexual behaviors and maintain such safer behavior over time. (Spittal et al., 2003; Logan et al., 2003).

The early involvement of this population into illicit activities – commercial sex, drug use and drug dealing – usually before adolescence, also influence their patterns of drug consuming and engagement in highly risk activities. It is pivotal to develop intervention targeting street children in this region, in order to prevent their engagement in high risk activities and provide the necessary social support they need. Among participants, the initiation of drug use precedes entry into sex work, suggesting that sex work may be a vehicle for income generation to support a drug habit. Interventions targeting this population should try to prevent drug use, and refer drug users to treatment, in order to break the cycle of crack-cocaine use and commercial sex.

Drug abuse - and particularly crack abuse - has been associated with commercial sex by several authors (Weber et al., 2004; Surratt and Inciardi, 2004; Spittal et al., 2003; Butters and Erickson, 2003; Sharpe, 2001). The majority of sex workers in this study had first used crack before they first sold sex, suggesting that crack addiction may force some to turn to sex work to finance their addiction. The early initiation (around 8-11 years old) of drug use among participants may also facilitate addiction, which in turn may increase the likelihood of entry into prostitution as a means of financing drug dependence. Those findings are similar to a study conducted with 330 female street youths aged 14 to 25 years from Montreal. According to this study, the use of acid/PCP, and the frequent use of

other drugs, increased the risk of initiation into prostitution (Weber et al., 2004).

Crack cocaine causes blisters, sores, and cuts on the lips and in the mouths of persons who smoke it, and such sores may facilitate the oral transmission of HIV (Porter and Bonilla; 1993; Faruque et al., 1996). Therefore, the high frequency of pipe sharing found among participants might increase their vulnerability to HIV. Educational prevention strategies aiming to foster the adoption of safer crack smoking behaviors are clearly needed.

This study has some important limitations. First, because street-based convenience sampling methods were neither random nor systematic, we cannot generalize our findings to all crack-smoking sex workers in Foz do Iguacu, especially those who do not live in the slums accessed by our field team. In order to eliminate sampling bias and the danger of repeating studies amongst the same social networks, more rigorous techniques, such as random nomination selection, need to be considered in further qualitative studies with this population. And second, the reliance only on self-reported data might lead to some "socially acceptable" responses, such as consistent condom use, that may have been over-reported.

Despite these limitations, our findings support the need to target HIV, other STIs and Tuberculosis prevention efforts to crack-smoking sex workers in these urban neighborhoods. Because a high proportion of crack-smoking sex workers live in streets, shelters, and welfare hotels and practice sex work in diverse locations, frontline interventions led by community-based organizations and neighborhood groups are needed to complement prevention efforts in health care, drug treatment, and correctional facilities where many crack-smoking sex workers receive care or live. Prevention programs must consider strategies to promote adoption of safer behaviors, social mobility and empowerment of crack-smoking sex workers.

Female CSWs who use crack experience a synergy of health and social problems,

increasing their vulnerability to HIV infection. Efforts to prevent HIV infection among this population require multifaceted, culturally appropriate and gender-tailored interventions. Low-threshold and user friendly approaches should be promptly implemented. NGOs, outreach work and community based organizations are key actors to foster behavioral changes and the maintenance of protective behavior over time.

Acknowledgements

The authors thank the commercial sex workers and others who generously agreed to take time from their busy work schedules to participate in this project. The study was funded by the Centers for Disease Control and Prevention, UNESCO and the Brazilian Ministry of Health. Dr. Strathdee is supported in part by the endowment for the Harold Simon Chair Foundation at the University of California, San Diego and by NIDA grant DA19829.

REFERENCES

- Agarwal AK, Singh GB, Khundom KC, Singh ND, Singh T, Jana S (1999). The prevalence of HIV in female sex workers in Manipur, India. *Journal of Communicable Diseases*, 31, 23-28.
- Asthana S and Oostvogels R (1996). Community participation in HIV prevention: problems and prospects for community-based strategies among female sex workers in Madras. *Social Science and Medicine*, 43, 133-48.
- Bastos FI, Pina MF, Szwarcwald CL (2002). The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *The International journal on drug policy*, 13, 163-169.
- Butters J, Erickson PG (2003) Meeting the health care needs of female crack users: a Canadian example. *Women Health*, 37, 1-17.
- Celentano DD, Galai N, Sethi AK, Shah NG, Strathdee SA, Vlahov D, Gallant JE. (2001) Time to initiating highly active

- antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *AIDS* 15(13):1707-15
- Cohn JA (2002). HIV-1 infection in injection drug users. *Infectious disease clinics of North America*, 16, 745-770
- European Project AIDS and Mobility Soros (2003). Sex, Drug Use, Mobility and HIV/AIDS in Central and Eastern Europe: The integration of harm reduction services for people who sell sex and inject drugs. Prague: European Project AIDS and Mobility and Soros.
- Faruque S, Edlin BR, McCoy CB, Word CO, Larsen SA, Schmid DS, Von Bargen JC, Serrano Y (1996). Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods. *Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology*, 13, 87-92.
- Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A (2003). [Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatrics hospitals, Brazil] *Revista de Saude Publica*, 37, 751-759. Portuguese.
- Fonseca MG, Szwarcwald CL, Bastos FI (2002). [A sociodemographic analysis of the AIDS epidemic in Brazil, 1989-1997] *Revista de Saude Publica*, 36, 678-685. Paper in Portuguese.
- Fonseca MG, Travassos C, Bastos FI, Silva Ndo V, Szwarcwald CL (2003) [Social distribution of AIDS in Brazil, according to labor market participation, occupation and socioeconomic status of cases from 1987 to 1998] *Cadernos de Saude Publica*, 19, 1351-1363. Paper in Portuguese.
- Government of India (2002). National AIDS Control Organization: HIV/AIDS Surveillance in India. Available at: <http://www.nacoonline.org/>
- Inciardi JA, Surratt HL. (2001). Drug use, street crime, and sex-trading among cocaine-dependent women: implications for public health and criminal justice policy. *Journal of psychoactive drugs*, 33, 379-389.
- Latkin CA, Knowlton AR, Sherman S (2001). Routes of drug administration, differential affiliation, and lifestyle stability among cocaine and opiate users: implications to HIV prevention. *Journal of substance abuse*, 13, 89-102.
- LeCompte M, Schensul J, Weeks M and Singer M (1999). *Researcher Roles and Research Partnerships*. Books 6, *The Ethnographer's Toolkit*. Walnut Creek: Altamira Press.
- Logan TK, Cole J, Leukefeld C (2003) Gender differences in the context of sex exchange among individuals with a history of crack use. *AIDS education and prevention*, 15, 448-464.
- Lowndes CM, Bastos FI, Giffin KM, Vaz dos Reis AC, d'Orsi E, Alary M (2000). Differential trends in mortality from AIDS in men and women in Brazil (1984-1995). *AIDS*, 14, 1269-1273.
- McKinney MM, Marconi KM (2002). Delivering HIV services to vulnerable populations: a review of CARE Act-funded research. *Public health reports*, 117, 99-113
- Morison L, Weiss HA, Buve A, Carael M, Abega SC, Kaona F, Kanhonou L, Chege J, Hayes RJ; Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities (2001). Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 15, S61-69.
- Needle RH, Trotter RT 2nd, Singer M, Bates C, Page JB, Metzger D, Marcelin LH (2003). Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: an approach for timely community interventions. *American Journal of Public Health*, 93, 970-979
- Porter J and Bonilla L (1993). Crack users' cracked lips: an additional HIV risk factor. *American Journal of Public Health*, 83, 1490-1491.
- Sharpe TT (2001). Sex-for-crack-cocaine exchange, poor black women, and pregnancy. *Qualitative health research*, 11, 612-630.
- Shriver M, de Burger R, Brown C, Simpson HL, Meyerson B (1998). Bridging the Gap between Science and Practice: Insights to Researchers from Practitioners. *Public Health Reports*, 113 (Supplement 1), 189-193.
- Singer M (1993) Knowledge for Use: Anthropology and Community -Centered Substance Abuse Research. *Social Science and Medicine*, 37, 15-25.

Singer M, Stopka T, Siano C, Springer K, Barton G, Khoshnood K, Gorry de Puga A, Heimer R (2000). The Social Geography of AIDS and Hepatitis Risk: Qualitative Approaches for Assessing Local Differences in Sterile Syringe Access among Injection Drug Users. *American Journal of Public Health*, 90, 1049-1056.

Spittal PM, Bruneau J, Craib KJ et al. (2003). Surviving the sex trade: a comparison of HIV risk behaviours among street-involved women in two Canadian cities who inject drugs. *AIDS Care*, 15, 187-195.

Strathdee SA and Sherman SG (2003). The role of sexual transmission of HIV infection among injection and non-injection drug users. *Journal of urban health*, 80, iii7-iii14.

Surratt HL, Inciardi JA (2004). HIV risk, seropositivity and predictors of infection among homeless and non-homeless women sex workers in Miami, Florida, USA. *AIDS Care*, 16, 594-604.

Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MA, de Andrade CL (2000). [The spread of the AIDS epidemic in Brazil from 1987 to 1996: a spatial analysis] *Cadernos de Saude Publica*, 16(Suppl 1):7-19. Paper in Portuguese.

Trotter RT II, Needle RH, Goosby E, Bates C, Singer M (2001). A Methodological Model for Rapid Assessment, Response, and Evaluation: The RARE Program in Public Health. *Field Methods*, 13, 137-159.

UNAIDS/WHO (2004). *AIDS Epidemic Update*. Geneva: UNAIDS and WHO.

Weber AE, Boivin JF, Blais L, Haley N, Roy E (2004). Predictors of initiation into prostitution among female street youths. *Journal of Urban Health*, 81, 584-595.

Table I – Basic socio-demographic characteristics of 26 female CSWs. Foz do Iguaçu, 2003.

Variable		N	%
Age	18-20	5	19,2
	21-25	5	19,2
	26-30	7	26,9
	31-35	4	15,4
	36-40	5	19,2
Marital Status	Married/Stable Union	11	42,3
	Single	15	57,7
Years of formal education	Illiterate	2	7,7
	Less than 4years	6	23,1
	5-8 years	7	26,9
	9-11 years	11	42,3
Monthly income	\$ 100.00 - \$ 175.00	9	34,6
	\$ 200.00 - \$ 500.00	---	---
	\$ 501,00 - \$ 800.00	2	7,7
	\$ 801.00 - \$ 1,000.00	1	3,8
	NA	10	53,9
Mean number of children (range)			2,2 (0-8)
Total		26	100

ANEXO II

Artigo original

“A qualitative assessment of long distance truck drivers’ vulnerability to HIV/AIDS in Itajaí, Southern Brazil”

Malta M et al (In Press) *AIDS Care*

A qualitative assessment of long distance truck drivers' vulnerability to HIV/AIDS in Itajaí, Southern Brazil.[#]

Mônica Malta, MPH,^{1,2} Francisco Inacio Bastos, Ph.D.,¹ Evely Marlene Pereira Koller MPH,⁴ Márcia Dalago Cunha, B.A.,⁴ Carolina Marques B.A.,⁴ Steffanie A. Strathdee, Ph.D.,^{2,3}

1. Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil
2. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, US
3. University of California San Diego School of Medicine, US
4. Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí, Brazil

Study funded by Brazilian Ministry of Health, the CDC, and UNESCO

Address for correspondence and proofs:

Monica Malta
Johns Hopkins Bloomberg
School of Public Health
Department of Mental Health
624 North Broadway St., Room 759
Baltimore, MD 21205
410-955-1813 Fax: 410-614-8132
email: mmalta@jhsph.edu / momalta@cict.fiocruz.br

[#] To be published in *AIDS Care* (June/2006)

A qualitative assessment of long distance truck drivers' vulnerability to HIV/AIDS in Itajaí, Southern Brazil.

Abstract:

Itajaí is the largest port in Southern Brazil and has one of the nation's highest AIDS incidence rates. Since over 400 truck drivers enter the city daily, they may play a key role in the HIV/AIDS epidemic due to transactions with commercial sex workers (CSWs) and/or substance use. We conducted a rapid assessment to assess the context of HIV vulnerability among truckers and CSWs in Itajaí. Forty three in-depth interviews and eight focus groups were conducted with truckers and CSWs. Two truck driving routes involving brothels, meeting places, and drug use locations were mapped and field observations were collected. Tapes and field notes were transcribed and analyzed for emerging themes. Truck drivers typically had unprotected sex with several partners, including CSWs and truckstop employees. Both truckers and CSWs had low perceived HIV-risk in spite of being engaged in high-risk sex behaviors. Use of alcohol and amphetamine-like drugs was frequent among truckers and appeared to influence unsafe sex practices. Knowledge about amphetamine-related risks was low, as was access to health services and HIV/AIDS behavioral interventions. Interventions are needed among truckers, CSWs and truckstop employees that traverse cities, states and borders and take into account seasonality, spatial context and workplace conditions.

Keywords: HIV/AIDS; Brazil; Truck drivers; Amphetamine-like drugs; Commercial sex workers; Culturally-sensitive interventions

Word count: 3,811

I. INTRODUCTION

Truck drivers play an important role in HIV/AIDS transmission in many countries (Gibney et al., 2003; Sunmola, 2005). A study of truck drivers/assistants in southern India, found that prevalence of HIV, syphilis and hepatitis B were 15.9%, 13.3% and 21.2%, respectively. Longer truck driving careers and trips were significantly associated with HIV infection (Manjunath et al., 2002). Studies conducted in Thailand, Bangladesh, Indonesia, Nigeria and Florida (USA) indicate that condom use among truck drivers is low and/or inconsistent (Morris et al., 1996; Sunmola, 2005; Stratford et al., 2000; Gibney et al., 2003; Sugihantono et al., 2003). A study of HIV-positive truckers in Bangladesh found that over one third did not change their sexual behavior after learning that they were HIV-positive (Gibney et al., 2003).

Studies of truck drivers in Brazil are scarce. A study conducted with 300 male truck drivers in Santos found that the use of "rebite" (a stimulant) was reported by 43% and was associated with syphilis (Lacerda et

al., 1997). A second Santos study found that 69% of truck drivers had a low self-perceived HIV risk in spite of their inconsistent condom use with both multiple partners (Villarinho et al., 2002).

We conducted a rapid assessment using qualitative methodologies to assess the context of risk behaviors occurring among truck drivers and CSWs at roadside truck stops in Itajaí, the municipality with the largest port in Southern Brazil and one of the highest AIDS incidence rates (Brazilian Ministry of Health, 2004). Itajaí has a population around 150,000 inhabitants, and is a transit point for approximately 400-500 truck drivers per day. Since truck drivers are a highly mobile population and could serve as a transmission bridge to remote populations, these findings could have implications for future interventions.

II. METHODS

A rapid assessment study was conducted in 2003 using in-depth interviews, focus groups, field observations, and mapping based on methods described previously (Stimson et al., 2003; Needle et al., 2003).

In-depth interviews were used to explore local meanings and understandings of health problems and health behaviors related to HIV/AIDS and drug abuse, and perceived HIV risks. Truck drivers were mainly recruited in two main roadside truck stops; CSWs were recruited in the same two truck stops, two brothels, highways and bars. Of 30 truck drivers and 13 CSWs, all but one of the truck drivers were male, and 4 CSWs were male.

Interviews were semi-structured, lasted 60-90 minutes and used a script that included probes about drug use and sexual risk behavior, HIV/STI knowledge and attitudes, access to VCT, health services and HIV/AIDS interventions, and effectiveness of available health services. Contact sheets were used to summarize interviews or other field contacts, and to select subsequent contacts (Miles & Huberman, 1994). All interviews were conducted, tape-recorded and coded in Portuguese, translated into English and transcribed into an Atlas.ti database (Muhr, 1997).

Eight focus groups were conducted, six with truck drivers and two with CSWs, comprising 6 to 8 persons and lasting 60-90 minutes. All truck drivers were male, and all CSWs were female.

Field observations were conducted in locations where truck drivers and/or CSWs spent free time, bought or consumed alcohol and drugs, and where truck drivers reportedly looked for sexual partners. The time of the day was varied systematically to cover the morning, afternoon, evening, and late night. Observations were recorded by the field team (4 observers) in a daily diary.

The above information was used to map two main routes related to networks, risk scenes and available health services targeting truck drivers and CSWs.

Data Analysis

Transcribed in-depth interviews, focus groups and field observations were read to discern participants' views and behaviors regarding the roles of sexual behavior and drug use and HIV/AIDS risk. Descriptive notes were written in the margins to facilitate coding by

two of the authors (MM and EK) which were compared, contrasted, and merged to create a single coding scheme with 64 codes. Text with similar codes was examined and compared across interviews, leading to preliminary themes. Codes were generated inductively, using "open coding" methodology (Strauss & Corbin, 1990). All coded data segments were entered into Atlas.ti and reviewed line-by-line to create sub-codes.

A similar but independent process was used to develop the mapping, whereby two field workers independently developed maps which were compared, contrasted, and merged.

Data from in-depth interviews, focus groups, field observations and mapping were triangulated and four main themes related to HIV/AIDS risk taken were developed.

The study was approved by the Local Ethical Committee in Itajaí and the Brazilian Ministry of Health Review Board. Interviewees signed an informed consent form before being interviewed and received the equivalent of \$5.00 USD.

III. RESULTS

Socio-demographic characteristics

Of thirty long-route truck drivers participating in in-depth interviews, 29 were male, one was female, and most were aged 30-49 years old. Twenty were married or lived with a stable partner, and the majority had up to eight years of education. The majority of truck drivers had a monthly income around \$600.00 USD, and spent 11-17 hours/day on the road (Table 1).

Of thirteen CSWs who were interviewed, 9 were female and 4 were male. The majority were between 19-29 years old, had up to eight years of education and no stable partner. The majority of CSWs had a monthly income around \$400.00 USD and worked at truck stops, highways or brothels (Table 2).

The following main themes were identified: (a) Influence of availability and/or inevitability of transactional sex on unsafe behaviors; (b) Unsafe sex with different sex partners; (c) Frequency of alcohol and drug

use; and (d) Knowledge and attitudes about HIV/STI infection.

Influence of availability and/or inevitability of transactional sex on unsafe behaviors

Truckers described layovers spanning from several hours to several days while their trucks were being loaded, unloaded, refueled, or maintained. The long trips endured by truck drivers, and loneliness, appeared to lead to frequent contact with CSWs:

"(...) Truckers seem to be a sort of 'soldier in war', you know? I mean, he spends from two weeks to six, eight months alone, out of home... My Lord! To this poor guy any girl is hot (...)" [Male truck driver, 27 years old]

"We stay a long, long time alone, you know? A long time away from our family, and there's also our needs, we're men, you know? Anyway, it's quite easy to find a girl, there's girls all over the highway offering themselves, in the truck stops, they're everywhere. Here in the South it wasn't that much, but nowadays you find girls everywhere. So, it's a bunch of things going on, and you just can't resist" [Male truck driver, 30 years old]

On the other hand, some truck drivers felt that CSWs "harassed" them into availing themselves of their services:

"There's a sort of... let's say, a sort of 'harassment' you know? Those women [CSWs] go after us, and we're human beings, for God's sake! They start just like that: 'Hey honey, do you wanna have some fun?' What are you supposed to do? You just can't resist..." [Male truck driver, 49 years old]

"Once I met a girl and she hung out with my buddy. Then he left and I stayed here for a while. So she asked me about him twice or three times, and then she came on me. But my truck was full, and I didn't wanna look for trouble, you know? So I took a cab and went to a nightclub downtown. When I came back, around 3 am, she was still working in the truck stop. There are thousands of girls like that...they come after us." [Male truck driver, 40 years old]

Many truckers had a set of values that emphasized freedom and gave importance to frequent sexual encounters.

"I have my wife, and when I'm at home we have sex around three to four times a week. But when I'm traveling and I hang out with my buddies, for sure I'll cheat on my wife, I'm not ashamed of that. It's a sort of male thing, you know?" [Male truck driver, 25 years old, 7 years as truck driver]

Depending on the location, sex workers servicing the trucking industry may work alone, in groups or at a brothel.

"I usually work with truck drivers here in the highway, in some truck stops and in bars nearby. But I work all by myself, you know?" [Female CSW, 28 years old]

"It's a sort of brothel, a house with drinks, music and girls. Truck drivers already know what's going on here, so they come already looking for sex" [Female CSW, 25 years old]

Although relationships between truckers and these women were often 'one-night stands', reports from some truckers and CSWs indicated that some relationships may endure, especially when truckers repeatedly travel a particular route.

"She calls me and we meet in the highway (...) Sometimes I also call her to set a date. Then we go to a motel, or to her place. Sometimes we even make out in my truck" [Male truck driver, 30 years old]

"Sometimes you get interested in some truck driver, then we travel together for a while. They pay our food, we sleep in the truck, and sometimes we even get some money back. It seems like we're his girlfriend or wife, you know. I even believed that I was his wife..." [Female CSW, 34 years old]

Unsafe sex with different sex partners

Three categories of on-the-road sex partners were identified: CSWs, 'traveling ladies', and employees of truck stops and trucking-related businesses. 'Traveling ladies', as truckers referred to them, rode with truckers on journeys ranging from one day to an entire trip of several weeks or more. Many were young runaways, but some were old enough to pose as drivers' wives. They reportedly slept in the cabs and ate with the drivers, often in exchange for sex. Employees of truck stops and trucking-related businesses usually were seen as 'safer' partners, with whom

condoms were seldom used, as described in this focus group.

— Truck driver 1: *Sometimes the guy comes into a restaurant, and he sees a hot cashier. So he checks her out and starts some sort of conversation... In the end, you'll never think about it [using condoms]*

— Moderator: But what's the difference? [between an occasional partner and a CSW]

— Truck driver 1: *Money is the difference.*

— Truck driver 2: *A girl at a restaurant, a fast food [place], she's sort of different, you can trust her...* [Focus group with 6 truck drivers]

These sentiments were similar to those reported in in-depth interviews:

"I don't like prostitutes, I don't think it's fine to pay for a woman to have sex with me. But I had lots of partners around, usually girls who work in restaurants, truck stops, and gas stations. This happens mainly when I'm traveling far away, and I stay away home for a while." [Male truck driver, 27 years old]

Most of the truckers interviewed denied ever having sex with a male partner; however, a number of participants indicated that "some truckers" use the services of male sex workers, primarily because they were less expensive than female CSWs and were often available.

"I do prefer women, but nowadays you can see some homosexuals in the streets, and some are even prettier than the girls. It happened to a friend of mine, we picked up two street girls and he wanted the prettiest one, but mine was a woman and his was a gay man..." [Male truck driver, 25 years old]

Such reports were confirmed in a focus group with six truck drivers:

— Truck driver 1: There's no doubt about that. You just can't pretend there's no such thing [homosexual truck drivers]. A long time ago, when you say that some trucker was gay, everyone were like "What???", but nowadays...

— Truck driver 2: It's quite easy to find it.

— Truck driver 3: *They're everywhere.*

— Truck driver 1: *It's a sort of demand-supply stuff, you know what I mean?*

— Truck driver 3: *Yeah.*

— Truck driver 2: *That's why you can find guys selling sex all over the highway.*

— Truck driver 4: *It's a business, man!*

According to one male sex worker we interviewed, the lack of hotels supporting male CSWs in the sex trade led them to seek out environments where it would be difficult to negotiate condom use:

"Every day I make out with a few truck drivers (...) but there's no such thing of motel. You pick up your client, usually a trucker, go to a truck stop, an abandoned place, or even to the truck. Nice and easy." [Male commercial sex worker, 30 years old]

Frequency of alcohol and drug use

Two thirds of truckers used alcohol on a weekly basis; 61% of CSWs used alcohol daily (Tables 1 and 2). Almost half of truckers used methamphetamines and other stimulants such as crack-cocaine and snorted cocaine (43.3%), but the stimulant most frequently used was methamphetamine. CSWs reported smoking marijuana and snorting cocaine (30.8%). None reported injection drug use (Tables 1 and 2).

The occupational demands of long-haul trucking and the personal ideology of many truckers may be important factors in the social context of their HIV-related risk behavior. The majority of truckers drove over 11 hours per day, and over half reported at least one accident (Table 2). Many companies required truckers to deliver cargoes more rapidly than they could endure without missing hours of sleep. To make delivery deadlines, truckers frequently drove longer hours than the law permits. Many complained of job related stress.

"(...) I used lot of stuff to drive all night long, rebite [a metamphetamine], cocaine, crack, marijuana (...). My ex-boss even required us to work by the clock... He used to give us rebite and make us travel all night long; we had terrible delivery deadlines, and we needed the job, who disagreed would be unemployed. And we had family, you know? So we were obligated, there was no way out. I was even involved in a car accident, for such

drug using things..." [Male truck driver, 43 years old]

Substance use, particularly alcohol use, was a common excuse for lack of condom use among truckers:

"When we use drugs or have a couple of drinks we just do not use condoms (...) You get dizzy, sort of different, so you don't think about that at all." [Male truck driver, 23 years old]

"If you have to use it [condom], but if you're drunk, or took lots of drinks, you just forget about it. It's sort of, you just don't care, or don't remember, whatever." [Male truck driver, 27 years old]

Knowledge and attitudes about HIV/STI infection

Most truckers claimed to understand the risk for HIV transmission associated with unprotected sexual intercourse and the importance of condom use to prevent HIV/STIs. However, many fostered myths about HIV transmission. The principal criteria truck drivers reported for selecting a 'safe' sex partner was physical appearance and "looking healthy". These beliefs were also endorsed among CSWs. Consequently, truck drivers and commercial sex workers who reported frequent unprotected sex with multiple partners often did not consider themselves at risk.

"They say one cannot be infected [with HIV] through toilets seats, spoons/forks and meals. But we always get a little confused... I mean, truck drivers sometimes use really dirty toilets, and we keep thinking if there was no disease on it... Some guys even say that one can get gonorrhoea if your body is hot and you walk barefoot in a cold ground." [Male truck driver, 23 years old]

"Always when I have sex with someone without a condom, I ask if he has something [an STI]. I know this is not a 100% safe, but... 'Cause he was cute, hot, and it was so good that I just forgot about condom. Sometimes we just forget about it, we think it's OK, you know?" [Female CSW, 24 years old]

Among truck drivers, sexual risks seemed to be mediated by the kind of partnership and

kind of sexual activity. For instance, consistent condom use tended to be influenced by intimacy with sexual partner – the more intimacy, the less truck drivers were likely to use condoms. On the other hand, truckers seldom used a condom with a steady partner.

"I never ever use it [condom], 'cause I'm always with my wife. But if someday I take one of those girls [CSWs], I gotta use it for sure!" [Male truck driver, 23 years old]

Seldom did truck drivers report using condoms in oral sex; safer sex was considered more important during vaginal/anal sex.

"(...) Sometimes I called off one sex date 'cause I had no condoms at all, but oral sex with condom is terrible. I'd rather not to have it" [Male truck driver, 39 years old]

"I've never used it with oral sex [condom]" [Male truck driver, 30 years old]

STIs were reported by many truck drivers:

"I already had gonorrhoea, and a sort of mycosis near my penis" [Male truck driver, 39 years old]

"I had warts, condyloma, then I went to a pharmacy looking for some meds... It got even worse and I had to look for a hospital" [Male truck driver, 25 years old]

"I'm 'macho', you know what I mean? When I was single, I had lots of partners, and lots of venereal diseases. I got almost crazy, and once I almost died, I mean it!" [Male truck driver, 59 years old]

Although being engaged in high risk behaviors, the majority of truck drivers had never sought HIV testing. Only a few participants had looked for a VCT facility, some after engaging in a high risk behavior, but most were compulsorily tested at drug treatment facilities or their companies:

"When I had condyloma I looked for HIV testing, and thank God it was negative" [Male truck driver, 25 years old]

"I was tested for HIV in my company, it's a sort of compulsory exam down there" [Male truck driver, age unknown]

"I made it [HIV test] when I looked for a detox clinic. No one can start the treatment there without getting tested for HIV" [Male truck driver, 40 years old]

Among those who were never tested for HIV, a low self-perceived risk of HIV infection was the main reason not to seek HIV testing: *“I’ve never gotten tested [for HIV], ‘cause I don’t need it”* [Male truck driver, 23 years old]

“I’ve never looked for that [HIV test]. I don’t think I have HIV anyway...” [Male truck driver, 23 years old]

In contrast with truck drivers, both female and male CSWs had a high self-perceived vulnerability to HIV/STIs, and almost all CSWs had already tested for HIV at least once:

“I make it [HIV test] every 3 months, ‘Cause I’m a little afraid, you know, we all fear it [HIV infection]. Sometimes the condom broke, and we get really afraid of getting something, you know?” [Male CSW, 21 years old]

“We make it [getting an HIV test] always, you gotta make it every 3 months, you know, sometimes you break the condom, and you stay for a while in the immunological window, but after 3 months everything’s fine if you keep getting a negative result. I make it [HIV test] every 3 months. [Female CSW, 21 years old]

IV. DISCUSSION

High risk sexual behavior was common among truck drivers in Itajaí, who reported frequently engaging in unprotected sexual intercourse with female CSWs and other concurrent partners and using alcohol and methamphetamines. The infrequent use of condoms among truck drivers and their low perceived risk was congruent with studies in both developed (Stratford et al., 2000) and developing countries (Ntozi et al., 2003; Manjunath et al., 2002; Gysels et al., 2001; Gawande et al., 2000).

The context of sexual partnerships was an important element that contributed towards unprotected sex among truckers and their sex partners. Truckers reported using condoms more often with CSWs who were one-night stands, but less frequently with CSWs or trucking industry employees they had formed relationships with. Interventions geared

towards long-haul truck-drivers will need to consider their sexual interactions with other players working along truck driving routes, such as women working in truck stops and restaurants, “traveling ladies” (who may or may not be CSWs) and male sex workers.

Although we only interviewed a few male CSWs and many truckers denied personally having sex with male CSWs, these interactions appeared commonplace in Itajaí. The lack of safe, private locations where sex could occur with male CSWs made it more difficult for either party to use condoms.

There was frequent use of alcohol and drugs – especially methamphetamine - among truck drivers to relieve job-related stress, which in turn led to inconsistent condom use. Structural interventions to change conditions in the workplace are needed, for example, to limit the number of consecutive hours truckers are on the road, and/or to establish a minimum rest period. Such efforts could directly or indirectly reduce the likelihood that truck drivers engage in substance use or have unprotected sex which would be important to evaluate. Our study supports previous studies that suggest that successful interventions among truckers should provide peer education and condom promotion (Laukamm-Josten et al., 2000), improve their knowledge about HIV/AIDS (Sun et al., 2004), and foster interdisciplinary approaches (Parker et al., 2000).

Because street-based convenience sampling methods were neither random nor systematic, we cannot generalize our findings to all truck drivers working in the Itajaí area. In order to eliminate sampling bias and the danger of repeating studies amongst the same social networks, more rigorous techniques, such as random nomination selection, need to be considered in further studies with this population. Our reliance on self-reported data might lead to some “socially acceptable” responses, such as consistent condom use, that may have been over-reported.

Despite these limitations, the multi-method approach used in this study helped triangulate findings and uncover hotspot areas where interventions could be targeted to truckers, CSWs and other employees in the trucking

industry. Prevention efforts need to take into account the conditions and beliefs that affect their behavior (Weeks et al., 1993; Zimmerman et al., 1995). To reduce the risk of HIV infection among truck drivers and CSWs working along trucking routes, prevention programs need to overcome several impediments, including myths about HIV transmission, low self-perceived risk and denial about the risks associated with unprotected sex, and the limited number of venues where HIV/STI education and testing can be confidentially sought. Since we found that truckers and CSWs readily discussed their working conditions, effective interventions could be developed by recruiting truck drivers and/or CSWs to help devise prevention strategies or by using media figures popular with truck drivers to disseminate public health messages. The highly mobile nature of these populations indicates the need for interventions that traverse cities and states and even borders with neighboring countries, taking into account factors such as its seasonal nature and spatial context.

Acknowledgements

The authors thank the truck drivers, commercial sex workers and others who generously agreed to take time from their busy work schedules to participate in this project. The study was funded by the Centers for Disease Control and Prevention, UNESCO and the Brazilian Ministry of Health (Grant # 207BRA1000). Dr. Strathdee is supported in part by the endowment for the Harold Simon Chair Foundation at the University of California, San Diego, and by a grant from NIDA (DA19829).

V. REFERENCES

BASTOS, F.I., BARCELLOS, C., LOWNDES, C.M., FRIEDMAN, S.R. (1999). Co-infection with malaria and HIV in injecting drug users in Brazil: a new challenge to public health? **Addiction**, **94**, 1165-74.
 BERNARD, H.R. (1994). **Research Methods in Anthropology: Qualitative and**

Quantitative Approaches, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.

BRAZILIAN MINISTRY OF HEALTH (2002) [**Epidemiological Bulletin, April-December, 2002**]. Brasilia: Brazilian Ministry of Health. [In Portuguese]

BRAZILIAN MINISTRY OF HEALTH [Internet site]. **HIV/AIDS and STIs national data**. Available from: <http://www.aids.gov.br>. Accessed November 8th, 2004.

BRYAN AD, FISHER JD, BENZIGER TJ. (2001). Determinants of HIV risk among Indian truck drivers. **Social Science and Medicine**, **53**, 1413-1426.

CAIAFFA, W.T., PROIETTI, F.A., CARNEIRO-PROIETTI, A.B., MINGOTI, S.A., DONEDA, D., GANDOLFI, D., REIS, A.C. (2003). The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users. **Clinical Infectious Diseases**, **37**, S376-81.

DENZIN, N.K. (1978) **The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods**. New York, NY: McGraw-Hill.

FETTERMAN, D.M. (1997). **Ethnography: Step-By-Step**, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.

GAWANDE, A.V., VASUDEO, N.D., ZODPEY, S.P., KHANDAIT, D.W. (2000). Sexually transmitted infections in long distance truck drivers. **The Journal of Communicable Diseases**, **32**, 212-215.

GIBNEY, L., SAQUIB, N., METZGER, J. (2003). Behavioral risk factors for STD/HIV transmission in Bangladesh's trucking industry. **Social Science & Medicine**, **56**, 1411-1424.

GIBNEY, L., SAQUIB, N., METZGER, J. (2003). Behavioral risk factors for STD/HIV transmission in Bangladesh's trucking industry. **Social Science and Medicine**, **56**, 1411-1424.

GYSELS, M., POOL, R., BWANIKA, K. (2001). Truck drivers, middlemen and commercial sex workers: AIDS and the mediation of sex in south west Uganda. **AIDS Care**, **13**, 373-385.

LACERDA, R., GRAVATO, N., MCFARLAND, W., RUTHERFORD, G., ISKRANT, K., STALL, R., HEARST, N.

- (1997). Truck drivers in Brazil: prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases, risk behavior and potential for spread of infection. **AIDS, Suppl 1**, S15-S19.
- LAUKAMM-JOSTEN, U., MWIZARUBI, B.K., OUTWATER, A., MWAIJONGA, C.L., VALADEZ, J.J., NYAMWAYA, D., SWAI, R., SAIDEL, T., NYAMURYEKUNG'E, K. (2000). Preventing HIV infection through peer education and condom promotion among truck drivers and their sexual partners in Tanzania, 1990-1993. **AIDS Care**, 12, 27-40.
- LINDLOF, T.R. (1994). **Qualitative Communication Research Methods**. Thousand Oaks: Sage.
- MANJUNATH, J.V., THAPPA, D.M., JAISANKAR, T.J. (2002). Sexually transmitted diseases and sexual lifestyles of long-distance truck drivers: a clinico-epidemiologic study in south India. **International Journal of STD & AIDS**, 13, 612-617.
- MBUGUA, G.G., MUTHAMI, L.N., MUTURA, C.W., OOGO, S.A., WAIYAKI, P.G., LINDAN, C.P., HEARST, N. (1995). Epidemiology of HIV infection among long distance truck drivers in Kenya. **East African Medical Journal**, 72, 515-518.
- MESQUITA, F., KRAL, A., REINGOLD, A., BUENO, R., TRIGUEIROS, D., ARAUJO, P.J., SANTOS METROPOLITAN REGION COLLABORATIVE STUDY GROUP (2001). Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, 28, 298-302.
- MILES, M.B. & HUBERMAN, A.M. (1994). **Qualitative Data Analysis**, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.
- MORRIS, M., PODHISITA, C., WAWER, M.J., HANDCOCK, M.S. (1996). Bridge populations in the spread of HIV/AIDS in Thailand. **AIDS**, 10, 1265-1271.
- MUHR, T. (1997). **ATLAS/ti for Windows**. Berlin: Scientific Software Development.
- NEEDLE, R.H., TROTTER, R.T. 2nd, SINGER, M., BATES, C., PAGE, J.B., METZGER, D., MARCELIN, L.H. (2003). Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: an approach for timely community interventions. **American Journal of Public Health**, 93, 970-979.
- NTOZI, J.P., NAJUMBA, I.M., AHIMBISIBWE, F., AYIGA, N., ODWEE, J. (2003). Has the HIV/AIDS epidemic changed sexual behaviour of high risk groups in Uganda? **African Health Sciences**, 3, 107-116.
- PARKER RG, EASTON D, KLEIN CH. (2000) Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. **AIDS**, 14, S22-S32.
- ROA, A., MISRA, K., VERMA, K., DEY, A., ISLAM, A. (1996). A national multicentric study in India to determine STD incidence amongst intercity truck drivers. In: **Proceedings of the XI International Conference on AIDS Vancouver**, British Columbia. Abstract Mo.C.1616.
- SPRADLEY, J.P. (1997). **The Ethnographic Interview**. New York: Paperback.
- SPRADLEY, J.P. (1997a). **Participant Observation**. New York: Paperback.
- STIMSON, G.V., DONOGHOE, M.C., FITCH, C., RHODES, T.J., BALL, A., WEILER, G. (2003) **Rapid Assessment and Response Technical Guide**. World Health Organization (Department of Child and Adolescent Health and Development, and Department of HIV/AIDS) Geneva.
- STRATFORD, D., ELLERBROCK, T.V., AKINS, J.K., HALL, H.L. (2000). Highway cowboys, old hands, and Christian truckers: risk behavior for human immunodeficiency virus infection among long-haul truckers in Florida. **Social Science & Medicine**, 50, 737-749.
- STRAUSS, A. & CORBIN, J.M. (1998). **Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory**, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.
- SUGIHANTONO, A., SLIDELL, M., SYAIFUDIN, A., PRATJOJO, H., UTAMI, I.M., SADJIMIN, T., MAYER, K.H. (2003). Syphilis and HIV prevalence among commercial sex workers in Central Java, Indonesia: risk-taking behavior and attitudes that may potentiate a wider epidemic. **AIDS Patient Care and STDs**, 17, 595-600.

SUN, Q., ZHANG, J.X., LI, X.S., LAN, Y.J., CHE, X.G., LI, N.X., ZHANG, L.L., GU, Y., LIU, L. (2004). [Study on AIDS related risk behaviors and the correlated factors among three groups of population in Sichuan province.] [Article in Chinese] *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 25, 761-765.

SUNMOLA, A.M. (2005). Sexual practices, barriers to condom use and its consistent use among long distance truck drivers in Nigeria. *AIDS Care*, 17, 208-221.

TROTTER, R.T. (1991). Ethnographic research methods for applied medical anthropology. In: HILL, C.E. (Ed.) **Training Manual in Applied Medical Anthropology** (pp. 180-212). Washington: American Anthropological Association.

VILLARINHO, L., BEZERRA, I., LACERDA, R., LATORRE, M.D., MDO, R., PAIVA, V., STALL, R., HEARST, N. (2002) [Vulnerability to HIV and AIDS of short route truck drivers, Brazil] **Revista de Saude Publica**, 36, 61-67. [Article in Portuguese]

WEEKS, M.R., SINGER, M., SCHENSUL, J.J. (1993). Anthropology and culturally targeted AIDS prevention. **Practicing Anthropology**, 15, 17-20.

ZIMMERMAN, M.A., JANZ, N.K., WREN, P.A. (1995). Factors influencing the success of AIDS prevention programs. In: FREUDENBERG, N., ZIMMERMAN, M.A. (Eds.) **AIDS Prevention in the Community: Lessons from the First Decade** (pp. 149-160). Washington: American Public Health Association.

GIBNEY, L., SAQUIB, N., METZGER, J. (2003). Behavioral risk factors for STD/HIV transmission in Bangladesh's trucking industry. **Social Science and Medicine**, 56, 1411-1424.

Table 1 – Basic socio-demographic characteristics of 30 truck drivers interviewed. Itajaí, 2003.

Variable		N	%
Age	19-29 years	7	23.3
	30-39 years	5	16.7
	40-49 years	13	43.3
	50-59 years	2	6.7
	+ 60 years	1	3.3
	NA	2	6.7
Gender	Male	29	96.7
	Female	1	3.3
Marital Status	Married/Stable Union	20	66.7
	Single	10	33.3
Years of formal education	Less than 8years	10	33.3
	8 years	10	33.3
	Less than 11 years	3	10.0
	11 years	7	23.3
Monthly income	\$ 201.00 – \$ 350.00	7	23.3
	\$ 351.00 – \$ 700.00	1	43.3
	\$ 701.00 – \$ 1,000.00	4	13.3
	\$ 1001,00 – \$ 1,4000,00	3	10.0
	+ \$ 1,4000,00	3	10.0
Hours driving every day	Up to 10 hs/day	9	30.0
	11 - 17 hs/day	15	50.0
	18-24 hs/day	5	16.7
	NA	1	3.3
Have ever had a road accident?	Yes	17	56.7
	No	13	43.3
How long stay away from home?	Up to 1 week	18	60.0
	1 - 2 weeks	5	16.7
	2 - 4 weeks	3	10.0
	More than 1 month	3	10.0
	NA	1	3.3
Alcohol use	Daily basis	7	23.3
	Weekly basis	20	66.7
	Don't use	3	10.0
Drug use	Metamphetamines	11	36.6
	Metamphetamines & other stimulants (crack, snorted cocaine)	2	6.7
	Injection drug use	--	--
	Don't use	17	56.7
Total		30	100.0

Table 2 – Basic socio-demographic characteristics of 13 CSWs interviewed. Itajaí, 2003.

Variable		N	%
Age	19-29 years	8	61.5
	30-39 years	4	30.8
	40-49 years	1	7.7
Gender	Male	4	30.8
	Female	9	69.2
Marital status	Married/Stable Union	1	7.7
	Single	12	92.3
Years of formal education	Less than 8 years	6	46.2
	8 years	1	7.7
	Less than 11 years	3	23.1
	11 years	3	23.1
Monthly income	Up to \$200.00	5	38.5
	\$ 201.00 – \$ 350.00	2	15.4
	\$ 351.00 – \$ 700.00	5	38.5
	\$ 701.00 – \$ 1,000.00	1	7.7
How long has been a CSW?	0-4 years	4	30.8
	5-9 years	4	30.8
	10-14 years	4	30.8
	+15 years	1	7.7
Where s/he work as a CSW?	Truck stops	4	30.8
	Brothels	5	38.5
	Highways (only male CSWs)	4	30.8
Alcohol use	Daily basis	8	61.5
	Weekly basis	1	7.7
	Don't use	4	30.9
Drug use	Marijuana and snorted		
	Cocaine	4	30.8
	Injection drug use	--	--
	Don't use	9	69.2
Total		13	100.00

ANEXO III

Tabelas descritivas com os principais achados das observações de campo e entrevistas realizadas nos estudos de Foz do Iguaçu e Itajaí

RESUMO DOS ACHADOS - OBSERVAÇÕES DE CAMPO REALIZADAS EM FOZ DO IGUAÇU, 2003.

PESSOAS		LOCAIS	HORÁRIOS
Comportamentos principais	Características do grupo		
<p>Local 1: Avenida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troca de sexo por dinheiro ou por <i>crack</i> • Moradoras de bordéis são estimuladas a utilizar álcool e incentivar seu uso por parte dos clientes • A distribuição de preservativos, feita por ONGs locais, não é contínua 	<p><u>Clientes</u> são principalmente brasileiros vindos de outras regiões</p> <p><u>Profissionais do sexo</u> são principalmente mulheres jovens, 18-20 anos, moradoras de bordéis</p>	<p><u>Sexo comercial</u> ocorre na avenida principal, na qual existem diversos bordéis e motéis, principalmente em troca de dinheiro</p> <p><u>Consumo de <i>crack</i></u> ocorre principalmente em locais abandonados ao longo da avenida</p> <p><u>Tráfico de <i>crack</i></u> ocorre ao longo da avenida</p>	<p>Sexo comercial, tráfico e consumo de <i>crack</i> ocorrem no período da noite</p> <p>Tais atividades não ocorrem ao longo do dia</p>
<p>Local 2: Favela</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troca de sexo por dinheiro ou por <i>crack</i> • Favela é separada pelo rio Paraguai da Ciudad del Leste, sendo freqüente a ida de prof. do sexo para o Paraguai, de barco. • Essas prof. do sexo voltam dias depois, sendo o pagamento feito em dinheiro ou drogas. • A distribuição de preservativos, feita por ONGs locais, não é contínua 	<p><u>Clientes</u> são principalmente traficantes brasileiros ou paraguaios</p> <p><u>Profissionais do sexo</u> são principalmente mulheres entre 20-24 anos, moradoras de rua ou da favela</p>	<p><u>Sexo comercial</u> ocorre na favela ou no Paraguai, principalmente em troca de <i>crack</i></p> <p><u>Consumo de <i>crack</i></u> ocorre principalmente em posto de saúde desativado</p> <p><u>Tráfico de <i>crack</i></u> ocorre em diversos locais da favela</p>	<p>Sexo comercial ocorre no período da noite</p> <p>Tráfico e consumo de <i>crack</i> ocorrem ao longo do dia e noite</p> <p>Contrabando entre Brasil-Paraguai ocorre ao longo do dia e noite, dependendo da ausência de vigilância policial</p>

RESUMO DOS ACHADOS – ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE REALIZADAS EM FOZ DO IGUAÇU, 2003.

Mulheres profissionais do sexo usuárias de crack	Líderes Comunitários	Profissionais de saúde	Gerentes de políticas públicas e policiais
Mulheres têm múltiplos parceiros	Mulheres têm múltiplos parceiros	Mulheres têm múltiplos parceiros	Mulheres têm múltiplos parceiros
Uso do preservativo é inconsistente	Uso do preservativo é inconsistente	Uso do preservativo é inconsistente	Uso do preservativo é inconsistente
Envolvimento com sexo comercial no início da adolescência	Envolvimento de adolescentes e menores de idade com sexo comercial	Envolvimento de adolescentes com sexo comercial	Envolvimento de adolescentes e menores de idade com sexo comercial
Gravidez na adolescência é freqüente	Gravidez na adolescência é freqüente	Gravidez na adolescência é freqüente	Gravidez na adolescência é freqüente
Uso/negociação de preservativos é prejudicado quando: Participantes usam álcool/drogas Estão desesperadas para comprar/usar drogas Cliente pagar mais caro pelo programa Cliente for <i>regular</i>	Uso/negociação de preservativos é prejudicado quando: Mulheres usam álcool/drogas Estão desesperadas para comprar/usar drogas Têm medo de sofrer violência Distribuição de preservativos é insuficiente	Uso/negociação de preservativos é prejudicado quando: Mulheres usam álcool/drogas Estão desesperadas para comprar/usar drogas Não gostam/não querem	Uso/negociação de preservativos é prejudicado quando: Mulheres usam álcool/drogas Estão desesperadas para comprar/usar drogas
Começam a usar drogas (cola/crack) entre 8-10 anos	Começam a usar drogas (cola/crack) entre 8-10 anos	Começam a usar drogas (cola/crack) entre 8-10 anos	Começam a usar drogas (cola/crack) entre 8-10 anos
Usam <i>crack</i> quase diariamente	Usam <i>crack</i> diariamente	Usam <i>crack</i> freqüentemente	Usam <i>crack</i> freqüentemente
Compartilham cachimbos	Compartilham cachimbos	Compartilham cachimbos e pegam TB	-----
Trocam sexo por <i>crack</i>	Trocam sexo por <i>crack</i>	Trocam sexo por <i>crack</i>	-----

Mulheres profissionais do sexo usuárias de crack	Líderes Comunitários	Profissionais de saúde	Gerentes de políticas públicas e policiais
<p><u>Serviços de saúde</u></p> <p>Difíceis de acessar e distantes</p> <p>Frequentes experiências de estigma e preconceito</p> <p>Constantes experiências de preconceito influenciam o acesso e aderência de participantes ao serviço de saúde</p>	<p><u>Serviços de saúde</u></p> <p>Posto de saúde na favela foi desativado e se transformou em casa abandonada, atualmente sendo usada para tráfico e uso de crack</p> <p>São frequentes os casos de parto nas ruas da favela</p>	<p><u>Serviços de saúde</u></p> <p>Não existe tratamento público para dependência química</p> <p>Horários incompatíveis c/necessidades de usuários de drogas (manhã/tarde)</p> <p>Falta treinamento para prof. saúde</p> <p>Usuárias de drogas não aderem ao tratamento</p> <p>Não existe ambulatório público para DST</p>	<p><u>Serviços de saúde</u></p> <p>Não existe tratamento público para dependência química</p> <p>Verbas para prevenção e assistência de usuárias de drogas é insuficiente</p> <p>Políticas públicas voltadas para usuários de drogas são insuficientes frente a demanda da população</p>
Experiências de violência doméstica e sexual são frequentes	Experiências de violência doméstica e sexual são frequentes Muitas mulheres são moradoras de rua	Experiências de violência doméstica e sexual são frequentes Pacientes são encaminhadas mas não buscam a delegacia de mulheres	Experiências de violência doméstica e sexual são frequentes
Paraguaios vendem drogas (cocaína/crack) mais barata Mulheres ficam dias no Paraguai para fazer programas sexuais, em troca de dinheiro ou drogas	Favelas fazem fronteira com Paraguai Mulheres frequentemente cruzam a fronteira em busca de drogas	Paraguaios e Argentinos buscam tratamento de saúde em serviços públicos no Brasil	Fiscalização na área de fronteira é insuficiente para controlar contrabando, tráfico de drogas e sexo comercial

RESUMO DOS ACHADOS – ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE REALIZADAS EM ITAJAÍ, 2003.

Caminhoneiros	Profissionais do sexo
Viagens duram diversas semanas ou alguns meses	Viagens duram diversas semanas ou alguns meses
	Freqüentemente profissionais do sexo acompanham caminhoneiros em viagens, em troca de sexo
Durante as viagens são freqüentes os relacionamentos com Profissionais do sexo e parceiras ocasionais (frentistas, garçonetes)	Durante as viagens são freqüentes os relacionamentos com Profissionais do sexo e parceiras ocasionais (frentistas, garçonetes)
Caminhoneiros não usam preservativos pq: Estão sob a influência de álcool e/ou drogas Estão tendo relações com parceiras que não estão envolvidas com sexo comercial (frentistas, garçonetes)	Caminhoneiros não usam preservativos pq: Estão sob a influência de álcool e/ou drogas Não costumam ter preservativos ou não gostam de usar
Uso de álcool é freqüente e muitas vezes diário	Uso de álcool é freqüente e muitas vezes diário
Uso de rebite (metanfetaminas) é freqüente Rebite está amplamente acessível em locais de parada e postos de gasolina Caminhoneiros desconhecem os riscos associados ao uso de rebite Não existem intervenções voltadas para o uso de álcool/drogas entre caminhoneiros	♀ Profissionais do sexo trabalham em postos de gasolina e locais de parada/abastecimento de caminhões ♂ Profissionais do sexo trabalham em rodovias Programas ocorrem em motéis, bordéis ou no caminhão
Caminhoneiros usam rebites pq: Precisam entregar encomendas em curto prazo de tempo Levam cargas perecíveis Ao perderem prazos de entrega podem ser demitidos	Uso de rebite entre caminhoneiros é freqüente, principalmente pq Precisam entregar encomendas em curto prazo de tempo Levam cargas perecíveis Ao perderem prazos de entrega podem ser demitidos

RESUMO DOS ACHADOS - OBSERVAÇÕES DE CAMPO REALIZADAS EM ITAJAÍ, 2003.

PESSOAS		LOCAIS	HORÁRIOS
Comportamentos principais	Características do grupo		
<p>Local 1: Posto de parada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caminhoneiros ficam muitas horas aguardando liberação de suas cargas e documentação para seguir viagem • Durante esse período de espera são freqüentes os encontros com profissionais do sexo e uso de álcool • É fácil o acesso ao rebite, repassado principalmente por frentistas aos caminhoneiros • Não existe distribuição de preservativos nem farmácias próximas 	<p><u>Caminhoneiros</u> geralmente ficam muitas semanas ou meses longe de casa</p> <p><u>Profissionais do sexo</u> são mulheres geralmente com idade acima de 25 anos</p>	<p><u>Sexo comercial</u> ocorre nos próprios caminhões ou em motéis próximos</p> <p>Compra de rebite ocorre geralmente em postos de abastecimento ou de parada dos caminhões</p>	<p>Caminhoneiros chegam na cidade em todos os horários do dia e noite</p> <p>Sexo comercial ocorre no período da noite</p> <p>Compra de rebite ocorre ao longo do dia e noite</p>
<p>Local 2: Restaurante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de álcool é bastante freqüente entre caminhoneiros, independente destes estarem em momentos de parada ou irem seguir viagem • É freqüente o contato de caminhoneiros com funcionárias de restaurante (caixa, garçonetes), em busca de parceiras sexuais ocasionais que não estejam envolvidas no sexo comercial 	<p><u>Caminhoneiros</u> geralmente ficam muitas semanas ou meses longe de casa</p> <p><u>Parceiras ocasionais</u> são geralmente funcionárias de restaurantes e postos de parada</p>	<p>Encontros com parceiras ocasionais ocorrem nos próprios caminhões ou em motéis próximos</p>	<p>Caminhoneiros chegam na cidade em todos os horários do dia e noite</p> <p>Encontros com parceiras ocasionais ocorrem geralmente no período da noite</p>
<p>Local 3: Rodovia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais do sexo aguardam a passagem de caminhoneiro ao longo da rodovia • Caminhoneiros pisca os faróis para sinalizar o interesse em determinado profissional do sexo • Não existe nenhum local próximo para adquirir preservativos 	<p><u>Caminhoneiros</u> geralmente ficam muitas semanas ou meses longe de casa</p> <p><u>Profissionais do sexo</u> são homens geralmente com idade acima de 25 anos</p>	<p><u>Sexo comercial</u> ocorre nos próprios caminhões</p>	<p>Caminhoneiros passam pela rodovia em todos os horários do dia e noite</p> <p>Profissionais do sexo ficam aguardando clientes na rodovia apenas no período da noite</p>

