

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JOÃO FARIAS DA TRINDADE

**DIMENSÃO PROGRAMÁTICA DA VULNERABILIDADE AO
HIV/AIDS NA FRONTEIRA NO NORTE DO BRASIL COM A GUIANA
FRANÇESA**

**SÃO PAULO-SP
2017**

JOÃO FARIAS DA TRINDADE

**DIMENSÃO PROGRAMÁTICA DA VULNERABILIDADE AO
HIV/AIDS NA FRONTEIRA NO NORTE DO BRASIL COM A GUIANA
FRANCESA**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lúcia Y. Izumi
Nichiata

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca digital de Teses e Dissertações da Univerdidade de São Paulo.

**SÃO PAULO-SP
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escolas de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Trindade, João Farias da

Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/Aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana Francesa / João Farias da Trindade. – São Paulo, 2017.

102 p

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lúcia Yasuco Isumi Nichiata

1. Vírus da Imunodeficiência Humana. 2. Vulnerabilidade. 3. Áreas de fronteira. 4. Enfermagem. 5. Estudo de caso. I. Título

Nome: João Farias da Trindade

Título: Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/Aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana Francesa.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 18/04/2017

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. LUCIA YASUKO IZUMI NICHIIATA Instituição: ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª. Drª. MARIA RITA BERTOLOZZI Instituição: ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª. Drª. ANNELI MERCEDES CELIS DE CARDENAS Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª. Drª. CLEIDE LAVIERE MARTINS Instituição: FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª. Drª. ADELE SCHWARTZ BENZAKEN Instituição: CENTRO DE PESQUISAS LEÔNIDAS MARIA DEANE, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, FIOCRUZ AMAZÔNIA.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha mãe Loiola, pela coragem e determinação, exemplo de mulher que dedicou a vida para a criação e formação de seus filhos, superando os obstáculos sem nunca desistir;

À Monique, filha amada, companheira, que me incentivou ao longo dessa trajetória;

Ao João Mathias, meu neto, que apesar da pouca idade, já me alegra com sua existência e seu sorriso.

AGRADECIMENTOS

À minha filha pelo incentivo permanente.

À Universidade Federal do Amapá pela oportunidade da realização deste Dinter (USP-UNIFAP).

À Prof.^a Dr.^a Lúcia Yasuko Izumi Nichiata pelo aceite no processo de seleção e por todas as contribuições ao longo dessa jornada, pelas orientações e dicas valiosas na elaboração do projeto, no exame de qualificação e na construção desta tese. Valeu, professora!

As professoras doutoras Renata Ferreira Takahashi e Hélène Laperriere pelo aceite e contribuições na banca de qualificação.

Aos professores, alunos e demais membros do grupo de pesquisa “Vulnerabilidade, adesão e necessidades de saúde” pelo caloroso acolhimento e pelas contribuições dadas.

Aos sujeitos desta pesquisa, profissionais de saúde de Oiapoque, que de pronto se colocaram à disposição do estudo e oportunizaram a continuidade dele. Sem vocês, a realização desta investigação não teria se concretizado.

Trindade JF. Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana Francesa. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a aids caracterizam-se como problemas de saúde pública, com incidências e prevalências elevadas em populações chaves. No Brasil a principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade é a sexual, porém, há uma tendência de aumento na proporção de casos em homens que fazem sexo com homens nos últimos dez anos. Há escassa literatura sobre a vulnerabilidade ao HIV nas populações que vivem em região de fronteira, particularmente nas do Brasil e, mais ainda, na fronteira do Brasil com a Guiana Francesa. O estudo teve como objetivo analisar a vulnerabilidade ao HIV/Aids na dimensão programática em um município de fronteira do Brasil com a Guiana Francesa. Trata-se de um estudo descritivo, estudo de caso, tendo sido entrevistados dez depoentes: os gerentes e profissionais de saúde de Unidades Básicas de Saúde, os coordenadores das ações em DST/HIV do município de Oiapoque, o gestor local do hospital estadual, do laboratório de fronteira, os coordenadores municipal e estadual do Programa de DST/Aids e um representante de organização não governamental local envolvida com a prevenção e assistência ao portador do HIV/Aids. Também foram analisados os planos estadual e municipal de saúde, as atas de reuniões da comissão transfronteiriça Brasil-Guiana Francesa, os acordos internacionais e financiamentos para a região de Oiapoque no contexto do HIV/Aids, no período de 2012-2015. Os instrumentos de coleta de dados foram roteiros de entrevistas semiestruturadas, com questões norteadoras aos participantes, e roteiro para análise documental. As entrevistas foram gravadas, mediante consentimento dos participantes, realizadas pelo pesquisador nos meses de março a abril de 2016. Os conteúdos transcritos das entrevistas e obtidos nos documentos foram estudados pela análise de conteúdo, orientada pelo conceito da vulnerabilidade, com ênfase à dimensão programática. Como resultados se destacaram seis categorias: Expressão do compromisso dos governos; Participação e controle social; Atuações dos trabalhadores na atenção em HIV; Articulações multissetoriais das ações; Acesso aos serviços e insumos e Composição da rede de serviços. Conclui-se que há vulnerabilidade programática na medida em que o compromisso dos governos estadual e municipal no combate ao HIV é limitado, evidenciado nos planos de saúde estadual e municipal e pela escassez de investimentos financeiros no combate a doença; a participação e o controle social no enfrentamento da epidemia não têm ocorrido de forma eficiente, pois somente uma organização não governamental mantida com recurso externo tem ação efetiva em Oiapoque nas ações de prevenção; que o envolvimento dos profissionais das unidades básicas não se efetiva, com concentração de atividades na figura do profissional enfermeiro; que a articulação multissetorial para o desenvolvimento de ações de combate ao HIV não tem se concretizado, pois o setor saúde tem atuando isoladamente; que preservativos e testes diagnósticos são oferecidos, mas o tratamento e o acompanhamento dos casos não são realizados no município, sendo estes realizados em Macapá ou em Saint Georges e, por fim, a rede de serviços na atenção ao HIV e à aids não está plenamente organizada.

PALAVRAS-CHAVE: HIV. Análise da vulnerabilidade. Área de fronteira. Enfermagem. Estudo de caso.

Trindade JF. Programmatic dimension of vulnerability to HIV/Aids on the border in the north of Brazil with French Guiana. [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Human immunodeficiency virus (HIV) infection and AIDS are characterized as public health problems, with high incidence and prevalence in key populations. In Brazil, the main route of transmission in individuals aged 13 years and over is sexual, but there is a tendency to increase the proportion of cases in men who have sex with other men in the last ten years. There is little literature on the vulnerability to HIV in populations living in the border region, particularly in Brazil, and even more on the Brazilian border with French Guiana. The study aimed to analyze the vulnerability to HIV/Aids in the programmatic dimension in a border municipality of Brazil with French Guiana. It is a descriptive study, a case study, and ten deponents were interviewed: managers and health professionals from Basic Health Units, coordinators of STD / HIV actions in the municipality of Oiapoque, the local manager of the state hospital, the border laboratory, the municipal and state coordinators of the STD / Aids program and a representative of a local non-governmental organization involved in HIV/Aids prevention and care. It has also been analyzed the state and municipal health plans, the minutes of meetings of the cross-border commission Brazil-French Guiana, the international agreements and funding for the region of Oiapoque in the context of HIV/Aids in the period 2012-2015. The data collection instruments were semi-structured interview scripts, with questions guided to the participants, and a script for documentary analysis. The interviews were recorded with the consent of the participants, carried out by the researcher from March to April, 2016. The transcribed contents of the interviews and obtained in the documents were studied by content analysis, guided by the concept of vulnerability, with emphasis on the programmatic dimension. As a result, six categories were highlighted: Expression of the commitment of governments; Participation and social control; Workers' actions on HIV care; Multisector articulation of actions; Access to services and inputs and Composition of the service network. It was concluded there is programmatic vulnerability to the extent that the commitment of state and municipal governments in the action against HIV is limited, evidenced in the state and municipal health plans and by the scarcity of financial investments in actions against the disease; the participation and social control to face up the epidemic have not occurred efficiently, because only a non-governmental organization keeping with external resources has effective action in Oiapoque in the prevention actions; that the involvement of the professionals of the basic units isn't effective, with concentration of activities in the figure of the professional nurse; that the multi sector articulation for the development of actions to combat HIV hasn't materialized, because the health sector has been working in isolation; that condoms and diagnostic tests are offered, but the treatment and follow-up of the cases are not done in the municipality, these are being realized in Macapá or in Saint Georges and, finally, the service network in HIV and aids care isn't fully organized.

KEYWORDS: HIV. Vulnerability analysis. Border area. Nursing. Case study.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CVS	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde
DPAC	Desenvolvimento, Prevenção, Acompanhamento e Cooperação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homem que faz Sexo com Homem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LAFRON Oiapoque	Laboratório de Fronteira de Oiapoque
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
ONG	Organização Não Governamental
PAM	Plano de Ações e Metas
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV e AIDS
SAMP	Southern African Migration Project
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SIS-Fronteira	Sistema Integrado Saúde da Fronteira
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UF	Unidade da Federação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	CENÁRIO DA AIDS NO BRASIL, NO AMAPÁ E EM LOCALIDADES DE FRONTEIRAS	10
1.2	PROBLEMAS, DIFICULDADES E DESAFIOS À GESTÃO E À ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM REGIÕES DE FRONTEIRA DO BRASIL.	18
2	OBJETIVOS	24
2.2	GERAL	24
2.3	ESPECÍFICO	24
3	MATERIAIS E MÉTODOS	25
3.1	REFERENCIAL CONCEITUAL	25
3.2	TIPO DE ESTUDO	32
3.3	CENÁRIO	33
3.4	FONTE DOS DADOS	35
3.4.1	Dados primários: sujeitos participantes da pesquisa	35
3.4.2	Dados secundários	36
3.5	COLETA DE DADOS	36
3.5.1	Instrumentos de coleta de dados	39
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	40
3.7	ASPÉCTOS ÉTICOS	42
4	RESULTADOS	43
4.1	COMPROMISSO GOVERNAMENTAL (ESTADUAL E MUNICIPAL) NO COMBATE AO HIV E AIDS	44
4.2	PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA LUTA CONTRA O HIV E AIDS	47

4.3	DESCRIÇÃO DO ENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES: ATENÇÃO BÁSICA, HOSPITAL LOCAL E LAFRON, NA ATENÇÃO EM HIV/AIDS	49
4.4	CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE ARTICULAÇÃO MULTISSETORIAL DAS AÇÕES NO CONTROLE DA ATENÇÃO EM HIV/AIDS	53
4.5	ACESSO AOS SERVIÇOS E INSUMOS (TESTAGEM, PRESERVATIVOS, MEDICAMENTOS) NA ATENÇÃO EM HIV/AIDS	56
4.6	ORGANIZAÇÃO (COMPOSIÇÃO) DA REDE SERVIÇOS MUNICIPAL E ESTADUAL NA ATENÇÃO EM HIV/AIDS	59
4.7	DESAFIOS PARA ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS EM OIAPOQUE	61
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
7	REFERÊNCIAS	80
	Apêndices	85
	Instrumentos de coletas de dados	85
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
	Carta convite para participação da pesquisa	95
	Anexos	96
	Aprovação do Comitê de Ética	96

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata da vulnerabilidade ao HIV/aids em um município de fronteira do Brasil com a Guiana Francesa, o município de Oiapoque, no Estado do Amapá. Enfatiza as ações de saúde realizadas para prevenção, diagnóstico e assistência em HIV/Aids, nas articulações inter e intrassetoriais, participação profissional e da sociedade civil no e para o município, e nos compromissos políticos municipais, estaduais e nacionais no contexto do HIV/Aids.

Inicialmente será apresentado breve panorama da doença no Brasil e no município de Oiapoque, neste último, da identificação dos primeiros casos até a atualidade, a magnitude de epidemias de aids em localidades de fronteiras. Na sequência, serão descritos alguns desafios que estão postos à gestão e à organização dos serviços de saúde em regiões de fronteiras a partir de estudos encontrados.

1.1 CENÁRIO DA AIDS NO BRASIL, NO AMAPÁ E EM LOCALIDADES DE FRONTEIRAS

A disseminação do HIV no mundo tem sua origem nas décadas de 1970/1980, sendo a primeira marcada pelo desconhecimento e insuspeita do vírus e, nessas duas décadas, tornou-se a primeira pandemia moderna. Definida como epidemia global, volátil, dinâmica e instável. No início de 1992, já havia 12,9 milhões de pessoas no mundo vivendo com HIV, sendo 4,7 milhões de mulheres, 7,1 milhões de homens e 1,1 milhão de crianças. Ressalta-se que cerca de um quinto dos casos conhecidos (2,7 milhões, 21%) já havia desenvolvido a aids e, desses, cerca de 2,5 milhões (90%) haviam morrido (Mann, Tarantola e Netter, 1993a).

Os primeiros casos de aids no Brasil foram registrados na década de 1980, predominando em homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis (UDIs) e hemofílicos. De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/Aids do Ministério da Saúde de 2013, de 1980 a junho de 2013, foram notificados 686.420 casos acumulados, sendo 445.197 (64,9%) em homens e 241.223 (35,1%) em mulheres. A razão de sexo em 1985 era de 26 casos entre homens para um entre mulheres. Passados 30 anos do início da epidemia, o país apresenta maior concentração de casos em subgrupos que vivem em situação de maior vulnerabilidade como os HSHs, mulheres profissionais do sexo e usuários de drogas. De 1985

para 2010, a razão de sexo demonstra o aumento de casos entre as mulheres, representando em 2010, 17 casos em homens para dez casos em mulheres (Brasil, 2013).

No tocante ao registro de casos anual, cumulativamente nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil (Sinan, SIM, Siscel e Siclom) do início da epidemia até junho de 2015, foram registrados no Brasil, 798.366 casos de aids, sendo 615.022 (77,0%) notificados no Sinan, 45.306 (5,7%) no SIM e 138.038 (17,3%) no Siscel e Siclom (Brasil, 2015), um acréscimo de 111.946 casos (16,3%), de julho de 2013 a dezembro de 2015.

O acumulado de casos nos sistemas de informações supramencionados, de 1980 até junho de 2016, o Brasil registrava um total de 842.535 casos, onde 65,1% dos casos (548.850) concentravam-se em homens e 34,9% (293.685) em mulheres e apontava nos últimos dez anos, tendência de crescimento nas taxas de detecção em homens. As regiões Sudeste e Sul mostravam maiores concentrações, 53,0% e 20,1% do total de casos; seguidas das regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, com 15,1%, 6,0% e 5,9% do total dos casos respectivamente (Brasil, 2016). Ainda segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids do Ministério da Saúde do Brasil 2016, nos últimos dez anos, o país tem vivenciado estabilização na taxa de detecção geral de casos, com a média de 20,7 casos/100 mil hab., com tendência de queda dessas taxas entre as mulheres e aumento entre os homens; a região Centro-Oeste tem mantida taxa estabilizada, com uma média de 18,5 casos/100 mil hab., e a região Sudeste tem apresentado importante queda nessas taxas.

As regiões Norte e Nordeste apresentam uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção; em 2006, era de 14,9 e 11,2 casos/100 mil hab., passa para 24,0 e 15,3 em 2015, representando um aumento de 61,4% e 37,2% respectivamente. A região Sul apresentou uma leve tendência de queda de 7,4%, passando de 30,1 casos/100 mil hab. em 2006 para 27,9 em 2015 (Brasil, 2016).

Quando comparado o aumento do número de casos da doença entre homens e mulheres, é notório que no período entre 1980 até 2002, o número de mulheres diagnosticadas com aids foi crescente, mantendo-se inalterada a razão de sexo, que é expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres (15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres) entre 2003 e 2008, e a partir de 2009, volta a crescer entre os homens; chegando a 21 casos em homens para 10 em mulheres em 2015 (Brasil, 2016).

Na sequência de demonstração de dados epidemiológicos, o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2016, destacava diminuição de 18,6% na taxa de detecção na região Sudeste e 0,3% na Sul, e aumento de 92,7% na região Norte, 62,6% na Nordeste e 6,0% na Centro-oeste, no período de 2003 a 2012. Nesse período, entre as 27 unidades da federação, as que

apresentaram maiores diminuições nas taxas de detecção foram o Estado de São Paulo (-25,5%), seguido do Distrito Federal (-19,3%), Minas Gerais (-13,4%), Rio de Janeiro (-13,0%), Santa Catarina (-8,0%), Mato Grosso (-6,3%) e Paraná (-1,1%). Já os estados do Amapá (+146,3%), Amazonas (+137,4%), Piauí (+133,9%), Tocantins (+107,5%), Maranhão (+106,2%) e Rio Grande do Norte (+103,2%) apresentaram aumentos expressivos na taxa de detecção (Brasil, 2013).

Historicamente, as desigualdades sociais, econômicas e culturais têm contribuído para o surgimento e manutenção de agravos à saúde. Um exemplo da implicação desses determinantes pode ser percebido nas taxas de detecção de casos de aids entre as 27 unidades da federação; em 2012, dez delas tiveram taxas de detecção maiores que a média nacional, que foi de 20,2/100.000 habitantes, destaque para: o Estado do Amazonas (29,2), Roraima (27,3) e Rondônia (22,4) na região Norte; Pernambuco (20,9) na região Nordeste; Rio de Janeiro (28,7) e Espírito Santo (23,2) na região Sudeste; Rio Grande do Sul (41,4) e Santa Catarina (33,5) na região Sul e Mato Grosso do Sul (25,3) e Distrito Federal (21,3) na região Centro-Oeste (Brasil, 2013). Em 2013, já eram 15 unidades da federação com taxas de detecção maiores que a nacional (20,4/100.000 hab.). Quando se observa o avanço da doença nas capitais dos estados, percebe-se que 25 UFs apresentavam taxas acima da média nacional em 2013 (Brasil, 2014, p. 12).

Analisando o perfil etário dos casos de aids no Brasil, em uma série de dez anos, de 2003 a 2013 (Brasil, 2013, 2014) e 2005 a 2015 (Brasil, 2016), a aids tinha se voltado para indivíduos mais jovens (15 a 24 anos), com exceção da região Sul, que apresentou redução de aproximadamente 12,7% nesta faixa etária e entre homens e mulheres adultos com 50 anos ou mais, nos anos 2003 a 2013 (Brasil, 2013).

No Estado do Amapá, segundo dados obtidos do DATASUS, os casos acumulados de aids até 2016 totalizavam 1.354. Embora esse número pareça inexpressivo quando comparado aos registrados em outros estados do país, dados do ministério da saúde tem mostrado que a infecção pelo HIV/Aids tem aumentado no Amapá. Até 2012, os casos acumulados representavam 0,2% do acumulado do país (Brasil, 2012a), a taxa de detecção estadual daquele ano foi de 20,8/100.000hab., ocupando a 4ª posição na região Norte e a 11ª no *ranking* nacional (Brasil, 2013). A detecção é maior entre os homens, representando mais de 60% dos casos, a via sexual representa a quase totalidade do modo de infecção e a heterossexualidade é a categoria de exposição que têm sido referidas entre as pessoas acometidas pelo HIV. Em 2015, a taxa de detecção estadual foi de 18,1/100.000hab., embora tenha decrescido em relação a 2012, o número absoluto de casos no estado tem aumentado

(Brasil, 2015). Também chama a atenção, o aumento no número de casos nos últimos dez anos, de 2007 a 2016, representado um crescimento de 199,6% (902 casos) quando comparado ao acumulado de 1988 (ano do registro do primeiro caso entre residente do estado) a 2006.

No município de Oiapoque, ainda de acordo com os dados do DATASUS, o crescimento da doença nos últimos dez anos não foi diferente, alcançando aumento de 276,2% (58 casos) quando comparado ao acumulado de 1992 (ano do registro do primeiro caso entre residente do município) a 2006.

Em se tratando de áreas de fronteiras, estudos realizados nessas regiões têm mostrado que o avanço da epidemia da aids têm sido uma constante, devido suas particularidades, que corroboram para a rápida expansão da doença. Não diferente de outros países, o Brasil apresenta uma extensa área de fronteira, que percorre os dois extremos do país, de norte a sul, do Amapá ao Rio Grande do Sul.

De acordo com Rodrigues-Júnior e Castilho (2009), estudos realizados em 1979 já evidenciavam e definiam a faixa de fronteira brasileira, como uma área de grande extensão territorial, composta por 588 municípios limítrofes, estabelecendo fronteira com a Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai. Caracterizando-se por grandes diferenças sociais, econômicas e culturais, alguns desses municípios são marcados por fortes conflitos armados, atividades do crime organizado internacional, desemprego, baixo índice de desenvolvimento humano e pelas grandes festas populares, que, certamente, explicam as variações transnacionais do padrão epidemiológico da epidemia de HIV/Aids (Brasil, 2012a).

O aumento no número de casos da doença nessas fronteiras explicar-se-ia por vários fatores, o principal deles é que as divisas são apenas geográficas, pois muitas cidades possuem pequenas ruas dividindo as duas nações. As pessoas transitam livremente de um país a outro e, em alguns locais, usam livremente os serviços de saúde do país vizinho. Há intenso tráfico de drogas, prostituição e transporte de cargas nas fronteiras, contribuindo para o aumento das transmissões por via sexual e por uso de drogas injetáveis, em homens jovens heterossexuais.

Na década de 1990, a epidemia de aids no Brasil despertou o interesse de epidemiologistas para o conhecimento do padrão de difusão espacial da doença, caracterizado pelos fenômenos de interiorização, feminização, pauperização e juvenilização. Estudos realizados por Barcellos et al. (2001), de acordo com Rodrigues-Júnior e Castilho (2009), sobre a epidemia da aids na fronteira brasileira, apontavam altas taxas de incidências nos

municípios de Uruguaiana/RS (68,7), Foz do Iguaçu/PR (41,4), Corumbá/MS (33,4), Oiapoque/AP (15,5) e Tabatinga/AM com 10,6 por 100.000 habitantes respectivamente.

Entre os fatores determinantes da difusão da epidemia em áreas de fronteira, citam-se os movimentos migratórios motivados pela busca de melhores condições de vida ou de oportunidades de trabalho e pela necessidade de evadir de áreas de conflitos. Destaca-se o narcotráfico, pelo barateamento da droga, tornando-a acessível aos indivíduos vulneráveis, e o comércio do sexo, que, no contexto de vulnerabilidade, expõe os indivíduos à prática do sexo sem segurança.

Na perspectiva de aproximação entre os povos, tornando-os mais interligados e interdependentes, a noção de fronteira como barreira ou separação cede espaço para a concepção de lugar de contato ou lugar de passagem, prevalecendo a ideia de movimento, relações, comunicação e troca, de fronteira fechada para fronteira aberta (Martins, 1992). As áreas de fronteira onde existe um potencial de interação entre pessoas e grupos populacionais passam a constituir-se em espaços críticos para a disseminação do HIV e de muitas outras doenças.

Estudos acerca de populações que vivem isoladas ou parcialmente isoladas destacam que as epidemias em regiões de fronteira, como as de países da África Austral, apresentavam baixas taxas de prevalência de HIV na população em geral (Pinho, 2012). A mobilidade de pessoas entre as fronteiras após o final da guerra civil em Angola foi um aspecto importante da vulnerabilidade ao HIV, estimulada, principalmente, pelo intenso comércio local existente, assim como pelas idas e vindas para visitas de parentes e amigos residentes nos dois lados da fronteira. De acordo com o *Southern African Migration Project* (Samp) (2005), estudos realizados após o término dessa guerra em Angola identificaram alta prevalência de HIV na população de fronteira desse país, particularmente no distrito de Cumene, onde 7,2% da população estavam infectados em comparação aos demais distritos da região. Na fronteira com Namíbia, na região de Oshana, a situação do HIV era mais crítica, estimando que um quarto da população estivesse infectado.

Nessas regiões de fronteiras africanas, a oferta de sexo por mulheres jovens em troca de benefícios materiais/afetivos (sexo transacional), não caracterizado como prostituição, permeia a vulnerabilidade ao HIV. O Samp (2005) ressalta que o “sexo transacional” pode vir a contribuir para o aumento da contaminação pelo HIV, pela exposição a parceiros potencialmente de risco, como parceiros de elevadas faixas etárias, prática sexual com vários parceiros simultaneamente e pelo não uso do preservativo motivado pela obtenção de maiores benefícios financeiros e/ou materiais dos vários parceiros.

Ainda nesta linha de raciocínio, outros estudos realizados em países africanos, de acordo com Stoebenau (2011); Morrel et al. (2012), citado por Pinho (2012), mostraram que as mulheres jovens e adultas envolvidas nesses tipos de relacionamentos têm um risco acrescido de adquirir a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, devido a fatores individuais, sociais e estruturais. Estes são marcados por desigualdades de gênero nas relações íntimas e sociais, em que as oportunidades de educação e de emprego formais, particularmente para as adolescentes e jovens, são menores. Desse modo, o engajamento em relações motivadas pelo ganho financeiro e/ou material, muitas vezes com mais de um parceiro, revela-se como oportunidade para lidar com as restrições e pressões do contexto vivido.

Diversos estudos têm reportado as inúmeras condições que determinam a vulnerabilidade ao HIV em regiões de fronteiras, entre elas: o início precoce da atividade sexual, o desconhecimento ou a pouca importância às práticas preventivas, a multiplicidade de parceiros, o uso esporádico de preservativo, o consumo de bebida alcoólica e drogas ilícitas em todas as regiões do país, especialmente nas populações menos favorecidas. Esses fatores preditivos, associados à oferta insuficiente de serviços de saúde, têm contribuído significativamente para o aumento das infecções sexualmente transmissíveis (Barcelos et al., 2001).

O estudo de Strathdee et al. (2012), desenvolvido na fronteira do México com os Estados Unidos, em duas cidades limítrofes (Tijuana em Baja California e Ciudad Juarez, Chihuahua), mostrou que havia desconhecimento sobre a real situação da epidemia nestas regiões, possivelmente relacionado à subnotificação dos casos, mascarando as subepidemias existentes. As limitações dos serviços de saúde daquelas regiões influenciavam diretamente a ausência de identificação de que a incidência da doença estava aumentando em populações vulneráveis, ainda mais porque subutilizam os serviços de testagem e tratamento do HIV. O referido estudo destaca também que as ações para diagnóstico do HIV estavam mais voltadas às mulheres durante a gestação e aos militares.

Os resultados da pesquisa supramencionada levaram ao reconhecimento de que a epidemia de HIV na região da fronteira México-Estados Unidos já havia se tornado bem estabelecida, inclusive em subgrupos específicos que tinham sido presumivelmente ignorados, muitos dos quais eram altamente móveis epidemiologicamente. Os resultados da pesquisa favoreceram também a inclusão de estratégias de prevenção naquelas regiões, como a expansão dos programas de troca de seringas para UDI e a criação de um programa de

prevenção de HIV móvel em todo o país e, particularmente, direcionadas às populações marginalizadas.

Em relação à expansão da epidemia da aids nas fronteiras brasileiras, Peiter (2005) destaca que, até o final da década de 1990, não havia de forma explícita, a preocupação com a difusão da aids, fato que pode ser explicado pela dinâmica da epidemia no cenário das fronteiras brasileiras. Com o processo de interiorização da doença a partir dos anos 1990 e da constatação de que a epidemia assumia caráter distinto nessas regiões, crescendo de forma mais acelerada do que em regiões anteriormente atingidas, a preocupação governamental assumiu outro caráter.

Foi na perspectiva de identificar a situação da infecção pelo HIV e aids nas fronteiras do norte do Brasil que o Programa Nacional da Aids, na época, por meio do Ministério da Saúde, encomendou, em 1997, pesquisa sobre a doença nas fronteiras do Brasil com Guiana Francesa, Suriname e Guiana, sob a responsabilidade de Victor Leonardi, do Núcleo de Estudos Amazônicos da Universidade de Brasília. Este estudo teve como objetivo fornecer subsídio para elaboração de uma política de prevenção da doença no extremo norte do país. O trabalho acabou estendendo-se às fronteiras com a Venezuela, Colômbia, Peru e Bolívia, com o título “Fronteiras Amazônicas do Brasil: saúde e história social”, publicado em 2000.

Peiter (2005) destaca ainda que a falta de registro de casos de aids em muitos municípios de fronteira pode estar relacionada a não oferta de serviços diagnósticos e de acompanhamento, forçando a busca por esses serviços em outros locais, identificando-se como destes locais os casos ali registrados. Discute também que a evasão da população, a subnotificação de casos ou o retardo na manifestação da doença levam ao diagnóstico tardio.

Estudos realizados em regiões de fronteira do Brasil sobre a incidência da aids têm apontado aumento significativo de casos de HIV na maioria delas. A preocupação com o aumento do número de casos não é recente, existem estudos de pelo menos duas décadas. Alguns desses apontam que, em municípios do Mercosul, como Cárceres, Uruguaiana, Chapecó e Cascavel, a taxa de detecção atingiu índices alarmantes, levando os coordenadores dos programas de aids do Brasil, Argentina, Bolívia, Chile, Paraguai e Uruguai a aprovarem documento propondo, em 2004, uma política conjunta para o enfrentamento da doença nesses municípios de fronteira.

Semelhante a outras fronteiras do Brasil, na do Estado do Amapá, através de Oiapoque, com a Guiana Francesa, a situação da aids também chama a atenção pelo número crescente de casos que tem apontado nos últimos anos, de acordo com os casos notificados no Sinan-AP (2016) e DATASUS. Paralelamente a essas informações, presume-se que a taxa de

detecção seja ainda maior, pois muitos casos diagnosticados dentro do estado, e até fora dele, são de residentes do município de Oiapoque, que buscam serviços de saúde fora de seu município, pela indisponibilidade de tratamento e acompanhamento dos casos, por não quererem ser identificados como moradores de tal município, ou ainda, por mudança de residência quando já estavam acometidos pela infecção pelo HIV.

Como já mencionado, o retrato da epidemia da aids no município de Oiapoque assemelha-se ao de outras regiões de fronteira do Brasil e ao de outros países. Oiapoque faz fronteira com a Guiana Francesa através de Saint George e tem apresentado taxas de incidência crescentes em relação ao HIV/Aids, alcançando, em 2012, taxas de detecção que superaram as de outras regiões do país (46,2/100.000 hab.), dobro da média nacional naquele ano, que foi de 20,2/100.000 habitantes (Brasil, 2013). De acordo com a OMS, a epidemia de aids na Guiana Francesa estava generalizada. Em março de 2010, a taxa de detecção de casos de aids era de 18/100.000hab, em dezembro do mesmo ano, a taxa de diagnóstico HIV positivo chegava em 112,4 casos por cem mil de habitantes (OMS, 2012).

O primeiro caso de aids em residente no município de Oiapoque foi notificado em 1992, adulto, sexo masculino; em 1999, é registrado o primeiro caso em mulher e, em 2007, o primeiro caso em menor de 13 anos. Entre os adultos, do surgimento do primeiro caso até dezembro de 2016, a doença tem predominado entre os homens (58,3% dos casos). A faixa etária de 20 a 49 anos é a mais atingida (70%), dessa faixa, os mais acometidos estavam entre 20 a 29 anos no diagnóstico; predominou o modo de transmissão por relações sexuais (mais de 90% dos casos), a heterossexualização foi a mais referida (70,9%), 5,1% entre homossexuais e 24% ignorados, segundo dados do DATASUS; esta particularidade pode está relacionada ao estigma e o medo de se assumirem homossexuais. A razão de sexo, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, adultos, entre 2000 e 2016, apresentou variações, em 2000, era de 3:1, em 2008, 1:2, em 2010, foi de 6:1 e, em 2016, 1:0,7 de acordo com os dados do Sinan Amapá (2016).

O número de casos de HIV nesta área de fronteira do Brasil possivelmente está subnotificado, considerando as peculiaridades das regiões de fronteiras expostas anteriormente, onde a inexistência ou a fragilidade dos serviços voltados para o diagnóstico e acompanhamento de pessoas que vivem com HIV favorecem a evasão dos casos. Outro aspecto também importante, que limita o reconhecimento do perfil epidemiológico da infecção nesta região especificamente é a escassez de estudos sobre a situação do HIV e da aids nessas regiões, constituindo-se em verdadeiras lacunas do conhecimento, pois, em todas as buscas realizadas acerca da temática “aids nas fronteiras do Brasil”, os estudos sobre a

prevalência da infecção e da vulnerabilidade em suas dimensões não são atuais, excepcionalmente da programática.

Nesse contexto, este estudo se torna relevante por descrever os marcadores de vulnerabilidade programática investigada, no contexto da temática HIV e aids no município de fronteira do Amapá com a Guiana Francesa, oportunizando conhecimento atualizado, que pode subsidiar a implementação de ações estratégicas e políticas de saúde locais, pela gestão municipal, estadual e nacional. Além disso, o estudo pode favorecer a implementação de ações conjuntas entre Brasil e França, visto que esses dois países têm promovido encontros para construção de acordos internacionais na área da saúde para esta área de fronteira, no que concerne ao controle de doenças comuns a ambos, sendo o HIV/Aids uma de suas prioridades.

1.2 PROBLEMAS, DIFICULDADES E DESAFIOS À GESTÃO E À ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM REGIÕES DE FRONTEIRA DO BRASIL.

Como já mencionado, o Brasil possui uma extensa faixa de fronteira, de sul a norte do país, equivalente a 15.719 quilômetros (aproximadamente 22% do território nacional), agregando 588 municípios até 2007, localizados em 11 estados e alojavam uma população de cerca de 10 milhões de pessoas (Gadelha e Costa, 2007). Este retrato remete à dificuldade de compreender o funcionamento dos sistemas e serviços de saúde locais desses municípios.

Iniciativas por parte do governo federal têm sido tomadas, há bastante tempo, a fim de compreender as contradições e particularidades desses territórios. Esse reconhecimento possibilitou ao Ministério de Integração Regional do Brasil a negociação, junto a outros países Latino-Americanos, de ações voltadas para o planejamento da gestão em saúde, tendo como princípio as peculiaridades de cada região (Brasil, 2005).

De acordo com Gallo e Costa (2004), a América Latina reafirmou relação entre os países fronteiriços, com destaque para a criação do Sistema Integrado de Saúde do Mercosul (SIS-Mercosul), constituído pelos Ministérios da Saúde desses países, objetivando acelerar os processos de saúde das regiões do Brasil com os da América do Sul. Nesta mesma linha de intenções, outras iniciativas também foram tomadas, a exemplo da criação do SIS-Fronteira, que capitaneada pelo governo brasileiro, tem buscado promover a articulação entre os países,

no que tange à organização da rede de serviços à saúde, considerando os diversos modelos de sistemas de saúde dos países, compreendido como fator limitador desta integração.

Peiter (2007) reitera que a criação do SIS-Fronteira, pelo Decreto GM n. 1.120, de junho de 2005, foi um instrumento político que o Brasil instituiu para melhor compreender as necessidades e problemas de saúde das áreas de fronteiras brasileiras, que, por suas particularidades, acabam por gerar efeitos nos comportamentos das populações, causando mudanças em seus processos de saúde e doença.

Estudos têm mostrado que vários aspectos têm limitado a integração das ações de saúde nessas áreas, como o desconhecimento do número de habitantes dessas regiões, as populações flutuantes que utilizam o sistema de saúde do Brasil e as barreiras diplomáticas legais e até burocráticas, com demandas desarticuladas e sem força política. Ressaltam também a mobilidade populacional como fator de risco para introdução de doenças emergentes e reemergentes, o que dificulta o planejamento de ações de vigilância ligadas ao surgimento de casos de doenças, nascimentos e óbitos. Portanto, as áreas de fronteiras caracterizam-se como de grande vulnerabilidade, tendo em vista o trânsito de turistas, migrantes, minorias étnicas, trabalhadores de atividades temporárias (madeireiros e garimpeiros) até profissionais do sexo.

Lemões (2012) destaca que os municípios localizados na faixa de fronteira do Brasil com o Uruguai têm dificuldades em oferecer aos seus munícipes atenção à saúde de forma integral, pela falta de serviços essenciais, carência de pessoal especializado na atenção primária, insuficiência de equipamentos para procedimentos de baixa e alta complexidade, ou ainda, pela distância entre os municípios e os centros de referência dos serviços de saúde.

Peiter (2007) reitera que, nestas áreas de fronteiras, não basta somente a oferta de serviços de saúde e o favorecimento ao acesso. A sua efetividade poderá ser comprometida pelo fluxo da clientela, muitas vezes estimulada pela oportunidade de desfrutar de serviços, particularmente, quando os mesmos não são oferecidos em seus países ou não estão a contento.

Cazola et al. (2011) destacam que, na fronteira do Brasil com Paraguai, através do Estado de Mato Grosso do Sul, os municípios fronteiriços têm encontrado dificuldades em gerenciar com eficiência os serviços de saúde locais. Entre as limitações, apontam um excedente de brasileiros que residem em território internacional, mas que procuram atendimento nos serviços de saúde do Brasil, o que provoca desequilíbrio entre demanda e oferta, sobrecarregando os serviços e comprometendo a qualidade das ações prestadas, pois o planejamento e o financiamento desses serviços são baseados nas populações residentes.

Outras limitações evidenciadas são a não absorção da demanda excedente, mediada pela capacidade instalada que conta com recursos humanos limitados e pouco capacitados, escassez de equipamentos para procedimentos de média e alta complexidade e a distância até os serviços especializados; fato semelhante ocorre na fronteira do Brasil com Uruguai (Lemões, 2012).

É consenso entre os estudos pesquisados que os serviços de saúde das fronteiras, capitaneados por suas particularidades locais, não são capazes de atender as populações que vivem nessas áreas limítrofes. Para Sánchez (2007), a falta do desenho de um modelo de integração social, que se observa desde a criação do Mercosul, acabou por gerar dificuldades e consequências para os serviços de saúde nas áreas de fronteiras dos países. Para a autora, os principais obstáculos que dificultavam a integração em saúde comuns a regiões de fronteira eram a instabilidade política das regiões, as diferentes estruturas demográficas, socioeconômicas, as condições de saúde e estrutura dos sistemas de saúde dos países e as estruturas dos estados (federações e centralizados).

Bueno (2012) salienta que a falta de um modelo de integração social sólido e de um marco legal específico quanto aos direitos de acesso à rede de serviços do SUS nas regiões fronteiriças torna clara a vulnerabilidade dessas populações aos serviços de saúde. Destaca que o abandono vivido em relação à infraestrutura de saúde pelas regiões limítrofes, a alta mobilidade populacional e a distância de muitos municípios dos centros, onde os serviços de saúde estão bem mais estruturados, acabam por limitar a busca por tais serviços, induzindo essas populações à própria sorte.

Silva Neto (2010) evidencia o perfil de saúde na tríplice fronteira (Brasil/Colômbia/Peru). Ressalta que é possível reconhecer a transição epidemiológica de causa morte da população, que as doenças Infectoparasitárias são gradativamente substituídas pelas doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, as neoplasias, diabetes e causas externas, sendo estas últimas bastante destacadas pelo autor. E que o padrão de mortalidade dessas áreas permite distinguir vários estágios dos diferentes modelos de transição epidemiológica concebidos.

Retomando o estudo de Silva Neto (2010), cujo foco de interesse foi analisar a oferta de serviços de saúde na tríplice fronteira supra mencionada, cabe salientar que ele observou que a utilização dos serviços de saúde pode ser comprometida pelas dificuldades geográficas (distância e transporte), organizacionais (fila de espera, tempo de espera e natureza do acolhimento) e econômicas.

A disponibilidade de serviços de saúde nessas áreas de fronteira não é garantia de acessibilidade. Para melhor compreender a definição desse termo, Sanchez e Ciconelli (2012) destacam que o termo acessibilidade utilizado por Donabedian se define como a facilidade com que as pessoas obtêm os cuidados de saúde e a produção de respostas às suas necessidades, e não somente a disponibilidade desses recursos em dado momento e lugar. Em outras palavras, a acessibilidade não se limita à disponibilidade de recursos em tempo e lugar, mas envolve as particularidades dos próprios serviços e os recursos que facilitam ou limitam o seu uso.

Nos municípios de fronteiras do Brasil, os serviços de saúde mais comuns são: as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, Unidades Mistas, Hospitais e laboratórios. Os brasileiros que residem em território estrangeiro, mas que buscam atendimento em serviços de saúde do lado brasileiro, por conta dos diferentes sistemas de saúde existentes nesses países, acabam gerando baixa resolubilidade no serviço, encarecem o atendimento, dificultam o acesso, tornando inviáveis as buscas pelos mesmos, considerando que os serviços de saúde do Brasil são de natureza pública, de caráter universal e gratuito (Cazola et al., 2011).

A maioria dos serviços de saúde brasileiros nas fronteiras do país é público, sob a gestão dos municípios, com poucos serviços coordenados pelo estado e menos ainda pelo governo federal. Apresentam muitas deficiências e limitações. Nos municípios analisados em seus estudos, Silva Neto (2010), identificou desproporção entre leitos hospitalares e profissionais médicos, dentistas e enfermeiros (em sete dos nove municípios avaliados), expressando a carência desses profissionais. Quanto à especialização destes, a situação ficou ainda mais crítica, sendo mais frequente a presença do médico da família. Esse cenário remete a ideia de fragilidade dos sistemas locais de saúde, com limitada capacidade resolutiva para enfrentamento das adversidades experimentadas.

Esta realidade apontada por vários estudos sinaliza a fragilidade na organização e manutenção de programas de saúde, que exigem capacidade instalada, pessoal qualificado e disponibilidade de insumos, entre eles o programa da aids, dada sua complexidade de funcionamento, de modo a atender aos princípios da equidade, universalidade e integralidade.

Retomando o cenário da epidemia da aids no Brasil, para Fonseca e Bastos (2007, citados por Bueno 2012), o panorama entre 1980 e 2005 foi caracterizado por mudanças espaciais, de populações vulneráveis, desigualdades sociais e comportamentais. Segundo os autores, apesar de se concentrar nas áreas urbanas, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, a incidência da infecção vinha aumentando nas regiões Norte e Nordeste, predominando a

categorial de exposição por transmissão heterossexual. Entretanto, já era também notado o aumento expressivo da doença em populações vulneráveis como HSH, bissexuais, profissionais do sexo, UDI (expressão que vem sendo substituída por usuário de drogas), pessoas com múltiplos parceiros sexuais e os que não faziam uso da proteção durante as relações sexuais, padrão semelhante a outros países da América do Sul.

Para enfrentamento do cenário epidemiológico que a doença gerou ao longo dessas últimas três décadas, o Brasil tem adotado políticas de saúde, com destaque em nível mundial pela excelência dos serviços, voltadas à promoção da equidade e universalidade, particularmente pela oferta gratuita do diagnóstico, prevenção e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV ou com a aids.

Bueno (2012) salienta medidas promissoras no Brasil, na década de 1990, que influenciaram o controle e tratamento da aids. Foram elas: 1) O comprometimento do Ministério da Saúde com o tratamento da aids, disponibilizando a zidovudina (AZT) gratuitamente em 1991; 2) O estabelecimento de aliança entre o Programa Nacional de DST e a sociedade civil; 3) A institucionalização do acesso universal ao tratamento para o HIV/aids, em 1996; 4) A decisão do Ministro da Saúde do governo de Fernando Henrique Cardoso, José Serra, de produzir genéricos localmente e negociar preços com indústrias farmacêuticas e 5) A estratégia de José Serra para modificar as instituições globais de medicamentos essenciais.

Trazendo para o contexto do Estado do Amapá e particularmente para o município de Oiapoque, as limitações no campo da saúde sempre foram notáveis. A elevação de Oiapoque à categoria de município ocorreu em 23 de maio de 1945, por meio da Lei n. 7.578. Na época, a rede de serviços de saúde limitava-se a alguns postos de saúde, com dependência total de serviços médicos centrados em Macapá, capital do estado. Passadas sete décadas desde a elevação à categoria de município, a rede de serviço de saúde em funcionamento na sede do município está constituída de quatro UBSs, um Lafron e um Hospital Estadual de médio porte, com ambulatório, laboratório, sala de raio-X, leitos de internação adulto e infantil, sala de parto, cirurgia, entre outros serviços. Apesar dessa ampliação, as limitações no campo da saúde ainda persistem, embora em menor proporção.

Entre essas limitações, destaca-se a dificuldade de atendimento das especialidades médicas e de casos graves que precisam de cuidados intensivos, nesse caso, os doentes são referenciados para Macapá, encaminhados em transportes terrestres ou aéreos, em vôos fretados pelo governo do estado, ou pelo Distrito Sanitário Indígena (em caso de indígena).

No que tange às ações de diagnóstico e acompanhamento de casos de HIV/Aids, a situação municipal já foi mais incipiente. A testagem rápida para HIV só foi implantada em

2008 (informação verbal)¹ e até o momento, o município não possui Serviço de Assistência Especializada (SAE).

Atualmente, em Oiapoque, é realizada a testagem rápida para HIV 1 e 2, nas UBSs, no hospital estadual e no Lafron, todos os demais procedimentos são realizados pelo único SAE estadual, localizado em Macapá, a 600km de Oiapoque, correspondendo a cerca de 12 horas de carro (ônibus de linha) do município até a capital, durante o verão ou mais de 24 horas durante o período chuvoso (janeiro a junho). A indisponibilidade do tratamento e exames especializados no município, acaba por forçar o deslocamento das pessoas infectadas pelo HIV e doentes de aids até Macapá em busca de atendimento e medicamentos, o que parece favorecer a interrupção ou mesmo abandono do tratamento, especialmente pela dificuldade financeira para custear as despesas com deslocamento e permanência em Macapá.

Diante do cenário epidemiológico das infecções pelo HIV e dos casos de aids que têm crescido continuamente no município de Oiapoque, especialmente em populações de maior vulnerabilidade, como os jovens, idosos, mulheres, profissionais do sexo, garimpeiros, indígenas, entre outros, cabe o seguinte questionamento: Quais dificuldades e medidas de enfrentamento os serviços de saúde de Oiapoque têm vivenciado para conter a epidemia local pelo HIV/Aids e como a rede de serviços de saúde está organizada para promover acessibilidade aos serviços de promoção, diagnóstico e tratamento?

A hipótese deste estudo é de que os serviços de saúde da Atenção Básica possuem vulnerabilidades de âmbito programático que facilitam o crescimento da infecção pelo HIV e aids no município de Oiapoque.

A relevância deste estudo caracteriza-se pela contribuição de seus resultados, favorecendo o adensamento do conhecimento, fornecimento de subsídios no campo da gestão para o desenvolvimento de ações estratégicas e de políticas públicas de saúde local, estadual e nacional para o enfrentamento da infecção pelo HIV e aids nessa região do país. Para o delineamento e aprofundamento deste estudo, apresentam-se os seguintes objetivos.

¹ Notícia fornecida pela coordenação estadual de HIV/aids e hepatites virais da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá em setembro de 2014.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a vulnerabilidade ao HIV/Aids na dimensão programática em um município de fronteira do Brasil com a Guiana Francesa.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Analisar a expressão do compromisso (acordo) dos governos estadual/municipal com base nos planos de saúde e documentos afins no combate ao HIV/Aids
2. Reconhecer a participação (cooperação, operação) do controle social como parceiro na luta contra HIV/Aids
3. Descrever o envolvimento (compromisso) de trabalhadores: Atenção Básica, Hospital e Laboratório de Fronteira na atenção em HIV/Aids
4. Caracterizar o processo de articulação multissetorial (intra e intersetorial) das ações no contexto da atenção em HIV/Aids
5. Descrever o acesso aos serviços e insumos (testagem, preservativos, medicamentos) na atenção em HIV/Aids
6. Reconhecer a composição (organização/disposição) da rede de serviços municipal e estadual na atenção em HIV/Aids

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 REFERENCIAL CONCEITUAL

O conceito de vulnerabilidade foi empregado como referencial neste estudo para analisar a epidemia de HIV/Aids e a oferta de serviços em saúde à população do município de Oiapoque/Brasil, fronteira com a Guiana Francesa. A vulnerabilidade ao HIV tem, na vulnerabilidade programática, um facilitador da manutenção da epidemia.

A gênese da epidemia de aids no mundo, no começo da década de 1980, pôs a humanidade e as práticas de cuidado e prevenção da saúde em perigo, após grandes avanços alcançados nos séculos XIX e XX com a erradicação e controle de algumas doenças infecciosas, conduzindo à crença de que os novos desafios no campo da saúde deveriam se voltar para as doenças crônico-degenerativas (Ayres et al., 2006).

Muitas explicações emergiram no alvorecer da epidemia, desconhecida para a medicina. Foi na epidemiologia que inicialmente se buscaram explicações sobre o seu surgimento, a fim de compreender esta nova infecção. O primeiro passo foi identificar as pessoas que estavam adoecendo e suas relações causais. O Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC), em 1982, foi quem primeiro descreveu a ocorrência da doença classificando em quatro grupos as pessoas acometidas, na época definidos como grupos de risco, a saber, os homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína (4H).

A crença de que a doença atingia grupos de risco conduziu às primeiras ações de saúde no campo da promoção e da prevenção para conter a sua difusão pelo mundo, no entanto, tais ações não foram tão promissoras, particularmente por estarem voltadas a grupos restritos, os chamados grupos de risco, excluindo as pessoas que não se incluíam nesses grupos como propensos ao acometimento pela nova infecção. O isolamento sanitário de tais grupos pela coletividade e especialmente pela mídia que se encarregou de promover uma quarentena por tempo indeterminado, inclusive a outros aspectos da vida social dessas pessoas, trabalho, família, escola, serviços de saúde, provocou o que Daniel (1994) denominou de morte social. O isolamento desses grupos acabou por gerar preconceito e discriminação e demonstrou que as ações implementadas para conter a epidemia tiveram seus resultados limitados no controle da doença, para a sensibilização e transformação da situação dos acometidos, bem como retardaram a identificação da suscetibilidade à doença nas demais pessoas.

As mudanças nas ações de saúde para frear a epidemia, que crescia sem controle, foram provocadas por grupos da sociedade, com destaque aos gays norte-americanos, que se mobilizaram como reação à condição que lhes impuseram diante da epidemia, forçando a prática de novas ações de saúde e de novos conhecimentos sobre a aids. Foram os pioneiros na utilização do preservativo como medida de prevenção de troca de fluidos genitais que pudessem conter o vírus.

As estratégias de prevenção, outrora utilizadas para grupos de risco, precisaram ser repensadas, sendo substituídas para a perspectiva de redução de riscos, que tinha por base a difusão universal de informação, o controle de bancos de sangue, o estímulo à incorporação do uso de preservativos e de práticas de sexo mais seguro, testagem e aconselhamento, redução de danos para UDI, por meio da distribuição/troca de seringas e agulhas. Nesse contexto, embora ainda limitadas, ações de saúde no campo da prevenção já sinalizavam a necessidade de novas intervenções, voltadas para um maior contingente da sociedade, minimizando os tabus e preconceitos presentes do começo da epidemia.

A ideia de comportamento de risco, resultante do conhecimento clínico e epidemiológico da doença com os campos da psicologia social e da educação, instrumentalizou as práticas preventivas num segundo momento de resposta à epidemia, universalizando a preocupação com a doença. Este novo conceito buscou estimular maior envolvimento das pessoas com a prevenção, tornando-as sujeitos participantes por meio da transformação de seus comportamentos, mas, nas entrelinhas, emergia a ideia da culpabilidade, onde o adoecimento pela aids estava ligado à falha no uso de medidas de proteção e prevenção, seja pela não adesão a um comportamento seguro ou pela falha nos esforços de precaução. Em face deste novo desfecho, o da culpa pelo adoecimento, a ideia de comportamento de risco acabou sofrendo inúmeras críticas.

As críticas no campo da prevenção foram feitas por duas frentes. Uma por grupos e movimentos organizados, que defendiam que mudança de comportamento não se dava somente pela união da informação e vontade, mas por um conjunto de elementos, de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial, distribuídos de forma desigual entre os sexos, grupos sociais, étnicos e faixas etárias. A outra vertente ressaltava a mudança do perfil da epidemia, com acometimento significativo de grupos com menor poder social, destacando aqui os mais pobres, as mulheres, os marginalizados, os negros, os periféricos (Gupta, 2006 apud Ayres et al., 2006).

Foi diante da expansão que a epidemia da aids tomava, que um grupo de epidemiologistas e defensores dos direitos humanos ligados à Escola de Saúde Pública da

Universidade de Harvard formulou o conceito de vulnerabilidade para o campo da saúde. Esse grupo ampliou o conhecimento necessário para responder à pandemia da doença com a publicação da obra *Aids in the World* em 1992, organizada pela Coalizão Global de Políticas contra Aids, criando um instrumental para compreender a e intervir sobre a infecção pelo HIV e a aids (Ayres et al., 1999).

É inegável que alguns aspectos foram fundamentais para a transformação das práticas de prevenção da doença, como o isolamento laboratorial do vírus em 1983, o licenciamento de teste diagnóstico em 1985 e a identificação do caráter pandêmico da epidemia. Propiciaram avanços para as práticas de saúde pública, destacando aqui os diagnósticos precoces, a realização de *screenings*, clínicas sentinelas, produção de drogas específicas e buscas de criação de vacinas (Ayres et al., 2006).

A expansão da epidemia e o cenário epidemiológico da aids, em muitos países, onde havia prevalência em grupos externos aos chamados de riscos, evidenciavam que a transmissão do HIV remetia a questões sociais, econômicas, políticas e culturais, que, por sua vez, determinavam e determinam maior ou menor risco e vulnerabilidade à infecção pelo HIV e aids. A ideia de grupo e/ou comportamentos de risco já não era suficientemente capaz de explicar o crescimento da epidemia, e é do conceito de vulnerabilidade que Mann, Tarantola e Netter (1993b) se valem para avaliar criticamente a infecção pelo HIV e aids, entender a evolução da pandemia e prever o seu futuro.

Para eles, analisar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e aids requer a compreensão de suas dimensões individual e coletiva. Estando a individual relacionada a aspectos biológicos e comportamentais, que são mutáveis e variam ao longo da vida das pessoas, necessitando de três elementos-chaves, a informação/educação, serviços de saúde e social e um ambiente social de apoio. A coletiva, por sua vez, está relacionada à elaboração e à implantação de programas nacionais de combate à doença (abrangentes, sustentados e coerentes), que garantam o acesso aos serviços de saúde e sociais necessários e que atuem de maneira integrada, a fim de proporcionar informação/educação e facilitar sua utilização, evitando a discriminação contra as pessoas infectadas pelo HIV, com a aids e os vulneráveis (Mann, Tarantola e Netter, 1993b).

Ayres (2009, p. 447) afirma que a vulnerabilidade “designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionado à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para sua proteção”.

A concepção de vulnerabilidade, associada à epidemia de aids, vem sendo aplicada de forma cada vez mais frequente, sobretudo a partir do início dos anos 1990. O conceito de vulnerabilidade assume significado singular no enfoque da epidemia nos países em desenvolvimento devido à sobrecarga dos sistemas de saúde e de outros problemas que afetam essas populações (Mann, Tarantola e Better, 1993b). Entre os inúmeros problemas gerados, o HIV/Aids tem afetado de modo crescente pessoas jovens em idade produtiva, o que representa perda econômica e social para os países (Barcellos et al., 2001).

No que tange à relevância do conceito de vulnerabilidade como referencial para explicação de agravos à saúde, Nichiata et al. (2011) ressaltam a potencialidade desse conceito para interpretar o e intervir no processo saúde-doença, na perspectiva da determinação social, pois o conceito de risco, amplamente utilizado em estudos de doenças como aids e tuberculose, não tem explicado suficientemente a sua produção, por reduzi-las a fatores inerentes aos patógenos etiológicos ou às características dos hospedeiros e do ambiente. Enfatizam ainda que o conceito de vulnerabilidade busca explicar os processos que podem levar ao adoecimento e à morte, assim como ao enfrentamento destes, resultantes da interação de aspectos individuais com contextos ou condições coletivas.

Nas pesquisas em saúde, dentre elas, as de enfermagem, os termos vulnerabilidade e vulnerável são comumente empregados para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde (Nichiata et al. (2008, 2011).

No tocante às doenças transmissíveis, essas autoras enfatizam que tal conceito possibilita a identificação das necessidades em saúde marcadas pelo estigma, pela exclusão social e sentimento de medo. Corroborando essa afirmação, Takahashi (2006) assinala que a análise da vulnerabilidade permite conhecer e compreender como indivíduos e grupos diferentes vivenciam e enfrentam o processo saúde-doença. O avanço desses estudos possibilitou a construção de marcadores de vulnerabilidade, que podem ser usados para avaliar as condições de vida e saúde de indivíduos e grupos e subsidiar intervenções direcionadas para tais determinantes, como os relacionados à infecção pelo HIV, adoecimento e morte por aids.

Ayres et al. (1999), reportando-se à noção de vulnerabilidade, buscam estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais, associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos e até mesmo nações à infecção pelo HIV e as suas consequências indesejáveis. Para eles, essa concepção incorpora a dimensão das abordagens estruturais sobre as desigualdades sociais, as iniquidades em saúde e seu impacto sobre as condições de vida e saúde de grupos

populacionais. Em outras palavras, ser vulnerável no contexto do HIV significa ter pouco ou nenhum controle sobre o risco de adquirir o vírus e, para aqueles já infectados, ter pouco ou nenhum acesso à assistência e a tratamentos adequados.

Ainda sobre o conceito de vulnerabilidade e sua identificação no contexto do HIV/Aids, Nichiata et al. (2008) assinalam que não há como pensar intervenções voltadas somente para o indivíduo. Estas devem se interpor nas situações que influenciam seus comportamentos individuais e se aproximar dos elementos externos que favorecem a vulnerabilidade, como os aspectos políticos, econômicos, culturais e a oferta de serviços de saúde, que podem apoiar e direcionar as pessoas numa perspectiva de maior ou menor autoproteção.

Desde o início da epidemia, a aids têm sido exaustivamente estudada. No Brasil, de acordo com Barcelos et al. (2001), os cenários de estudos da epidemia têm sido os grandes centros urbanos. As áreas de fronteiras, onde existe um grande potencial de interação entre pessoas e grupos populacionais, por suas características particulares, constituem-se em espaços críticos para a disseminação do HIV e têm sido pouco estudadas, apesar de autoridades sanitárias e cientistas do mundo inteiro sinalizarem a preocupação com a difusão da aids e outras doenças emergentes em áreas limítrofes.

Para Martins (1992), a interligação e a interdependência entre lugares remetem à substituição da noção de fronteira como local de barreira ou separação para a concepção de lugar de contato ou de passagem, prevalecendo a noção de movimento, relações, comunicação e troca, de fronteira fechada para fronteira aberta, o que facilitaria a propagação de diversas enfermidades de uma região para outra.

Para melhor compreensão dos termos limite e fronteira, evoca-se seu significado; enquanto o limite jurídico do território é uma abstração gerada e sustentada pela ação institucional no sentido de controle efetivo do Estado territorial, portanto, um instrumento de separação entre unidades políticas soberanas, a fronteira é lugar de comunicação e troca (Machado, 1998). A fronteira é uma zona na qual seus habitantes vivem os efeitos da proximidade entre dois ou mais países. Em suma, a fronteira é uma área que apresenta duas características básicas no que se refere aos processos saúde/doença, é um lugar de entrada e saída de pessoas e mercadorias, que permite o intercâmbio e a difusão de agentes patogênicos entre países e é uma área ou zona com características particulares, onde os seus habitantes vivem os efeitos de proximidade, gerando comportamentos particulares.

Estudos têm demonstrado que as áreas de delimitação entre países não oferecem nenhum obstáculo à transmissão de doenças, as epidemias também têm mostrado que as zonas

fronteiriças podem ser áreas onde populações apresentam alta vulnerabilidade ao HIV. A facilidade de comunicação e o aumento no fluxo de pessoas de um país a outro têm favorecido a sua disseminação, por essa razão, as regiões de fronteira carecem de atenção diferenciada no sentido de se controlar tal ocorrência.

De acordo com Porter e Bennoun (1997), alguns países têm observado taxas mais elevadas de infecção pelo HIV nas rotas de transporte e nas áreas fronteiriças. Estudos sobre a soroprevalência, como o realizado no Camboja, Mianmar e na Tailândia indicaram que as populações das províncias fronteiriças têm incidências mais altas de infecção do que as províncias afastadas das fronteiras (Guest, 2000).

É fato que a epidemia de aids e outras doenças tem alcançado repercussões por conta das condições de vulnerabilidade em que se encontram alguns grupos populacionais, como as mulheres, os profissionais do sexo, garimpeiros, militares e adolescentes. Charbonneau (1988) destaca que este último grupo, nessa etapa da vida, tem grande risco de adoecimento por vivenciar as descobertas e buscar sua identidade. Petraglia e Edgan (1995) corroboram enfatizando que o ser humano, na construção de sua própria identidade, almeja liberdade e autonomia, para tornar-se sujeito e acabam por envolver-se em múltiplas situações de riscos.

Casos de infecção sexualmente transmissível (IST) ocorrem com frequência na adolescência e aumentam as chances de contaminação pelo vírus HIV. Em busca de literatura acerca dessa temática, encontraram-se relatos de que no Brasil não há muitos registros de casos de IST entre adolescentes, talvez porque somente a aids e a sífilis sejam de notificação obrigatória e a maioria dos jovens com outras IST's busquem tratamentos em farmácias.

Para analisar as dimensões de vulnerabilidade de um grupo ou da coletividade, faz-se necessária a compreensão da associação de eixos correlativos da vida das pessoas, de comunidades ou mesmo de nações, que as tornam mais ou menos susceptíveis à infecção pelo HIV, pela aids ou à morte por tal enfermidade. Esses eixos são a dimensão individual e a dimensão coletiva (social, programática), sendo a programática o objeto de aprofundamento neste estudo.

Retomando o significado da vulnerabilidade, a fim de compreender suas dimensões e sua relação com a infecção pelo HIV, o adoecimento pela aids ou ainda a sua prevenção, destaca-se que, no contexto do HIV e aids, a dimensão individual da vulnerabilidade toma como ponto de partida o modo de vida das pessoas, o grau de compreensão dessas pessoas sobre o tema, sua sexualidade, o uso de drogas, o acesso a serviços social e de saúde, sua capacidade de transformar conhecimentos em possibilidades práticas de prevenção; ou seja, sua ação individual de prevenção frente a uma situação de risco, suas características pessoais

como idade, sexo, raça, entre outras, o desenvolvimento emocional, a percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção, habilidades de negociar práticas sexuais seguras, crenças religiosas entre outras (Ayres et al., 2006).

A dimensão social está mais relacionada ao acesso e à qualidade da informação prestada, aos seus significados, à possibilidade de colocar essas informações em prática a favor das pessoas diante dos valores e interesses delas, que, por sua vez, estarão relacionados a aspectos materiais, religiosos, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade. Em síntese, a incorporação da informação em mudanças práticas em favor das pessoas não depende somente de sua vontade, mas também do acesso aos meios de comunicação, da escolarização, dos recursos materiais, da capacidade de influenciar decisões políticas, enfrentar barreiras culturais, viver livre de coerções ou poder defender-se delas (Ayres et al., 2006).

A dimensão programática, referencial de investigação e análise deste estudo, evidencia que a vida das pessoas em sociedade está sempre mediada por instituições sociais como: famílias, escolas, serviços de saúde e que, para obtenção dos recursos sociais necessários à proteção de danos à saúde, disponíveis de forma efetiva e democrática, faz-se necessária a existência de esforços institucionais (Ayres et al., 2006). Neste contexto, a análise da dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/Aids se propõe identificar como as instituições de saúde e áreas afins do município de Oiapoque, fronteira do Brasil com a Guiana Francesa, atuam como elemento de reprodução das condições sociais de vulnerabilidade, desvendando o quanto esses serviços estão favorecendo aos indivíduos e grupos sociais possibilidades de enfrentamento ao HIV, acometimento da aids e a promoção de possibilidades de superação.

Portanto, analisar a dimensão programática da vulnerabilidade, pressupõe conciliar os sujeitos e seus contextos sociais, através dos programas e serviços disponíveis, identificar o grau e qualidade do compromisso dos serviços e programas, recursos disponíveis, competência gerencial e da equipe, monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, sustentabilidade das propostas, estímulo à participação dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico e busca de mecanismos de superação, entre outros (Ayres et al., 2006).

Buscou-se assim analisar e descrever a vulnerabilidade ao HIV e à aids no município de Oiapoque, relacionada ao serviço de saúde local, diante do número crescente de casos, levando em conta que esse município possui um déficit de infraestrutura, com saneamento básico precário, com limitações em transportes e comunicação com outros municípios. As perspectivas de progresso econômico são limitadas, com baixa aquisição e oferta de bens,

serviços, estudos e lazer, principalmente para os mais jovens. Cabe ressaltar que a violência, a prostituição, o uso abusivo de álcool e de outras drogas têm tornando cada vez mais suscetível a população local (urbana e rural) e comunidades isoladas (indígenas) ao adoecimento e à propagação do HIV e aids, podendo tornar o problema crônico e de difícil reversão.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, descritivo, de caráter analítico e de abordagem qualitativa. O estudo de caso é um meio de organizar os dados preservando do objeto estudado o seu caráter unitário, ele analisa profundamente um ou mais objetos (casos), podendo utilizar instrumentos de coleta variados e necessita da interação entre o pesquisador e o objeto da pesquisa. Ele avalia uma situação dentro de um contexto, sendo mais flexível na análise dos dados, pode ser exploratório (hipóteses), descritivo (associação de dados) e explanatório (conclusão através de explicações sobre o fato) e permite chegar a generalizações baseadas em evidências, além de facilitar a compreensão da realidade (Goode, Hatt, 1979).

De acordo com os objetivos da investigação, eles podem ser classificados como intrínsecos ou particulares, quando procuram compreender melhor um caso particular em seus aspectos fundamentais; como também instrumentais, quando analisam um caso para compreender melhor outra questão, orientar estudos ou constituir-se em instrumento para pesquisas posteriores. Podem ainda ser coletivos, quando estendem o estudo a outros casos com o objetivo de ampliar a compreensão ou a teorização sobre um conjunto ainda maior de casos (Stake, 2000).

No tocante aos estudos descritivos, estes têm por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno, de uma experiência ou ainda estabelecer relação entre as variáveis obtidas no objeto de estudo analisado por meio de técnicas padronizadas de coleta de dados. Aqui o assunto já é conhecido e a contribuição é tão somente proporcionar uma nova visão sobre a realidade já existente (Triviños, 1987).

Destarte, o presente estudo atende aos vários aspectos, pois, além de descrever a dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/Aids, aponta os desafios a serem enfrentados pela gestão dos serviços de saúde diante do crescimento da doença nos últimos anos, da organização da rede de atendimento na perspectiva do aumento da procura por ações de saúde, ocasionado pelo trânsito de pessoas no município a partir do funcionamento da

ponte binacional, que liga Oiapoque/Brasil a Saint Georges/Guiana Francesa. O estudo contribui também com informações para novas pesquisas neste e em outros locais que se assemelhem, além de subsidiar a implementação de políticas de saúde para a região.

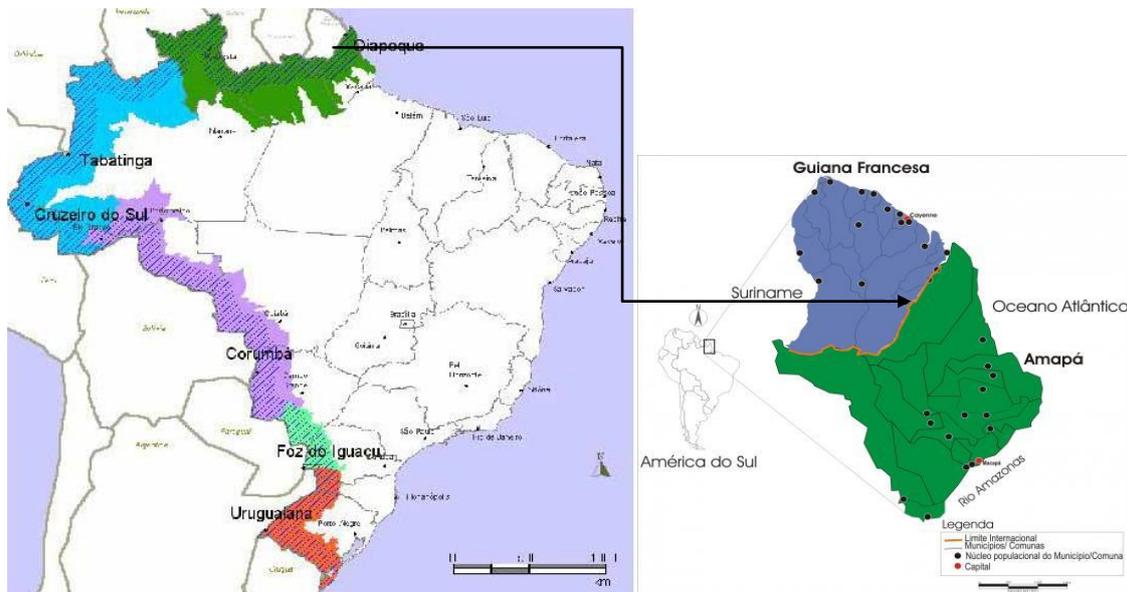
3.3 CENÁRIO

A justificativa para escolha do município de Oiapoque como cenário do estudo, deve-se a condição de ser o único do Brasil que faz fronteira com território pertencente à França localizado na América do Sul e pelo aumento da infecção pelo HIV e a aids nesta localidade nos últimos anos. Destaca-se como área de fronteira entre o Brasil e a Guiana Francesa, sendo rota de passagem, principalmente para brasileiros rumos à Guiana Francesa e região do Caribe, na perspectiva de melhoria financeira nos garimpos guianenses.

É local de passagem por estrangeiros e brasileiros que transitam entre Brasil e Guiana Francesa (Departamento ultramarino da França). Caracteriza-se como localidade de grande mobilidade populacional, atraindo pessoas do Estado do Amapá e de outros estados do país, como Pará e Maranhão, atraídos pelo sonho da melhoria de vida com o trabalho em território francês, sobretudo com a exploração do ouro nos garimpos da Guiana Francesa (Nascimento e Tostes, 2009).

O município está localizado na parte mais setentrional do Estado do Amapá. Possui uma área de 22.625 km² e população estimada em torno de 24.892 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016. Limita-se a leste pelo Oceano Atlântico, ao sul com os municípios de Calçoene, Serra do Navio e Pedra Branca do Amapará, a oeste com o município de Laranjal do Jarí, Estado do Amapá, e, ao norte, faz limite com a Guiana Francesa (mapas 1 e 2).

Mapas 1 e 2: Segmentos e pólos selecionados da Fronteira do Brasil e Amapá



Fonte: www.internationalforeigntrade.com

Como a garimpagem em território guianense é uma atividade sazonal, o fluxo de garimpeiros em ambos os lados da fronteira oscila durante o ano, determinando expressiva variação no número de habitantes em Oiapoque. Nesse contexto, as profissionais do sexo, migrantes e comerciantes locais ligados ao garimpo acompanham esse movimento (Brasil, 2003).

Em 1992, data de registro do primeiro caso de HIV no município de Oiapoque, a população local era de 7.543 habitantes (IBGE, Brasil, 1992), os serviços de saúde se limitavam a atendimentos da atenção básica e a um hospital local, com atendimento médico esporádico, sendo mais frequentes, na época, os atendimentos de enfermagem. As ações de saúde mais comuns eram de atendimento de pré-natal e de puericultura, além de tratamento de hipertensos e parasitoses intestinais e Macapá era a única referência para o diagnóstico e acompanhamento dos doentes. Até o momento de realização deste estudo, Macapá configura-se como a referência para tratamento e realização de exames de acompanhamento (Carga viral e CD4/CD8), já sendo possível realizar os exames diagnósticos para HIV e outras Infecções Sexualmente transmissíveis (Testes rápidos, Elisa para HIV e Imunoblot) no próprio município, no Laboratório de Fronteira.

A rede pública de atenção à saúde em funcionamento no município conta com quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) na sede do município, onde atuam as equipes da Estratégia de Saúde da Família, que realizam as ações de saúde da atenção básica, como atendimento pré-natal, planejamento familiar, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, tratamento e

acompanhamento de casos de tuberculose e hanseníase, serviço de vacinação, testes rápidos para HIV, Hepatite B e C e Sífilis, distribuição de preservativos, dentre outros; possuem também alguns postos de saúde na área rural, com atendimentos primários realizados pelo pessoal de enfermagem, um hospital estadual que oferece serviço de pronto atendimento (urgência e emergência 24), internações, realiza partos e cirurgias de baixa e média complexidade e serviços de laboratoriais de análises clínicas, e, um laboratório de fronteira (Lafron) que é a referência municipal para diagnóstico de algumas doenças de notificação compulsória, inclusive para o HIV.

Os serviços de saúde se ampliaram em relação ao início dos anos de 1990, e os testes para diagnóstico do HIV/Aids já estão sendo realizados no município, porém o acompanhamento/tratamento não está disponível, sendo este realizado somente no SAE de Macapá, cerca de 600km do município. Vale ressaltar que, embora não haja até o momento nenhum termo de cooperação oficial entre os governos francês e brasileiro, muitos brasileiros residentes em Oiapoque recebem atendimento de saúde em Saint George e/ou Caiena, e em se tratando de casos de HIV e aids. Até o momento da pesquisa, o transporte fluvial (pequenas embarcações denominadas “catrais”) era o meio mais comum de deslocamento, pelo rio Oiapoque, entre Oiapoque e Saint George, com duração média de 20 minutos. De Saint George à Caiena, o transporte ocorre por via terrestre, em carros de passageiros (chamadas de Navetes) ou em carro particular, com duração de cerca de duas horas e meia a três horas de viagem.

Convém destacar que, dada a facilidade de acesso aos serviços de saúde em Oiapoque, moradores ribeirinhos do lado francês e do lado brasileiro, buscam em Oiapoque exames para identificação do HIV, Hepatites B, C e Sífilis; além dos mutirões da saúde, realizadas durante a semana de saúde da fronteira, as quais acontecem anualmente, geralmente no mês de junho².

3.4 FONTES DOS DADOS

3.4.1 Dados primários: sujeitos participantes da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa, propostos no projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, somavam 14 participantes. No entanto, foram realizadas apenas nove entrevistas. O

² Notícia fornecida pela coordenadora municipal da ação “semana saúde da fronteira”, setembro de 2015.

motivo da redução de 14 para 09 entrevistados deve-se ao fato de que, no projeto, foi definido que nas UBSs seriam entrevistados os gerentes das unidades e os profissionais que coordenavam as ações voltadas para a questão do HIV/Aids e a situação encontrada no momento da coleta de dados, foi que quatro gerentes de UBSs também gerenciavam e realizavam as ações de prevenção e diagnóstico do HIV (realização de testes rápidos) e o outro participante excluído da pesquisa, foi em virtude do mesmo não se encontrar mais na gerência da UBS e nem responder pelas ações relacionadas ao HIV/Aids. No final participaram 10 respondentes, porque no Lafron a entrevista foi realizada com os dois técnicos do local.

Assim, foram entrevistados três Gerentes/Assistentes de UBS; o Diretor do Hospital Estadual, o Diretor do Laboratório de Fronteira (Lafron), sendo que esta entrevista foi respondida por ele e por outro servidor do serviço a pedido do mesmo. Entre gestores, foram entrevistados o Secretário Municipal de Saúde de Oiapoque, o Coordenador Estadual e o Coordenador Municipal do Programa de DST/Aids e, por fim, o Coordenador da ONG sediada em Oiapoque (ONG mantida com recursos da união europeia, com ação nos dois lados da fronteira, prestando auxílio a brasileiros e estrangeiros em situação de vulnerabilidade social).

3.4.2 Dados secundários

Os dados secundários foram obtidos do Plano Estadual de Saúde do Amapá, quadriênio 2012-2015, do Plano Municipal de Saúde de Oiapoque, quadriênio 2014-2017, documentos oficiais que nortearam as ações estaduais e municipais de saúde nos períodos acima descritos; das atas de reunião da comissão de fronteira, que tratava das ações de saúde para aquela região, entre 2010 e 2014; dos sites oficiais do Fundo Nacional de Saúde (<http://portalfnns.saude.gov.br>), a cerca da liberação de recursos financeiros para investimentos em ações de prevenção do HIV e atendimento de pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA), atenção básica entre outros, para o estado município de Oiapoque.

3.5 COLETA DE DADOS

Caracterizada como o momento em que o pesquisador interage com os sujeitos, tendo como principal finalidade coletar os dados, registrar e processar a primeira fase da

análise de forma interdependente (Patrício, Casagrande, Araújo, 1999). A coleta de dados foi realizada por meio da análise de documentos e das entrevistas semiestruturadas com os participantes da pesquisa já destacados; de modo individual e realizadas pelo pesquisador com o participante.

A escolha pela entrevista como método de coleta de dados neste estudo justificou-se por ser uma técnica que valoriza a presença do investigador, ao mesmo tempo em que oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (Trivinos, 1987).

A consulta e a análise dos dados documentais foram realizadas pelo pesquisador em local de sua conveniência, considerando que tais documentos foram obtidos em arquivos Word e PDF. Já as entrevistas foram realizadas nos locais de escolha dos entrevistados e nos horários de suas conveniências, gravadas mediante consentimento dos participantes e transcritas posteriormente para análise das mesmas.

Em março de 2016, foi dado início na coleta de campo (entrevistas), realizadas no município de Oiapoque, com exceção da entrevista feita com a coordenação estadual do Programa de Controle das DST, que foi realizada Macapá, local de funcionamento da mesma. Todos assinaram o termo de consentimento de participação da pesquisa, e permitiram o uso de gravador para armazenamento das falas.

As agendas das entrevistas foram combinadas pelo entrevistador in loco, com os participantes, para as seguintes datas e horários: dia 16/03, às 15h30min, com o secretário municipal de saúde; dia 17/03, às 9:00h, com a gerência do Laboratório de Fronteira (Lafron); no dia 17/03, às 15h30min, com a gerente e enfermeira da UBS Julieta Palmeirim; dia 18/03, às 14:00h, com a gerente e enfermeira da UBS Infraero; no dia 30/03, às 15:00h, com a gerente e enfermeira da UBS Planalto; no dia 31/03, às 16:00h, com a gerente e enfermeira da UBS Nova Esperança; no dia 31/03, às 9:00h, com o coordenador da ONG (Desenvolvimento, Prevenção, Acompanhamento e Cooperação de Fronteira/Dpac). Neste primeiro momento, a Coordenação Municipal do Programa de HIV/Aids e a direção do Hospital Estadual de Oiapoque não confirmaram agenda por não se encontrarem no município, tendo a maioria delas sido realizadas nos dias e horários programados.

No dia 30/03/2016, retornamos ao Hospital Estadual para agendar nova data para realização da entrevista com o diretor do hospital local. Ainda no mesmo dia, nos dirigimos a UBS Planalto, com quem tínhamos entrevista agendada para as 15:00h, depois de algum tempo de espera, fomos informados por uma funcionária da UBS (uma Técnica de Enfermagem) da ESF, que a enfermeira e gerente da UBS encontrava-se em Macapá (capital

do Estado), em treinamento no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e que, ao retornar para o município, não retornaria para a gerência da UBS e equipe da ESF local, iniciando em outra unidade como enfermeira de apoio ao Caps'AD em fase de implantação no município.

A entrevista da tarde do dia 31/03/2016, que seria com a gerente e enfermeira da UBS Nova Esperança, teve que ser remarçada em virtude da impossibilidade de atendimento por parte da mesma naquele dia, por motivo de deslocamento da mesma até uma comunidade rural (Vila Vitória), para realizar ação de investigação de casos suspeitos e confirmados de Zica Vírus na comunidade local. A entrevista com a Coordenação Municipal do Programa de DST/Aids, que também aconteceria nesse dia, teve que ser remarçada, porque a mesma se encontrava de plantão no Hospital Estadual local onde assumia também a atividade de enfermeira. Ainda no dia 31/03, após tentativa de contato com a pessoa que responderia a entrevista pelo hospital, o mesmo se prontificou em conceder a entrevista no final do expediente, e assim foi feito. Desse modo, a última entrevista realizada no município de Oiapoque, foi à coordenação municipal. E finalizando as entrevistas com os sujeitos da pesquisa, a coordenadora do Programa Estadual de Controle de DST/HIV e Hepatites Virais, nos recebeu no começo do mês de maio de 2016.

A entrevista 1 foi realizada com o secretário municipal de saúde, no gabinete do mesmo, na Secretaria Municipal de Saúde. A entrevista 2, com a gerência do Lafron, ocorreu na sala de recepção do laboratório de fronteira, com a presença de dois informantes, o gerente da época (A) e outro servidor que atuava há muito tempo no serviço (B). A entrevista 3, realizada com a gerente da UBS Julieta Palmerim, ocorreu no consultório de enfermagem da unidade. A entrevista 4, com a gerente da UBS Infraero, foi realizada no consultório de enfermagem da unidade. A entrevista 5 foi realizada na sala da coordenação da ONG (Dpac). A entrevista 6 foi realizada com o diretor do hospital local, na sala da direção do hospital. A entrevista 7 foi feita com a gerente da UBS Nova Esperança, no consultório de enfermagem. A entrevista 8, com a coordenadora municipal do programa de DST/AIDS, ocorreu em uma sala de uma UBS, em razão de a coordenação municipal não possuir sala própria. E a entrevista 9, com a coordenadora estadual, teve início na sala da Coordenação Estadual do Programa e continuidade no auditório da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS), a pedido da entrevistada, devido ao fluxo de pessoas e ao barulho na sala da coordenação em que nos encontrávamos.

Nas entrevistas realizadas, a fim de explicitar o pensamento dos depoentes acerca das categorias de análise, foi adotado o código "E" como sinônimo de entrevistado (E1, E2A e E2B, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9), explicitado nos resultados.

A seguir demonstra-se a caracterização dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes das entrevistas, segundo sexo, formação profissional, tempo de serviço na saúde e tempo na gestão de serviços voltados ao HIV e à aids.

Caracterização	Categorias profissionais					
	Enfermeiro	Biomédico	Assistente Social	Cirurgião Dentista	Oficial Militar	Administrativo
1- Sexo						
Masculino	-	02	-	01	01	01
Feminino	04	-	01	-	-	-
2- Especialização	1- Auditoria em Saúde	1-Saúde Pública/ Mestrado em Vig. Sanitária	Epidemiologia/ Mestrado em Saúde	Ortodontia		
	1- Enf. Obstétrica	1- Sem Espec.				
	1- Saúde Pública					
	1- Sem Espec.					
3- Tempo de Serviço na Saúde	1- 45 dias	07 anos	16 anos	05 anos	09 meses	07 anos
	1- 02 anos					
	1- 06 anos					
	1- 15 anos					
4- Tempo na Gestão de Serviço de Saúde	1- 45 dias	07 meses	04 meses	02 anos	09 meses	07 anos
	1- 04 meses					
	1- 10 meses					
	1- 02 anos					

Fonte: Instrumento de coleta de dados

3.5.1 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada (Gil, 1995), com auxílio de um roteiro com questões norteadoras, a fim de obter das falas dos entrevistados a descrição do compromisso no enfrentamento do HIV e da aids; a percepção da doença como problema de saúde no município; o acesso do usuário às ações e insumos voltados a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento; considerações sobre a suficiência de recursos materiais e humanos; a composição da rede de atenção e a presença de ações de educação permanente dos profissionais.

Os instrumentos utilizados nas entrevistas foram: um para gerência/profissional das UBSs responsáveis pelas ações em HIV/aids (Apêndice III), um para a gerência do hospital local (Apêndice IV), um para gerência do Laboratório de Fronteira Oiapoque (Apêndice V), um para a coordenação da ONG (Apêndice VI), um para o secretário municipal de saúde (Apêndice I), um para a coordenação estadual e municipal do programa de DST/Aids (Apêndice II). Os instrumentos também abordaram a presença de ações e estratégias de enfrentamento da doença no município, recursos financeiros e ações programáticas relacionadas ao tema.

Na análise documental, não foi utilizado instrumento próprio para a coleta dos dados, a coleta de informações deu-se pela leitura dos documentos disponibilizados de interesse ao estudo, atendendo aos objetivos propostos. Os documentos de interesse para o estudo foram definidos no Apêndice VII, porém somente alguns deles foram disponibilizados para a coleta de informações.

3.6 ANÁLISES DOS DADOS

Os resultados obtidos nas entrevistas e nos documentos foram interpretados segundo a análise de conteúdo, com ênfase na análise temático-categorial, tendo em vista esta se adequar ao tipo de estudo e fontes de coleta de dados. A escolha pela análise de conteúdo se justificou pela possibilidade da utilização de materiais textuais escritos, como as transcrições das entrevistas, e por ater-se apenas no conteúdo do texto, sem fazer relações além deste, compreendendo o pensamento dos sujeitos através do conteúdo exposto e vislumbrando a descoberta do verdadeiro significado.

Barros e Lehfeld (2008) defendem que a análise deve garantir a interpretação, proporcionando maior entendimento dos resultados, e, para tanto, é necessário tomar alguns cuidados na análise de estudos de caso. *A priori*, o pesquisador deve definir seu plano de análise e considerar as limitações dos dados obtidos, sobretudo no referente à qualidade da amostra, pois, se a amostra é boa, haverá uma base racional para fazer generalizações a partir dos dados, caso contrário, deve apresentar os resultados em termos de probabilidade. Neste estudo, considerou-se que a amostra foi favorável ao alcance dos objetivos propostos.

Bardin (2011) destaca que a análise de conteúdo possibilita a descoberta do verdadeiro significado, na tentativa de alcançar o que haveria por trás do que se diz. Desta

forma, entendeu-se que este estudo trouxe à luz do conhecimento a vulnerabilidade da população de Oiapoque ao HIV/Aids, em sua dimensão programática.

Conforme destacado, a análise do conteúdo foi interpretada à luz do conceito de vulnerabilidade ao HIV, em sua dimensão programática, estruturada nos seguintes aspectos (categorias).

A seguir, apresentam-se os aspectos da dimensão programática que foram analisados neste estudo (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição dos aspectos da dimensão programática, segundo fonte de dados.

Aspectos (categorias)	Dados Primários	Dados Secundários
1- Expressão do compromisso dos governos.	Entrevistas com gestor municipal e coordenadores do Programa HIV/Aids.	* Plano Estadual de Saúde (2012/2015) * Plano Municipal de Saúde de Oiapoque (2014/2017) * Sites do Fundo Nacional de saúde (liberação de recurso para ações voltadas ao HIV/Aids (2012/2015) * Atas das reuniões da Comissão transfronteiriça sobre questões de HIV (2010 a 2014).
2- Participação e controle social	Entrevista com gestor da ONG da região de fronteira (HIV/Aids).	
3- Atuações dos trabalhadores na atenção em HIV (Atenção Básica, Hospital e Laboratório de Fronteira)	Entrevistas com gerentes e profissionais de saúde, envolvidos com a atenção ao HIV.	
4- Articulações multissetorial (inter e intra-setorial) das ações	Entrevistas com gerentes e profissionais de saúde, envolvidos com a atenção ao HIV, e ONG local.	Atas das reuniões da Comissão transfronteiriça sobre questões de HIV/Aids (2010 a 2014).
5- Acesso aos serviços e insumos (testagem, preservativos e medicamentos)	Entrevistas com gerentes e profissionais de saúde, envolvidos com a atenção ao HIV, e ONG local.	
6- Composição da rede de serviços	Entrevistas com gerentes e profissionais de saúde, envolvidos com a atenção ao HIV, e ONG local.	

Fonte: adaptado de Ayres et al., 2006

Cabe ressaltar que os resultados e as análises das entrevistas e dos documentos serão apresentados conjuntamente neste estudo.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Em todas as fases de desenvolvimento deste estudo, foram observados os aspectos éticos descritos na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir o anonimato dos sujeitos participantes, bem como o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade do Estado de São Paulo (EEUSP) para validação (Parecer 1.433.684 CAAE: 50877415.4.0000.5392) e, posteriormente, foi desenvolvida a pesquisa com os já referidos participantes.

4 RESULTADOS

O primeiro caso de HIV diagnosticado no Estado do Amapá data de 1988, sexo feminino, residente de Macapá de acordo com Sinan-AP e DATASUS(2016), porém relatos de entrevistada (E9) deixa claro que se tratava de brasileira oriunda da Guiana Francesa, que, devido à condição de clandestinidade, não pode receber atendimento naquele Departamento da França, tendo passado por Oiapoque rumo a Macapá, onde recebeu atendimento. Este era único município do estado, na época, a oferecer atendimento para portadores da nova epidemia que assolava o Brasil e o mundo. Já entre residentes no município de Oiapoque, o primeiro caso diagnosticado data de 1992.

As ações de saúde oferecidas no surgimento da doença eram incipientes e não eram coordenadas. O diagnóstico e assistência estiveram centrados na capital do estado, situação que perdurou por quase duas décadas. Em 1996, o atendimento aos doentes de aids e o diagnóstico em regime ambulatorial passaram a funcionar em uma sala no Centro de Dermatologia Sanitária, onde eram oferecidos os serviços de aconselhamento para o exame laboratorial (teste Elisa), consultas aos doentes e a dispensação do medicamento (farmácia); tudo em uma única sala, em horários alternados, situação que perdurou por anos. Naquela época, o serviço estadual contava com uma equipe composta de duas psicólogas, uma assistente social, um enfermeiro e uma médica.

Após alguns anos de identificação dos primeiros casos de HIV/Aids no estado do Amapá, o município de Oiapoque pela sua posição geográfica e condição de município de fronteira, passou a realizar o teste Elisa para o diagnóstico do HIV, mais tarde, em 2008, as UBSs vivenciaram a oferta de testes diagnósticos (testes rápidos). Até então, somente o Lafron realizava o Elisa e os testes rápidos para o diagnóstico dessa enfermidade no município. Em 2016, ano de realização deste estudo, todas as UBSs, Hospital Local e o Lafron já realizavam as testagens rápidas para HIV 1 e 2, Sífilis e Hepatites Virais B e C, além da disponibilidade do Elisa e Imunoblot no Lafron.

A rede de assistência à saúde, voltada ao contexto do HIV e aids no município, no ano de 2016, encontra-se constituída por quatro UBSs (Infraero, Julieta Palmerim, Nova Esperança e Planalto), com profissionais da Estratégia Saúde da Família, sendo todos os profissionais médicos do Programa Mais Médicos do Governo Federal; um Hospital Estadual, com servidores do quadro de servidores públicos estaduais e um Lafron, também com servidores do quadro estadual. As ações limitam-se à prevenção e ao diagnóstico. O

tratamento dos usuários de aids de Oiapoque, até o momento, tem o SAE em Macapá como referência.

Objetivando identificar o compromisso dos governos no enfrentamento da aids e do HIV em Oiapoque, foram realizadas análises documentais e entrevistas semiestruturadas com gerentes dos serviços, profissionais de saúde e representantes de OSC que desenvolvem ações relacionadas ao tema.

4.1 COMPROMISSO GOVERNAMENTAL (ESTADUAL E MUNICIPAL) NO COMBATE AO HIV E Á AIDS

Da análise documental, observa-se que o Plano Estadual de Saúde Amapá 2012-2015 destaca o Amapá como o segundo da região norte com maior incidência de aids e que os casos têm aumentado nos municípios interioranos, particularmente entre 2006 e 2009. Além disso, Oiapoque foi o que apresentou maior taxa de incidência (24/1.000 habitantes) no período, em contrapartida, a meta estabelecida para o período de vigência do plano foi “Reduzir em 4% a incidência de aids em menores de 5 anos”. Em relação ao Plano Municipal de Saúde de Oiapoque do mesmo período do estadual, este não foi localizado no município, assim sendo, procedeu-se à análise do plano referente aos anos 2014-2017, e as ações definidas são: garantir os insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento utilizados pelo programa HIV/Aids, incluindo as Hepatites Virais.

Alguns avanços em matéria de prevenção e diagnóstico do HIV têm sido apontados como satisfatórios segundo relatório da comissão de saúde transfronteiriça (constituída por representantes dos governos do Brasil - Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de saúde de Oiapoque e por representantes do governo Francês). Este decorreu da assinatura, em 15 de fevereiro de 2012, em Caiena, da declaração de intenções relativa à cooperação em matéria de saúde, que deu origem ao subgrupo de trabalho na região transfronteiriça Brasil-Guiana.

O grupo brasileiro foi instituído pela Portaria n.454, de 04 de março de 2010, do Ministério da Saúde. Entre as ações já postas em prática, definidas pelo subgrupo Brasil-Guiana, destaca-se a semana de saúde no município de Oiapoque, destinada a prevenção, detecção e monitoramento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, com foco no HIV, realizado geralmente no meio do ano (junho ou julho) de cada ano.

Na reunião do subgrupo “Saúde na Fronteira”, realizada em fevereiro de 2012, em Caiena, três eixos prioritários para cooperação foram definidos, a saber: gestão (sistema de

informação, capacitação, consultoria e análise de dados); organização da rede de atenção e ampliação diagnóstica. Na reunião de abril de 2012, realizada em Macapá-AP, novas propostas foram estabelecidas: formação profissional em manejo clínico e testagem para HIV e aids para equipe multiprofissional Brasil-França; mapeamento de ONGs que desenvolvessem trabalho na fronteira, destacando tipo de trabalho realizado e população atendida para parcerias futuras; levantamento de material educativo em HIV e aids já existente; elaboração de oficina para construção de material bilíngue e em dialetos regionais para campanhas de ampliação ao diagnóstico de IST/HIV; agenda de realização de ações integradas visando à ampliação de atividades de prevenção e testagem para HIV, Sífilis, Hepatites B e C na fronteira Oiapoque/Saint-Georges, podendo ser ampliadas para outros agravos na Semana de Saúde na Fronteira; aproximação de pesquisadores dos dois países, por meio de videoconferência para a socialização das informações obtidas em pesquisas e campanhas realizadas com grupos prioritários percebidos (homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, mulheres jovens, adolescentes e jovens, catraieiros, moto taxistas e usuários de crack).

Em dezembro de 2012, foi realizada nova reunião em Caiena, onde foi apresentado o resultado parcial do estudo sobre comportamento, atitudes e práticas das profissionais do sexo em Oiapoque, feito pela equipe da Guiana. Este gerou discussão e foi proposta a formalização de acordo de cooperação técnico-científica Amapá-Guiana Francesa para outros projetos de pesquisa. Nesta última reunião, o objetivo central foi a avaliação dos avanços alcançados. Entre 2013 e 2015, outras reuniões do subgrupo saúde na fronteira foram realizadas, porém não foi possibilitado o acesso às atas e aos relatórios das mesmas devido à mudança na coordenação estadual do grupo e a não autorização de publicação dos conteúdos.

Sobre a disponibilidade de recursos para implementação de ações e serviços estratégicos em saúde para Oiapoque, foi identificada no portal do Fundo Nacional de Saúde (<http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>), acessado em setembro de 2016, a liberação de recursos transferidos do fundo nacional para o fundo municipal de saúde de Oiapoque, em todos os anos pesquisados, 2012 a 2015. Entre os recursos evidenciados, destacam-se alguns: o Piso Fixo da Atenção Básica (PAB), valor que se mantém praticamente inalterado, oscilando de acordo com a população do município; Piso Fixo da Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS); Piso Fixo da Vigilância em Saúde (PFVS) e pisos variáveis, que são os que oscilam à medida que os municípios realizam ações e políticas de saúde específicas em suas cidades, entre eles destacam-se: o Piso Variável da Vigilância e Promoção da Saúde HIV e Hepatites Virais (PVVPS) e o SISFronteira.

Quadro 2 - Demonstrativo de recursos disponibilizados para implementação de ações e serviços estratégicos em saúde para Oiapoque, 2012-2015, portal do Fundo Nacional de Saúde

ANOS	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Pisos Fixos					
• PAB Fixo	R\$ 557.405,96	R\$ 529.587,99	R\$ 606.507,96	R\$ 606.507,96	R\$ 2.300.009,70
• PFVPS	R\$ 530.954,72	R\$ 499.244,16	-	-	R\$ 1.030.198,80
• PFVS	-	-	R\$ 504.333,94	R\$ 434.588,61	R\$ 938.922,55
Pisos Variáveis					
• PVVPS HIV	R\$ 104.542,10	R\$ 104.542,10	-	-	R\$ 209.084,20
• SISFronteira	-	R\$ 26.599,30	-	R\$ 24.599,30	R\$ 51.198,60

Fonte: <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>

Ainda para caracterizar a expressão do compromisso dos gestores de saúde, frente à situação do HIV/Aids em Oiapoque, foram analisadas as falas dos sujeitos da pesquisa. O (E1) destaca como principal problema do momento o *Aedes aegypti*, relacionando aos casos de Dengue, Zica e Chikungunya, sendo esta última procedente da região das Guianas, e que tem trazido demandas para o município que já viveu situação de epidemia em 2014. Na sequência, destaca que o HIV no município não deixou de ter importância epidemiológica, pela condição de município fronteiriço, pela proximidade com os garimpos guianenses, prostituição, uso de drogas e números de casos da doença. Neste sentido, tem se buscado junto às UBSs a ampliação das testagens rápidas para as ISTs/HIV, as notificações e encaminhamento para tratamento no SAE em Macapá (E1, E8).

Foi enfatizado que a coordenação municipal tem total liberdade para gerenciar o programa de controle das ISTs/Aids e, sempre que há algum evento na cidade, são desenvolvidas ações educativas, testagens rápidas e entrega de preservativos, seja na área urbana ou na área rural do município. Destacou que já foram firmados alguns acordos com a Guiana Francesa, embora desconheça os documentos legais de tais acordos, sobre atendimento de brasileiros nos serviços de saúde Guianenses (Unidade de Saúde de São Georges e Hospital de Caiena) no que diz respeito a atendimento de casos de HIV/Aids e situação de emergência (E1).

Quanto à disponibilidade de recursos para implementação de ações de saúde voltadas ao enfrentamento do HIV e assistência aos doentes de aids, foi destacado que o município possui recurso em conta, destinado pelo governo federal, porém estão impossibilitados de utilizá-lo por problemas estruturais no município, como a falta de Comissão Permanente de Licitação (E1), e que todo investimento nas ações realizadas tem sido com recurso municipal,

como apoio nas capacitações realizadas no município e custeio de transporte para buscar testes rápidos e preservativos na capital, local de armazenagem e dispensação para os municípios (E1, E8). Foi apontado também que as ações municipais limitam-se à distribuição de preservativos e à oferta de testes rápidos nos serviços de saúde, que os insumos disponibilizados por parte da coordenação estadual têm sido regulares (E8).

4.2 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA LUTA CONTRA O HIV E A AÍDS

Foram identificados no Estado do Amapá três representantes de redes e algumas ONGs que estão ligadas à questão do HIV e aids, são elas: Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV/Aids (RNP+AP), Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP+AP), Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNAJVHA), a ONG Associação de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS+Direitos Humanos (APEV+DH), todos residentes e com atividades em Macapá.

Em Oiapoque, foi mencionada a existência de uma ONG LGBT que desenvolve ações de prevenção na parada do orgulho Gay do município e que vem atuando também em escolas, porém, durante o período da coleta de dados, não foi possível localizar essa entidade nem o responsável a frente da mesma, motivo pelo qual a mesma não participou como sujeito desta pesquisa, assim como nenhum dos supracitados, por terem suas atividades restritas a Macapá.

Em Oiapoque, a DPAC foi a única ONG identificada que desenvolve ações de prevenção ao HIV e de assistência de cunho social às pessoas com aids, que vai de obtenção de atendimento médico e medicamentoso em território francês à ajuda financeira para deslocamento de brasileiros residentes em Oiapoque e garimpos guianenses, até Macapá, para atendimento no SAE.

Segundo relato, a Dpac fronteira existe em Oiapoque desde 2009, desenvolvendo ações de prevenção ao HIV (E5), fruto de parceria com uma associação da Guiana Francesa. As ações iniciais começaram em 2007 e centravam-se em distribuição de preservativos e informações sobre o HIV e a aids. O entrevistado E5 relatou que, no início das atividades, todo o trabalho era desenvolvido por voluntários, que atuavam principalmente nas margens do rio Oiapoque, local de trânsito entre Brasil e Guiana Francesa, junto às populações locais e turistas que por lá trafegavam. Atualmente a associação conta com quatro pessoas contratadas com recurso obtido junto à união europeia e com voluntários (E5).

Com a ampliação das atividades, a associação vem buscando novas parcerias junto ao governo do Estado do Amapá e no próprio município onde atua. Além das ações de prevenção, têm sido oferecidas testagens rápidas, realizadas pelas equipes de saúde municipal, através das parcerias realizadas (E1, E5).

Segundo relato (E5), a DPAC tem projeto financiado com recurso europeu, para intervir contra o tráfico humano e prostituição infantil na região de fronteira. Com o recurso para ações voltadas às pessoas em situação de risco, tem sido possível implementar ações de prevenção as ISTs, atendendo a criança, a mãe, o pai, os irmãos (E5). Nas questões de vulnerabilidade social e particularmente na questão do HIV e casos de aids, a DPAC tem buscado parcerias com associações locais, as associações de bairro, de catraieiros, de comerciantes e junto a hotéis, abordando a questão do tráfico humano, da prostituição infantil, do turismo sexual. São distribuídos preservativos e se fazem orientações em saúde, isso tem trazido visibilidade à Associação (E5).

As parcerias também têm se estendido ao Centro de Referências de Assistência Social (CRAS), Secretaria de Educação e aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) com boa aceitação, pois, com o quantitativo de pessoal e o volume de demandas, o projeto de trabalhar a prevenção e o acompanhamento de pessoas vulneráveis tem avançado no município, além das parcerias com profissionais externos à associação, assistentes sociais e psicólogas do município (E5).

A atuação da DPAC tem se tornado visível pelos serviços de saúde municipais. Os entrevistados (E2 e E5) ressaltam que brasileiros em trânsito e moradores de Oiapoque que tem aids e precisam de atendimento, exames de carga viral e CD4 têm sido encaminhados para o lado francês, por intermédio de suas parcerias, bem como os que querem ir a Macapá para tratamento têm recebido ajuda financeira para deslocamento. O que pode ser ratificado com a seguinte afirmação “Hoje, aqui na fronteira, temos um efetivo de pessoas acompanhadas pela DPAC” (E5).

Outro entrevistado aponta, que a atuação do Ministério Público tem se voltado para a questão do Zica Vírus, inclusive com a parceria dos Agentes Comunitários de Saúde, porém, em relação ao HIV, pouca ou nenhuma intervenção tem sido tomada por aquele órgão (E4).

A DPAC também tem atuado na semana saúde da fronteira desde 2012. Que a parceria com a DAC (ONG do lado Guianense), com o governo estadual e municipal tem favorecido a realização de ações de prevenção e diagnóstico nos dois lados da fronteira, durante a referida semana de saúde, além do apoio logístico e organização do evento (E5).

A inexistência do tratamento aos usuários acometidos pelo HIV e pela aids em Oiapoque configura-se como grande preocupação da ONG local (E5), pois é frequente a procura dessa clientela pedindo ajuda para encaminhamento ao serviço de saúde do lado francês ou ajuda financeira para deslocamento para Macapá. Isso, segundo o (E5) evidencia a intenção de busca de tratamento por pessoas acometidas pela doença que se encontram sem tratamento. Cabe salientar que muitos desses usuários são de regiões distantes do Estado do Amapá e não conhecem ninguém que possa ajudá-los, além da necessidade de passar dias na capital para receberem atendimento integral, consultas e exames, o que onera sua situação de precariedade.

Desse modo, essas pessoas optam pelo encaminhamento para São George, no lado francês, justamente pela possibilidade de receber atendimento e medicamentos, de coleta de material para exames e de marcação de outros exames e procedimentos em uma única consulta (E5). Esses atendimentos são realizados por médicos infectologistas do hospital de Caiena, que se dirigem para São George, para atendimento dessas demandas.

Ainda segundo relatos (E5), as ações da DPAC vão além das articulações intra e interinstitucional, tem sido realizado busca de faltosos ao tratamento e levantamento de situações de vulnerabilidades individuais e sociais das pessoas com HIV e aids. A equipe da DPAC visita as casas das pessoas assistidas, verifica a situação de alimentação, as condições emocionais e psicológicas delas, apesar de não possuir especialistas para esse serviço. O reconhecimento do serviço no município tem crescido a ponto de a população já procurar voluntariamente a associação, que recebe pacientes com diagnóstico de HIV e aids, encaminhados de UBS local (E5, E7).

4.3 DESCRIÇÕES DO ENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES: ATENÇÃO BÁSICA, HOSPITAL LOCAL E LAFRON, NA ATENÇÃO EM HIV/AIDS

Alguns entrevistados reconhecem a necessidade de maior envolvimento da gestão e dos trabalhadores da saúde na luta anti-HIV. Em Oiapoque, esse envolvimento é restrito diz os entrevistados (E3, E4), seja pelo perfil dos profissionais, seja pela inexistência de políticas de saúde locais que induzam a essa prática coletiva. Nas UBSs, por exemplo, os profissionais de enfermagem, especificamente os enfermeiros, são os responsáveis pela realização de testagem rápidas para HIV, Sífilis e Hepatites Virais B e C, aconselhamentos pré e pós-testes. Em algumas ocasiões, estes profissionais também estão responsáveis por encaminhar os

usuários com resultados positivos ao SAE em Macapá para tratamento, além da notificação do caso (E8).

Algumas UBSs têm buscado fortalecer as ações anti-HIV, potencializando suas equipes na disseminação de informações sobre a doença e da disponibilidade de testes rápidos para IST. O entrevistado (E3) destaca que, em sua UBS, ações de promoção e prevenção são desenvolvidas também por ACSs, auxiliares e técnicos de enfermagem, que abordam a importância e necessidade do exame em caso de situações de risco e o enfermeiro se encarrega de realizar os exames.

Apesar das limitações, o entrevistado (E3) destaca que, quando há algum caso positivo para o HIV, fora da área de abrangência de sua equipe de ESF, é comum o uso de ligação telefônica para o outro enfermeiro, da área desse usuário, informando o registro do caso e o encaminhamento do mesmo. Enfermeiros de outras áreas também procedem dessa forma, segundo a depoente.

No hospital estadual local, atua uma equipe multiprofissional. Lá são ofertadas somente testagens rápidas para IST, realizadas por enfermeiros e pessoal de laboratório. Não há área destinada para portadores de doenças infectocontagiosas e, em caso de necessidade, improvisa-se em enfermarias expõe o declarante (E6).

Com base nas falas dos entrevistados (E1, E3), verifica-se que, além das ações de rotinas realizadas nas UBSs, são realizadas ações extramuros com certa frequência, como oferta de consultas médicas, de vacinas e de testagens rápidas para IST, as quais têm possibilitado a ampliação na oferta de diagnóstico para o HIV. Os entrevistados destacam que a aceitação de ações extramuros é positiva, que as pessoas aceitam os preservativos e se dispõem à realização dos testes rápidos, seja na UBS, na Praça, onde os mesmos estiverem sendo oferecidos.

A descentralização do tratamento para o município vem sendo aguardada pela gestão e equipes de saúde, relata o entrevistado (E1). O atendimento acontecerá nas UBSs e a dispensação do medicamento, na farmácia central do município, local onde todos os usuários têm acesso para recebimento de medicamentos, evitando a identificação dos usuários em uso de antirretrovirais.

É rotina no município a liberação do exame positivo para o HIV somente depois da realização de outros exames complementares (Elisa e Imunoblot) pelo Laboratório de Fronteira. Primeiramente o paciente é atendido nas UBSs, no hospital ou em ações extramuros, por médicos ou por enfermeiros; eles fazem os testes rápidos e, caso dê positivo para o HIV, são repetidos esses testes no Lafron destacam os declarantes (E2a, E2b), que

repetem os testes rápidos e confirmando novamente, são realizados o Elisa e o Imunoblot, só então os resultados são reencaminhados aos serviços solicitantes, que se encarregam de entregar aos usuários. Nos casos de Hepatite B e C positivos pelos testes rápidos, são também encaminhados ao Lafron, e este encaminha para o Lacen Amapá para confirmação.

O depoente (E9) destaca que a liberação do resultado positivo para o HIV estar condicionada a nova confirmação pelo Lafron é uma decisão dos serviços de saúde do município. Contrária a essa decisão, a coordenação estadual ressalta que o protocolo do Ministério da Saúde destaca a realização de dois testes positivos para a confirmação do diagnóstico, o que é possível na própria UBS.

A justificativa da devolução do resultado à unidade solicitante é a preocupação com o aconselhamento pós-teste, de o cliente conhecer sua condição ainda dentro do laboratório, ou do risco de outras pessoas conhecerem o resultado antes do paciente, em caso de pedido de leitura por outra pessoa e também pelo suposto vínculo estabelecido entre o usuário e o profissional que o atendeu, mantendo o sigilo do caso (E2a, E2b).

A parceria entre UBS, hospital e Lafron parece fluir de forma positiva. Foi dito pelo entrevistado (E2b) que, quando os testes rápidos dão positivos nas UBSs, os enfermeiros entram em contato com o Lafron e este dá maior agilidade aos exames complementares, de modo que os usuários não tenham que esperar muito tempo para conhecerem sua condição sorológica, até porque muitos são transeuntes ou residem em garimpos e querem retornar para suas localidades. O Lafron está sempre à disposição reiteram o entrevistado (E3), mostrando-se um grande parceiro, assim como o hospital local, que disponibiliza benzetacil às UBSs sempre que possível e quando solicitado.

Sobre as notificações de agravos, essas precisam ser melhoradas. Há casos de clientes que chegam ao Lafron, oriundos das UBSs e não foram notificados, cabendo ao laboratório solicitar a realização das notificações para a continuidade dos procedimentos laboratoriais (E2b).

Referindo-se à utilização dos testes rápidos para diagnóstico do HIV, o declarante (E2b) relatou que, nas UBSs em Macapá, o resultado positivo é liberado após a realização dos testes 1 e 2. Afirma desconhecer o porquê de tal conduta em Oiapoque, pressupõe que seja a ausência do teste 2 nas UBSs ou medo de liberação do resultado sem o suporte laboratorial (Lafron). Os participantes do estudo (E2a, E2b) reconhecem que a liberação do resultado, após os testes rápidos 1 e 2 nas UBSs, facilitaria a conduta imediata para tratamento da clientela assistida.

Em se tratando de capacitações, os declarantes (E3, E8, E9) apontam que é comum a participação sempre em Macapá, de forma esporádica e geralmente sobre testagens rápidas. O entrevistado (E3) afirma que, quando se têm dúvidas sobre os procedimentos da testagem rápida, recorre-se às bulas do exame, uma vez que já faz algum tempo que as equipes não recebem capacitações. Esta queixa foi compartilhada por outros profissionais.

Problemas de conectividade são também relatados como limitadores na troca de experiências e informações entre as equipes no município. Ressaltou-se que a vinda da coordenação estadual, com maior frequência ao município, traria vantagens na troca de experiências e favoreceria a educação continuada (E4). O depoente (E9) reconhece a inexistência de educação permanente e que as avaliações dos serviços no final de ano têm sido programadas anualmente, mas sofrido soluções de continuidades por limitações estruturais.

Sobre formação profissional para o serviço na DPAC, a fala do entrevistado (E5) explicita a dificuldade na qualificação de seus membros. Afirma que a entidade não tem pessoas capacitadas, embora conte com pessoas corajosas, com vontade de ajudar, o que limita as ações da equipe no campo da saúde.

A preocupação com o sigilo do paciente é constante na associação, relata o declarante (E6). Sua fala destaca que a equipe está orientada a proteger a privacidade da clientela, que o medo por parte dos usuários de terem sua condição sorológica revelada tem se tornado empecilho para o bom atendimento e provocado alguns transtornos no serviço. O depoente (E6) ressalta que a equipe do seu serviço vem sendo capacitada para oferecer suporte psicológico e social à clientela e que a Secretaria Estadual de Saúde vem capacitando sua equipe no quesito acolhimento, buscando evitar diferenciação de tratamento entre as pessoas atendidas. Destaca o participante (E7) que apesar de todo o esforço empregado, é comum a queixa de servidores em trabalhar no atendimento de pessoas com o HIV e da dificuldade de tratar de temas como sexo e sexualidade.

Na perspectiva da garantia do respeito aos direitos das pessoas portadoras da infecção pelo HIV e do sigilo, acredita-se que nem todas as pessoas que lidam com este público estão preparadas para assegurar a privacidade e o anonimato do caso. A fala do entrevistado (E5) remete a essa conclusão, ao declarar que ao visitar um paciente no hospital onde o mesmo encontrava-se internado e ao revelar ao médico a condição sorológica desse paciente, em seguida, toda equipe já estava sabendo, inclusive o vigilante, o que causou indiferença no atendimento dessa pessoa.

O vínculo empregatício de servidores da atenção básica tem gerado preocupação na disponibilidade dos serviços declara o entrevistado (E7), afirma que com exceção dos ACSs

que são servidores do quadro municipal, a maioria das equipes de ESF são contratos administrativos, o que gera mobilidade entre as mesmas. Destaca ainda que os sete médicos que atendem nas UBSs são do Programa Mais Médicos, expondo certa preocupação com a saída dos mesmos do município.

No que tange ao público que costuma frequentar as UBSs, as mulheres aparecem como as que mais procuram os testes rápidos. Os usuários têm demonstrado aceitação para realização dos testes rápidos afirma os entrevistados (E7, E8), inclusive muitos deles procuram os testes para a família inteira, inclusive para as crianças, e isso é devido à confiança no serviço e ao vínculo estabelecido com as enfermeiras afirma o entrevistado (E8).

Alguns pacientes que já se tratam em Macapá retornam à UBS para dar conhecimento sobre seu tratamento, das medicações em uso porém não existe uma contrarreferência, como existe no programa da Hanseníase, afirma o declarante (E7), mesmo assim alguns deles voltam a UBS quando solicitado. É difícil saber se todos os encaminhados foram fazer o tratamento, a inexistência da contrarreferência limita as atividades de acompanhamento reitera a declarante.

As ações extramuros são limitadas por escassez de pessoal, de materiais educativos e financeiros, declara o entrevistado (E7). A dificuldade de deslocamento da UBS às comunidades do município é frequente e que sempre que são realizadas essas ações, é preciso fechar alguns setores na UBS por falta de pessoal.

A coordenação municipal do programa de DST/Aids tem estreita relação com os serviços locais. Acompanha as ações, disponibiliza os testes rápidos e participa das capacitações dos servidores que sempre acontecem em Macapá. O mesmo ocorre com o Lafron, que acompanha e compartilha experiências com os serviços de saúde local sobre exames laboratoriais, declara o participante (E8).

4.4 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE ARTICULAÇÃO MULTISSETORIAL DAS AÇÕES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO EM HIV/AIDS

A ideia de fronteira aberta, onde pessoas entram e transitam livremente, sem interferência de órgãos de fiscalização, aparece nas falas dos entrevistados, reportando-se ao lado brasileiro. O depoente (E1) destaca que, em Oiapoque, é comum a entrada e saída de qualquer pessoa para o lado brasileiro da fronteira, a qualquer hora, sem se identificar à Polícia Federal. Afirma também que, no lado francês, é preciso se identificar quando é

abordado, e que, para transitar em território guianense, é exigido visto autorizado. O respondente (E4) acredita que essa fragilidade de controle de transeuntes na fronteira acaba por favorecer a permanência de pessoas doentes no município, contribuindo para o aparecimento e manutenção de agravos, como o HIV.

No entanto, “ações realizadas pela Polícia Federal, em Oiapoque, no combate à prostituição, têm afastado muitas pessoas, geralmente franceses, que vão a Oiapoque para fazer turismo sexual. O enfraquecimento nos garimpos guianenses também tem contribuído para a redução dos bordéis da cidade, conseqüentemente, o risco de adoecimento tem diminuído” diz o depoente (E1).

A articulação intersetorial para o enfrentamento do HIV tem sido restrita, com exceção dos serviços de saúde que desenvolvem ações conjuntas, o envolvimento de outros serviços locais só se efetiva quando estes são acionados. O informante (E4) exemplifica que, em relação ao Zica Vírus, o Ministério Público local tem envolvido o seu pessoal com os ACSs no desenvolvimento de atividades, mas, em relação ao HIV, nenhuma medida tem sido tomada por este órgão.

Tem sido frequente a ida de brasileiros para Saint-Georges para receber atendimento contra o HIV, por meio de parceria entre DPAC (lado brasileiro) e DAC (lado guianense). Essa pactuação tem ocorrido de forma restrita entre as duas entidades, que são mantidas com recurso do fundo europeu e desenvolvem ações de prevenção e assistência social às populações de maior vulnerabilidade social.

O informante (E4) ressalta que a inexistência do tratamento para o HIV e aids em Oiapoque tem mobilizado também o serviço social local, na articulação de encaminhamento dessa clientela a Macapá ou para Saint-Georges, depois do levantamento de suas condições socioeconômicas. A mesma opinião sobre a atuação do serviço social local é compartilhada pelo depoente (E5), no entanto este destaca que as limitações financeiras limitam as atividades, e que a DPAC tem contribuído na mobilização dos pacientes em busca de tratamento.

Uma comissão, constituída por representantes do governo do Amapá, do município de Oiapoque e da União, denominada de comissão transfronteiriça, tem se reunido periodicamente com representantes do governo francês para articular e realizar ações de saúde conjuntas na região de fronteiras. Segundo o informante (E1), tem sido evidente a preocupação do governo francês com a questão do HIV na área de fronteira, de tal modo que vem sendo articulada a possibilidade de residentes de Oiapoque serem assistidos nos serviços de saúde de Sant-George e/ou hospital de Caiena quando necessário, desde que encaminhados

e notificados ao seu país de origem (E1). Entretanto, o depoente (E2b) diz ter acompanhado desde 2009 essas negociações, mas que ainda precisa decisão política para que essa negociação se efetive de fato.

Embora o atendimento para brasileiros com HIV já esteja ocorrendo no outro lado da fronteira, em Saint-Georges e/ou Caiena, a possibilidade da falta de dados nos sistemas de informações de saúde do Brasil (SINAN, SISCEL, SICLOM) tem sido vista como fator de preocupação (E2a), impossibilitando o conhecimento pelo serviço de saúde no Brasil, sobre o tratamento medicamentoso, carga viral e CD4 desses usuários, especialmente quando estes são atendidos ou encaminhados para tratamento no lado brasileiro.

Em relação aos insumos dispensados ao Lafron, a articulação com o Lacen tem transcorrido dentro da normalidade. O respondente (E2b) aponta que a falta de material só ocorre quando falta no estado e que os pedidos têm sido feitos com antecedência e em quantidade suficiente, de modo a evitar a ausência dos mesmos. Os testes rápidos utilizados no município são os recebidos do Ministério da Saúde, repassados à coordenação estadual e desta aos municípios.

O entrevistado (E3) enfatiza que as parcerias com o CRAM, com o CAPS e com a DPAC têm se fortalecido no município e que, sempre que são acionados, estes centros se disponibilizam para ações conjuntas, sensibilizando e encaminhando usuários para realização de testes rápidos para IST e para coleta de material para exame Preventivo do Câncer do Colo Uterino (PCCU). Além da programação das UBSs voltada para a questão do HIV, a coordenação municipal de DST/Aids também realiza sua programação e essas ações costumam ocorrer de maneira conjunta.

A DPAC tem se mostrado grande parceira, destaca o depoente (E4), “eles vêm desenvolvendo um serviço muito bonito, eles têm convênio em Oiapoque, em Saint-Georges, tratam diretamente com pessoas de lá e de cá”. Esse apoio por parte da Guiana é ratificado na fala do entrevistado (E5) quando ressalta o apoio que a Guiana Francesa tem dado aos brasileiros que precisam de tratamento, porém, revela que essa ajuda se dá pela situação de epidemia para o HIV, vivenciada na guiana, e que o intuito maior é oferecer tratamento ao maior número de pessoas para conter a doença. Ressalta que o turismo sexual em Oiapoque é uma realidade e que franceses buscam esse tipo de atividade no lado brasileiro, por isso, a intenção da Guiana é tratar para evitar o aumento de casos na população guianense.

O depoente (E5) destaca que, “por melhor que seja o atendimento em seu local de trabalho, este ainda não garante o respeito devido e a promoção dos direitos humanos aos utentes, porque, na descoberta do HIV, as pessoas buscam a tratamento e, se este não está

disponibilizado, então as pessoas vão procurar em outro lugar ou ignorar a necessidade do tratamento”.

Sobre a parceria com a Guiana, o depoente (E5) relata “que tem sido cobrado o documento nos serviços de saúde no lado francês”, referindo-se ao seguro social das pessoas encaminhadas para tratamento. Destacou que a DPAC tem buscado viabilizá-lo, inclusive para pessoas que, em dado momento, encontram-se sem documentação legal, porque não possuem, perderam ou não apresentam para que não seja confiscada em caso de apreensão pela polícia francesa.

Sobre as OSCs locais, a parceria encontra-se longe do desejável, declara o entrevistado (E8). Que as associações dos idosos e das mulheres são as mais presentes quando acionadas. A associação LGBT local tem pouca participação nas ações conjuntas com os serviços de saúde e a DPAC tem se mostrado grande parceira, o que tem aumentado o encaminhamento de pacientes para tratamento, bem mais do que antes.

4.5 ACESSO AOS SERVIÇOS E INSUMOS (TESTAGEM, PRESERVATIVOS, MEDICAMENTOS) NA ATENÇÃO EM HIV/AIDS

O acesso a serviços para o tratamento do HIV tem sido compreendido como ferramenta de enfrentamento da epidemia, da sua origem aos tempos atuais. Pesquisas apontam que essa meta só será possível com a implementação de estratégias capazes de responder às demandas de todas as ordens.

A disponibilidade dos exames diagnósticos para HIV é fundamental para a detecção precoce de casos, devendo estar disponíveis nos serviços de saúde e ao alcance da população. A fala dos entrevistados (E1, E3 e E6) explicita essa condição, quando afirmam que, em todas as ações de saúde realizadas, os testes rápidos para o HIV, Sífilis e Hepatites Virais estão presentes. É o serviço indo ao usuário (na colônia de pescadores, bordéis, catraieiros, portos às margens do rio, entre outros).

A presença de pessoas em trânsito no município é frequente e a busca por serviços de saúde segue o mesmo rumo. O informante (E1) destaca que a procura por atendimento se dá em várias especialidades, desde o exame para HIV a serviços odontológicos e que são atendidos sem nenhuma restrição. O depoente (E3) explica que raramente os guianenses vêm às UBSs em busca de atendimento, quando muito, são os garimpeiros brasileiros quem procura os serviços de saúde.

Os desafios para a detecção de casos novos grandes, a fala do declarante (E1) descreve essa dificuldade. Quando um caso novo é diagnosticado, os contatos são convidados a fazer o exame, mas raramente comparecem, recusam-se, às vezes recebem visita do ACS, mas, ainda assim, não procuram a unidade de saúde.

A confirmação prévia do resultado pela UBS ou hospital conduz a certa agilidade pelo Lafron na realização de exames complementares, o que fica evidenciado na fala do depoente (E2a), que destaca o funcionamento do serviço no horário comercial, de segunda a sexta, e que, sempre que a demanda é oriunda das UBSs ou hospital, é dada celeridade à confirmação ou não do caso, bem como ao envio para o Lacen-AP quando necessário.

Apesar de os exames para HIV, triagem e diagnóstico já estarem disponíveis em Oiapoque, a falta do exame CD4 e carga viral se constitui num sonho acalantado há tempo, inclusive com amplo debate na comissão transfronteira. O Lafron deverá funcionar como facilitador para realização desses exames em pessoas com dificuldade de deslocamento a Macapá diz o sujeito da pesquisa (E2a). No lado francês, os exames de CD4 e carga viral são coletados em Saint-Georges e tão logo os resultados estejam disponíveis, o hospital de Caiena os encaminha para o médico de Saint-George para dar seguimento ao acompanhamento do cliente (E6).

Nas UBSs, o acesso aos testes rápidos tem sido garantido (E7), mas grande parte dos usuários ao suspeitarem estar infectados pelo HIV prefere ir a Macapá pela maior oferta de serviços (E3), com exceção das gestantes durante o pré-natal, que têm ampla aceitação. A declarante (E7) destaca que, antes, a demanda era livre e que hoje tem sido dada preferência à população da área adstrita à UBS, com alegação de perda de controle dos casos, e as pessoas que não recebem o atendimento são orientadas a procurar esses serviços na unidade de saúde do seu bairro, outra justificativa apresentada é a impossibilidade de o ACS da unidade realizar visita em outras áreas em caso de busca ou atendimento.

Outra medida adotada para atendimento na UBS, com exceção da liberação de preservativos, que é demanda livre e tem quantidade suficiente, tem sido a solicitação do cartão SUS. O atendimento só é prestado sem a presença deste em casos de extrema necessidade (E3). As mulheres ainda são as que mais procuram pelos exames para o HIV e as grávidas do pré-natal demandam a maior parte dos exames (E4).

A quantidade de insumos nas UBSs tem sido satisfatória (preservativos masculinos, feminino e testes rápidos), e, quando há carência dos mesmos, deve-se à falta no estado (E3). Os informantes (E4 e E6) salientam que sempre que estes não são encontrados na UBS ou no hospital, recorre-se ao estoque da farmácia municipal, que fica na prefeitura. Em

contraposição, o depoente (E7) informa que a quantidade de preservativos para sua UBS não tem atendido a sua necessidade e afirma que desconhece o motivo da escassez.

A ausência do tratamento no município aparece como maior impasse para os usuários referem os informantes (E4 e E8). Ressaltam que isso gera outras demandas para os doentes, como ter dinheiro para custear suas despesas em Macapá (passagem e hospedagem) ou atender requisitos para atendimento no lado francês. Também relataram que desconhecem os requisitos de eleição do doente para tratamento no lado francês.

Ainda sobre a oferta do tratamento em Oiapoque, os entrevistados (E5 e E6) dizem que é mais fácil mandar o paciente para a Guiana do que para Macapá e que são pouco otimistas em relação à possibilidade de tratamento no município. A depoente (E7) relata ter a garantia do encaminhamento de seus pacientes, principalmente as gestantes HIV para Guiana através da DPAC. Por outro lado, a coordenação da DPAC declara que, se tivesse recursos financeiros, o encaminhamento do paciente seria para Macapá e que os encaminhamentos para Saint-Georges se devem ao fato de que, na Guiana Francesa, em se tratando de HIV, todas as pessoas têm direito a tratamento, independentemente de possuírem o seguro social (E5).

“O acompanhamento dos pacientes tratados na Guiana se dá de forma mais efetiva”, diz (E5). E esclarece:

Às vezes, toca o telefone da DPAC, é do hospital da Guiana, eles estão procurando por um paciente, seja ele brasileiro ou guianense, que está em tratamento lá. Eles chamam de perder de vista os faltosos, eles não querem perder de vista nenhum paciente. Então a DPAC tenta localizar e encaminhar esses faltosos, esteja ele em Oiapoque ou no lado francês, esse trabalho tem fortalecido e dado visibilidade à DPAC.

O entrevistado (E7) destaca que o acesso aos serviços da UBS torna-se limitado pelo número restrito de profissionais e que, quando um se ausenta ou adocece, se não tiver quem o substitua, os serviços tendem a serem suspensos. Relata ainda que os enfermeiros das UBSs estão sobrecarregados, além de coordenarem as equipes da ESF e a UBS, têm que atender os usuários que vêm fazer os testes rápidos e acompanhamentos diversos. Refere que o gerenciamento de equipe de ESF demanda boa parte de seu tempo e que muitas atividades deixam de ser feitas por conta do acúmulo de funções.

Atrelada a isso, vem a falta de recursos para deslocamento das equipes para atividades extramuros. O referido depoente avalia como positiva a oferta de testes rápidos em todas as UBSs, comparado a anos anteriores, em que tais testes estavam disponíveis em apenas uma unidade e, por isso, a perda de clientes era expressiva. Relata que a falta de

capacitação da equipe é um ponto negativo e que esta, quando ocorre, é oferecida em Macapá pela equipe estadual, o que limita a participação dos profissionais de Oiapoque.

Em se tratando de atendimentos realizados na semana de saúde da fronteira, a respondente (E9) destacou que, embora as ações sejam programadas em parceria Brasil-Guiana, para serem realizadas nos dois lados da fronteira, somente a população de Oiapoque é atendida. A equipe do lado francês vem para Oiapoque, observa, tira fotos, conversa, mas é só isso. A ação do lado francês junto às populações do lado francês da fronteira é realizada pelos profissionais de lá, sem a integração de profissionais do lado do Brasil.

4.6 ORGANIZAÇÃO (COMPOSIÇÃO) DA REDE DE SERVIÇOS MUNICIPAL E ESTADUAL NA ATENÇÃO EM HIV/AIDS.

Como já destacado ao longo deste estudo, Oiapoque possui quatro UBS, um Lafron e um Hospital estadual que disponibiliza exames para diagnóstico do HIV e outras IST's, mas não oferece tratamento antirretroviral no município nem exames de contagem de CD4 e carga viral. Desse modo, a pessoa diagnosticada com o HIV precisa se dirigir a Macapá para tratamento e acompanhamento ou para Saint George (E1, E3, E4). Nos casos de sífilis, procede-se ao tratamento na unidade de saúde.

A retaguarda laboratorial das UBSs no município é o Lafron, especialmente nos exames de HIV. Este mantém relação estreita com o Lacen-AP. O depoente (E4) informou que, na sua UBS, só é realizado o teste rápido para o HIV 1. Então, sempre que dá positivo, faz-se necessário o encaminhamento do usuário para confirmação do resultado no Lafron. Segundo o depoente (E4), a Secretaria Municipal de saúde tem dado todo apoio possível, mas relata que também passa por limitações, o que reflete nas ações de saúde locais, bem como na transferência do paciente para tratamento no SAE Macapá. Informe que ao usuário retornar de Macapá, não se tem mais informação acerca do mesmo e que, quando se faz necessário qualquer dado sobre o mesmo, é o ACS quem realiza a visita domiciliar em busca do caso.

Foi relatado pelo declarante (E4) que todo paciente, quando direcionado para tratamento, leva consigo um encaminhamento com o máximo de informações, fruto de avaliação conjunta pelo médico, enfermeiro e assistente social. Que em se tratando de pacientes HIV, a comunicação entre as equipes é facilitada pela coordenação municipal (E7), que funciona como interlocutora entre as unidades. Ressalta que há dificuldade de conduzir

alguns acompanhamentos pelo fato de nem todo doente residir na área adstrita da UBS. Nesse contexto, a interferência da coordenação local tem favorecido essa condução.

O reconhecimento da fragilidade do programa municipal é explicitado na fala do entrevistado (E8), quando ressalta que a coordenação tem somente dado apoio às UBSs no tocante às testagens rápidas, disponibilidade de preservativos e no encaminhamento de certos casos. Reconhece a dificuldade de acompanhar as pessoas em tratamento: “perdemos o contato com o cliente quando este retorna do tratamento, parece que nosso compromisso se limita à realização dos testes rápidos”. Salieta ainda a necessidade da dispensação do medicamento no município, de um prontuário para acompanhar a história do tratamento desses clientes, mas principalmente de uma equipe fortalecida, capaz de dar conta dessas ações.

O depoente (E8) informou a expectativa da oferta do tratamento no município ainda em 2016, que o local para atendimento dos pacientes fosse viabilizado e que o vínculo usuário-profissional se fortalecesse. Destaca a sensação de impotência quando o cliente informa que, na sua casa, esposa e marido têm o HIV e as mulheres continuam engravidando sem realizar o tratamento devido. Destaca também o vínculo restrito com a coordenação estadual. Esclarece: “eu só tenho contato com eles quando vou lá buscar os testes rápidos ou durante a reunião da fronteira”. Reconhece que a relação entre coordenação municipal, DPAC e equipe da Guiana é mais sólida, em comparação com a relação com equipe do Amapá e do Ministério da Saúde.

Por outro lado, a coordenação estadual reconhece essas lacunas (E9). Informa que a maioria dos municípios do estado não possuem coordenações, com exceção de três municípios de maior incidência, Oiapoque, Macapá e Laranjal do Jarí. Reforça a necessidade da existência, manutenção e fortalecimento das coordenações municipais, particularmente a de Oiapoque, além da implementação de medidas mais concretas para enfrentamento da epidemia vivida por Oiapoque, dentre elas, a dispensação de medicamentos, mas que precisava de aprovação e composição de equipe capacitada para dar conta das demandas que surgirão.

Discorre ainda que, com a perspectiva de ampliação da linha de cuidados, proposta pelo Departamento Nacional de DST do Ministério da Saúde, a descentralização do tratamento às pessoas vivendo com o HIV não demore a chegar a Oiapoque para os pacientes clinicamente estáveis. Reforça que a descentralização é uma prioridade para o estado e para a coordenação estadual, dada a vulnerabilidade do local, por ser área de fronteira, ter uma população flutuante, prostituição e casos da doença em expansão entre indígenas.

E finaliza, reconhecendo o distanciamento da coordenação estadual em relação aos municípios, especialmente com Oiapoque, justificando a posição geográfica do município e dificuldades operacionais. Informa que os testes rápidos ainda são armazenados na coordenação estadual, que também assume a dispensação dos mesmos, que os contatos com os municípios têm sido mais frequentes por via eletrônica. No entanto, salienta não entender a conduta do município de encaminhar ao Lafron os casos inicialmente positivos para confirmação, cabendo às UBSs a realização dos testes 1 e 2 e, portanto, a liberação de um diagnóstico mais precocemente.

4.7 DESAFIOS PARA ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS EM OIAPOQUE

Convicção de uns, descrença de outros, sobre a situação de epidemia pelo HIV em Oiapoque tem mediado ações de enfrentamento da doença ao longo dos anos. O depoente (E1) novamente salienta que, em todas as ações de saúde são realizadas testagens para o HIV, inclusive em comunidades distantes e logradouros públicos. Refere que a procura pelo exame ocorre dentro da normalidade, mas reconhece que existam pessoas que deixam de buscar os serviços, por conta do estigma em relação à doença.

Reconhece a resistência de pessoas em se aproximar do serviço, da negação da doença mesmo diante da presença de contatos familiares infectados pelo HIV, da negação do diagnóstico e da submissão a exames comprobatórios. Por outro lado, casos já diagnosticados evidenciam a resistência de realização de exames em seus contatos, com receio da descoberta da infecção pelo HIV no outro ou do reconhecimento de sua condição sorológica (E1).

O medo de possuir o HIV e de ser reconhecido no município como portador da infecção, tem restringido a busca de atendimento nos serviços de saúde locais, preferindo o atendimento em Macapá, para manter-se no anonimato (E1). No passado, a prática de profissionais em revelar casos de pessoas infectadas pelo HIV gerou muitos conflitos e distanciamento da clientela, diz o declarante (E2b), relatando que as coisas estão mudando, que as pessoas já procuram o serviço com mais confiança e que, no seu local de trabalho, a confidencialidade usuário-profissional tem sido prática permanente, minimizando o número de pessoas que vão a Macapá para realizar seus exames.

A demora no resultado de alguns exames também influencia na adesão pela procura, informa o depoente (E2b) ao destacar que indígenas e garimpeiros quando buscam o serviço,

querem resultados imediatos, diante do desejo de retornarem às suas localidades. O entrevistado (E2a) ressaltou que um SAE em Oiapoque e a liberação do resultado para HIV nas UBSs após confirmação pelos testes rápidos 1 e 2 vai fortalecer o cuidado dessas pessoas.

Que está sendo estudada pela Secretaria Municipal de Saúde a implantação do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) municipal, objetivando apoiar pessoas carentes na busca por tratamento em Macapá, estendendo ao tratamento de pessoas com HIV, a cada 2/3 meses, ou para realização de exame de CD4 e carga viral até que esses possam ser realizados no Lafron (E1).

A disponibilidade de exames complementares ofertados pelo Lafron tem sido aguardada, reduzindo o distanciamento dos pacientes e a falta de informação sobre situação imunológica e de carga viral dos usuários com infecção no município (Eb2). Em relação aos pacientes tratados na Guiana, a retroalimentação de informações sobre o acompanhamento e dados clínicos e laboratoriais facilitaria o planejamento das ações de saúde locais (E2a).

Chama a atenção a procura por exames entre as pessoas mais jovens (E3). Os adultos e idosos têm sido nosso público de maior procura pelos testes para o HIV; acredita que esta procura está ligada à preocupação com a própria saúde.

Sobre o apoio concedido pela ONG às pessoas com o HIV, o informante (E5) destaca que, antes, a DPAC atendia pessoas isoladamente e, hoje tem dado assistência diversos vários membros da mesma família. Que sua maior preocupação consiste em não se saber até quando a Guiana irá atender as pessoas encaminhadas, dentre as que não possuem o seguro e nem a nacionalidade francesa. Enfatiza ainda que tem sido frequente o questionamento de o porquê o Brasil não assumir o tratamento de seus pares, colocando-se à disposição para a realização das consultas, mas que o medicamento fique sob a responsabilidade do Brasil.

Diante dos constantes casos que buscam tratamento em Macapá, desenvolvendo aids, inclusive entre pessoas que já conheciam sua condição sorológica e não se tratavam. A informante (E9) ressaltou que não bastam somente profissionais capacitados, mas UBSs com condições de prestar atendimento de qualidade e que a gestão priorize essas ações, compreendendo o HIV e a aids como problema de saúde pública e fortalecendo a coordenação local, com pessoal e recursos materiais. Segue ainda informando que o estado pretende ampliar os profissionais capacitados para a testagem rápida, manejo clínico na atenção básica, retomada do comitê estadual de transmissão vertical, ampliação do protocolo para Profilaxia Pós-Exposição e sua implementação nos municípios como medida de prevenção.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Analisar a vulnerabilidade no processo saúde-doença obriga a compreensão de aspectos sociopolíticos, econômicos, culturais, relacionados a contextos de indivíduos e grupos, conduzindo a situações de maior ou menor exposição a doenças e agravos (Brasil, 2012b). Neste estudo, destacam-se aspectos de vulnerabilidade programática, relacionados ao tema HIV/AIDS no município de Oiapoque, ou, como diria Dilthey³ em sua terminologia clássica, “na maior parte das vezes, foi possível compreender certa associação, mas não explicá-la em termos de uma causalidade *stricto sensu*” (Bastos e Szwarcwald, 2000); caracterizados como resultados particulares, que não cabem generalizações.

Ações governamentais voltadas à saúde da população precisam estar na pauta de prioridades dos governos. O Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 destaca que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2017).

Nesse contexto, não se pode pensar em efetivar políticas e ações de saúde sem a participação harmônica dos governos municipais, estaduais e federal. Sem autonomia política, legislativa, administrativa, financeira e, principalmente, com poder constituinte dos entes federados, os serviços essenciais estão fadados ao insucesso. A parceria destes é condição ímpar ao desenvolvimento de toda e qualquer política pública; no campo da saúde, esta harmonia é vital, principalmente nos municípios brasileiros mais pobres, que enfrentam obstáculos de toda natureza, da falta de profissionais à fragilidade das ações e da gestão de saúde.

As ações de saúde voltadas para a temática HIV e aids, destacadas nos planos estadual e municipal de saúde de Oiapoque consultados, já evidencia ou não explícita ações concretas a serem tomadas para o enfrentamento do problema, considerando o cenário epidemiológico, de crescimento do número de infecções pelo HIV, no Estado do Amapá e no município de Oiapoque. Reduzir em 4% a incidência de aids em menores de 5 anos (plano estadual) e garantir os insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento utilizados pelo programa HIV/Aids, incluindo as Hepatites Virais (plano municipal), parecem não ser

³ Wilhelm Dilthey – Filósofo alemão (1833-1911).

suficiente para impactar o quadro atual da doença, que tem aumentado continuamente, principalmente entre os jovens, as mulheres, os HSH e usuários de drogas, onde a transmissão sexual configura-se como principal via de contaminação (Brasil, 2015).

Os avanços no diagnóstico da infecção têm sido apontados como fator positivo para o enfrentamento do problema, de acordo com os relatórios da comissão de saúde da fronteira. Atualmente, quase totalidade dos serviços públicos de saúde de Oiapoque disponibiliza as testagens diagnósticas, ações extramuros e campanhas têm sido realizadas, como a semana Saúde na Fronteira, voltada à prevenção e detecção de novos casos de pessoas com o HIV. Ainda assim, a queixa dos profissionais de saúde locais baseia-se na adesão parcial às ações de saúde realizadas.

Os valores dos Pisos Fixos da Atenção Básica, destinados a Oiapoque nos quatro anos pesquisados somaram R\$ 2.300.009,70, o PFVPS R\$ 1.030.198,80, o PFVS R\$ 938.922,55, o PVVPS HIV/HV somou R\$ 209.084,20 e o SIS-Fronteira R\$ 51.198,60. Os valores aqui explicitados demonstram claramente que o município de Oiapoque tem recebido recursos para investimentos nas ações de saúde. Não se pretendeu, neste estudo, analisar a suficiência ou eficiência no uso dos mesmos, mas tão somente ressaltar que repasses de recursos financeiros por parte do Governo Federal tem ocorrido com certa frequência, para fortalecer as ações de saúde municipal, incluindo as de controle do HIV e outras ISTs, a exemplo do PVVPS, Sis-Fronteira, entre outros.

Ao longo da pesquisa, não foi possível identificar repasses de recursos do tesouro estadual ao município de Oiapoque, para fortalecimento das ações de saúde locais, tampouco, quantificar o montante de investimento do tesouro municipal nas ações de saúde, pois o objetivo não se pautava na identificação de tais recursos, mas somente destacar que Oiapoque tem recebido de forma contínua recursos financeiros para investimentos na área da saúde, independente da fonte.

A dificuldade na utilização dos recursos federais ficou demonstrada nas falas dos depoentes quando afirmam que o município de Oiapoque tem dinheiro em conta, mas está impossibilitado de utilizá-lo por falta de Comissão Permanente de Licitação para viabilizar as compras dos produtos solicitados. Essa situação, que já perdura há algum tempo segundo os informantes, tem limitado a execução das ações de saúde programadas. Acreditam que os recursos oriundos do Governo Federal que têm sido transferidos para o estado e município, para investimento em ações de combate ao HIV, são suficientes, mas a não execução desses, tem gerado descompasso entre as ações programadas e as realizadas.

Silva (2004) destaca que a competência dos governos na gestão financeira é de fundamental importância e deve ser desenvolvida de modo que eles possam obter o máximo de recursos para as ações planejadas, gerenciar com eficiência e, desta forma, atender às demandas da sociedade.

As dificuldades de gerenciamento eficiente dos recursos e serviços de saúde, não é particularidade do município estudado, Cazola et al. (2011) aponta dificuldades no gerenciamento dos serviços de saúde na fronteira do Brasil com Paraguai, principalmente pelo aumento da procura por atendimentos, gerado por brasileiros que residem em município paraguaio mas que buscam atendimento em municípios no lado brasileiro, sem planejamento prévio para esses atendimentos e sem financiamento das ações requeridas por partes dos serviços.

Quando questionados sobre os problemas de saúde enfrentados pelo município, a Dengue e a Chicungunya despontam de imediato, com o destaque de que esses dois agravos têm demandado intervenções imediatas no município. Reconhecem que o HIV e a aids são também problemas locais, mas que o município já vivencia há muito tempo com os mesmos.

A liberdade para tomada de decisões por parte da coordenação municipal de HIV foi referida pelo gestor municipal de saúde, destacando que a aquela tem total liberdade para desenvolver as ações no âmbito do município, porém fica explícita no depoimento da coordenação, que a execução das ações de saúde depende de investimentos, de pessoal qualificado, definição de políticas de saúde, apoio governamental entre outros. Essas limitações parecem não ser particularidades do município de Oiapoque, Cazola et al. (2011) destacam que, na fronteira do Brasil com o Paraguai, dificuldades semelhantes tem sido vivenciadas por municípios fronteiriços, o que têm gerado novas demandas e limitado as intervenções de saúde.

Sobre o compromisso dos governos (estadual e municipal) em disponibilizar o tratamento com a Terapia Antirretroviral às pessoas diagnosticadas com o HIV no próprio município, ao que parece, está longe de se concretizar. Tem os que acreditam nessa descentralização do tratamento para o município, por outro lado há os que discorrem que o preconceito e o medo de ser identificadas como infectadas pelo HIV ou denominadas de doente de aids poderão afastar ainda mais essas pessoas do município, do convívio com familiares e dos amigos.

As participações de grupos da sociedade marcaram e têm marcado grandes avanços na área da saúde, principalmente para grupo mais vulneráveis. As lutas sociais por garantia dos direitos à saúde, a educação e outros, pode ser compreendida como o processo em que os

vários segmentos da sociedade, interagem para a elaboração, execução e fiscalização de políticas públicas, tornando-se sujeitos conscientes de suas ações, potencialidades e, portanto, autores de sua própria história (Brasil, 2012b).

É nessas perspectivas, que os movimentos sociais têm buscado a garantia e o respeito a esses direitos. A utilização do preservativo como medida de prevenção de troca de fluidos corporais, a garantia de acesso universal às terapias antirretrovirais na detecção da infecção pelo HIV e a utilização do teste rápido para diagnóstico do HIV em populações expostas são alguns exemplos dessas conquistas segundo Ayres et al. (2006). Muitas conquistas institucionalizadas por portarias ministeriais, como a estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico e do tratamento, são alguns exemplos das por grupos sociais, como o movimento de homossexual, das profissionais do sexo e de ONGs que desenvolvem ações com usuários de drogas segundo Bermúdez e Seffner (2006).

Outros exemplos de conquistas impulsionadas pelas lutas de grupos sociais, previstas na forma de lei, para as doenças incapacitantes ou terminais, incluindo o HIV/Aids, foram o recebimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (Brasil, 1988) e a obrigatoriedade do controle do sangue e seus derivados (Brasil, 2004).

No Estado do Amapá, durante a fase de pesquisa de campo, foram identificadas algumas pessoas que se declararam representantes de redes e ONGs ligadas à questão do HIV e aids. Como descrito nos resultados, não foi possível visualizar as atividades dessas pessoas por questões que fugiram a nossa competência, a exemplo dessa impossibilidade destaca-se o fato de todos residirem capital do estado e não realizarem nenhuma atividade no município de Oiapoque. Por outro lado, a quase totalidade dessas pessoas são usuárias do SUS, em tratamento para o HIV e suas ações apresentam pouca visibilidade. Essa situação se assemelha aos primeiros grupos sociais engajados na luta contra a aids, cujos líderes emergiram da vivência pessoal da doença, dando, assim, certa especificidade à sua luta no Brasil e em outros países (Bermudéz, Seffner, 2006).

A presença de ONG nas ações de saúde de prevenção e controle do HIV e aids em Oiapoque foi marcada somente pela DPAC. Bermudéz e Seffner (2006) destacam que as lideranças precisam se engajar na construção de uma nova ética no exercício do poder, dando novos significados às dimensões individuais e coletivas, no controle da epidemia. Apontam ainda os avanços na qualidade dos serviços de pré-natal e maternidade, tendo aumentado a cobertura de mulheres diagnosticadas para o HIV, particularmente as gestantes, e reduzido as taxas de transmissão vertical.

Como destacado acima, a DPAC foi a única ONG encontrada durante a etapa de pesquisa de campo no município de Oiapoque, com prestação ações direcionadas para o campo da prevenção do HIV, da assistência social e intermediação de atendimento e tratamento contra o HIV a munícipes de Oiapoque, em serviços de saúde do lado francês. Segundo relatos de sua coordenação, com a ampliação das atividades ao longo desses anos, a DPAC tem buscando novas parcerias junto ao governo estadual e municipal, além de parceiros locais, o que tem gerado maior visibilidade à organização.

Não restam dúvidas de que o papel das ONGs é fundamental no trabalho com populações de difícil acesso e setores marginalizados, mas absorver atribuições de responsabilidade das gestões estadual e municipal de saúde é também protelar o cumprimento das responsabilidades desses atores. Bermudéz e Seffner (2006) salientam que, no conjunto de metas definidas em sessão especial da Assembleia das Nações Unidas (Ungass), o papel das lideranças como interventoras pelo controle da aids tem sido enfatizado como de grande relevância, mas como mobilizador.

A notoriedade da DPAC no município e fora dele tem chegado aos serviços municipais de saúde de acordo vários depoentes, que afirmaram que muitos pacientes que passam pela rede municipal de saúde são orientados a procurar a DPAC para viabilizar o seu tratamento na questão do HIV e aids e exames de carga viral e CD4 em território francês ou custear as despesas de deslocamento à Macapá. Essa transmissão de responsabilidade não tem sido vista com bons olhos por alguns depoentes, há a preocupação de que a qualquer momento, a Guiana interrompa os atendimentos atualmente destinados a brasileiros e estrangeiros com o HIV, que vivem em situação de vulnerabilidade social. Bermudéz e Seffner (2006) acentuam que a essas instituições cabe a busca sistemática de possibilidade de fortalecimento, de organização, de articulação e de geração de novas relações entre os atores sociais.

O envolvimento e comprometimento profissional na luta anti-HIV precisa ser fortalecido e ampliado em Oiapoque. No momento atual, esse envolvimento é restrito. A equipe multiprofissional de saúde, compreendida como grupo constituído por profissionais de diferentes áreas e saberes, por meio da comunicação, da cooperação e do compartilhamento de informações, potencializa ações e serviços no sistema de saúde (Brasil, 2012b). No momento da pesquisa, foi identificado que as ações de saúde com foco para o HIV nas UBS estão praticamente limitadas aos profissionais de enfermagem, principalmente os enfermeiros, que são os responsáveis pela realização de testagens rápidas para HIV, Sífilis e Hepatites Virais B e C, aconselhamentos pré e pós-testes, notificação de casos e em algumas ocasiões,

também estão responsáveis pelos encaminhamentos de usuários para tratamento no SAE em Macapá.

A organização das equipes multiprofissionais deve levar em conta as realidades locais (Brasil, 2012b). Apesar da distância geográfica com a capital do estado, o município em questão dispõe de quadro de profissionais na atenção básica relativamente suficiente, constituídos de enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde; possui cinco equipes de Estratégia Saúde da Família e uma de NASF, porém a alta rotatividade principalmente de médicos, acaba gerando descontinuidade nos processos de trabalho no município. Silva Neto (2010) descreve que em áreas de fronteiras do Brasil, os profissionais de saúde mais comuns são os da ESF, médicos generalistas, dentistas e enfermeiros, raramente especializados.

No tocante a oferta de exames diagnósticos ao HIV, já foi mencionado que os testes rápidos então disponíveis nas UBSs, hospital e, os demais, no laboratório de fronteira. Entretanto, nenhum resultado positivo pelos testes rápidos para o HIV é liberado sem os exames complementares realizados pelo Lafron Oiapoque e, que esta foi uma decisão das UBSs e do município. Em contraposição a esta decisão, a coordenação estadual do programa de HIV e Hepatites Virais do Amapá destaca que não partiu da coordenação estadual e que contraria a definição protocolar de que dois testes rápidos de laboratórios diferentes, com resultados positivos, confirmam o caso, reduzindo o tempo de espera e gerando possibilidade de encaminhamento imediato para tratamento no SAE.

Após a confirmação da positividade do caso pelo Lafron, o resultado é reenviado para o profissional solicitante, não sendo entregue ao cliente. Tal justificativa se deve segundo os declarantes, a preocupação com o aconselhamento pós-teste, do risco de que outras pessoas tenham acesso ao resultado e pelo fortalecimento do suposto vínculo estabelecido entre o usuário e o profissional que o atendeu.

Essa parceria entre as UBSs, hospital e o Lafron parece fluir de forma positiva, o que foi destacado por todos os entrevistados no município. Porém as notificações de agravos precisam ser melhoradas. Destacam que ainda chegam pacientes oriundos das UBSs para realizar exames previamente positivos, que não foram notificados. Peiter (2005) destaca que a falta de registro de casos de aids em muitos municípios brasileiros, está relacionado a baixa ou ausência de oferta de serviços diagnósticos e de acompanhamento.

A capacitação de profissionais de saúde, de áreas de fronteiras, considerando as particularidades desses, que quase sempre são generalistas, é de grande relevância para a melhoria da oferta dos serviços prestados. Entretanto os depoimentos sobre este tema foi

unânime em declarar que são esporádicas e quase sempre sobre abordagem de testagens rápidas, além de que, quando oferecidas, são realizadas em Macapá, limitando a participação de alguns profissionais.

O vínculo empregatício de servidores da atenção básica tem gerado preocupação na manutenção da disponibilidade dos serviços. Com exceção dos ACSs, que são servidores do quadro municipal, o vínculo dos profissionais de saúde com formação acadêmica e parte dos técnicos em enfermagem, é mediado por contratos administrativos, o que provoca mobilidade de pessoal com certa frequência. Lemões (2012) aponta que os municípios de fronteira do Brasil com Uruguai, também possuem dificuldade em oferecer atendimento integral aos usuários desses municípios, seja pela insuficiência de pessoal, da baixa oferta de serviços essenciais e da distância entre os municípios e os centros de referências dos serviços de saúde.

Alguns problemas apontados por Lemões em seus estudos também são evidenciados em Oiapoque. A quase ausência de contrarreferência de pacientes em tratamento em Macapá ou no lado francês tem sido apontada como limitador do acompanhamento desses pacientes pelas equipes de ESF no município. As ações extramuros quase sempre são limitadas, esbarram na escassez de pessoal, de recursos materiais e financeiros para custeio das mesmas.

No entanto, pontos positivos são também destacados, a maioria dos informantes reconheceu a aproximação da coordenação municipal do programa de DST/Aids com os serviços de saúde locais. Ela acompanha as ações, disponibiliza os testes rápidos e participa das capacitações dos servidores quando são disponibilizadas; o mesmo ocorre com o Lafron, que compartilha experiências com os serviços de saúde locais sobre exames laboratoriais.

A distancia geográfica do município e problemas de conectividade também foram queixas frequentes, relataram que a troca de informações e experiências em serviço no município geralmente se dá por meio de telefonemas, mensagens telefônicas e por WhatsApp, quando estes estão funcionando. Ressaltam também que a ida da coordenação estadual ao município com maior frequência favoreceria a troca de informações e experiências entre as equipes de saúde no município. Silva Neto (2010) descreve o perfil de saúde na tríplice fronteira, Brasil/Colômbia/Peru, como comprometida e esse comprometimento tem relação com as dificuldades geográficas locais (distancia), de transporte, organizacionais (grandes filas e tempo de espera) e econômicas.

A coordenação estadual do programa de DST/HIV, Aids e Hepatites Virais reconhece a inexistência de programa de educação permanente capaz de produzir conhecimento no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores

envolvidos. Destaca que, nos últimos anos, nem as avaliações dos serviços, programadas para o final do ano, têm sido realizadas, gerando descontinuidade nas ações.

Apesar de todo esforço na capacitação de profissionais de saúde, das orientações sobre acolhimento sem discriminação, ainda é comum a queixa de servidores sobre o medo e desconforto de prestar atendimento a pessoas com o HIV e aids. A fala de um gerente de serviço do município destaca que a sua equipe vem sendo capacitada para oferecer suporte psicológico e social à clientela e que a Secretaria Estadual de Saúde vem capacitando sua equipe no quesito acolhimento, buscando evitar diferenciação de tratamento entre as pessoas atendidas; no entanto, reforça o isolamento como medida de proteção do usuário, ao informar que devido a inexistência de ala para doenças infectocontagiosas e, quando necessário, acaba por improvisar este ambiente em uma enfermaria.

A intersectorialidade tem sido definida como prática social, capaz de enfrentar os limites da cultura organizacional, marcada historicamente por ações isoladas e setorializadas, em que os serviços, produtos e ações são ofertados separadamente. Constitui-se em estratégia, articulada entre saberes e práticas, que busca a convergência entre recursos humanos, financeiros, políticos e organizacionais (Brasil, 2012b). As articulações intersectoriais e multisetoriais têm sido cada vez mais necessárias na promoção da saúde, pela variedade de determinantes que direta ou indiretamente interferem na qualidade de vida das pessoas. São consideradas como componente valioso para a mudança do modelo assistencial e de reorganização da atenção à saúde.

Bermudéz e Seffner (2006) destacam que a articulação entre áreas do Ministério da Saúde, como a saúde da mulher, saúde da família, da criança e de lideranças do movimento feminista e de organização de mulheres, foi significativa para traçar diretrizes para a redução da transmissão vertical pelo HIV.

No contexto da redução de vulnerabilidades ao HIV e a aids em Oiapoque, embora não diretamente com este objetivo, as intervenções da Polícia Federal no combate à prostituição, tem conduzindo à diminuição do número de bordéis em Oiapoque, consequentemente tem promovido diminuição de casos de IST.

As declarações de que as articulações para o enfrentamento do HIV têm sido restritas ao setor saúde apareceram na maioria das falas dos depoentes, geralmente realizadas entre as unidades de saúde locais. A DPAC tem sido apontada como grande aliada na execução de ações no campo social e da saúde, pela capacidade de resolução desta associação, principalmente em garantir, por meio de suas parcerias no lado francês, o tratamento para brasileiros Oiapoqueenses ou transeuntes que estão de passagem pelo município.

Algumas articulações multissetoriais vêm sendo construídas pelas gestões estaduais e municipais e a Guiana. No componente saúde, foi constituída uma comissão binacional, com representantes dos governos do Brasil e da França, para definir, pactuar e realizar ações de saúde conjuntas na região de fronteiras, além de serviços de referência nos dois lados da fronteira. Documentos oficiais (atas e relatórios de reuniões) e relatos dos participantes da pesquisa apontam resultados dessa negociação, a exemplo da realização da semana Saúde na Fronteira, alguns atendimentos de pacientes no serviço de saúde do lado francês e estudos de cooperação para desenvolvimento de pesquisas na área da saúde.

A ordenação da rede de serviços é condição essencial para a qualidade dos cuidados prestados aos usuários, independentemente de sua doença e do grau de comprometimento. No contexto do atendimento da pessoa com HIV/Aids, essa exigência se torna mais relevante por conta da gama de ações que são desenvolvidas na vigilância, prevenção e controle das ISTs. Como já mencionado, alguns brasileiros têm recebido atendimentos no lado francês, porém a falta de informação (contrarreferência) dos atendimentos prestados a esses brasileiros tem limitado as ações em território brasileiro, para essas pessoas.

Em relação ao encaminhamento de pessoal para tratamento no SAE em Macapá, foi referido por um entrevistado que, sempre que precisa encaminhar pacientes de Oiapoque, basta fazer contato prévio com o mesmo, que, na chegada desse usuário naquele serviço, ele tem atendimento prioritário, considerando como boa sua relação com aquele serviço. Esta relação de parceria, não foi compartilhada pela maioria dos entrevistados.

Neste estudo, não se pretendeu discutir o conceito de acesso ou acessibilidade, mas demonstrar a funcionalidade e ofertas de serviços no tocante à questão do HIV e da aids nessa região de fronteira do Brasil.

O acesso a insumos e serviços de saúde no combate ao HIV deve ser compreendido como ferramenta essencial ao enfrentamento da epidemia. A melhoria do acesso pode ser demonstrada pelo aumento da oferta de testagem para detecção do HIV na rede pública de saúde no Brasil, passando de pouco mais de 500 mil testes realizados em 2005 para 2,3 milhões em 2011. Andersen (1995) destaca que a garantia do acesso aos sistemas de saúde, está ligados a organização dos serviços, entrada e a continuidade do tratamento (cuidados subsequentes).

A acessibilidade aos serviços de saúde é explicada por diferentes contextos, do geográfico ao econômico. Para Teixeira e Melo (1995), o geográfico é traduzido não só pela distância a ser percorrida como também pelas barreiras geográficas a serem transpostas; o funcional, horário de funcionamento, qualidade da atenção, disponibilidade de instalações e

de profissionais, tipos de programas e ações de saúde oferecidas; o cultural, representado por inclusão dos serviços nos hábitos e costumes da população e, por fim, o econômico, traduzido pela oferta desses serviços, na sua totalidade, desvinculada de algum sistema de pagamento por parte do usuário.

Donabedian (1973) destaca que acessibilidade é mais do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Destaca duas dimensões que, apesar de distintas, inter-relacionam-se. A sócio-organizacional e a geográfica. A sócio-organizacional inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços, e a geográfica, relaciona-se a distância linear, tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros.

A presença de pessoas em trânsito no município de Oiapoque foi referida como frequente e a busca por serviços de saúde segue o mesmo rumo. Um dos depoentes informou que a procura por atendimento se dá em várias especialidades, desde o exame para HIV a serviços odontológicos e que essas pessoas são atendidas sem nenhuma restrição. Outro informa que, com pouquíssima frequência, os guianenses vão às UBSs de Oiapoque em busca de atendimento, quando muito, trata-se de brasileiros que vivem no lado francês, sendo os garimpeiros os mais frequentes.

Há unanimidade na afirmação de que a disponibilidade dos exames diagnósticos para HIV é vital para a detecção precoce de casos, devendo ser oferecidos em todos os serviços de saúde, estar ao alcance da população. Declaram que, em quase todas as ações de saúde realizadas em Oiapoque, os testes rápidos para o HIV, Sífilis e Hepatites Virais estão presentes. Essas ações têm-se voltada às coletividades mais vulneráveis como a de pescadores, trabalhadores e frequentadores dos bordéis, catraieiros, e pessoas que trabalham e transitam nos portos às margens do rio.

Strathdee (2012) destaca em seus achados, que na fronteira do México com os Estados Unidos, as limitações dos serviços de saúde daquela região, influenciava na identificação de doença em populações vulneráveis, mostrando subnotificação de casos de aids, mascarando as subepidemias naquelas regiões de fronteiras.

A construção do vínculo profissional-usuário tem sido apontada como essencial à adesão das ações e práticas de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Travassos e Martin (2004) destacam

que o comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes.

Na sequência da conversa, uma declarante destacou que, antes, em sua unidade, a demanda por atendimento, inclusive por testagens para IST, era livre, mas que hoje, tem dado preferência às pessoas da área adstrita a sua UBS, alegando a perda de controle dos casos confirmados e a impossibilidade de o ACS da unidade realizar visita domiciliar em outras áreas, em caso necessidade de busca ou atendimento desse usuário. Desse modo, fica explícito que o acesso em alguns serviços parece sofrer limitações no tocante a realização de exames com testagens rápidas para o HIV. A mesma informante afirma que ao menos a dispensação de preservativos, é garantido a todos. Nas UBSs, o teste deve sempre ser oferecido sob a ótica da universalidade e acessibilidade e ser realizado com o consentimento do indivíduo com o aconselhamento adequado pré e pós-teste enfatiza Araújo et al. (2014).

Dizem os depoentes, que necessitam buscar em Macapá ou em Saint-Georges o tratamento para seus pacientes. Apontam que isso acaba gerando outras demandas para os doentes, ter dinheiro para custear suas despesas com transporte e hospedagem em Macapá, ou atender requisitos para atendimento no lado francês. Ainda sobre a oferta do tratamento, parte dos entrevistados diz ser mais fácil mandar o paciente para a Guiana do que para Macapá e que são pouco otimistas em relação à chegada do tratamento ao município. Outro ponto de estrangulamento das ações de saúde as pessoas que vivem com o HIV em Oiapoque, é a indisponibilidade dos exames marcadores de carga viral e o CD4/CD8. Esse também tem sido um sonho acalantado há tempo por usuários e profissionais, inclusive com amplo debate sobre esse tema na comissão transfronteiriça.

O Lafron deverá funcionar como facilitador para realização desses exames, sendo o responsável pelas coletas e envio ao Lacen-AP. No lado francês, os exames de CD4/CD8 e carga viral são coletados em Saint-Georges e encaminhados ao hospital de Caiena, que os realiza e tão logo estejam disponíveis os resultados, encaminha-os de volta para o médico de Saint-George para dar seguimento ao caso, por isso tem sido frequente a preferência dos usuários no lado francês segundo a maioria dos depoentes.

Sobre o porquê de as pessoas com o HIV preferirem o serviço de saúde do lado francês, o representante da ONG local deduz que o motivo esteja relacionado ao modo de acompanhamento dos pacientes tratados na Guiana que se dá de forma mais efetiva.

O serviço de saúde municipal também enfrenta limitações. O número reduzido de profissionais foi apontado por alguns entrevistados como o maior problema vivenciados pelas UBSs. Relatam que os enfermeiros são sobrecarregados, pois, além de coordenar as equipes da ESF, gerenciam a UBS, e ainda têm que atender os usuários que vêm fazer os testes rápidos e acompanhamentos diversos, e que, muitas atividades deixam de fazer por conta do acúmulo de funções.

Cazola et al. (2011) discorre que nos serviços de saúde do lado do Brasil, em áreas de fronteiras, por serem públicos e gratuito acabam gerando grande procura, conduzindo a baixa resolutividade no serviço, dificuldade no acesso e encarecem o atendimento. Essa particularidade exige a ordenação da rede de serviços, condição essencial para a qualidade dos cuidados prestados aos usuários, independentemente da doença ou do grau de comprometimento do usuário.

As redes de Atenção à Saúde são descritas como arranjos organizativos de unidades funcionais de atenção à saúde e de apoio diagnóstico e terapêutico que, integradas por meio de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Durante muito tempo, as ações de saúde às pessoas com HIV e aids estiveram centralizadas em SAEs. O novo cenário epidemiológico da doença, com expressivo número de pessoas vivendo com HIV, que apresentam cargas virais indetectáveis, clinicamente estáveis, portanto demandando cuidados que podem ser prestados em outras unidades de saúde de menor complexidade, tem conduzido a Coordenação Nacional do Programa de IST/Aids do Ministério da Saúde à realização de amplo debate e descentralização de cuidados para unidades da atenção básica, numa gestão compartilhada.

Essa gestão compartilhada do cuidado do portador do HIV entre a rede primária (UBS) e a rede secundária (SAE) tem sido encarada como a chave para melhorar a assistência das pessoas com o HIV no Brasil, considerando a superlotação de muitos SAEs Brasil afora, que, em curto ou médio prazo, poderá comprometer a adesão de novos usuários ao tratamento e de pacientes mais comprometidos. A proposta é aumentar o acesso tanto à assistência quanto ao diagnóstico do HIV por meio da rede básica de saúde.

No município de Oiapoque, a composição da rede de serviços na atenção em HIV/Aids é limitada, as ações e cuidados são as desenvolvidas pelas UBSs locais e Lafron, além de ações de cunho social e assistencial desenvolvidas pela ONG local.

O reconhecimento da fragilidade do programa municipal é explicitado na fala de entrevistados. Estes destacam que na medida do possível, a coordenação tem dado apoio às UBSs no tocante às testagens rápidas, disponibilidade de preservativos e no encaminhamento

de algumas demandas. Reconhecem as dificuldades de acompanharem os usuários em tratamento e sentem-se impossibilitados de ampliar a linha de cuidados. Almejam a dispensação do medicamento no município, de um acompanhamento sistemático dos casos e de equipe fortalecida capaz de dar conta das ações futuras.

Em síntese, a rede de cuidados na atenção ao usuário com o HIV e a aids em Oiapoque, tem a seguinte formatação: as UBSs locais são a porta de entrada, os cuidados limitam-se à realização de testagens rápidas para IST, distribuição de preservativos e ações educativas. No caso de resultado positivo pelos testes rápidos, os usuários são encaminhados ao Lafron para confirmação. No caso de manutenção da positividade pelo Lafron, esses usuários são reencaminhados às UBSs, no entanto nem sempre o caso tem prosseguimento. Concluem os respondentes, uns aderem ao tratamento em Macapá, outros o fazem na Guiana Francesa e outros se perdem de vista.

A procura pelo exame tem ocorrido com frequência, mas ainda existem pessoas que suspeitam estar infectadas e que, por conta do estigma e preconceito limitam sua aproximação com as equipes de saúde. A negação da doença também está presente em algumas pessoas, pela não aceitação, por questões religiosas e por medo de represálias locais. Por outro lado, casos já diagnosticados evidenciam resistência na realização de exames em seus contatos, com receio da descoberta da infecção pelo HIV nessas pessoas. Que a demora na liberação dos resultados de alguns exames também influencia na perda de pacientes, particularmente daqueles que estão de passagens no município, indígenas e garimpeiros.

A Secretaria Municipal de Saúde está analisando a implantação do TFD municipal, como medida de incentivo ao tratamento em Macapá, objetivando apoiar pessoas carentes na busca por tratamento, estendendo-se aos usuários em tratamento para o HIV e exames de acompanhamento até que estes passem a ser realizados no próprio município.

A procura por exames entre os jovens tem sido relativamente pequena, considerando o cenário da doença nesse grupo etário no Estado e no país com um todo. Essa situação tem preocupado os serviços de saúde. A gestão estadual e municipal tem dado pouco apoio as ações de enfrentamento ao HIV, compreendendo o cenário local como problema de saúde pública; não fortalece a coordenação local com pessoal e recursos materiais. O número de profissionais capacitados para a testagem rápida e manejo clínico na atenção básica é reduzido e a aproximação da coordenação estadual com esse município tem sido limitada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu analisar a vulnerabilidade ao HIV/Aids na dimensão programática no município de Oiapoque, norte do Brasil, na fronteira com a Guiana Francesa. Analisar a vulnerabilidade ao HIV/Aids nessa parte do Brasil não foi tarefa fácil, uma vez que sua peculiaridade remete a crença de lugar sem igual, por isso os resultados apontados não permitem generalizações.

Caracteriza-se como local de trânsito de pessoas, nas duas direções, Oiapoque-Guiana e vice-versa, com população crescente nas últimas décadas, população predominante jovem, pessoas vivendo em locais pouco salubre, em bairros recentemente criados, que mantêm características dos já existentes. Além disso, há problemas de infraestrutura de várias ordens, saneamento básico incipiente, economia mantida pelo restrito comércio local, pouca perspectiva de estudo, trabalho, lazer e vários pontos de prostituição. Distante da capital do estado, tem no transporte terrestre o meio de saída diária do município.

Quanto ao primeiro objetivo, de análise da expressão do compromisso (acordo) dos governos estadual/municipal, com base nos planos de saúde e documentos afins no combate ao HIV/Aids, pode-se concluir que há vulnerabilidade programática na medida em que o compromisso dos governos estadual e municipal no combate ao HIV é limitado.

Quanto ao segundo objetivo, reconhecer a participação (cooperação, operação) do controle social como parceiro na luta contra HIV/Aids em Oiapoque, conclui-se que esta não tem ocorrido de forma eficiente. Ainda assim, a Dpac foi apontada como única parceira dos serviços de saúde no município de Oiapoque, atuando na garantia de tratamento de casos em território francês e em ações de prevenção e apoio de cunho social aos mais necessitados, não se restringindo às pessoas infectadas pelo HIV. Algumas outras entidades de luta na questão do HIV foram identificadas, mas com pouca atuação na capital do estado e nenhuma em Oiapoque.

No que tange ao terceiro objetivo, que trata do envolvimento dos profissionais das unidades básicas e outros pontos da rede, mostrou-se que há fragilidades. Nas UBSs, há concentração de atividades na figura do profissional enfermeiro que articula e desenvolve ações de combate ao HIV fora e no interior da UBS. O cenário evidenciado deixa claro que as ações de promoção, prevenção e diagnóstico pelos testes rápidos estão centradas na equipe de enfermagem, com pouco envolvimento de outras categorias profissionais.

A comunicação e parceria entre os serviços de saúde de Oiapoque: atenção básica, hospital e Lafron, na atenção em HIV/Aids, foi apontada como satisfatória. Ressaltou-se que,

na detecção de caso positivo para o HIV na UBS ou no hospital, recorre-se ao Lafron para exames complementares e este dá agilidade à realização de tais exames.

Os participantes do estudo vêem a coordenação municipal como aliada e minimizadora de situações-problema do dia a dia em questões relacionadas ao HIV. Mas ressaltam que os poucos recursos locais limitam as ações programadas e que muitas ações têm sido realizadas por conta da boa vontade e empenho dos profissionais, particularmente nas ações extramuros. Como ponto positivo foi apontado a disponibilidade de testes diagnósticos em todas as unidades de saúde do município e nas ações fora das unidades realizadas ao longo do ano.

Os informantes reconhecem a inexistência de programa de educação permanente, veem nas capacitações a oportunidade de ampliar conhecimentos para melhoria de suas ações, mas salientam que há irregularidade na oferta, o local de realização que é sempre em Macapá e que a repetição temática (testagens rápidas) tem limitado o interesse dos mesmos. Reiteram que a instabilidade empregatícia tem fragilizado o serviço pelas constantes mudanças de membros da equipe.

O processo de articulação multissetorial (intra e intersetorial) das ações no contexto da atenção em HIV/Aids, de que trata o quarto objetivo, mostrou ser insatisfatório. O setor saúde atua de modo isolado, com participações pouco frequente de outros setores e a ONG atuante em Oiapoque tem sido uma grande parceira dos serviços locais no atendimento às pessoas com HIV e aids.

Conclui-se que há disponibilidade de insumos como preservativos e testes diagnósticos, mas há estrangulamento no acesso ao tratamento e acompanhamento dos casos, uma vez que estes não são realizados no município. Conclusão esta que se refere ao quinto objetivo deste estudo, que tratou do acesso aos serviços e insumos (testagem, preservativos, medicamentos) na atenção em HIV/Aids.

A falta do tratamento com os antirretrovirais no município foi destacada como impeditivo de acompanhamento dos casos de forma efetiva. Muitos se deslocam a Macapá, outros se tratam no serviço de saúde do lado francês e outros simplesmente desaparecem, sem deixarem pistas. Não existe contrarreferência nem de Macapá, nem da unidade francesa, o que, de acordo com os sujeitos da pesquisa, impossibilita o acompanhamento desses pacientes, quando muito, ficam sabendo dos medicamentos em uso, porém sem identificar sua situação imunológica e sua supressão viral.

O acesso ao tratamento no lado francês tem sido mediado pelo ONG local, a Dpac, porém limitado a alguns pacientes. Destacou-se que essa parceria tem sido possível pelos

arranjos com outra ONG do lado francês, porém há preocupação por não se saber até quando o serviço de saúde francês irá disponibilizar tratamento e exames de CD4 e carga viral a brasileiros que não residem na Guiana Francesa ou não tenham seguro saúde daquele departamento ultramarino.

Por fim, conclui-se que a rede de serviços na atenção ao HIV na região de fronteira, de que trata o sexto objetivo, não está plenamente organizada. Ao caracterizar a estrutura e os serviços de saúde do município de Oiapoque, identificou-se que as UBSs, o hospital estadual e o Laboratório de fronteira estão instalados na sede do município, o que limita o acesso à população rural, suas estruturas físicas e o quantitativo restrito de profissionais, particularmente nas UBSs e Lafron, e conduz à oferta restrita de ações. As ações das equipes de saúde das UBSs são organizadas em torno das prioridades da ESF, relegando as ações com foco ao HIV e aids como atividade de rotina, de livre demanda pela população, voltadas somente para a prevenção e testagens, sem programação prévia de atividades e definições de metas.

Alerta-se que à medida que problemas se tornam comuns, há forte tendência à banalização. No campo da saúde, não é diferente, as doenças surgem e, dependendo da gravidade ou da repercussão na sociedade, merecem maior ou menor intervenção, maior ou menor preocupação por parte da gestão e da população. No caso do HIV, a situação é semelhante.

Como limitação do estudo destaca-se que, desde o momento da composição dos sujeitos da pesquisa, preocupações por parte dos mesmos sobre o que expor já evidenciavam limites nas informações a serem prestadas. Além disso, o acúmulo de funções entre a maioria dos profissionais envolvidos na pesquisa levou, em algum momento da coleta de dados, à mistura dos conteúdos das falas, ora respondendo como cuidador, ora como gerente do serviço, ora como gestor.

Como desafios para redução de vulnerabilidades ao HIV/Aids na dimensão programática nesta região do Brasil, faz-se necessário que governos e gestores da saúde priorizem ações de enfrentamento ao HIV, compreendendo o cenário atual da doença como problema de saúde pública. Estes devem fortalecer a coordenação local com pessoal e recursos materiais. Os governos estadual e municipal precisam ampliar o quantitativo de profissionais capacitados para a testagem rápida e manejo clínico na atenção básica de Oiapoque; garantir os insumos básicos necessários e utilizar os recursos disponíveis para este fim.

A coordenação estadual deve estar mais próxima das coordenações municipais e promover mecanismos de integração dos profissionais de saúde locais na atenção ao HIV, fortalecer os movimentos sociais para participação e controle nas ações de enfrentamento do HIV e aids, a fim de que a transmissão vertical em Oiapoque possa ser eliminada com a retomada e fortalecimento do comitê estadual de transmissão vertical pelo HIV.

7 REFERÊNCIAS

- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
- Araújo CLF, Aguiar PS, Santos GKA, Oliveira MGP, Câmara LS. Testagem sorológica anti-HIV em ginecologia. *Esc Anna Nery* 2014;18(1):82-89. [citado 2017 fev. 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0082.pdf>
- Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti FH. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34. IMS/UERJ, p. 20-37, 1999.
- Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Júnior I. Risco, vulnerabilidades e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. P. 375-417.
- Ayres JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL. editores. *Clínica Médica*. Barueri: Manole; 2009, v. 1. p. 437-455.
- Barcellos C et al. Diagnóstico estratégico da situação da aids e das DST nas fronteiras do Brasil. Ministério da Saúde/CN DST/Aids; Population Council e USAID. Campinas, 2001.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- Barros AJP, Leffeld NAS. *Projeto de pesquisa: propostas metodológicas*. 18ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2008.
- Bastos FI, Szwarcwald CL. Aids e Pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (Sup. 1):65-76, 2000. [citado 2017 fev. 19]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2213.pdf>
- Bermúdez XPD e Seffner F. Liderança Brasileira à Luz da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids da UNGASS. *Rev Saúde Pública* 2006;40(Supl):101-8. [citado 2017 fev. 03]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/14.pdf>
- Brasil. Lei no. 7.670, de 08 de setembro de 1988. Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA/AIDS os benefícios que especifica e da outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 09 set. 1988. Seção 1: 17305.
- Brasil. Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE, CENSO DEMOGRÁFICO 1992, resultados preliminares [internet]. Rio de Janeiro; 1992. [citado 2014 ago. 04]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aids na Fronteira do Brasil*. Brasília, 2003.

Brasil. Resolução RDC n. 153, de 14 de junho de 2004. Determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de jun. 2004. Seção 1

Brasil. Ministério da Integração Nacional. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira. Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS. Brasília, Vol. 43, nº 1. 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário Temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 48p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Programa Nacional de DST e aids. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS. Brasília, Ano II - nº 1. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Programa Nacional de DST e aids. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS [internet]. Brasília, Ano III - nº 01. 2014. [citado 2015 jan. 13]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS [internet]. Brasília, Ano IV - nº 01. 2015. [citado 2017 jan. 15]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS [internet]. Brasília, Ano V - nº 01. 2016. [citado 2017 mar. 15]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico]: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/1992 a 95/2016, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/1994. – 51 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017 – (Série textos básicos; n. 139 PDF). [citado 2017 fev. 15]. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br>

Bueno, FTC. AIDS na Fronteira: uma análise dos acordos e projetos de cooperação internacional do Brasil [Dissertação]. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2012.

Cazola LHO, Pícoli RP, Tamaki EM, Pontes ERJC, Ajalla ME. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde [internet]. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(3):185–90. [citado 2015 jan. 19]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n3/06.pdf>

Charbonneau PE. *Adolescência e sexualidade*. 6ª ed. São Paulo: Paulinas; 1988.

Daniel H. *Vida antes da morte*. 2ª ed. Rio de Janeiro: ABIA, 1994.

Donabedian A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.

Gadelha CAG, Costa L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. *Cad Saúde Pública*. V. 03, p. 214-26, 2007.

Gallo E, Costa L. *Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL. SISMERCOSUL: uma agenda para integração*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília-DF. 2004.

Gil AC. *Como elaborar projetos e pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.

Goode WJ, Hatt PK. *Métodos em pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1979.

Guest P. Population mobility in Asia and the implications for HIV/Aids. In: *Population movement, development and HIV/Aids: looking towards the future*. Lee-Nah Hsu, organizadora. Tailândia: United Nations Development Programme (UNDP/UNOPS), 2000; p.76-86.

Lemões MAM. *Sistema integrado de saúde em região de fronteira: desafios do acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde [monografia][internet]*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. [citado 2015 jan. 10]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67732/000871162.pdf?sequence=1.pdf>

Machado LO. Limites, fronteiras, redes. In: *Fronteiras e espaço global*. Strohaecker TM, Damiani A, Schaffer NO, Bauth N, Dutra VS organizadores. Porto Alegre: AGB; 1998. P.41-9.

Mann J, Tarantola DJM, Netter T. *Uma epidemia global fora do controle?* Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993a. *A AIDS no mundo*; p. 1-9.

Mann J, Tarantola DJM, Netter T. *Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993b. *A AIDS no mundo*; p. 276-300.

Martins AR. *Fronteiras e nações: repensando a geografia*. São Paulo: Contexto; 1992.

Nascimento OA, Tostes JA. Oiapoque – “Aqui começa o Brasil”: as perspectivas de desenvolvimento a partir da BR-156 e da Ponte Binacional entre o Amapá e a Guiana Francesa [internet] [S.l.]: Artigo publicado em 2009. [citado 2014 ago. 04]. Disponível em: <http://www.anppas.org.br>

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF e Fracolli LA, 2008. A Utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem [internet]. Rev Lat Am Enfermagem 2008 setembro-outubro; 16(5). [citado 2014 jun. 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALPL, Araújo NVDÁL, Padoveze MC, Ciosak SI, Takahashi RF. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis [internet]. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(Esp.2):1769-73. [citado 2015 jan. 20]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40903>

Organização Pan-Americana da Saúde (OMS). Guadalupe, Guiana Francesa e Martinica. Saúde nas Américas, edição 2012: Volume Regional. [citado 2015 jan. 20]. Disponível em: sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=7307

Patrício ZM, Casagrande LJ, Araújo MF. Qualidade de vida do ser humano na perspectiva de novos paradigmas. In: Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do autor, 1999. p.19-90.

Peiter PC. Geografia da saúde na fronteira continental do Brasil na passagem do milênio. Rio de Janeiro: UFRJ/IGEO/PPGG; 2005.

Peiter PC. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, supl.2, p. 237-50, 2007.

Petraglia IC, Edgan M. A Educação e a complexidade do ser e do saber. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 1995.

Pinho AA. Trocas afetivo-sexuais e econômicas e AIDS na fronteira entre Angola e Namíbia [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP-FIOCRUZ; 2012.

Porter D, Bennoun R. On the Borders of research, policy and practice: outline of an agenda. In: No Place for Borders: the HIV/aids epidemic and development in Asia and the Pacific. Godfrey Hinge e Doug Porter ed Nova Iorque: ST. Martin's Press. pp.149-163.2,3, 1997.

Richardson RJ. Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.

Rodrigues-Júnior AL, Castilho EA. A AIDS nas regiões de fronteira no Brasil de 1990 a 2003. Rev Panam Salud Publica. 2009; 25(1): 31–8.

SAMP. Southern African Migration Project (2005). Northern Gateway: cross border migration between Namibia and Angola. Migration Policy Series, n. 38.

Sánchez DM. Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en salud. Cad de Saúde Pública. Vol. 23, Sup. 2, p. 155-163, 2007.

Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde [internet]. Rev Panam Salud Publica. 2012; 31(3):260–8. [citado 2015 fev. 24]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>

Silva LM. Contabilidade Governamental: um enfoque administrativo. 7^a ed. São Paulo: Atlas, 2004.

Silva Neto AL. Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Peru [tese] [internet]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife; 2010. [citado 2015 jan. 10]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010silva-neto-al.pdf>

Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS editores. Handbook of qualitative research. London: Sage; 2000:436.

Teixeira CF, Melo C (org.). Construindo Distritos Sanitários: A experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1995.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004. [citado 2017 fev. 25]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>

Strathdee SA. et al. The Emerging HIV Epidemic on the Mexico-US Border: An International Case Study Characterizing the Role of Epidemiology in Surveillance and Response. Ann Epidemiol. 2012 June; 22(6): 426-38.

Takahashi RF. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, ao adoecimento e morte por HIV/AIDS [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Triviños, ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICES

Apêndice I

Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana Francesa

Roteiro de entrevista - Secretário Municipal de Saúde de Oiapoque/AP.

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação

- Código de identificação:
- Formação:
- Titulação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado):
- Tempo na função como Secretário de Saúde:
- Trajetória na gestão de serviços de saúde:

Objetivos

Analisar a expressão do compromisso dos governos estadual/municipal com base nos planos de saúde e documentos afins no combate ao HIV/aids e caracterizar o processo de articulação multissetorial (intra e intersectorial) das ações no contexto da atenção em HIV/aids.

Questões norteadoras

- Identificação dos principais problemas de saúde do município.
- Identificação de ações de saúde desenvolvidas no município como prioritárias.
- Percepção da gestão sobre a aids no município.
- Conhecimento e existência de ações de enfrentamento do HIV/aids no município frente ao Plano Municipal de Saúde.
- Grau de autonomia da Coordenação municipal de DST/aids para execução das ações.
- Recursos financeiros para o desenvolvimento das ações em HIV/aids no município (Municipal, Estadual e Nacional).
- Desafios para o execução de ações de combate ao HIV/aids no município.
- Presença de ações para além do âmbito da gestão da saúde no município para o enfrentamento do HIV.
- Relação da Secretaria Municipal de Saúde com países vizinhos.
- Percepção do secretário de saúde sobre o acesso da população de Saint Georges e população móvel aos serviços e ações de saúde do município de Oiapoque.
- Cenário da rede de saúde, de atenção às DSTs/HIV frente à abertura da Ponte Binacional.

Apêndice II

Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana Francesa

Roteiro de entrevista - Coordenador Estadual e Municipal das ações em HIV/aids.

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação

- Código de identificação:
- Tempo na função como Coordenador:
- Formação:
- Titulação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado):
- Trajetória na gestão de serviços de saúde:

Objetivos

Analisar a expressão do compromisso dos governos estadual/municipal com base nos planos de saúde e documentos afins no combate ao HIV/aids,

Relatar a participação do segmento controle social como entidade parceira na luta contra HIV/aids,

Descrever o envolvimento de trabalhadores: Atenção Básica, Hospital e Laboratório de Fronteira, na atenção em HIV/aids,

Caracterizar o processo de articulação multissetorial (intra e intersectorial) das ações no contexto da atenção em HIV/aids.

Descrever o acesso aos serviços e insumos (testagem, preservativos, medicamentos) na atenção em HIV/aids.

Reconhecer a composição das rede de serviços municipal e estadual na atenção em HIV/aids.

Questões norteadoras

- Percepção do Coordenador sobre a aids no município.
- Estruturação do Programa Estadual e Municipal de DST/HIV/aids.
- Relação das Coordenações Estadual e Municipal e destas com a Nacional
- Configuração da rede de atenção em HIV/aids no município.
- Ações de atenção em HIV/aids desenvolvidas em cada ponto da rede de atenção.
- Presença de ações de enfrentamento do HIV/aids voltadas aos grupos específicos (adolescentes, mulheres, usuários de drogas, trabalhadores/as do sexo, HSH, indígenas).
- Percepção sobre a responsabilidade da Atenção Básica no enfrentamento da aids no município.
- Perspectiva de instalação de Serviço de Atenção Especializada no município.

- Fontes de recursos (municipal, estadual, federal) aplicada em ações anti-HIV/aids no município.
- Percepção sobre a suficiência dos recursos humanos e materiais para o enfrentamento do HIV/aids (prevenção, diagnóstico e tratamento).
- Prioridades de ações em HIV/aids pela Coordenação.
- Plano de educação permanente das equipes para o enfrentamento do HIV.
- Relação do Programa Municipal com a sociedade civil (Ex.: serviços privados, Conselhos, Comissões de HIV/aids, ONG's, outros).
- Percepção da Coordenação sobre o acesso da população de Saint Georges e população de transeuntes as ações e serviços de saúde do município de Oiapoque.
- Ações de controle do HIV/aids nas áreas de fronteira do Oiapoque com Saint Georges (ações e recursos financeiros)
- Desafios para a execução das ações no município.
- Percepção sobre a capacidade instalada e acesso frente à abertura da Ponte Binacional.

Apêndice III

Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana Francesa

Roteiro de entrevista – Gerentes e Profissionais das Unidades Básicas de Saúde

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação

- Código de identificação:
- Formação:
- Titulação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado):
- Tempo na função de gerente e ou profissional da UBS:
- Trajetória em gestão de serviço de saúde:

Objetivos

Relatar a participação do segmento controle social como entidade parceira na luta contra HIV/aids;

Descrever o envolvimento de trabalhadores: Atenção Básica, Hospital e Laboratório de Fronteira, na atenção em HIV/aids;

Descrever o acesso aos serviços e insumos (testagem, preservativos, medicamentos) na atenção em HIV/aids;

Reconhecer a composição da rede de serviços municipal e estadual na atenção em HIV/aids.

Questões norteadoras

- Percepção do gerente sobre o HIV/aids no município e na área adstrita da UBS.
- Perfil de população que busca atendimento na UBS.
- Motivos pela procura.
- Ações de promoção da saúde e prevenção do HIV/aids.
- Atuação dos profissionais envolvidos nas ações.
- Acesso dos usuários a UBS (fluxo, insumos, assistência).
- Suficiência dos insumos de prevenção e diagnóstico para DST/HIV/aids para responder às necessidades da Unidade.
- Percepção sobre o acesso da população de Saint Georges e população transeunte às ações e serviços de saúde do município de Oiapoque.
- Referência e contrarreferência dos casos de HIV/aids no Município (UBS em relação com os demais serviços- Lafron, Lacen e SAE).
- Reconhecimento de ações de enfrentamento do HIV/aids voltadas a grupos específicos (adolescentes, mulheres, usuários de drogas, trabalhadores/as do sexo, HSH, indígenas).
- Existência de ações compartilhadas com a sociedade civil (Ex.: serviços privados, Conselhos, Comissões de HIV/aids, ONG's).
- Facilidades/dificuldades e desafios da UBS no enfrentamento do HIV/aids.
- Educação Permanente dos trabalhadores no enfrentamento do HIV/aids.
- Percepção da capacidade instalada e acesso frente à abertura da Ponte Binacional.

Apêndice IV

Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana Francesa

Roteiro de entrevista - Direção do Hospital Estadual de Oiapoque/AP.

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação

- Código de identificação:
- Formação:
- Titulação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado):
- Tempo na função de gerente do Hospital:
- Trajetória em gestão de serviço de saúde:

Objetivos:

Descrever o envolvimento de trabalhadores: Atenção Básica, Hospital e Laboratório de Fronteira, na atenção em HIV/aids e Descrever o acesso aos serviços e insumos (testagem, medicamentos) na atenção em HIV/aids.

Questões norteadoras

- Percepção sobre o HIV/aids no município.
- Acesso do usuário com HIV/aids no hospital (fluxo, insumos, assistência).
- Suficiência dos insumos diagnóstico e tratamento para HIV/aids para responder às necessidades das pessoas que são internadas no Hospital.
- Disponibilidade de leito hospitalar para atendimento do paciente de aids.
- Atuação dos profissionais envolvidos nos cuidados ao usuário com aids.
- Percepção sobre o acesso do usuário local, de residentes de Saint Georges e de transeuntes, ao hospital local.
- Facilidades/dificuldades e desafios do Hospital no atendimento do usuário com HIV/aids.
- Perspectiva e facilidades de instalação de Serviço de Atenção Especializada no hospital.
- Percepção da capacidade instalada e acesso frente à abertura da Ponte Binacional.

Apêndice V

Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana Francesa

Roteiro de entrevista – Direção do Laboratório de Fronteira de Oiapoque/AP.

Marcadores da vulnerabilidade programática ao HIV/aids, adaptado de Ayres et al., 2006.

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação

- Código de identificação:
- Formação:
- Titulação acadêmica (especialização, mestrado, doutorado):
- Tempo na função no de gerente da UBS:
- Trajetória em gestão de serviço de saúde:

Objetivos

Descrever o acesso aos serviços e insumos (testagem, preservativos, medicamentos) na atenção em HIV/aids e Reconhecer a composição das redes de serviços municipal e estadual na atenção em HIV/aids.

Questões norteadoras

- Percepção sobre o HIV/aids no município.
- Acesso do usuário ao Laboratório de Fronteira.
- Oferta de exames diagnósticos em DST/HIV e operacionalidade (dia/hora de coletas, tempo de entrega de resultado).
- Suficiência dos insumos de diagnóstico para DST/HIV/aids para responder às necessidades da demanda.
- Fluxo de referência e contrarreferência no município e Estado. (do Lafron em relação às UBS, Hospital e Lacen).
- Funcionamento do sistema de registros.
- Percepção sobre a garantia da confidencialidade do usuário.
- Percepção sobre o acesso da população de Saint Georges e transeuntes aos serviços diagnósticos no município de Oiapoque.
- Percepção da capacidade instalada e perspectiva de acesso frente à abertura da Ponte Binacional.

Apêndice VI

Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana Francesa

Roteiro de entrevista - Representantes de Movimentos Sociais (Conselhos, ONG's, outros) que desenvolvam ações de prevenção e assistência em HIV/aids no município de Oiapoque/Ap

Data da entrevista: ____/____/____

Identificação

- Código de identificação:
- Entidade (Ex.: Conselhos, Comissões de HIV, ONG's)
- Tempo de atividade da instituição relacionada ao HIV/aids

Objetivo

Descrever a participação do segmento controle social como entidade parceira na luta contra HIV/aids.

Questões norteadoras

- Percepção do representante do controle social sobre o HIV/aids no município.
- Atuação em ações de prevenção, apoio e assistência em HIV/aids. Facilidades/dificuldades e desafios.
- Articulação e parcerias (Secretaria Municipal de Saúde de Oiapoque, GEA, outros) para realização de ações com foco ao HIV/aids. Facilidades/dificuldades e desafios.
- Articulação e parcerias com outros segmentos do controle social, facilidades/dificuldades para realização de ações com foco ao HIV/aids.
- Percepção da garantia dos direitos individuais (respeito, proteção e promoção dos direitos humanos) nos serviços de saúde municipais.
- Atuação na garantia dos direitos individuais (respeito, proteção e promoção dos direitos humanos) no contexto municipal.
- Percepção sobre o acesso aos serviços prestados à população local, de Saint Georges e transeuntes no município de Oiapoque.
- Percepção dos serviços frente à abertura da Ponte Binacional.

Apêndice VII

Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana Francesa

Roteiro de observação para análise documental

Aspecto: Expressão do compromisso dos governos

- Definição de ações nos Planos de Ações e Metas Estadual e Municipal de Saúde, voltadas ao enfrentamento das DST/HIV/AIDS (prevenção, diagnóstico e assistência) para o município de Oiapoque, de 2008 a 2011 e de 2012 a 2015;
- Relatórios de avaliação físico-financeira consolidados da execução de convênios entre Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Amapá e município de Oiapoque, no contexto das DST/HIV/aids (prevenção, diagnóstico e assistência), de 2008 a 2011 e 2012 a 2015;
- Relatórios de avaliação de ações programáticas em DST/HIV/aids para o município de Oiapoque, realizado pela Coordenação Estadual e Municipal, de 2008 a 2015;
- Atas de aprovação dos Planos de Ações e Metas em DSTs/HIV/aids, apresentados durante o processo de habilitação à política do incentivo nos Conselhos estadual e municipal de Saúde;
- Relatórios de execução de Planos de Anuais de saúde, Metas voltadas as DSTs/HIV/aids, nos exercícios 2012 a 2015.
- Indicação/discussão e registro de ações programáticas, da Comissão Transfronteiriça (Oiapoque/Br e Guiana Francesa) sobre questões no contexto das DST/HIV/aids com seleção de prioridades no período de 2008 a 2011 e 2012 a 2015.
- Relatórios de avaliação de ações programáticas em DST/HIV/aids na área de fronteira entre Oiapoque/Br e Guiana Francesa, 2008 a 2011 e 2012 a 2015;

Aspecto: Participação e controle social

- Relatórios da Conferência Municipal de Saúde - 2011 e 2015.
- Relatórios de avaliação de ações programáticas em DST/HIV/aids, realizada por Conselhos, Comissões de HIV/aids, ONG's, para Oiapoque e área de fronteira com e Guiana Francesa, no período de 2008 a 2011 e 2012 a 2015.

Apêndice VIII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o (a) Sr (a) para participar da pesquisa intitulada “**Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana francesa**” desenvolvida pelo Sr. João Farias da Trindade, enfermeiro, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (PPGE-EEUSP), área de concentração: Cuidado em Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata.

A pesquisa que tem como objetivo **Analisar a vulnerabilidade ao HIV/Aids na dimensão programática em um município de fronteira do Brasil com a Guiana Francesa**. A pesquisa integra o processo realização do curso de Pós-Graduação (Doutorado) do pesquisador.

Ao participar da pesquisa, o(a) sr(a) consentirá que o pesquisador utilize as informações prestadas para publicações em estudos, mantendo o sigilo de sua identificação (nome, local de trabalho, etc.). Poderá se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) sr(a) no desenvolvimento de suas funções. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário, através do contato do orientador.

A pesquisa será realizada na instituição em que o(a) Sr (a) trabalha ou noutro local pelo(a) Sr. (a) definido, sendo a entrevista individual ou em grupo, se for de sua preferência. Será realizada uma única entrevista com cada participante ou grupo, com duração de 40 a 60 minutos, utilizando-se de um gravador digital para gravação da entrevista e que o áudio será utilizado unicamente para captar a fala do(s) entrevistado(s), que posteriormente será transcrita. Todas as informações coletadas na entrevista serão estritamente confidenciais. Somente o pesquisador responsável e seu orientador terão acesso direto aos dados coletados.

A participação na pesquisa não traz danos à sua saúde nem implicações legais aos participantes, podendo surgir desconfortos com as questões levantadas e o risco do desconhecimento do tema tratado na pesquisa; em contrapartida, as suas informações serão de grande relevância para a compreensão da Vulnerabilidade à transmissão do HIV na sua região e para possível formulação de políticas de saúde no enfrentamento desta doença. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este termo será assinado em 2 (duas) vias, uma delas ficará com o(a) sr(a) e outra com o pesquisador.

O (A) sr(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Será assegurado o direito à indenização do participante no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa em consonância com a Resolução n. 466/2012 CNS/Conep.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) sr(a) terá acesso ao (s) pesquisador (es) responsável(eis) pela investigação para esclarecimento de dúvidas.

O principal pesquisador é o Sr. João Farias da Trindade, que poderá ser encontrado no endereço Rua dos Jenipapos nº 390 – Bairro Açaí, CEP 68.908-843, Macapá-AP ou pelos Telefones: 96-98124. 8208 e 96-99136.6772 ou pelo e-mail jftrindade2007@gmail.com.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma voluntária para participar desta pesquisa, assinando, por favor, a linha que se segue.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma voluntária e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Pesquisador(a)
Contato: jftrindade2007@gmail.com
Fones: (96) 98124-4208 e 99136-6772

Contato do Orientador: luciaizumi@gmail.com. Fone: (11) 99681-0130

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7652 – FAX 3061-7662
C.P. 5751 – CEP 01061-970

CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Ilmo(a). Sr(a).

Dr(a).

DD.

Vimos, por meio desta, convidar vossa senhoria ou pessoa indicada para participar da pesquisa “Dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/Aids na fronteira no norte do Brasil com a Guiana Francesa”, bem como pedir autorização de consulta de documentos acerca de acordos/convênios desta instituição para atendimentos de casos de portadores de HIV e aids.

Para maior compreensão, anexamos o resumo do projeto temático e folha de rosto do cadastro da pesquisa no Conep, sob orientação da Prof^a Dr^a Lúcia Y. Izumi Nichiata da Escola de Enfermagem da USP, que pretende evidenciar a vulnerabilidade programática ao HIV/aids em um município de fronteira do Brasil e descrever as medidas de enfrentamento adotadas diante do aumento de casos da doença nos últimos anos.

Neste primeiro momento, estamos convidando os gerentes e profissionais de serviços de saúde locais, como hospitais, laboratórios e Unidades Básicas de Saúde para participarem da pesquisa acima mencionada e, na segunda fase a ser desenvolvida em data futura, tratará da coleta de dados propriamente dito através de entrevistas e análise de documentos para os motivos acima descritos.

Dessa forma, solicitamos apoio e colaboração.

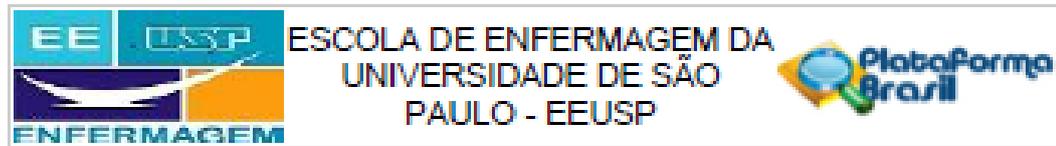
Certos da valiosa contribuição, manifestamos apreço e consideração.

Atenciosamente,

João Farias da Trindade
 Aluno do Curso de Doutorado em Ciências
 Escola de Enfermagem da USP

Prof^a Dr^a Lúcia Y. Izumi Nichiata
 Depto de Enfermagem em Saúde Coletiva
 Escola de Enfermagem da USP

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA AO HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA DO BRASIL

Pesquisador: João Farias da Trindade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50877415.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.433.684

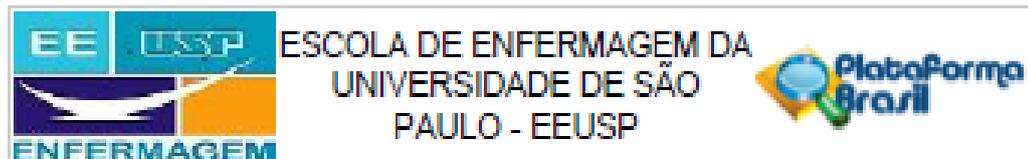
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Doutorado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O projeto terá como objeto a vulnerabilidade programática ao HIV/AIDS no município de Olapoque, localizado em uma região de fronteira entre o Brasil e a Guiana Francesa, caracterizado como um local de trânsito de pessoas, de circulação de drogas, prostituição, marginalidade, entre outros condicionantes e determinantes que têm contribuído para o aumento da incidência dos casos de aids.

A pesquisa foi delimitada como um estudo de caso, descritivo de abordagem qualitativa. Serão entrevistados 14 participantes, constituídos pelos gerentes das Unidades Básicas de Saúde, do Hospital estadual local, do laboratório de fronteira, dos coordenadores estadual e municipal do programa de DST/AIDS, os representantes de organizações sociais (ONGs, associações, grupos de apoio); e será conduzido um estudo de análise documental baseado nos planos estadual e municipal de saúde, nos Planos de Ações e Metas, nas políticas de saúde para região de fronteira do Brasil, nos acordos internacionais e demais financiamentos para essa região. Os conteúdos transcritos das entrevistas e dos documentos serão analisados segundo a técnica da análise de conteúdo, podendo ser utilizado o software NVivo 10 for Windows e o CHIC8. O referencial

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-5055 E-mail: cepes@usp.br



Continuação do Projeto: 1.430.884

adotado será o conceito de vulnerabilidade, com ênfase à vulnerabilidade coletiva/programática. Os instrumentos de coleta dos dados constam dos anexos do protocolo da pesquisa.

A proposta apresenta o cronograma de execução com término previsto para junho de 2016. O projeto foi orçado em R\$ 16.880,00 e será custeado pelo próprio pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar a vulnerabilidade programática ao HIV/aids em um município de fronteira do Brasil e descrever as medidas de enfrentamento adotadas diante do aumento de casos da doença nos últimos anos.

Objetivos específicos:

1. Analisar a expressão do compromisso (acordo) dos governos estadual/municipal com base nos planos de saúde e documentos afins no combate ao HIV/aids;
2. Reconhecer a participação (cooperação, operação) do controle social como parceiro na luta contra HIV/aids;
3. Descrever o envolvimento (compromisso) de trabalhadores: Atenção Básica, Hospital e Laboratório de Fronteira, na atenção em HIV/aids;
4. Caracterizar o processo de articulação multissetorial (intra e intersectorial) das ações no contexto da atenção em HIV/aids;
5. Descrever o acesso aos serviços e insumos (testagem, preservativos, medicamentos) na atenção em HIV/aids;
6. Reconhecer a composição (organização/disposição) da rede de serviços municipal e estadual na atenção em HIV/aids.

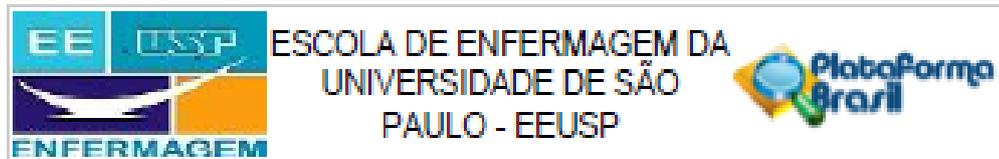
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informou no protocolo de pesquisa no sistema da Plataforma Brasil, os possíveis riscos aos participantes do estudo, ou seja, o constrangimento em responder algumas perguntas, assegurando a possibilidade de recusa. Quanto aos benefícios poderá contribuir para a produção de conhecimento científico sobre a dinâmica da epidemia em contextos de fronteira, bem como para o aperfeiçoamento das políticas de saúde e ações programáticas direcionadas ao controle do HIV/aids e demais DST nessas localidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado de forma adequada e contempla os aspectos éticos. Os roteiros das

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11) 3061-6868 E-mail: cepae@usp.br



Continuação do Parecer: 1.433.694

entrevistas foram detalhados e estão adequados aos objetivos propostos no estudo. O roteiro de leitura e análise dos documentos de gestão foram especificados no projeto.

Constam do protocolo apresentado, os ofícios endereçados, com a anuência do Secretário Municipal de Saúde de Olapoque, da Chefe da Divisão de Vigilância Epidemiológica, do diretor do Hospital Estadual de Olapoque/SESA, dos diretores das USBs Planalto, Nova Esperança – Olapoque e Infraero – Olapoque, informando sobre o objetivo do projeto e solicitando a indicação dos profissionais para as entrevistas, bem como o acesso aos documentos de gestão.

Em atenção ao parecer anterior, o pesquisador adequou o início da coleta dos dados para 15/03/2016, período posterior à aprovação do projeto pelo CEP da EEUSP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dirigido aos profissionais da saúde e representantes da sociedade civil, consta do protocolo de pesquisa e detalha o processo de convite aos participantes do estudo.

O TCLE foi redigido em formato de convite e em linguagem adequada aos participantes; informa o objetivo do estudo; assegura o anonimato e a liberdade de participação sem qualquer tipo de prejuízo; detalha os procedimentos e o tempo estimado para a coleta dos dados; os possíveis riscos e benefícios da participação no estudo; o endereço completo e os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP; assegura o direito à indenização do participante no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa; que não haverá compensação financeira pela participação no estudo; e que o documento foi elaborado em duas vias que serão assinadas e rubricadas, sendo uma via para o participante e a outra para o pesquisador.

Em atenção ao parecer anterior, o TCLE foi revisado pelo pesquisador e está em consonância com a resolução 466/2012 CNS/Conep.

Recomendações:

Não há recomendações.

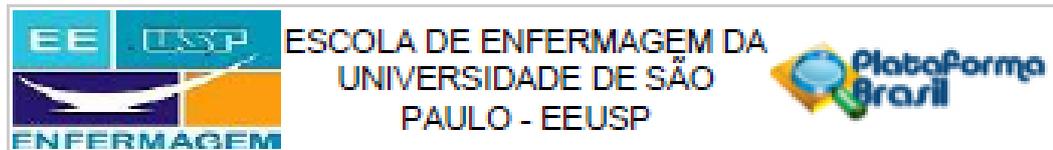
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo da pesquisa não apresenta óbices éticos que impeçam a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da Instituição coparticipante, antes do início da coleta

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-6858 E-mail: cep@ee@usp.br



Continuação do Parecer: 1.433.684

de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_510215.pdf	28/01/2016 18:30:45		Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_NOVO.pdf	28/01/2016 18:29:49	João Farias da Trindade	Aceito
Outros	PROJETO_DOUTORADO_Atual.doc	28/01/2016 18:27:56	João Farias da Trindade	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO.pdf	09/11/2015 18:05:40	João Farias da Trindade	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	26/10/2015 16:11:04	João Farias da Trindade	Aceito
Outros	PROJETO_DOUTORADO.doc	11/10/2015 01:15:10	João Farias da Trindade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DOUTORADO_detalhado.pdf	02/09/2015 01:22:50	João Farias da Trindade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO PAULO, 02 de Março de 2016

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-8058 E-mail: copen@usp.br