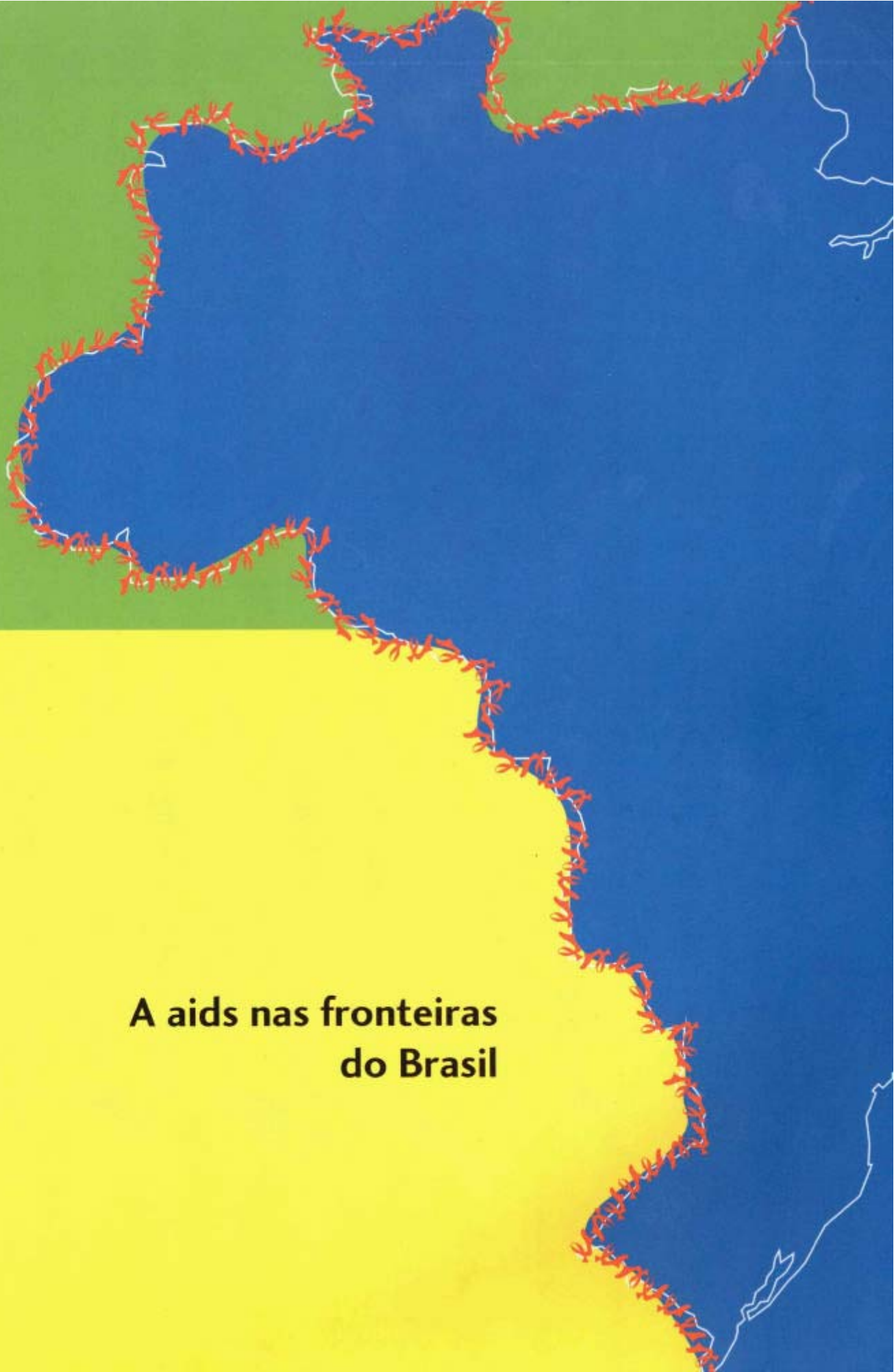


## A aids nas fronteiras do Brasil





**A aids nas fronteiras do Brasil:  
diagnóstico estratégico da situação da epidemia de aids  
e doenças sexualmente transmissíveis nas fronteiras do Brasil**

Equipe Responsável pela Pesquisa:  
Population Council:  
Juan Diaz, Loren Galvao,  
Magda Chinaglia  
Sheri Lippman  
PN-DST/Aids:  
Ivo Brito  
Vera Lopes

2003

©2003. Ministério da Saúde  
É permitida a reprodução parcial ou total desta,  
desde que citada a fonte.  
Série Estudos Pesquisas e Avaliação nº 6  
Tiragem: 1000 exemplares

**Ministro de Estado da Saúde**  
Humberto Costa

**Secretário de Vigilância em Saúde**  
Gastão Wagner

**Diretor do Programa Nacional de DST e Aids**  
Alexandre Grangeiro

**Diretores Adjuntos**  
Raldo Bonifácio  
José Ricardo Pio Marins

**Elaboração distribuição e informações:**

**MINISTERIO DA SAÚDE**  
Secretario de Vigilância em Saúde  
Coordenação Nacional de DST e Aids  
Av. W3 Norte. SEPN 511, bloco C  
CEP: 70750-543 Brasília - DF  
e-mail: [aids@aids.gov.br](mailto:aids@aids.gov.br)  
home page: <http://www.aids.gov.br>  
Disque saúde: 0800 61 1997

**Edição**  
Eliane Izolan - Responsável pela Assessoria de  
Comunicação da CN-DST/AIDS  
Denise Doneda - Responsável pela Unidade de  
Prevenção da CN-DST/AIDS

**Editor:** Dario Noleto  
**Editor** - assistente: Nágila Paiva e Telma Tavares R. Sousa  
**Projeto gráfico e capa:** Claudia Balaban  
**Diagramação e arte-final:** Alissom Lázaro de Araújo

**Equipe de campo:**  
**Universidade Federal de São Carlos/UFSCAR** Aida  
Victoria Montrone  
**Qualiaids/Universidade Estadual de São Paulo/USP**  
Angela Donini  
**Reprolatina**  
Carlos Cavalcante. Elaine Prandi Pedro  
**Centro de Pesquisas Materno-Infantis de  
Campinas/CEMICAMP**  
Eliana Hebling  
**United States Agency for International  
Development/USAID**  
Glenn Sessions  
**Coordenação Nacional de DST/Aids**  
Ivo Brito, Vera Lopes  
**Population Council do Brasil**  
Juan Diaz. Loren Galvão, Magda Chinaglia,  
Sheri Lippman  
**Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP**  
Maria Aparecida Campos,  
Maria Aparecida Montagnoli Moura  
**Coord. do Progr. Munic. de DST/Aids de Campinas**  
Maria Cristina Ilário  
**Consultora Independente**  
Maria Silvia Fruet, Shelly Nicholson

**Capacitação:**  
Margarita Díaz e Francisco Cabral (Reprolatina)

**Editoração e apoio administrativo:**  
Álvaro Marinho (Reprolatina)  
Kátia Amorim, Kátia Lima, Lúcia Brito e Silvana Müller  
(Population Council do Brasil)

**Apoio Financeiro:**  
Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados  
Unidos (USAID) – nº 645 103 257  
CN-DST/Aids do Ministério da Saúde

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids.  
Á aids nas fronteiras do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. –  
Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

164 p.: il.: color.

ISBN 85-334-0717-3

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – Epidemiologia – Brasil. 2. HIV – Epidemiologia. 3. Doenças Sexualmente  
Transmissíveis. 4. Áreas de Fronteira. I. Brasil. Ministério da Saúde.  
II. Brasil. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST

“O HIV, portanto, tem demonstrado repetidamente sua capacidade de cruzar todas as fronteiras – sociais, culturais, econômicas e políticas – e as condições que fomentam sua disseminação são complexas e mutantes.”

Jonathan Mann, 1993 – Aids no Mundo



O Population Council é uma organização de pesquisa não-governamental, sem fins lucrativos, que tem por finalidade melhorar o bem-estar e a saúde reprodutiva das gerações atuais e futuras em todo o mundo e contribuir para alcançar um equilíbrio humanitário, justo e sustentável entre pessoas e recursos.

O Population Council conduz pesquisas na área biomédica, ciências sociais e saúde pública, trabalha com agências públicas e privadas para promover serviços de saúde reprodutiva integrais, de alta qualidade e centrado nos(as) clientes; colabora com os governos para planejar e implementar políticas justas e sustentáveis de desenvolvimento e população; comunica os resultados de suas pesquisas em população para um público diversificado e amplo; e contribui para melhorar a capacidade de pesquisa em países em desenvolvimento. Fundado em 1952, o Population Council é dirigido por um Conselho Internacional, tem sua sede em Nova York-EUA e apóia uma rede global de escritórios regionais e locais.





## Apresentação

Por ser o Brasil um país de proporções continentais e fazer fronteiras com a maioria dos países da América do Sul e por se saber que uma das tendências da epidemia de aids é a interiorização, se fazia necessário escudo que retratasse a situação epidemiológica nas áreas de fronteiras.

O trabalho leva em conta a análise contextual de vulnerabilidade das fronteiras, o que permite uma análise maior do problema. Partiu-se para o campo e observou-se a característica de cada localidade para estabelecer o perfil dessas populações. Aqui se delineia a situação da epidemia para podermos traçar estratégias de atuação política que envolvam governos em uma política para populações fronteiriças. Mais do que uma pesquisa Aids nas fronteiras do Brasil é uma proposta de “compromisso ético e político” para a garantia da equidade, em que se respeitam as diferenças para que todos tenham direitos iguais.

Aids nas fronteiras do Brasil é a concretização do esforço conjunto de todos aqueles que lutam contra a epidemia de aids e de todos aqueles que sabem que essa luta não tem limites geográficos.

Alexandre Grangeiro

Diretor do Programa Nacional de DST e Aids



## Agradecimentos

Muitas pessoas colaboraram na realização deste estudo, e todas elas ofereceram contribuições importantíssimas, pelas quais estamos profundamente agradecidos. Pedimos desde já desculpas por eventuais omissões, certamente involuntárias.

Agradecemos a todos os que atuaram conosco no trabalho de campo, profissionais pertencentes tanto à área da saúde quanto a outros setores de instituições públicas e privadas, sem os quais este trabalho não teria sido possível, especialmente:

à equipe do escritório do Population Council do Brasil, que colaborou intensamente para que todas as etapas deste trabalho fossem adequadamente cumpridas;

à equipe profissional da Reprolatina, que teve participação fundamental não somente na capacitação, como também no apoio à pesquisa em diversos momentos;

à equipe do escritório do Population Council, em Nova York, pelo apoio técnico e administrativo durante o desenvolvimento desta pesquisa;

à equipe de profissionais da FIOCRUZ que elaborou o documento de base para este estudo;

a todas as pessoas que, anonimamente, colaboraram conosco na realização deste trabalho, seja concedendo entrevistas, respondendo as questões apresentadas, ajudando a coletar informações, cooperando nas observações de serviços, ou participando de entrevistas coletivas;

ao pessoal da Coordenação Nacional de DST e Aids, cuja colaboração preciosa extrapolou em muito os limites de suas obrigações profissionais, permitindo que este trabalho fosse desenvolvido de maneira apropriada e eficiente;

à Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos (USAID) e da CN-DST/Aids, dos quais, o apoio técnico e financeiro foi imprescindível para a execução deste projeto.



## Sumário

<b>Apresentação</b>	7
---------------------	---

<b>Agradecimentos</b>	9
-----------------------	---

<b>Introdução</b>	13
-------------------	----

### **Por que estudar o comportamento do HIV/aids especificamente nas fronteiras?**

Economia nas fronteiras	16
-------------------------	----

A população nas fronteiras	18
----------------------------	----

Distância dos grandes centros urbanos	20
---------------------------------------	----

## Metodologia

### **O Enfoque Estratégico**

#### **Implementação do Estudo**

Estabelecimento das bases	24
---------------------------	----

Preparação do trabalho de campo	25
---------------------------------	----

Capacitação da equipe de pesquisa	26
-----------------------------------	----

Planejamento administrativo e logístico do trabalho de campo	26
--	----

O trabalho de campo	27
---------------------	----

Redação dos relatórios e disseminação de informações	28
--	----

## Resultados

Uma breve revisão de alguns dados quantitativos	30
---	----

Visão geral dos achados qualitativos	31
--------------------------------------	----

### **Corumbá**

Características Fronteiriças	39
------------------------------	----

Principais Achados	40
--------------------	----

Conclusões	43
------------	----

Recomendações	44
---------------	----

### **Foz do Iguaçu**

Características Fronteiriças	42
------------------------------	----

Principais Achados	50
--------------------	----

Conclusões	52
------------	----

Recomendações	53
---------------	----

### **Guajará-Mirim**

Características Fronteiriças	58
------------------------------	----

Principais Achados	59
--------------------	----

Conclusões	62
------------	----

Recomendações	63
---------------	----

### **Oiapoque**

Características Fronteiriças	68
------------------------------	----

Principais Achados	69
--------------------	----

Conclusões	71
------------	----

Recomendações	72
---------------	----

## **Tabatinga**

Características Fronteiriças .....	77
Principais Achados .....	78
Conclusões .....	81
Recomendações .....	82

## **Uruguiana**

Características Fronteiriças .....	87
Principais Achados .....	89
Conclusões .....	92
Recomendações .....	93

## **Discussão**

Origens do Marco Conceitual de Vulnerabilidade para HIV .....	98
As Populações de Fronteira .....	100
Aspectos Programáticos e de Serviços .....	105
Algumas reflexões sobre capacitação .....	111
Mobilização Social na Fronteira .....	112

<b>Pesquisa</b> .....	115
-----------------------	-----

<b>Conclusões</b> .....	124
-------------------------	-----

<b>Recomendações</b> .....	126
----------------------------	-----

<b>Referências Bibliográficas</b> .....	129
---	-----

<b>Anexo 1</b> .....	135
----------------------	-----

<b>Anexo 2</b> .....	140
----------------------	-----

<b>Anexo 3</b> .....	157
----------------------	-----

## Introdução

Desde seu descobrimento, no final da década de 1970, a aids tem se proliferado muito rapidamente, provocando uma grande devastação, destruindo famílias e comunidades em todas as regiões do mundo. A epidemia tem penetrado em diferentes culturas e espaços, atingindo pessoas de todas as faixas etárias e de níveis socioeconômicos, e calcula-se que mais de 40 milhões de pessoas estavam contaminadas pelo HIV no fim do ano de 2001 [1]. O rápido avanço e a ampla disseminação da epidemia têm demonstrado que, sem dúvida, a comunidade mundial está intimamente interconectada e que as barreiras geográficas e as fronteiras políticas conservam um caráter apenas simbólico em relação ao HIV/aids.

Além do fato de as áreas de delimitação entre países não oferecerem nenhum obstáculo à transmissão da doença, a epidemia também tem mostrado que as zonas fronteiriças podem ser áreas cuja população apresenta alta vulnerabilidade ao HIV/aids. As crescentes facilidades de comunicação e o conseqüente aumento do fluxo de pessoas de um país para outro têm favorecido a disseminação da doença. Por essa razão, as regiões de fronteira vêm recebendo atenção global no sentido de se controlar tal ocorrência. “Em alguns países, têm se observado taxas mais altas de infecção nas rotas de transporte e nas áreas fronteiriças” [2,3]. Por exemplo, os dados sobre a soroprevalência no Camboja, em Mianmar (nome atual da Birmânia) e na Tailândia indicam que “as populações nas províncias fronteiriças têm incidências mais altas de infecção pelo HIV que as províncias afastadas das fronteiras” [4]. Na Índia, também foi observada a mesma situação, mostrando que as áreas próximas à fronteira com Mianmar têm incidência de notificação de casos mais alta que nas províncias afastadas da fronteira [5]. Há registros de que, em vários países da África, as cidades fronteiriças apresentam taxas de infecção bem mais altas que as das capitais [6].

Com relação ao Brasil, apesar do grande número de estudos sobre a epidemia e o compromisso do Programa Nacional de DST e Aids, sem paralelo em outras áreas da saúde, não se sabe com precisão quais são as condições atuais do problema nas extensas regiões de fronteira, e essas áreas não têm recebido uma atenção específica. Entretanto, as pesquisas nacionais vêm demonstrando repetidamente importantes tendências na evolução da epidemia, como sua rápida pauperização e feminização.

“Uma análise do perfil socioeconômico da aids no Brasil (...) tem demonstrado que a epidemia afeta agora os segmentos mais pobres e marginalizados da população brasileira” [7]. Também é importante assinalar que a epidemia está em processo de interiorização e de difusão em direção às áreas de maior expansão econômica...[8]. Como afirma Brito, ao comentar o trabalho de Leonardi [9]: “Há evidências de um processo de interiorização, ‘por saltos’, da epidemia, que está diretamente associada ao modo de ‘inclusão’ das sociedades latino-americanas no processo de globalização, cujas características de diminuição do espaço/tempo – crescente mobilidade populacional, integração dos espaços regionais da economia de mercado e as mudanças do padrão de exploração da força de trabalho, gerando uma mão-de-obra mais flexível e móvel e uma massa crescente de excluídos – têm produzido uma ‘ecologia’ favorável à emergência de novas doenças, inclusive a aids”. Pelos dados nacionais, é difícil saber se essa expansão da epidemia, característica do Brasil, inclui as fronteiras, já que a maioria dos municípios fronteiriços apresentam graves deficiências nos sistemas de registro e notificação, nos quais, freqüentemente, os casos da doença são registrados em outras cidades, ou seja, a notificação é feita em outra região.

A extensa fronteira do Brasil (15.719 km), abrangendo nove países e o Departamento Ultramarino Francês da Guiana, é complexa e apresenta diferenças substantivas quanto ao povoamento, à heterogeneidade dos contatos interculturais e à inserção econômica das regiões de fronteira no mercado mundial. O fato de fazer fronteira com quase todos os países sul-americanos implica um enorme potencial de influência recíproca em relação à transmissão do HIV entre os países limítrofes. Além disso, algumas fronteiras são extremamente isoladas, o que aumenta as possibilidades de barreiras logísticas e programáticas para oferecer acesso adequado a medidas preventivas, de diagnóstico e assistência em relação às DST e à aids.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde sugeriu uma pesquisa mais profunda da situação da epidemia nas fronteiras, selecionando seis localidades que representassem a enorme variedade de características dessas áreas, tais como: recursos destinados à saúde, nível socioeconômico da população, ambiente geográfico, densidade populacional, situação política nacional e internacional, origem étnica, entre outras. O objetivo primordial era realizar nas fronteiras um diagnóstico estratégico da situação do HIV que permitisse desenvolver estratégias efetivas para diminuir a expansão da epidemia entre os países.



O Population Council, instituição detentora de larga experiência na realização desse tipo de estudos, foi selecionado para coordenar tecnicamente e administrar o projeto, em colaboração estreita com a Coordenação Nacional de DST e Aids (CN-DST/Aids), com o apoio técnico e financeiro da Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos (USAID). O estudo foi planejado e implantado em 2001.

Este relatório apresenta a metodologia utilizada no estudo de cada município, uma discussão dos fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade das populações dessas regiões, incorporando as experiências internacionais sobre o tema, e termina apresentando recomendações políticas, programáticas e de pesquisa. Este trabalho, apresentado num seminário em maio de 2002, é o primeiro resultado desse esforço para documentar detalhadamente a situação da epidemia de HIV/aids nas fronteiras brasileiras e oferecer recomendações para a ação, algumas das quais já começaram a ser implementadas.

### **Por que estudar o comportamento do HIV/aids especificamente nas fronteiras?**

As fronteiras, em vez de dividir ou separar as populações, limitando a disseminação do vírus e da doença, têm se transformado tanto em pontos críticos de intercâmbio de mercadorias e idéias quanto em zonas de grande movimentação de pessoas, que as cruzam para se estabelecerem na região ou são itinerantes, que se deslocam de uma região para outra do país por períodos curtos. Por oferecerem muitas oportunidades de contato entre indivíduos de variada origem, criam-se novas redes econômicas, sociais e sexuais, nas quais as pessoas, freqüentemente, mudam radicalmente seus comportamentos. Também há algumas fronteiras que são áreas críticas em termos de comércio ilegal e tráfico de drogas, armas e pessoas, concentração de indivíduos em situação legal irregular, migrações, marginalização e outros fatores que podem favorecer a expansão da epidemia.

Por outro lado, ainda que as fronteiras estimulem esse intercâmbio de idéias e ampliem as redes sociais, a idéia de divisão, segregação e os preconceitos derivados desses conceitos levam a conflitos sociais importantes.

As fronteiras também podem representar áreas de “disrupção social produzida pela movimentação através dos limites entre os países... Essa insegurança social favorece a criação de uma gama de relações sociais em que se misturam temores, entre eles o temor à deportação, violência e exploração (...) que por sua vez facilitam o uso e abuso de drogas e a formação de subculturas sexuais...” [10].

Além disso, algumas regiões de fronteira se situam muito distantes das áreas urbanas nas quais se concentra o poder político e econômico, ficando, por essa razão, afastadas dos recursos, entre eles os serviços sociais e cuidados especializados com a saúde, que poderiam resolver alguns dos problemas enfrentados pelas populações locais.

### Economia nas fronteiras

As condições econômicas, que soem ser muito instáveis nas áreas de fronteira, exercem uma grande influência sobre as condições que afetam a vulnerabilidade das pessoas, diminuindo-a ou exacerbando-a, ou seja, inibindo a transmissão do vírus ou favorecendo-a. Como já foi dito, há nas fronteiras uma grande movimentação de mercadorias, legais e ilegais, tráfico de drogas, armas e tráfico de mulheres, gerando um constante fluxo de pessoas, muitas das quais vivem marginalizadas e sem acesso aos serviços sociais ou de saúde. Além disso, nos locais onde é alta a frequência do uso de drogas injetáveis, maior é o risco de transmissão da infecção. Mesmo naqueles que não apresentam tal característica, a droga *per se* já é um fator de risco, porque os usuários, habitualmente, apresentam comportamentos sexuais que facilitam a exposição à doença e, muitas vezes, entram no comércio sexual como uma estratégia para conseguir droga ou, simplesmente, como meio de sobrevivência [11].

Por outro lado, é frequente que em termos de riqueza haja desequilíbrio entre as populações de países vizinhos, o que determina o sentido em que as mercadorias fluem majoritariamente. Por exemplo, as drogas são produzidas, habitualmente, nos países mais pobres, em regiões afastadas dos grandes centros urbanos e, em geral, “exportadas” ilegalmente para os países mais ricos. Isso é feito através das fronteiras com sistemas de fiscalização mais fracos. A seguir, elas são então transportadas, principalmente, para as áreas de consumo nos grandes centros urbanos dos países mais abastados.

Esse fenômeno tem sido bem documentado nas áreas fronteiriças da Alemanha, que são a via de entrada da droga na região ocidental do país, onde há um grande mercado de consumo, partindo dos países da parte oriental que formavam o bloco soviético, bem mais pobres [12]. Na Ásia, o fenômeno é muito semelhante. Mais de 90% da produção de ópio da região do sudeste asiático é produzida na área fronteiriça de Mianmar e ingressa ilegalmente na China e na Índia, onde é consumida ou distribuída a outros países [5].

Pelas suas dimensões e capacidade de consumo, o Brasil também atrai a entrada da droga proveniente da Bolívia e Colômbia, cujas economias são bem mais acanhadas e o mercado, pequeno. A droga que entra pelas fronteiras de escassa fiscalização é consumida, em pequena proporção, nas cidades fronteiriças, de onde, em sua maior parte, é enviada aos grandes centros urbanos. Nessas circunstâncias, as rotas de tráfico na Ásia têm sido relacionadas ao potencial maior de transmissão da infecção entre fronteiras provavelmente pelo uso compartilhado de seringas [5].

A farta disponibilidade de droga de baixo custo leva a uma concentração de pessoas que são atraídas pela possibilidade de obtenção da droga de modo contínuo, o que leva, como conseqüência, ao aumento da criminalidade e da população carcerária, que inclui uma proporção importante de estrangeiros. Esse padrão tem sido documentado na Europa, cujas populações carcerárias nas áreas de fronteiras, da mesma forma que no Brasil, apresentam uma composição variada em matéria de nacionalidade [12]. Nos presídios de Foz do Iguaçu, Tabatinga e Corumbá, muitos dos reclusos são estrangeiros, que em sua grande maioria estão ali por terem sido surpreendidos, transportando droga através da fronteira.

As características da economia nas fronteiras podem estimular a formação de redes de atividades sexuais, entre elas o comércio de sexo. Em algumas áreas, especialmente aquelas em que a população é fundamentalmente masculina, há grande demanda de serviços sexuais. Nas zonas fronteiriças da África Ocidental, demonstrou-se que o dinheiro dos soldados, caminhoneiros e comerciantes ilegais, todos eles populações altamente nômades, criou uma grande demanda de parceiros sexuais [13]. Outro fator importante é a alta proporção de pessoas engajadas em atividades ilegais. A ilegalidade cria um contexto de anonimato e de falta de direitos que marginaliza as pessoas dos sistemas sociais, inclusive dos serviços de saúde.

Por outro lado, os que procuram os serviços os sobrecarregam e comprometem seus recursos, uma vez que eles não recebem nenhuma compensação financeira pelo atendimento de pessoas em situação irregular.

### A população nas fronteiras

A população nas fronteiras apresenta uma grande diversidade, uma vez que é composta por pessoas de diferentes origens, etnias, níveis econômicos, sociais e educacionais, que se misturam num contexto quase sempre diferente daquele em que viviam em sua sociedade de origem e muitas vezes hostil do ponto de vista social e político. Os estrangeiros, residentes temporários ou permanentes, especialmente os que estão em situação irregular – os mais freqüentes –, podem sofrer discriminação e não ter acesso aos serviços de saúde. Isso talvez se deva a barreiras estruturais que impedem o acesso ou a fatores emocionais. Os estrangeiros muitas vezes não sabem onde obter serviços ou têm outras prioridades, tais como conseguir documentos, trabalho ou um lugar onde morar, o que faz que a saúde, especialmente a prevenção, seja vista como um problema de segunda ou terceira ordem. Esses problemas de acesso não são exclusivos dos estrangeiros, já que os migrantes nacionais também podem enfrentar restrições aos serviços e discriminação. Isso cria condições para que esses grupos apresentem maior vulnerabilidade à infecção.

As fronteiras, por atraírem uma variedade de migrantes e populações móveis, nacionais e de outros países, desde o começo da epidemia, criaram uma questão de alta relevância. Estudos com populações de alta mobilidade (caminhoneiros, trabalhadoras do sexo e militares) têm mostrado que a mobilidade, tanto migratória quanto transitória, está associada a altas taxas de infecção [2] e que o vírus se dissemina a partir de áreas de alta para as de baixa prevalência nos indivíduos de grande mobilidade [11]. O vínculo entre mobilidade e vulnerabilidade ao HIV e a presença de auto-estradas no sul da África, por exemplo, têm sido reconhecidos como fatores de alta vulnerabilidade ao vírus [14].

Embora já se tenha demonstrado que a mobilidade sempre está estreitamente ligada à disseminação da epidemia, o fato de ser móvel, *per se*, não é um fator de risco em relação ao HIV/aids.

O fator de risco está nas situações enfrentadas pelas populações móveis e nos comportamentos que adotam ou que são induzidos a adotar durante os períodos de mobilidade, que aumentam a vulnerabilidade e o risco de contrair a infecção [2]. Além disso, muitos migrantes são indivíduos de baixa renda e, conseqüentemente, já vivem em situação de alta vulnerabilidade [4].

Além do mais, os migrantes não contam com o apoio familiar, o que também aumenta sua vulnerabilidade. Adicionalmente, "as mulheres que moram em locais de fronteira estão numa situação de maior risco para HIV/aids porque têm maior possibilidade de ter parceiros móveis, que por sua vez apresentam um risco maior de ser portadores" [4]. Em geral, "a vulnerabilidade dos migrantes está intimamente relacionada com suas relações de poder com a sociedade local e o grau de discriminação que sofre" [15].

Essas situações de risco não são exclusivas das áreas de fronteira. Um estudo no Camboja documentou que os comportamentos de risco não eram mais freqüentes entre migrantes nas áreas de fronteira do que em outras regiões [11]. Acrescente-se que, em geral, nas áreas de fronteira há um número maior de migrantes do que em outras zonas com características similares, mas afastadas das fronteiras. No Brasil, é oportuno lembrar que a porcentagem de estrangeiros nas áreas de fronteiras é de 2,5%, quatro vezes maior que a média do país (0,6%) [16].

Especialmente quando os recém-chegados às fronteiras entram em contato com usuários e traficantes de drogas e indivíduos comuns (turistas, caminhoneiros e outras migrantes), habitualmente vivendo sem parceira, o comércio sexual aparece como uma opção atraente para as mulheres marginalizadas. Nas áreas de fronteira da Europa, o comércio sexual de estrangeiras é determinado pelo desnível de prosperidade entre países vizinhos. Por exemplo, as mulheres dos países recentemente separados da comunidade soviética buscam trabalho nas fronteiras com a Alemanha, e os clientes alemães procuram as trabalhadoras sexuais estrangeiras nas fronteiras, porque seus serviços custam menos e pela possibilidade maior de manter o anonimato [12]. Na Ásia, a migração de trabalhadoras sexuais também é determinada pelo desnível de prosperidade, desde os países mais pobres, como Filipinas, Tailândia e Indonésia, aos mais afluentes, como Cingapura e Malásia. Essas mulheres podem estar sujeitas a um risco maior de se contaminar com o HIV, porque, estando em condições irregulares, habitualmente, são vítimas de abuso por parte dos empregadores e se engajam, freqüentemente, no comércio sexual [17].

Os limites que, às vezes, separam países de sistemas sociais muito diferentes podem ter profunda influência no comportamento dos indivíduos, especialmente no âmbito sexual. “Em geral, o comportamento sexual, como qualquer outro comportamento, envolve um complexo conjunto de interações governadas por uma série de valores individuais, familiares e sociais. Quando as pessoas são retiradas dessa rede de relações por migração, elas enfrentam uma maior vulnerabilidade ao HIV/aids, por seus comportamentos, que podem mudar radicalmente, ou por ações de outrem” [4]. Esta resposta foi identificada num estudo desenvolvido na fronteira entre o Laos e a Tailândia, onde o autor da pesquisa assinala que “O cruzamento de fronteiras implica aventurar-se para dentro de um novo espaço territorial e/ou psíquico. O sentido simbólico implícito de transgressão investe-se de interações sensuais (...) as fronteiras oferecem pontos autênticos de excitação” [10].

O fato de estar vivendo num contexto de liberdade em relação às normas sociais pode provocar em algumas pessoas a vontade de transgredir os padrões habituais de conduta e engajar-se em comportamentos de risco que nunca seriam praticados em sua comunidade de origem. Como já se observou, esse fenômeno também ocorre com turistas sexuais. O turismo internacional guarda certa relação com a transmissão de DST, inclusive HIV/aids [4]. Vários estudos têm mostrado que, apesar de ter conhecimentos suficientes sobre aids, os turistas podem não reconhecer as situações de risco pessoal com respeito ao HIV/aids e ser negligentes no uso de preservativo. Esses comportamentos podem indicar que, em um contexto novo ou exótico, pode haver mudanças de comportamento importantes e relaxamento das medidas de precaução. [4]. Destacam-se, principalmente, os turistas sexuais, que buscam sair dos controles sociais [18].

### Distância dos grandes centros urbanos

Embora muitas das áreas de fronteira sejam economicamente importantes, especialmente para o comércio, a maioria delas está muito longe dos centros de poder político e econômico. Esse distanciamento dos grandes centros, que não é exclusivo das áreas de fronteira, pode se traduzir em deficiências estruturais e escassez de recursos para atender às populações móveis e aos estrangeiros que demandam serviços. Em algumas dessas áreas de fronteira, cria-se um fenômeno de “terra de ninguém”, onde as normas culturais são diferenciadas ou não existem.

A localização afastada dos centros políticos pode interferir no compromisso político, especialmente, em áreas de baixa densidade populacional. A distância pode afetar negativamente as intervenções federais destinadas a implantar sistemas de saúde nas regiões de fronteira, como também prejudicar as ações do governo para controlar atividades ilegais, o que facilita e estimula o agravamento do tráfico e consumo de drogas. Além disso, o fato de se estar longe das instituições e grupos sociais que estimulam a mobilização social também pode pôr as fronteiras em situação de desvantagem, por dificultar o surgimento de líderes comunitários e a coesão social necessária nas demandas por direitos à saúde e a serviços de qualidade.

Finalmente, estar distante do poder político, dos centros econômicos e de movimentos sociais pode trazer uma resposta psicossocial semelhante ao efeito exercido pelos ambientes novos sobre os migrantes. O afastamento das áreas onde existem normas legais e restrições culturais, mais uma vez, “pode estimular os habitantes transitórios nessas regiões a se engajar em comportamentos de risco que não seriam praticados se estivessem em suas comunidades de origem” [4].

### **Metodologia**

Os autores do projeto escolheram um método desenvolvido pela OMS, o Enfoque Estratégico, que permite a análise qualitativa e quantitativa do problema por meio de um processo participativo. O método escolhido oferece a possibilidade de se analisar profundamente a questão e seu entorno, utilizando como base de estudo a perspectiva da população e observações subjetivas dos serviços e de seu contexto. Os achados obtidos no trabalho de campo (basicamente qualitativos) são respaldados pelos dados quantitativos disponíveis em publicações e estatísticas oficiais. Na análise, é utilizado o marco conceitual de sistemas, característica fundamental do Enfoque Estratégico e, no caso da aids, é acrescentada a análise contextual de vulnerabilidade.

## O Enfoque Estratégico

O método empregado no presente estudo é uma adaptação do Diagnóstico Estratégico, que é a primeira etapa do Enfoque Estratégico para a Introdução de Métodos Anticoncepcionais da Organização Mundial da Saúde (OMS). Desenvolvido como uma estratégia para a introdução de métodos anticoncepcionais, a partir de 1996, passou a ser utilizado também para estudar outras áreas da saúde reprodutiva, entre elas: saúde materna, câncer cérvico-uterino e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). O método vem sendo aplicado, desde 1993, pela OMS, Population Council e outros parceiros em mais de dez países. O Brasil foi o primeiro país a implementar a estratégia (na área da introdução de métodos anticoncepcionais) e o primeiro a completar as três etapas do processo, a saber:

**Etapa I:** Diagnóstico Estratégico

**Etapa II:** Investigação-Ação

**Etapa III:** Intervenção e Expansão

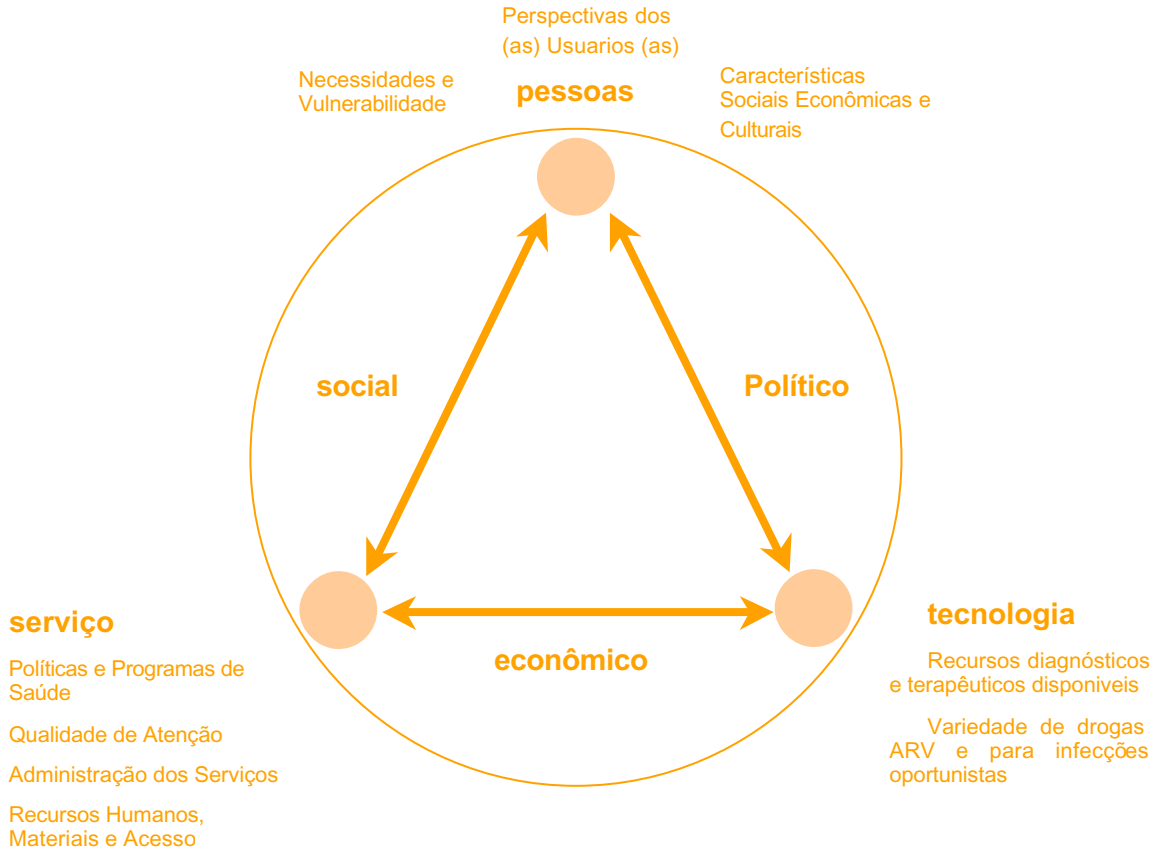
O presente estudo adotou a primeira etapa do método da OMS, o Diagnóstico Estratégico\*, para avaliar a situação da epidemia da aids nas regiões fronteiriças do Brasil. A pesquisa é guiada por um processo participativo que inclui a elaboração de perguntas estratégicas que servem para levar os resultados a recomendações programáticas, políticas e de pesquisa. As perguntas estratégicas foram desenvolvidas por profissionais com experiência na elaboração de projetos e no planejamento e execução de ações sobre HIV/aids. Esse grupo de pessoas, além de contribuir para o planejamento do estudo e para a definição das perguntas estratégicas, acompanhou todo o processo da pesquisa. O fato de o diagnóstico ser orientado para a identificação de intervenções prioritárias torna esse método especialmente apropriado nas situações em que haja a decisão política de implementar intervenções ou programas destinados a resolver os problemas detectados.

O principal objetivo do estudo foi avaliar a situação da epidemia de aids nas áreas de fronteira, utilizando as informações quantitativas disponíveis e as opiniões e percepções tanto do pessoal da saúde, autoridades, gerentes de programas, provedores de serviços, usuários dos serviços, quanto da comunidade em geral, para poder identificar intervenções prioritárias.

\*Detalhes sobre o método original podem ser obtidos no guia desenvolvido pela OMS para a elaboração do Diagnóstico Estratégico, atualmente, disponível em inglês e espanhol. (WHO. 2000) [19]



Utilizou-se o marco conceitual de sistemas, avaliando de maneira conjunta todos os componentes do sistema: as necessidades das pessoas, as capacidades atuais e potenciais dos serviços e as tecnologias, disponíveis ou potencialmente disponíveis na luta contra a epidemia. Além disso, o diagnóstico considerou também o contexto social, cultural, econômico e político em que estão inseridas as pessoas, os serviços e/ou programas e a tecnologia.



O esquema seguinte ilustra o marco de sistemas, no qual os vértices do triângulo representam os três componentes: pessoas, serviços e tecnologia, as setas ilustram suas inter-relações recíprocas, e o círculo, em volta do triângulo, o contexto social, político, econômico e cultural.

As duas principais características do Diagnóstico Estratégico são:

- seu caráter participativo e
- sua capacidade para definir intervenções prioritárias, levando sempre em conta que essas intervenções devem ser factíveis, sustentáveis e replicáveis.

O caráter participativo talvez seja a característica fundamental, já que ele permite considerar, de maneira simultânea, os pontos de vista de diferentes grupos de profissionais e da comunidade, oferecendo uma perspectiva mais realista dos problemas existentes e das possíveis soluções. Além disso, a participação das autoridades do Ministério da Saúde desde as primeiras etapas faz com que as recomendações do diagnóstico sejam adotadas pelas autoridades como suas, o que amplia as possibilidades de sua implantação.

### Implementação do Estudo

O Diagnóstico Estratégico foi desenvolvido mediante um processo que, por razões didáticas, resumimos em quatro etapas:

#### Estabelecimento das bases

O processo começou com a definição dos objetivos do projeto, dos sítios para o trabalho de campo e dos papéis de cada uma das instituições participantes.

Estabeleceu-se como objetivo principal do projeto uma avaliação da situação da epidemia de aids nas fronteiras não somente do ponto de vista quantitativo, mas também com um enfoque qualitativo nos serviços e comunidades de fronteira. Outra atribuição do projeto era definir prioridades de intervenção e pesquisa que servissem como base para a implementação de programas.

Com relação aos sítios, por razões logísticas e orçamentárias, o trabalho de campo poderia inserir até seis municípios de fronteira. A escolha das localidades foi definida pela Coordenação Nacional de DST e Aids e recaiu sobre os seguintes municípios: Oiapoque, AP, na fronteira com a Guiana Francesa; Tabatinga, AM, fronteiras com a Colômbia e o Peru; Cruzeiro do Sul, AC, perto da fronteira com o Peru; Corumbá, MS, fronteira com a Bolívia; Foz do Iguaçu, PR, fronteiras como o Paraguai e a Argentina; e Uruguaiana, fronteira com a Argentina. Posteriormente, a CN-DST/Aids decidiu trocar Cruzeiro do Sul por Guajará-Mirim, RO, que também faz fronteira com a Bolívia.

A escolha desses sítios baseou-se na necessidade de se abrangerem diferentes realidades culturais, econômicas e geográficas, procurando-se incluir também aqueles lugares que a análise dos indicadores sugeria como áreas em que o problema de DST/aids tinha grande relevância.

O Ministério da Saúde (MS), especificamente a Coordenação de DST/Aids (CN-DST/Aids), ficou responsável pela direção do projeto e fornecimento das passagens aéreas para o traslado das equipes de pesquisa aos sítios de fronteira.

Ao Population Council coube a responsabilidade pela coordenação científica, logística e administrativa do projeto, assim como a preparação do relatório final, a ser aprovado pelo MS antes de sua publicação e divulgação.

Os fundos de assistência técnica foram fornecidos ao Population Council pela Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos (USAID).

### **Preparação do trabalho de campo**

A preparação do trabalho de campo incluiu a elaboração do documento de base, contendo um resumo das informações quantitativas disponíveis, um seminário participativo, formação e capacitação da equipe e a elaboração dos instrumentos.

O documento de base foi preparado por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com o objetivo de reunir toda a informação possível sobre a epidemia de aids nos sítios já mencionados. O trabalho foi difícil e complexo, o que se refletiu na redação dos relatórios de cada município, fazendo-a mais trabalhosa e demorada em virtude da necessidade de se buscar informação adicional que não havia sido incorporada ao documento de base.

A reunião de planejamento (com representantes de instituições experientes no tema e outros profissionais de reconhecido saber na área) foi uma etapa fundamental do projeto, por tornar acessíveis as perspectivas de uma grande variedade de profissionais e instituições, enriquecendo nossa visão do problema e permitindo uma definição mais clara dos objetivos e das limitações da pesquisa. Adicionalmente, proporcionou a oportunidade de consolidação do espírito de equipe - entre o MS e o Population Council- e de identificação de pessoas aptas a participar do trabalho de campo. A reunião também possibilitou a formulação de uma versão preliminar das perguntas estratégicas.

A equipe foi constituída por profissionais de diversas áreas, com diferentes interesses prioritários, tais como médicos(as), enfermeiras, assistentes sociais, sociólogos, antropólogos, psicólogos e especialistas em saúde pública.

## Capacitação da equipe de pesquisa

A capacitação da equipe de pesquisa foi uma das etapas mais importantes da preparação do trabalho de campo, revelando-se fundamental para que todos se entendessem e se apropriassem dos objetivos do trabalho e da metodologia. Foi uma etapa que promoveu o espírito de colaboração entre os membros da equipe, fator crítico para o sucesso do trabalho. A capacitação também mostrou-se essencial porque a metodologia qualitativa utilizada no trabalho de campo exigia que a equipe utilizasse os procedimentos de maneira uniforme, para evitar vieses dos pesquisadores. A capacitação foi realizada por profissionais da Reprolatina, ONG situada em Campinas, com ampla experiência em capacitação profissional e no uso da metodologia. Realizou-se entre 24 e 28 de setembro de 2001 (36 horas) e incluiu atividades teóricas, a preparação dos instrumentos e práticas para pré-teste dos instrumentos em alguns serviços de saúde de Campinas (centro de saúde e CTA/SAE). Os membros da equipe de campo foram orientados sobre o conceito de variáveis de análise, aspecto importante para a análise de dados qualitativos e a preparação para o planejamento administrativo e logístico do trabalho de campo.

Na capacitação, também foram definidos outros objetivos prioritários da pesquisa, assim como a versão final das perguntas estratégicas:

- Há necessidade de se melhorar/implementar a qualidade das ações de prevenção, diagnóstico e assistência em DST/HIV/aids nas fronteiras?
- É necessário criar/implementar ações específicas em DST/HIV/aids para populações móveis nas fronteiras?
- É necessário melhorar as ações de cooperação em DST/HIV/aids com os países fronteiriços?

## Planejamento administrativo e logístico do trabalho de campo

Neste projeto, o trabalho de campo teve que ser planejado, entre outras coisas, por limitações do tempo disponível, para um período de tempo relativamente curto. Segundo experiência prévia, sabia-se que era preciso dedicar pelo menos cinco dias para cada município visitado. Conseqüentemente, tivemos que programar duas visitas, simultaneamente, por duas equipes diferentes.

Além do planejamento das datas, as equipes elaboraram, por meio de contatos eletrônicos e/ou telefônicos, as agendas básicas para o trabalho de campo. Na realidade, no campo, sempre houve necessidade de se modificar a agenda original, porque as circunstâncias locais assim o exigiram.

A equipe do Population Council também se encarregou de prover seguro médico e contra acidentes para todos os membros das equipes de campo, assim como acomodações e alimentação apropriadas, de acordo com as possibilidades locais.

### O trabalho de campo

O trabalho de campo, a cargo de uma equipe formada por 6 a 8 pessoas em cada local, foi realizado entre outubro e novembro de 2001. O Population Council nomeou para cada visita uma coordenadora técnica e um(a) coordenador(a) de logística. A primeira ficou encarregada de coordenar as atividades e as reuniões diárias e definir as responsabilidades dos membros das equipes. Também era seu encargo garantir o correto manejo da informação recolhida. A segunda foi incumbida de dar assistência à coordenadora técnica e garantir todos os recursos necessários para o desenvolvimento do trabalho.

Em todas as visitas de campo contamos com a colaboração de pessoal local, tanto do setor público quanto de algumas ONG, que ajudaram a fazer os contatos, organizando e coordenando a agenda.

A coleta dos dados foi feita, principalmente, por meio de entrevistas, individuais ou em grupos e, mediante a observação de serviços, com base em roteiros de perguntas abertas. Em todas as atividades, desenvolvidas quase sempre por pelo menos duas pessoas, os membros da equipe tomaram notas detalhadas durante as entrevistas e observações.

Todas as pessoas entrevistadas, individual ou coletivamente, deram seu consentimento – livre e esclarecido, oral ou escrito – para participar da pesquisa. Cada pessoa teve oportunidade de recusar-se a responder a toda a entrevista ou parte dela. Da mesma forma, todas as observações de serviços e/ou consultas foram colhidas após a obtenção do consentimento das pessoas envolvidas e sempre com o cuidado do pesquisador de interferir o mínimo possível no trabalho de atendimento. Nesse particular, a equipe de pesquisa, na fase de capacitação, foi orientada a não dar nenhuma opinião sobre as atividades de observação nem deixar transparecer atitudes de aceitação ou de rejeição ao que estava sendo observado.

As entrevistas foram feitas com usuários(as) dos serviços (antes ou depois das consultas), a comunidade em geral, representantes da comunidade organizada (grupos de mulheres, organizações de base e ONG), provedores, autoridades civis e da área de saúde.

Elas tiveram lugar nas sedes dos serviços, nos domicílios das pessoas ou em outras instituições. As entrevistas com a comunidade foram realizadas individualmente ou em grupo.

As observações de serviços incluíram a avaliação da infra-estrutura, dos recursos – materiais e humanos – e da qualidade da atenção. A observação foi feita com o auxílio da guia de observação dos serviços. Ao final da observação, sempre que possível, eram recolhidas informações estatísticas sobre os serviços visitados.

Também foram realizadas visitas a locais públicos ou privados que oferecessem possibilidade de se entrevistar pessoas capazes de fornecer informações importantes sobre a epidemia de aids ou temas correlatos (periferia, aldeias indígenas, centros noturnos, igrejas, casas de apoio de usuários de drogas, pontos de movimento entre os países e de venda de produtos etc.).

Diariamente, ao fim da jornada, a equipe se reunia para discutir os achados, com base nas notas tomadas, e programar a agenda do dia seguinte. As notas e opiniões dos pesquisadores, assim como as notas geradas nas reuniões de grupo, foram coletadas sistematicamente num arquivo Excel, que possibilitou a classificação dos principais achados pelas variáveis de análise. As reuniões diárias eram gravadas para não se perder nenhuma das informações discutidas. No último dia do trabalho de campo, em todos os municípios, cada equipe produziu uma primeira versão das respostas às perguntas estratégicas, com base nos achados obtidos.

### **Redação dos relatórios e disseminação de informações**

A coordenadora da equipe ou um representante do Population Council editou uma primeira versão do relatório de cada município, baseado nas notas e discussões diárias, no arquivo com os achados classificados por variáveis de análise e nos dados fornecidos pelos serviços. Essa versão circulou entre todos os membros da equipe, para correções, adições e/ou outras sugestões. Depois de receber as sugestões do grupo, a coordenadora preparou a versão semifinal para ser analisada pela equipe de pesquisa. Os relatórios foram revisados por representantes de cada município e seus comentários foram discutidos na oficina para os municípios, realizada no dia 6 de maio de 2002.

Como contribuição à elaboração deste documento, a equipe de pesquisa realizou um seminário interno que contou com a participação de representantes da CN-DST/Aids, da USAID e de outras instituições, para discutir os achados, conclusões e recomendações para cada município, cujos resumos foram nele incluídos. Finalmente, a equipe coordenadora do Population Council revisou e compilou todas as informações disponíveis sobre as atividades desenvolvidas em fronteiras de outros países, com a finalidade de abordar os resultados do estudo num contexto global. Para análise e interpretação dos achados, enriquecemos o marco conceitual do Enfoque Estratégico com a ótica da vulnerabilidade e dos direitos humanos.

## Resultados

Foi impossível incluir neste relatório todas as informações coletadas durante o trabalho de campo e os dados contidos nas estatísticas de serviços e das publicações disponíveis. Por essa razão, tentaremos salientar os resultados comuns mais relevantes e apresentaremos também um resumo executivo dos achados de cada um dos municípios participantes, para oferecer uma visão mais abrangente sobre eles. Os leitores interessados em mais detalhes poderão consultar os relatórios específicos de cada município.

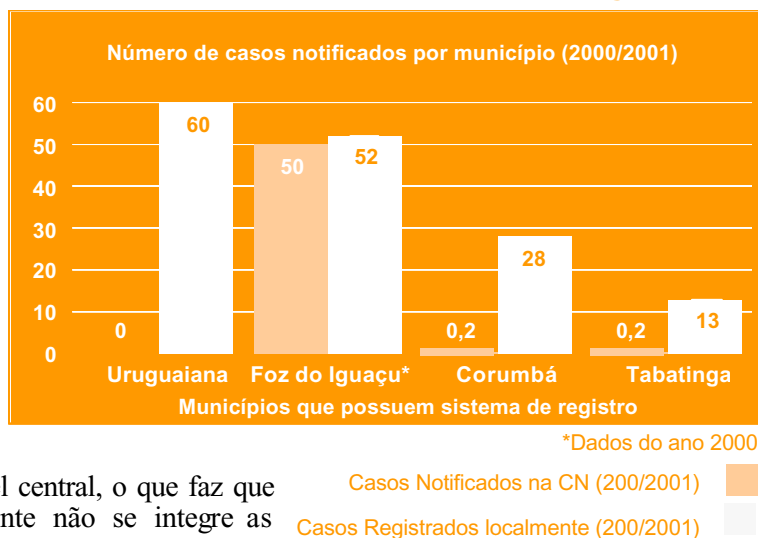
Vale a pena destacar que uma das principais conclusões do trabalho, após analisar a enorme quantidade e variedade de informações disponíveis, foi a grande similitude de achados nos diferentes municípios. Ainda que cada um dos municípios estudados apresente suas próprias características, como diversos grupos com problemas e necessidades específicas e situações particulares que aumentam a vulnerabilidade à doença, os achados realmente apontam para uma série de fatores contextuais comuns a todos eles e para a existência de problemas estruturais ou de deficiências programáticas que influenciam a transmissão do HIV em todas as áreas estudadas.

Alertamos o leitor para o fato de se observar um certo desequilíbrio na apresentação dos resultados, com mais destaque para os fatos negativos ou deficiências encontradas. Isso se justifica porque o objetivo principal do estudo é detectar os principais problemas existentes, analisar suas causas e propor possíveis soluções. Está implícito que os aspectos cuja análise é mais superficial não apresentam problemas importantes, não precisando, portanto, ser substancialmente melhorados.

## Uma breve revisão de alguns dados quantitativos

gráfico 01

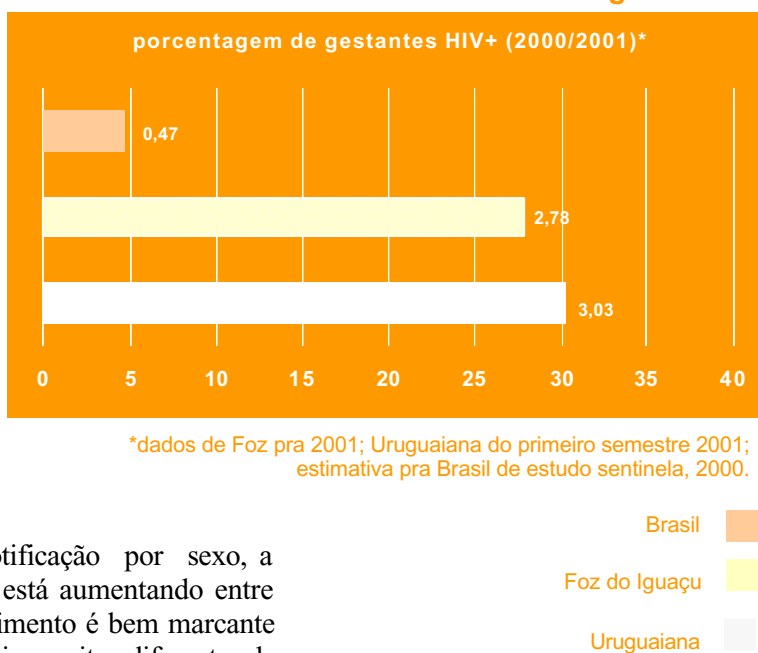
É importante esclarecer que o estudo, especialmente o trabalho de campo, foi preponderantemente qualitativo, mas utilizou também todas as informações quantitativas disponíveis nos níveis nacional, regional e local, para tentar entender as características da epidemia e a tendência evolutiva em cada sítio estudado. O estudo mostrou que há uma grande dificuldade para definir as tendências da epidemia nas fronteiras, porque há importantes problemas na notificação e registro de dados sobre a doença. Como se observa no gráfico 1, há informação local na maioria dos municípios visitados, mas também deve haver problemas em algum ponto da linha de comunicação com o nível central, o que faz que grande parte da informação registrada localmente não se integre as estatísticas nacionais.



A análise dos dados quantitativos obtidos nos CTA/SAE municipais mostra claramente que a epidemia está numa fase avançada, pelo menos na fronteira do Sul. Por exemplo, a taxa de HIV entre gestantes é muito maior em Foz do Iguaçu e Uruguaiana do que a prevalência nacional (gráfico 2), o que pode indicar que as campanhas de prevenção não estão completamente implementadas nas áreas fronteiriças.

Também há evidência de que o perfil da epidemia nas fronteiras não está necessariamente seguindo tendências nacionais. Por exemplo, o número de casos notificados em nível nacional está em decréscimo entre homens e também, em menor grau, entre mulheres, desde 1997 (gráfico 3). Entretanto, em dois municípios estudados, que têm dados disponíveis de notificação por sexo, a variação percentual de número de casos de aids está aumentando entre mulheres (1997-2000), e, em Uruguaiana, o crescimento é bem marcante entre homens também, refletindo uma tendência muito diferente da observada no país desde 1990.

gráfico 02

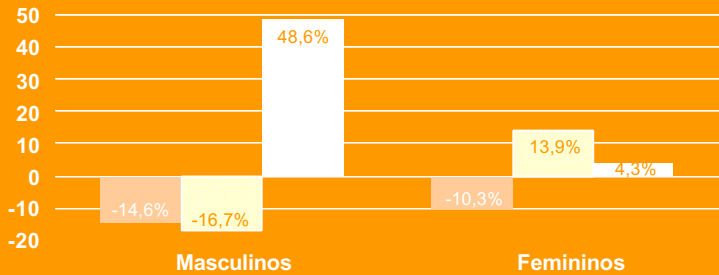




Os dados locais demonstram, quando disponíveis, que a epidemia nas fronteiras parece ser mais alarmante e com características diferentes das observadas no resto do país. Nos municípios em que não havia dados disponíveis ou eles eram menos confiáveis, também havia evidências indiretas de um crescimento importante da epidemia.

**gráfico 03**

**Variação Percentual do Número de Casos Notificados\* em Uruguaiana, Corumbá e no país (média anual) 1997-2000**



**Visão geral dos achados qualitativos**

A coleta de dados durante o trabalho de campo teve como objetivo principal prover informações que permitissem responder às perguntas estratégicas dentro do marco conceitual de sistemas, ou seja, levando em conta todos os fatores que influenciam os achados. Também foram respondidas mais duas perguntas de pesquisa, consideradas de grande relevância pelo grupo assessor do estudo e que, em conjunto, fornecem todas as informações necessárias para se fazer a análise a partir da visão da vulnerabilidade.

\*Dados de Uruguaiana fornecidos pela vigilância epidemiológica municipal; dados de Corumbá do CTA municipal (2000) e dados nacionais do SINAN (1997 – 1999).

- Nacional
- Corumbá
- Uruguaiana

A resposta à primeira pergunta estratégica “Ha necessidade de se melhorar/implementar a qualidade das ações de prevenção, diagnóstico e assistência em DST/HIV/aids nas fronteiras?” revelou que há claras evidências da necessidade de se melhorar a qualidade da atenção e, em certos casos, de implementar as ações, porque em alguns municípios o programa de DST/aids ainda não estava em pleno funcionamento.

A maioria das deficiências ou dificuldades detectadas no estudo não se incluía entre problemas específicos de fronteiras. Aqueles que foram identificados refletem, de certa forma, a situação dos municípios que estão afastados dos centros econômicos e do poder político e que, habitualmente, padecem de falta crônica de recursos materiais e humanos. Nas fronteiras, porém, a situação agrava-se pelas condições sociais, culturais, políticas e econômicas prevalentes nessas áreas.

Sem pretender esgotar o tema, tratado mais detalhadamente nos relatórios de cada município, a sociedade nas zonas de fronteiras apresenta características muito especiais, algumas das quais são, comuns também em várias áreas de fronteiras de outras regiões, já referidas na introdução.

Entre elas, destacam-se: a grande concentração de grupos móveis – caminhoneiros, garimpeiros, turistas, profissionais do sexo, entre outros; residentes ilegais, traficantes de drogas, contrabandistas etc; alto índice de prostituição, inclusive de prostituição infantil; alta prevalência de consumo de drogas e presença ostensiva do tráfico nas atividades da cidade; comércio ilegal e, finalmente, uma sensação generalizada de que a organização social nas fronteiras é diferente e que se rege por leis não absolutamente iguais as das regiões afastadas das fronteiras. Na composição dessas populações móveis, há uma proporção muito significativa de pessoas de baixa renda freqüentemente marginalizadas e discriminadas. Não menos importante, há uma certa apatia da comunidade em relação a participar e se organizar para a solução dos problemas locais, provavelmente por causa da mobilidade intensa e da diversidade populacional. Praticamente em todos os municípios constatou-se que havia pouca participação da comunidade e rara mobilização social, sendo que, na área de HIV/aids, há poucas ONG contribuindo efetivamente para o controle da epidemia.

Todos os fatores mencionados, que não são os únicos importantes nas fronteiras, contribuem, de forma decisiva, para o aumento da vulnerabilidade da população ao HIV/aids e outras infecções, ante o aumento do risco à exposição e limitação do acesso às medidas preventivas, diagnósticas e assistenciais.

Reconhecidamente, há deficiências em todas as áreas, mas elas são mais graves no componente de prevenção. Embora a maioria da população esteja informada de que o preservativo é o melhor método para se proteger contra o HIV/aids e outras infecções, a porcentagem da população que o utiliza é relativamente baixa, porque o acesso ao método é difícil. Nos CTA e SAE, há preservativos disponíveis para usuários desses serviços; entretanto, eles nem sempre são encontrados nas unidades básicas de saúde e outros locais da comunidade, ou existem em quantidade muito pequena. Além disso, a maioria da população nem sabe onde pode conseguir preservativos ou, se sabe, não se sente à vontade para solicitá-los num serviço rotulado como serviço de combate a aids. Um bom exemplo da dificuldade de acesso reflete-se numa entrevista com um adolescente em Foz do Iguaçu, que comentou: “É mais fácil conseguir drogas (em Foz do Iguaçu) do que camisinhas...”. E, para agravar a situação, o abastecimento é insuficiente e há problemas importantes nos sistemas logísticos e de distribuição.

Na área de diagnóstico, os principais problemas encontrados foram: demora no processamento dos exames e na entrega de resultados e a quase nula disponibilidade de recursos para diagnóstico de DST, com exceção da sífilis. Além disso, uma das mais importantes deficiências, se não a maior, está na atividade de aconselhamento no momento do diagnóstico. Praticamente não existem ações de aconselhamento pré-teste nos CTA, o que compromete seriamente a qualidade dos serviços para a redução da vulnerabilidade dos indivíduos à exposição ao HIV/aids. E mais: o programa de detecção em mulheres grávidas apresentava problemas sérios, especialmente pelo fato de estar sendo executado de forma compulsória em quase todos os serviços, em vez de ser oferecido como uma opção. E também não há, na maioria dos municípios, disponibilidade de testes rápidos e AZT nas maternidades de referência.

Em relação ao tratamento, a principal deficiência é a falta de sistematização de procedimentos com o objetivo de assegurar adesão ao tratamento ARV, indisponibilidade de contagem de CD4, inclusive irregularidade na observação dos protocolos para CD4 e carga viral. Como consequência, a taxa de continuidade de tratamento e de adesão completa ao esquema de tratamento é muito baixa. Ademais, os registros são de má qualidade e é elevada a taxa de desinformação. A percepção dos provedores é que a adesão é inferior a 50% aos seis meses. É evidente que isso pode ter um efeito devastador nos resultados do programa. Também é importante salientar que não há, efetivamente implementados nessas áreas de fronteira, programas de busca ativa de portadores, assistência domiciliar terapêutica ou hospital-dia.

Em resposta à segunda pergunta estratégica: “É necessário criar/implementar ações específicas em DST/HIV/aids voltadas para populações móveis nas fronteiras?”, o estudo mostrou que há graves deficiências de acesso para a maioria das populações móveis das fronteiras, mas é importante destacar que elas não se restringem apenas aos grupos móveis, mas também a outras populações em situação de marginalização, que não tem acesso aos serviços.

Entre as populações móveis que não contam com acesso apropriado aos serviços de DST/aids, podem se destacar os caminhoneiros, que entram no Brasil principalmente por Uruguaiana e Foz do Iguaçu, e os garimpeiros, em trânsito para os garimpos na Guiana Francesa, em Oiapoque. Ambos os grupos permanecem por períodos relativamente curtos nos municípios de fronteiras e habitualmente não tem acesso aos serviços e nem sequer aos preservativos.

Além disso, constituem grupos de alta vulnerabilidade ao HIV/ aids, porque muitos mantêm contatos com os(as) trabalhadores(as) do sexo durante sua permanência no município. Outro grupo altamente vulnerável e também de alta mobilidade constituído pelos trabalhadores e trabalhadoras do sexo, para quem não há programas efetivamente implementados, embora alguns municípios já tenham detectado essa necessidade e estejam começando a desenvolver ações específicas para caminhoneiros e presidiários.

Além da necessidade de implantar serviços e programas para populações móveis, é extremamente importante que se incluam outros segmentos da população, que, embora não se incluam nessa categoria, não são contemplados pelos programas, como por exemplo os usuários de drogas injetáveis (UDI) e os adolescentes. No caso dos UDI, alguns municípios já possuem programas de redução de danos.

A população adolescente tem um acesso muito limitado aos serviços. Esse problema, como outros já descritos, embora não seja específico das fronteiras, costuma ser mais grave nessas regiões. As condições sociais e econômicas, na maioria dos municípios estudados, são muito desfavoráveis ao desenvolvimento dos jovens, que, por falta de oportunidades educacionais e de trabalho, ingressam precocemente numa grande proporção, no mundo das drogas e do comércio sexual.

A terceira pergunta estratégica “É necessário melhorar as ações de cooperação em DST/HIV/aids nos países fronteiriços?” abre um amplo campo de reflexão sobre o comportamento das populações de fronteiras e os mecanismos de disseminação do HIV/aids. Como as fronteiras estudadas são pouco fiscalizadas, elas não oferecem obstáculos importantes à circulação de pessoas, mercadorias, drogas, comércio sexual etc, criando um alto potencial de possibilidade de transmissão da doença.

Embora esse problema seja reconhecido pelas autoridades brasileiras e de outros países da região, os convênios de cooperação técnica infelizmente não tem se traduzido em ações ou intervenções efetivas na área de prevenção de DST e aids. No Brasil, a maioria das regiões de fronteira estudadas oferecem serviços que, ainda que não sejam completos e de excelente qualidade, são muito superiores aos oferecidos pelos países limítrofes (com exceção de Guiana Francesa). A falta de recursos nas áreas fronteiriças dos países vizinhos leva muitos estrangeiros a buscar atendimento no Brasil, sobrecarregando excessivamente os serviços.

Embora a postura oficial da CN-DST/Aids seja de concordar que os serviços brasileiros atendam os estrangeiros sem restrições, por uma questão elementar de direitos humanos, não há capacidade instalada suficiente para fazer isso sem prejudicar o atendimento de brasileiros. Por essa razão, apesar das intenções, há na maioria dos municípios estudados restrições e certa discriminação em relação aos estrangeiros.

Isso evidencia a necessidade urgente de que se efetivem convênios internacionais entre dois ou mais países e se instituem programas eficientes para garantir ampla cobertura para prevenção, diagnóstico e tratamento voltada para brasileiros e estrangeiros, nos dois lados das fronteiras. Essa necessidade é tão premente, que as autoridades civis e da área de saúde, tanto no Brasil quanto nos países vizinhos, unanimemente declararam que não se pode esperar uma solução efetiva dos problemas sem que haja uma efetiva colaboração internacional, que faça que esses acordos saiam do papel e se transformem imediatamente em ações e programas.

Além das três perguntas estratégicas, o grupo assessor do projeto recomendou que fossem respondidas mais duas perguntas, extremamente importantes, sendo a primeira delas “É factível integrar ações de DST/HIV/aids as ações de saúde sexual e reprodutiva na fronteira?”, que propõe um tema da maior relevância para todo o país, especialmente em relação aquelas áreas de recursos escassos.

Embora se reconheça que a existência de outras infecções sexualmente transmissíveis contribui para a disseminação do HIV e que a política da CN-DST/Aids inclui a coordenação de atividades para reduzir a disseminação do HIV/aids por meio dos programas de redução de outras DST, na prática, as atividades priorizam fortemente a infecção por HIV/aids. Com exceção do exame de VDRL, disponível em quase todos os municípios estudados, não há recursos suficientes para o diagnóstico e tratamento de outras doenças transmitidas sexualmente.

Some-se a isso o fato de que a disseminação de informações em geral, a promoção da prevenção e inclusive a propagação de informações básicas sobre DST/aids ficam concentradas nos CTA e SAE. Outros serviços, tais como ambulatórios de atendimento pré-natal, planejamento familiar ou ginecologia geral, com exceção do programa de detecção do HIV em gestantes, praticamente ignoram o tema, não promovem o use do preservativo e nem informam onde podem ser realizados os testes diagnósticos e como obter aconselhamento sobre essas doenças (com exceção da testagem de gestantes).

O problema vai além da simples falta de recursos e obedece, fundamentalmente, a uma compartimentação das ações que, apesar do discurso oficial de integração, ainda persiste nos serviços de saúde. Isso leva a uma falta de aproveitamento dos recursos disponíveis e a uma perda importante de oportunidades no sentido de desenvolver trabalhos de prevenção e diagnóstico em outras ações no âmbito da saúde sexual e reprodutiva para pessoas que não dispõem de acesso aos serviços específicos de DST/aids.

Finalmente, a última pergunta é “Há necessidade de melhorar o gerenciamento, a logística e a comunicação nos programas de DST/HIV/aids nas fronteiras?”, fortemente relacionada com a anterior, que põe em discussão a importância da organização e do gerenciamento dos serviços para obter os resultados desejados.

É evidente que, na maioria dos municípios pequenos, cujos recursos são escassos, sejam eles ou não de fronteira, há deficiências importantes a respeito de gerenciamento, derivadas da carência e rotatividade de pessoal e, principalmente, da falta de capacitação profissional qualificada.

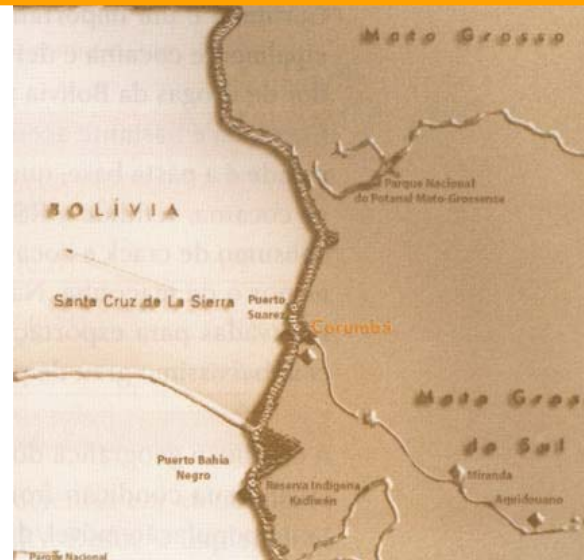
O acúmulo de cargos, a definição política dos quadros, a falta de programas eficientes de capacitação etc, fazem com que muitas das ações sejam realizadas por funcionários sem nenhuma possibilidade de realizar o trabalho de maneira adequada simplesmente por não estarem preparados para a função.

A falta de capacidade gerencial inclui as deficiências de comunicação entre a equipe que atua nos serviços e os diferentes níveis da administração dos programas. Existe a consciência de que há grande necessidade de se melhorar o gerenciamento dos programas, fundamentalmente, mediante a capacitação do pessoal e a implantação de programas eficientes de supervisão. No entanto, os esforços têm sido ainda muito insuficientes.

Esta rápida revisão dos resultados apresenta os aspectos mais relevantes do estudo. O leitor encontrará informações mais detalhadas nos capítulos referentes aos municípios, apresentados a seguir, ou nos relatórios completos sobre as localidades estudadas, publicados separadamente. Após os capítulos específicos sobre cada município, segue-se uma discussão aprofundada desses resultados.

## Corumbá

Corumbá localiza-se na região Centro-Oeste, no extremo oeste do estado do Mato Grosso do Sul, às margens do rio Paraguai, num entroncamento rodoferroviário-fluvial, na borda sul do pantanal, na fronteira com a Bolívia. Distante 418 km de Campo Grande, a capital do estado, o acesso ao município é feito por via rodoviária (BR-262), fluvial (rio Paraguai) e aérea. A maior parte da extensão territorial esta formada por pantanais, sendo que a população do município é predominante urbana (90%).



De acordo com o censo de 2000, a população é de 95.701 habitantes, e a taxa média de crescimento anual foi de 0,9% entre 1991 e 2000.

O município tem sofrido um processo de empobrecimento, em parte, provocado pela perda de áreas agrícolas inundadas, o que tem causado intensa emigração para municípios vizinhos, especialmente para Campo Grande. Pessoas mais pobres, sem recursos para emigrar, instalaram-se na periferia da cidade em condições precárias. Atualmente, 56,5% da população tem rendimento de até dois salários mínimos [20]. A população ser muito jovem é um fator agravante dessa situação, porque, pelo fato de mais da metade dos habitantes terem menos de 25 anos, há uma grande demanda não atendida de trabalho. Para muitos jovens e adolescentes, a droga representa uma fonte de renda importante, e muitos ingressam no comércio de drogas transportando ou vendendo pequenas quantidades. Como acabam se tornando dependentes, começam a se prostituir para conseguir manter o vício. Conseqüentemente, a alta taxa de desemprego pode explicar parcialmente a intensa prostituição infantil local e a facilidade de entrada de jovens no tráfico de drogas.

Corumbá depende economicamente do turismo ecológico e da pesca, da mineração e de atividades agrícolas muito limitadas. Paralelamente, há uma atividade econômica ilegal, caracterizada principalmente pelo tráfico de drogas, que representa uma fonte de renda bastante significativa para a região.

Corumbá é um importante mercado consumidor de drogas, principalmente cocaína e derivados, além de ser um concorrido corredor de drogas da Bolívia para outros estados do Brasil. A droga em Corumbá é bastante acessível e muito barata; a mais consumida na cidade é a pasta base, que consiste basicamente na sobra do refino da cocaína, vendida a R\$ 1,00 cada papelote. Também é grande o consumo de crack e cocaína (que custa R\$5,00 o papelote), sendo menor o de maconha. Na opinião geral, drogas mais refinadas são reservadas para exportação, deixando para consumo local drogas com baixíssimo grau de pureza, como a pasta base e o crack.

A condição geográfica do município, ou seja, a vizinhança do pantanal e sua condição fronteira, determina a presença de importante população móvel, difícil de quantificar com precisão, mas estimada entre 10.000 e 15.000 pessoas. A maioria dessas pessoas é atraída pela facilidade de obtenção de droga de boa qualidade e baixo custo, vive em condições de pobreza, sem emprego fixo e, muitas vezes, delinquindo para obter a droga. Além desse grupo, há outras duas populações flutuantes importantes: os turistas e, atraídos por eles, as trabalhadoras do sexo. A cada ano, Corumbá recebe aproximadamente 80 mil turistas (60 a 65.000 para turismo de pesca), e durante o período de pesca as trabalhadoras do sexo migram de diferentes regiões do país para Corumbá. Essas mulheres são recrutadas por casas de prostituição de alto nível, conhecidas em Corumbá como “whiskerias”, e algumas embarcam com os turistas nas excursões. Nos períodos de proibição da pesca esportiva, o número dessas trabalhadoras diminui significativamente, porque a maioria volta para sua cidade de origem. Há grande número de assentamentos na região e apenas um grupo indígena, da etnia Guatós, em aldeias que distam aproximadamente oito horas da cidade por via fluvial. No município de Ladário, a 6 km de Corumbá, estão instaladas as bases militares que abrangem uma população de aproximadamente 8.000 pessoas. Também há um número importante de bolivianos, residentes na Bolívia, que trabalham e/ou estudam em Corumbá.

Os primeiros casos de aids foram notificados em 1985 e, desde então, oficialmente, já se registraram 175 casos de aids no município. No ano 2000, foram detectados 12 casos novos, e o número triplicou em 2001. Desses, 10 casos eram notificáveis como aids no ano 2000 e 18 no ano 2001, sugerindo um crescimento da epidemia no município.



**Nº de casos de aids notificados e taxa de incidência anual media para Corumbá, Estado do Mato Grosso do Sul, Região Centro-Oeste, Brasil (por 10.000 habitantes)**

	Ano da notificação					total (N)
	80-90 (N)	91-93 N (TI)	94-96 N (TI)	97-99 N (TI)	2000-01* N (TI)	
<b>Corumbá</b>	31	58 (2,17)	50 (1,87)	34 (1,27)	2 (0,21)	<b>175</b>
<b>Mato G. S.</b>	186	547 (1,00)	812 (1,42)	768 (1,27)	127 (0,61)	<b>2.440</b>
<b>R. C. Oeste</b>	774	2.129 (0,73)	3.430 (1,11)	3.458 (1,05)	439 (0,49)	<b>10.470</b>
<b>Brasil</b>	<b>24.750</b>	<b>43.810 (0,98)</b>	<b>61.641 (1,32)</b>	<b>67.572 (1,38)</b>	<b>18.037 (0,89)</b>	<b>215.810</b>

Fonte para dados de aids: Banco de dados on-line CN-DST/Aids [21].  
Fonte para dados de população: IBGE Censo Demográfico 1991. 2000; Contagem de População 1996 [20. 22. 23]; projecões anuais (Anuário Estatístico do Brasil) [24-26].

\*2000 e 2001 dados preliminares.

n(TI) baseada somente nos dados de 2000.

No momento, ha aproximadamente 50 pacientes em atendimento no SAE, dos quais 33 estão em terapia ARV. Desde a implantação do serviço., em 1989, ocorreram 35 óbitos por aids de pacientes cadastrados no município.

A grande circulação de drogas no município exerce Clara influência sobre o padrão de transmissão da infecção, que ocorreu predominantemente por meio de droga injetável nos primeiros 10 anos de epidemia. A partir de 1997, a transmissão heterossexual tornou-se o modo de transmissão mais comum, um padrão consistente com o resto do país.

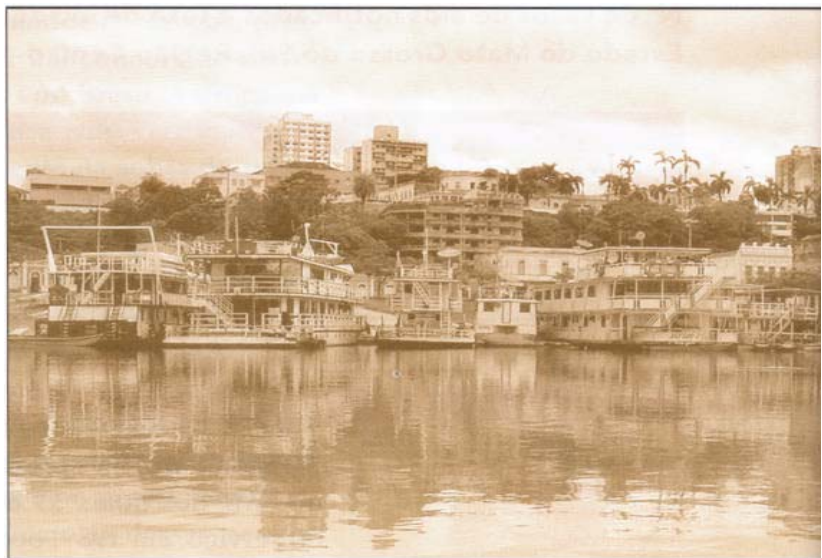
### **Características Fronteiriças**

Corumbá faz fronteira com dois municípios bolivianos, Puerto Suárez e Puerto Quijarro, pertencentes à província Germán Busch, do departamento de Santa Cruz. Puerto Suárez tem uma população de 23.000 habitantes e está situada a 25 km de Corumbá, e Puerto Quijarro tem 10.500 habitantes e se encontra a 5 km de Corumbá. Esses municípios ficam a mais de 600 km de Santa Cruz de la Sierra, a capital do departamento, e a comunicação não é fácil porque a estrada não é boa, o transporte ferroviário é precário e o aéreo está fora de alcance para a maioria da população. Eis por que, para essa população, Corumbá e um pólo econômico e social mais importante que Santa Cruz de la Sierra.

O trânsito de pessoas nessa fronteira é livre, sem necessidade de identificação. Apesar de alguns relatarem situações de discriminação a bolivianos, a maioria das pessoas concorda que o relacionamento entre bolivianos e corumbaenses é bastante amistoso.

Muitos bolivianos procuram serviços de saúde em Corumbá, porque os consideram de melhor qualidade, do mesmo modo que muitos bolivianos utilizam o sistema educacional brasileiro.

Também por ser fronteira aberta, o movimento de pessoas é muito intenso, não somente pelo fluxo de bolivianos que utilizam os serviços em Corumbá, como também por brasileiros que atravessam a fronteira para fazer compras na Bolívia. Esse movimento é irregular e dependente das flutuações da taxa de câmbio, que determinam a conveniência de se comprar em um ou outro país. Também há intenso movimento de profissionais do sexo que vão trabalhar na Bolívia. O problema da exploração sexual de adolescentes nos dois lados da fronteira e as suspeitas de tráfico de mulheres nessa região são questões importantes de direitos humanos que devem ser enfatizadas. Outro problema gerado pela falta de controle fronteiriço é a facilidade de entrada de drogas, o que faz que a oferta seja farta e o preço, menor do que em outros municípios da região.



### Principais Achados

O programa municipal de DST/aids foi criado em 1992, e, em 1996, implantou-se o Serviço de Assistência Especializada (SAE) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O CTA/SAE está instalado em um serviço de saúde exclusivo para DST e aids (foto abaixo) com um turno diário de funcionamento, próximo de algumas “whiskerias” e distante do centro da cidade. Para pôr em prática suas ações, o serviço recebe recursos tanto do município quanto do Plano Operativo Anual (POA) e conta com uma equipe constituída por aproximadamente dez profissionais, a maioria trabalhando em regime de trinta horas semanais.



## “...para mulheres gestantes o teste é obrigatório, o médico não atende se não fizer o teste”.

[Provedor]

O programa municipal de DST/aids oferece ações de prevenção, diagnóstico e assistência, mas há deficiências que fragilizam o impacto das ações. A ênfase do serviço está na assistência, enquanto a prevenção é o componente mais deficiente. As ações de prevenção concentram-se na distribuição de preservativos e em palestras no CTA. A quantidade de preservativos é insuficiente para atender à demanda, e a distribuição é centralizada no CTA. Entretanto, o serviço é pouco divulgado na comunidade, e muitas pessoas não sabem que o CTA distribui preservativos. Para receber preservativos, a pessoa deve participar de uma palestra e fazer seu cadastramento no serviço. As normas do Ministério da Saúde em matéria de aconselhamento, biossegurança e prevenção da TMI são, parcialmente cumpridas. As gestantes são sistematicamente encaminhadas pela rede básica para testagem, mas sem orientação, sendo que a testagem de gestantes é compulsória na maioria dos casos. Outro problema é a falta do teste rápido e de kit de AZT na maternidade.

Entre as populações móveis, apenas os militares são alvo de ações específicas de prevenção, dentro de uma infra-estrutura autônoma e exclusiva, por meio de palestras, materiais educativos, preservativos e acesso à sorologia de HIV.

Também existe uma equipe local de redução de danos. Embora os recursos atualmente sejam limitados, o grupo de redutores recebe apoio na forma de materiais e treinamento oferecido pela ONG Grupo de Apoio e Solidariedade Sul-Matogrossense Ação e Prevenção à Aids (GASS), de Campo Grande.

A sorologia anti-HIV está amplamente disponível no serviço. Entretanto, como é grande o número de gestantes encaminhadas para testagem, devido à obrigatoriedade do teste para esta população, isto faz com que as gestantes ocupem a maioria das vagas oferecidas, limitando o acesso da população em geral. Atualmente, a unidade realiza em média quinze coletas de sorologia anti-HIV por dia, no período da manhã. Segundo a rotina do serviço, as pessoas que solicitam a testagem do HIV são encaminhadas para uma sessão de aconselhamento pré-teste. Ela consiste numa palestra em que sua participação é muito limitada e numa entrevista individual para preenchimento de um questionário e orientações importantes sobre o teste e a rotina do serviço.

Entretanto, essa atividade não está contemplando componentes fundamentais do aconselhamento, como apoio emocional, orientação e avaliação dos riscos. O acesso da população ao diagnóstico de DST é mais deficiente porque o único exame atualmente disponível na rede pública é o VDRL.

No momento, mais de cinquenta pacientes estão em acompanhamento no SAE, dos quais aproximadamente 33 estão em TARV. O principal problema na assistência é a baixa adesão ao tratamento, causado por algumas deficiências importantes: a agenda é aberta, o que tem gerado problemas de acolhimento; grande índice de abandono do tratamento e perda de seguimento. Existe boa disponibilidade de medicação ARV, mas o serviço não oferece orientação nem atividades sistemáticas para promover a adesão ao tratamento, como grupos de adesão ou busca ativa de portador. O programa também não conta com assistência domiciliar terapêutica e não há ampliação da cobertura assistencial aos portadores do HIV que estão nos presídios. O hospital de referência não está credenciado para ter leitos específicos para aids e não há hospital-dia.

**“Fiquei um ano se vir aqui, encontrei a psicóloga na rua e voltei...”** [Usuário]

Há pouca integração do programa municipal de DST/aids com outras ações de saúde sexual e reprodutiva, programas e secretarias, bem como com setores da comunidade. Do ponto de vista gerencial, existe uma dificuldade importante de articulação da equipe do programa, não há discussão coletiva das normas e condutas, além de não haver atividades de supervisão e avaliação do programa. É muito grande a necessidade de capacitação da equipe profissional em todos os componentes do programa, inclusive a capacitação gerencial.

**“Grávidas têm boa adesão; não-grávida não adianta, quer passar pra todo mundo.”**

[Provedor]

Entre os municípios fronteiriços há bastante boa vontade em matéria de colaboração. Corumbá absorve informalmente a demanda dos serviços de educação e saúde da comunidade boliviana fronteiriça, e tanto autoridades de saúde quanto o Conselho Municipal de Saúde de Corumbá estão atentos ao problema e discutindo alternativas de solução.

As principais propostas encaminhadas às conferências estadual e nacional de saúde referem-se à implementação efetiva de convênio de reciprocidade Brasil-Bolívia-Paraguai, para atendimentos na área de saúde na região de fronteira e, também, à revisão do PAB diferenciado para as cidades fronteiriças, para o atendimento de estrangeiros.

O programa municipal de DST/aids não está atingindo grupos importantes da comunidade como adolescentes, presidiários, profissionais do sexo e a enorme população flutuante. Agravando esse quadro, em Corumbá ainda é muito baixa a mobilização social, e não existe no município nenhuma organização da sociedade civil atuando no combate à epidemia da aids. Esse contexto, somado às características fronteiriças e programáticas, facilita a expansão da infecção nessa região.

### **Conclusões**

O programa municipal de DST/aids está estruturado, conta com recursos de convênio e com retaguarda hospitalar e laboratorial mas não incorporou a essência da política nacional de combate à epidemia de aids. Conseqüentemente, as ações não são desenvolvidas segundo as prioridades da CN-DST/Aids.

A organização programática está desarticulada, há baixo poder de autonomia e de decisão, falta de integração com os outros componentes de saúde reprodutiva, além de capacidade gerencial limitada. Essas deficiências resultam em baixa qualidade nos projetos de prevenção e nas ações de diagnóstico e assistência.

Esses problemas se evidenciam ainda mais nas ações de combate às DST e na ausência de planejamento de atividades destinadas às populações mais vulneráveis, tais como adolescentes e profissionais do sexo. Além disso, o contexto local, caracterizado por um intenso tráfico e uso de drogas, transitoriedade das populações e alto índice de turismo sexual põe a população em situação de vulnerabilidade e exposição às DST e à aids, ao mesmo tempo que inibe a articulação de organizações de base social que possam expressar e mobilizar os interesses dos diversos grupos.

É reconhecida a inclusão, quase sem restrições ou qualquer tipo de compensação, de pacientes estrangeiros nas atividades de saúde disponíveis para a população local, o que sobrecarrega os serviços e dificulta, ainda mais, o acesso ao diagnóstico e tratamento. Essas iniciativas não decorrem de nenhuma cooperação oficial entre os países.

## Recomendações

Existem deficiências específicas no sistema e nos serviços que podem ser enfrentadas com intervenções programáticas. Contudo, há uma série de fatores econômicos e condições sociais na fronteira que dificultam a implantação de ações programáticas para a melhoria da saúde, tais como prostituição infantil, ampla oferta de drogas e envolvimento com o comércio de drogas.

Embora reconheçamos que esses fatores, alheios ao setor de saúde, são de grande importância e requerem intervenções urgentes, nossas recomendações políticas, programáticas e de pesquisa estão focalizadas apenas nos problemas que podem ser manejados pelo setor de saúde.

## Recomendações Políticas e Programáticas

- Revisar e reorganizar o programa municipal de DST/aids. Isso deve incluir a solução dos problemas de gerenciamento, capacitação e recursos humanos.
- Reestruturar o CTA e o SAE para melhorar o acesso da população e a qualidade do serviço oferecido. Para isso, recomendamos: Ampliar o horário de atendimento do CTA/SAE e implantar um sistema de agendamento;
- : Aumentar o número de funcionários e definir suas funções; Oferecer capacitação para toda a equipe, a fim de garantir a qualidade do atendimento;
- : Implementar um sistema de supervisão e apoio contínuo;
- : Realizar reuniões técnicas e administrativas periódicas com toda a equipe;
- : Implementar estratégias efetivas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral;
- : Melhorar o sistema de registro para realizar busca ativa de comunicantes e acompanhamento adequado de portadores;

- Ampliar a divulgação do CTA/SAE para a população em geral e, especificamente, para os grupos vulneráveis, utilizando recursos de mídia, distribuição de folhetos e cartazes nas unidades básicas de saúde e escolas.
- Ampliar a oferta e distribuição de preservativos, melhorando a logística, aumentando o suprimento e implementando campanhas de promoção visando ao seu uso.
- Descentralizar a oferta do teste HIV para as gestantes.
- Definir estratégias de cooperação para viabilizar a alocação de recursos para municípios de fronteira e implantar efetivamente os convênios de reciprocidade entre os países, seguindo as recomendações da 4ª Conferência Estadual de Saúde e a 11ª Conferência Nacional de Saúde.

### Recomendações para Pesquisa

Realizar pesquisas operacionais e/ou pesquisas de ação participativa para testar estratégias que visem a melhorar o acesso e a qualidade da prevenção, o diagnóstico e a assistência no âmbito das DST e aids. Estas pesquisas deveriam ser realizadas, principalmente, com grupos mais vulneráveis, tais como adolescentes, profissionais do sexo, presidiários, turistas, usuários de drogas etc.

Como prioridade, aparece a realização de uma pesquisa operacional que permita definir estratégias para melhorar as atividades de prevenção, acesso ao diagnóstico e ao tratamento para trabalhadoras sexuais em ambos os lados da fronteira. Ainda como prioridade, consideramos importante realizar uma pesquisa diagnóstica sobre o uso de drogas injetáveis no município.

Achamos também muito útil a realização de pesquisas que visem a definir e avaliar estratégias que permitam aumentar a adesão ao tratamento e avaliar outras medidas de prevenção secundária.





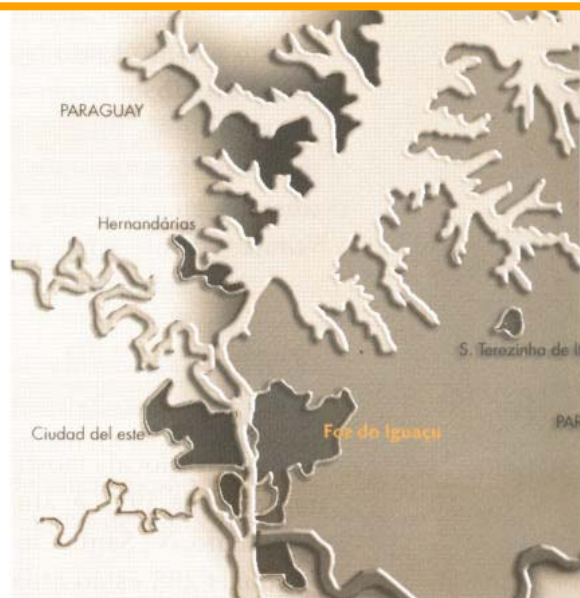
## Foz do Iguaçu

Foz do Iguaçu está localizada no Estado do Paraná, na região Sul do Brasil, na fronteira com o Paraguai e a Argentina. A população de 258.543 habitantes é quase totalmente urbana. O município apresentou alto crescimento demográfico (4% ao ano) entre 1991 e 2000, maior do que a do Estado e da região Sul, o que pode ser parcialmente explicado pela intensa atividade comercial, legal e ilegal, na região.

A principal fonte de economia legal e o turismo ecológico nas Cataratas do Iguaçu. A cidade conta com uma grande rede hoteleira e recebe milhares de turistas durante o ano (em 2000, o Parque Nacional das Cataratas recebeu 708.461 turistas). Por outro lado, a situação fronteiriça do município facilita uma intensa e variada economia ilegal, que inclui o contrabando de mercadorias de Ciudad del Este, no Paraguai, o tráfico de drogas e de armas. Paralelamente, o município vem sofrendo uma deterioração progressiva em termos de situação econômica, desde o encerramento das obras na usina de Itaipu, o que contribui para o quadro de agravamento da violência observado nos últimos anos.

Foz do Iguaçu caracteriza-se por enorme diversidade e mobilidade populacional. Diariamente, a cidade é ocupada por milhares de “compristas”, que para lá vão em busca de mercadorias no Paraguai, caminhoneiros e turistas. A presença de diferentes grupos étnicos é marcante – árabes, chineses, coreanos, paraguaios, “brasiguaios” (brasileiros residentes no Paraguai) e argentinos. Esses grupos vivem relativamente isolados e existe a percepção geral de que são discriminados pela comunidade e pelo poder público.

Em Foz do Iguaçu foram notificados 341 casos de aids desde o início da epidemia. A incidência em 2000 foi de aproximadamente 1,94 por 10.000 habitantes, praticamente o dobro da nacional, conforme tabela abaixo.



**Nº de casos de aids notificados e média de incidência anual em Foz do Iguaçu, PR, Região Sul, Brasil. (por 10.000 habitantes)**

	Ano da notificação					total (N)
	80-90 (N)	91-93 (N taxa)	94-96 (N taxa)	97-99 (N taxa)	2000-01* (N TI)	
<b>Foz do Iguaçu</b>	9	32 (0,55)	93 (1,39)	147 (1,95)	60 (1,94)	<b>341</b>
<b>Paraná</b>	404	1.301 (0,50)	2.453 (0,92)	3.646 (1,31)	1.436 (1,24)	<b>9.240</b>
<b>Região Sul</b>	1.937	5.021 (0,74)	9.309 (1,33)	13.488 (1,86)	4.806 (1,55)	<b>34.561</b>
<b>Brasil</b>	<b>24.750</b>	<b>43.810 (0,98)</b>	<b>61.641 (1,32)</b>	<b>67.572 (1,38)</b>	<b>1.037 (0,89)</b>	<b>215.810</b>

Os registros locais mostraram que há no SAE 732 pacientes registrados desde 1992 e, atualmente, mais de 250 pacientes estão em tratamento. Na Santa Casa, há 541 pacientes cadastrados com aids, dos quais 288 estão atualmente em tratamento. Do ano 2000 até junho de 2001, não foram notificados casos de transmissão vertical, porém durante a visita da equipe havia 26 crianças em tratamento, 65 em seguimento sorológico (mães soropositivas) e 12 gestantes infectadas. Esses dados sugerem que há problemas no sistema de vigilância epidemiológica.

Desde o início da década de 90, a forma mais comum de transmissão é a heterossexual. A proporção de casos de aids entre pessoas até 19 anos (12,3%) é bem mais alta do que a do estado e do país (6,4% e 5,6%, respectivamente).

Fonte para dados de aids:

Banco de dados on-line  
CN-DST/aids [21].

Fonte para dados da população:  
IBGE Censo Demográfico 1991,  
2000; Contagem de População 1996  
[20, 22, 23]; projeções  
anuais (Anuário Estatístico do Brasil)  
[24-26].

\* 2000 e 2001 dados preliminares.

TI baseada somente nos dados  
de 2000.

### Características Fronteiriças

Foz do Iguaçu está situada numa região de tríplice fronteira, próxima de outros centros urbanos e é uma cidade de fácil acesso por via aérea e terrestre. O movimento de pessoas através da fronteira com o Paraguai, pela Ponte da Amizade (foto ao lado), é muito intenso e livre. Nessa área, circulam grande número de “compristas”; laranjas (carregadores de sacolas para a travessia da ponte), turistas, caminhoneiros e profissionais do sexo.



O fluxo de caminhões é contínuo pela Ponte da Amizade – aproximadamente 300 desses veículos atravessam essa fronteira diariamente. Como os caminhoneiros permanecem em média de três a cinco dias no estacionamento da aduana, aguardando liberação fiscal, essa região tem atraído intenso comércio sexual. Nessa área, há um grande número de barracões, onde profissionais do sexo, muitas delas adolescentes, passam a maior parte do dia, trabalhando em condições sanitárias extremamente precárias.

A prostituição é uma questão crítica de direitos humanos nessa fronteira. Além da área de aduana, essas mulheres circulam em vários outros locais da cidade. Há evidências de tráfico de mulheres brasileiras, principalmente para o Paraguai, onde algumas são mantidas encarceradas em zonas de prostituição chamadas de “quilombos”.

O tráfico de armas e de drogas, principalmente maconha e cocaína, através das fronteiras, também é intenso. O município é primariamente uma rota de drogas que saem do Paraguai e da Bolívia e vão para outras regiões do país.

Nessa fronteira ocorrem alguns conflitos pontuais de convivência entre brasileiros e paraguaios, por causa de diferenças culturais, sociais e econômicas. Muitos paraguaios buscam os serviços de saúde no Brasil, por serem eles insuficientes no Paraguai e, como outros estrangeiros em situação ilegal no município, são discriminados e atendidos apenas em situações de emergência.

A fronteira com a Argentina é mais fiscalizada e menos movimentada. A cidade argentina fronteira mais próxima, Puerto Iguazú, fica mais distante de Foz do Iguaçu.

## Principais Achados

O programa municipal de DST/aids está implantado e desenvolve ações de prevenção, diagnóstico e assistência a portadores de HIV/aids por intermédio do CTA e do SAE. O programa recebe apoio político municipal e conta com uma coordenação bem organizada e liderada por profissionais competentes e comprometidos com o trabalho. Embora o programa esteja numa etapa avançada de implementação e ofereça boa qualidade de atendimento, sua ênfase está na assistência, sendo a prevenção o componente mais deficiente. De maneira geral, as normas da CN-DST/Aids do Ministério da Saúde são cumpridas parcialmente.

O acesso ao preservativo está concentrado basicamente no CTA, mas a quantidade não atende a demanda da população; não está disponível nas unidades básicas de saúde e nem em locais críticos como o presídio, posto da aduana,

**“É mais fácil conseguir drogas (aqui em foz do Iguaçu) do que camisinha...”**

**[Jovem da Comunidade]**

locais próximos à Ponte da Amizade, escolas e bairros periféricos. As ações educativas também são limitadas principalmente ao CTA. A prevenção da transmissão vertical apresenta problemas, como deficiência de capacitação profissional para aconselhamento pré-teste, obrigatoriedade do teste anti-HIV para gestantes e falta de teste rápido na rede pública. Os procedimentos de prevenção em acidentes com perfurocortantes não são adotados, e falta capacitação em relação a normas de biossegurança em alguns serviços. Não existem procedimentos claros e uniformes para a busca de comunicantes no CTA. A maioria das ações de prevenção é realizada pelo Núcleo de Ação Solidária à Aids (NASA), uma ONG que desenvolve projetos dirigidos a alguns grupos vulneráveis, além do programa de redução de danos.

Existe ampla disponibilidade do teste anti-HIV (Elisa), assim como do teste confirmatório (Western-Blot), embora a entrega dos resultados seja demorada. O acesso ao diagnóstico é fácil, principalmente para gestantes (cujo acesso ao teste está descentralizado) e para pessoas que procuram o CTA espontaneamente ou são encaminhadas por outros serviços. Entretanto, muitas pessoas ainda procuram o banco de sangue com o principal objetivo de obter o teste de HIV.

A assistência oferecida pelo SAE é de boa qualidade, o atendimento é humanizado, e o programa conta com uma equipe multiprofissional capacitada e comprometida. A medicação anti-retroviral está amplamente disponível, mas a adesão ao tratamento é baixa e existem dificuldades logísticas de acesso aos exames para monitoramento clínico. A busca de portadores é irregular e não há assistência domiciliar. Raramente faltam medicações para infecções oportunistas. Há disponibilidade de leitos e de medicamentos específicos para aids na Santa Casa, mas a qualidade do atendimento hospitalar apresenta algumas deficiências, e o hospital-dia não está credenciado.

O componente de DST praticamente não está incluído no programa de DST e aids. Além disso, há pouca integração das ações de HIV/ aids com outras ações de saúde sexual e reprodutiva ou com outros setores da Secretaria da Saúde. O conceito de dupla proteção não está inserido nas ações educativas e programáticas.

O Comitê Tripartite de Fronteiras para a Saúde está implementando intervenções pontuais para algumas doenças infecciosas; entretanto, ações específicas em DST/HIV/aids ainda não foram incluídas.

O programa municipal de DST/aids tem atuação bastante restrita em relação a alguns segmentos importantes da população, como caminhoneiros, profissionais do sexo, UDI, presidiários, grupos étnicos, HSH, adolescentes, "brasiguaios" e estrangeiros. O acesso à prevenção, diagnóstico e assistência é limitado principalmente porque os serviços são pouco divulgados e não atingem a maioria desses grupos, além das barreiras culturais, falta de privacidade e horários muitas vezes inconvenientes. Especificamente, os estrangeiros não residentes ou que não têm documentação legal encontram muitas dificuldades para conseguir atendimento, não contando com o direito ao tratamento com ARV. Essas características programáticas, o contexto fronteiriço e os movimentos de organização da sociedade civil local ainda incipientes, com a presença de poucas ONG dedicadas ao combate à epidemia, combinam-se para determinar a alta vulnerabilidade da comunidade ao HIV/aids.

## Conclusões

O Programa de DST/Aids está instalado, e o SAE e o CTA funcionam satisfatoriamente. A equipe que gerencia o programa é motivada, comprometida com o trabalho, capacitada e conta com pessoal técnico preparado em número suficiente. O acesso ao diagnóstico e tratamento para HIV/aids é fácil, mas não há esforços importantes para divulgar a oferta de diagnóstico, melhorar o acompanhamento dos pacientes e aumentar a adesão ao tratamento. O componente mais deficiente é a prevenção, embora existam iniciativas pontuais coordenadas por poucas ONG locais. Especificamente, a qualidade do atendimento de gestantes está prejudicada por deficiências de capacitação e indisponibilidade do teste rápido.

A coordenação do programa tem visão estratégica e consegue articular alianças com o setor público e algumas ONG. A colaboração com ONG tem viabilizado o desenvolvimento de atividades com HSH, soropositivos, mulheres em relações estáveis e redução de danos. Porém, ainda não conseguiu integrar o acesso ao diagnóstico e à assistência no campo de HIV/aids com ações voltadas para outras DST.

Na fronteira com o Paraguai, há muita atividade comercial, legal e ilegal, tráfico de drogas e de mulheres. Apresenta algumas situações pontuais de hostilidade entre brasileiros e paraguaios. Mesmo assim, um grande número de paraguaios procura os serviços brasileiros. Entretanto, os estrangeiros não residentes no Brasil tem acesso restrito aos serviços, o que os torna mais vulneráveis.

Embora existam acordos internacionais para algumas ações conjuntas na área de saúde, até o momento esses acordos não resultaram em atividades efetivas no âmbito das DST/aids.

Outros segmentos da população, tais como caminhoneiros, profissionais do sexo, presidiários, grupos étnicos em situação de marginalização e brasileiros residentes no Paraguai (“brasiguaios”), também encontram dificuldades de acesso.

## Recomendações

Existem deficiências específicas no sistema e nos serviços que podem ser enfrentados com intervenções programáticas. Contudo, há uma série de fatores econômicos e condições sociais na fronteira que dificultam a adoção de ações programáticas na melhoria da saúde.

Embora reconheçamos que esses fatores, alheios ao setor saúde, são de grande importância e requerem intervenções urgentes, nossas recomendações políticas, programáticas e de pesquisa estão focalizadas apenas nos problemas que podem ser manejados pelo setor saúde.

### Recomendações Políticas e Programáticas

- Acelerar a reestruturação do CTA e do SAE para aumentar o acesso nas três áreas identificadas como prioritárias: populações vulneráveis não institucionalizadas (redução de danos, HSH etc); população vulnerável institucionalizada (presídios, escolas) e atenção básica (rede pública).
- Aumentar os esforços para coordenar e integrar efetivamente ações de DST/aids com outros programas da Secretaria de Saúde, inclusive o PSF, Programa da Mulher, Programa do Adolescente e outras secretarias.
- Aumentar a divulgação para a população em geral e populações vulneráveis e móveis sobre os serviços disponíveis no CTA e no SAE, utilizando vários canais de divulgação.
- Aumentar em todas as áreas a disponibilidade de preservativos. Isso inclui o aumento do suprimento, a melhoria da logística e campanhas de promoção de uso que atinjam as populações vulneráveis.
- Incluir efetivamente as ações de prevenção, diagnóstico e assistência para DST no CTA e SAE e na rede básica de saúde.
- Estimular a implementação efetiva de ações de combate às DST e à aids do Comitê de Fronteiras de Saúde.
- Criar e/ou apoiar atividades para melhorar a adesão a terapia ARV no SAE e no hospital de referência para aids.

## Recomendações para Pesquisa

Realizar pesquisas operacionais e/ou pesquisas de ação participativa para testar estratégias que visem à melhoria do acesso e da qualidade da prevenção, do diagnóstico e da assistência em relação as DST e à aids. Essas pesquisas deveriam ser realizadas principalmente com grupos mais vulneráveis, como caminhoneiros, adolescentes, profissionais do sexo, presidiários, homens de meia idade etc.

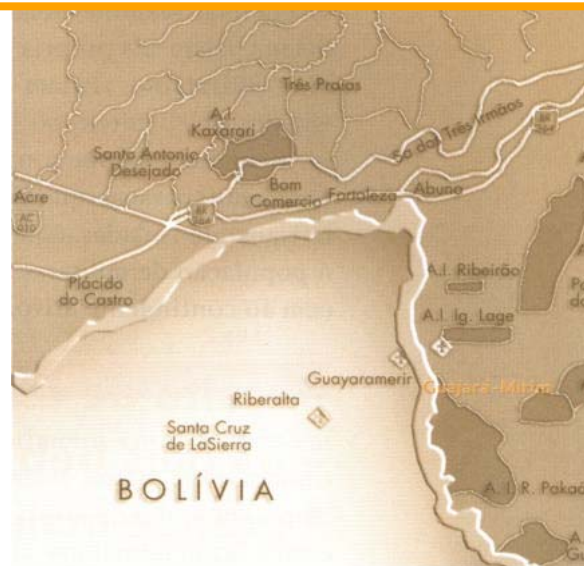
Especificamente, consideramos prioritária uma pesquisa operacional que permita definir estratégias para melhorar as atividades de prevenção, acesso ao diagnóstico e ao tratamento para caminhoneiros e trabalhadoras do sexo que prestam serviços a esse grupo.

Além disso, consideramos muito importante realizar pesquisas para definir e avaliar estratégias que permitam aumentar a adesão ao tratamento e avaliar outras medidas de prevenção secundária.



## Guajará-Mirim

Guajará-Mirim está situada no sudoeste do Estado de Rondônia, as margens do rio Mamoré, e faz fronteira com Guayaramern, na Bolívia. De sua área total, 93% são de preservao ambiental. O acesso ao município  difícil, e há uma rodovia pavimentada em condioes precárias de conservao até Porto Velho (a viagem demora aproximadamente quatro horas) e um aeroporto para aviões de pequeno porte. A populao  de 38.045 habitantes e 87% das pessoas vivem em área urbana [20]. A taxa de crescimento populacional  semelhante a do país (1,9%), menor do que a do estado e da Região Norte, e diminuiu desde a desativao da área de Livre Comércio.



O crescimento econômico de Guajará-Mirim se deu durante o ciclo da borracha e também graças a extrao de ouro, estanho e cassiterita, hoje proibida por lei. Em 1995, foi implantada a zona de livre comércio, gerando um crescimento importante do município, com a instalao de importadoras e hotéis. Entretanto, a partir de 1998, o fluxo de importaoes diminuiu, levando ao desaquecimento da economia local. O comércio está em estado de falência, as lojas de produtos importados estão fechando as portas e muitas pessoas estão abandonando o município. Atualmente, a principal atividade econômica está ligada ao funcionalismo público, e o desemprego  alto. Não existem indústrias nem possibilidades de extrativismo e agricultura, por se tratar de uma região predominantemente de reserva ambiental. Paralelamente, o tráfico de drogas representa uma importante fonte de economia ilegal; Guajará-Mirim  uma rota de tráfico de maconha e cocaína proveniente da Bolívia e do Peru.

A populao do município  extremamente diversificada. Estima-se que aproximadamente 11.000 bolivianos residem no município, dos quais aproximadamente 8.500 não possuem documentos. Os bolivianos enfrentam situaoes de discriminao, por razoes culturais e porque, às vezes, competem ou ocupam posioes de trabalho que seriam potencialmente de brasileiros. A populao indígena tem sua origem nos troncos Paakas Novos e Tupis, totalizando 2.871 índios que se distribuem em 22 aldeias.

Vivem relativamente isolados, têm pouco contato com a região boliviana, falam sua própria língua e raramente se casam com não-índios. Entretanto, visitam frequentemente Guajará-Mirim para atividades de comércio ou lazer e, mais raramente, para estudar. Os seringueiros compõem uma população estimada em aproximadamente 800 pessoas, que vivem em reservas extrativistas, em áreas relativamente isoladas, com difícil acesso aos serviços do município. A população de militares é pequena, sendo que 200 deles pertencem ao contingente ativo, 150 são flutuantes e 200, estabilizados.

“A falta de estrutura na família leva o jovem às drogas – os pais bebem, batem na mãe e nos filhos [...]

A grande maioria dos pais são separados, e muitos filhos moram com as tias ou avós e nem sabem onde os pais se encontram. Outros são aliciados pelos padrastos e outros são agredidos constantemente pelo pai”.

[Representante da comunidade]

A cidade oferece opções mínimas de trabalho, educação, lazer e desenvolvimento cultural e socioeconômico, afetando especialmente a população mais jovem, que não encontra perspectivas de crescimento pessoal e profissional. Além disso, a violência e o alcoolismo são problemas críticos na comunidade e têm aumentado nos últimos anos. Nesse contexto, muitos jovens envolvem-se com "gangues" que brigam entre si, praticam assaltos e disputam espaço no tráfico de drogas. A violência doméstica, a exploração sexual infantil e o tráfico de crianças, adolescentes e mulheres na fronteira são problemas de direitos humanos de grande magnitude no município. Segundo a percepção local, a prostituição infantil vem aumentando, e há crianças de 9-10 anos que se prostituem ao preço de R\$1,00 a R\$2,00 o programa.

As DST e a aids não são consideradas prioridade, do ponto de vista epidemiológico e programático, pela maioria das pessoas entrevistadas, devido à alta prevalência de outras doenças endêmicas e infecciosas típicas dessa região, como malária, tuberculose e hepatite, entre outras.

**Número de casos de aids notificados e taxa de incidência anual média (por 10.000 habitantes) em Guajará-Mirim, RO Região Norte, Brasil.**

	Ano de notificação					total (N)
	80-90 (N)	91-93 (N-TI)	94-96 (N-TI)	97-99 (N-TI)	2000-01* (N-TI)	
Guajará-M.	1	0 (0,00)	4 (0,37)	0 (0,00)	1 (0,26)	6
Rondônia	25	57 (0,16)	125 (0,34)	92 (0,23)	39 (0,22)	338
Região-Norte	225	565 (0,18)	1.120 (0,32)	1.409 (0,39)	375 (0,22)	3.694
<b>Brasil</b>	<b>24.750</b>	<b>43.810 (0,98)</b>	<b>61.641 (1,32)</b>	<b>67.572 (1,38)</b>	<b>18.037 (0,89)</b>	<b>215.810</b>

Fonte para dados de aids:

Banco de dados on-line CN -

DST/Aids [21].

Fonte para dados de população: IBGE Censo Demográfico 1991, 2000;

Contagem de População 1996 [20, 22, 23];

projeções anuais (Anuário Estatístico do Brasil) [24 - 26]

\*2000 e 2001 dados

Dados oficiais do MS mostram que o primeiro caso de aids em Guajará-Mirim foi notificado em 1990. Desde então, até setembro de 2001, foram notificados somente seis casos no município, que, atualmente, não tem serviço de vigilância epidemiológica. Como não há um sistema de registro, não se sabe o número atual de casos no município.

Considerando o número de casos notificados, a situação em Guajará-Mirim parece pouco grave, porque as taxas de incidência no município, no Estado de Rondônia e na região Norte são baixas em comparação com as do país. Entretanto, não é possível confirmar se o quadro epidemiológico reflete a realidade. Atualmente, seis pacientes com aids, residentes em Guajará-Mirim, estão em tratamento no SAE de Porto Velho. Além disso, recebemos a informação de que, em 1998, havia onze pessoas com aids na cidade, das quais cinco já haviam falecido e as demais não foram acompanhadas. No total, são 429 casos registrados no Estado, mas no banco de dados oficial da Coordenação Nacional de DST e Aids há somente 338 casos notificados em Rondônia. Aparentemente, a situação, tanto em Guajará-Mirim como no Estado de Rondônia, é mais grave do que mostram os dados oficiais.

## Características Fronteiriças

Guajará-Mirim situa-se numa região fronteira isolada e com dificuldade de acesso. É uma fronteira fluvial com Guayaramerín, na Bolívia. O cruzamento (foto ao lado) na fronteira é geralmente fácil, pois não existe controle rígido de migração de pessoas sem documentação de ambos os lados. O policiamento é muito limitado e não há dados de censo relativos à imigração.

No ano 2000, aproximadamente 3.500 bolivianos não documentados fizeram trabalho sazonal em Guajará-Mirim, como coletores de castanha e palmito. Atualmente, os bolivianos representam um grupo de grande mobilidade nessa fronteira, ao contrário dos índios e seringueiros, que vivem em comunidades relativamente isoladas e não cruzam a fronteira regularmente.

O tráfico de drogas é um problema importante no município, sendo que a maior parte da droga vem da Bolívia, embora haja também uma rota de tráfico peruana. A cidade é principalmente uma rota de passagem da droga, que é transportada geralmente por via terrestre para Porto Velho, seguindo daí para outras regiões do país. Entretanto, há também consumo local e aproximadamente cinquenta pontos de venda de droga no município. Também ocorrem muitos roubos de carros e motocicletas, que são geralmente vendidos na Bolívia ou trocados por droga.

A região fronteira boliviana possui uma infra-estrutura precária de serviços; e Guajará-Mirim representa referência para essa população e para outros municípios vizinhos do lado brasileiro e boliviano. Em agosto de 2001, foi assinado o “Convênio de Cooperação Mútua entre Países Brasil-Bolívia-Fronteira na Região Amazônica”, que enfoca questões da educação, saúde, comércio e transporte, mas ainda não está implementado.



## Principais Achados

A estrutura do sistema público é bastante precária e o atendimento em todas as áreas de saúde é muito deficiente. Há escassez de recursos humanos qualificados (entre eles médicos e outros profissionais da área de saúde), especialmente, para atuar em ações voltadas para as DST e a aids. O acúmulo de funções/cargos e alta rotatividade são constantes e, conseqüentemente, há necessidade de educação continuada.

As informações sobre saúde geralmente não chegam aos profissionais nas unidades básicas. Por exemplo, alguns profissionais de saúde sabem que o programa de DST/aids está sendo planejado, mas não foram informados de detalhes nem participaram de sua implantação. A comunicação entre os serviços é limitada, o que resulta na falta de integração entre eles. As normas nacionais sobre DST/aids e Planejamento Familiar não estão disponíveis na rede pública.

A situação da epidemia de aids é pouco conhecida no município, pela deficiência do registro de informações, e há muito preconceito contra pessoas com aids e outras DST. O programa de DST

e aids não está implantado e não há ações de prevenção. Apesar do compromisso político limitado para a adoção dessas ações, a Secretaria de Saúde está em fase de planejamento do Programa de DST/Aids, tendo sido contratada, recentemente, uma coordenadora.

As normas de biossegurança não são conhecidas pela maioria dos profissionais, são precariamente adotadas na maioria dos serviços, e lixo hospitalar é inadequadamente processado.

O acesso à informação sobre DST/aids é em geral escasso para toda a população, não há materiais educativos sobre o assunto nos serviços de saúde ou outros locais/instituições visitados. As aldeias indígenas não têm informação impressa sobre DST e aids ou preservativos para demonstração, e os materiais educativos disponíveis são considerados muito complicados pelos índios. Em algumas escolas públicas, os adolescentes participam de um programa educativo que está sendo implementado com muitas limitações, por causa da falta de material educativo e de preservativos.

**“Aqui (no Centro de Saúde), não vemos camisinhas há muitos anos (...) Nem pílula também.”**

**[Provedor de Saúde]**

A comunidade não tem acesso a preservativos no setor público. Não há um sistema claro de requisição, distribuição e controle de preservativos pela Secretaria Municipal de Saúde, que também não envia relatórios de consumo regularmente para o Programa Estadual de DST/aids. Além disso, a Secretaria de Saúde de Guajará-Mirim não compra preservativos com fundos da Gestão Plena. O exército realiza algumas palestras sobre DST/aids e distribui preservativos para os soldados, mas em quantidade insuficiente para atender à demanda. Além disso, muitos soldados questionam a qualidade do preservativo disponível. Há preservativo masculino à venda nas farmácias e em alguns supermercados, mas seu preço é considerado alto pela população em geral.

**“Conheço a aids pela televisão, não sei onde conseguir preservativos (gratuitamente) e, quando necessito, compro na farmácia”.**

**[Representante da comunidade]**

O Programa de Saúde da Família foi interrompido e os agentes comunitários de saúde ainda não estão capacitados na prevenção de DST/aids. Somente uma ONG indígena, a CUNPIR (Coordenação e União das Nações e Povos Indígenas de Rondônia), está atuando em algumas questões de prevenção das DST e da aids, principalmente com a população indígena, mas o projeto ainda está muito no início. Alguns agentes de saúde indígena receberam capacitação nessa área, mas necessitam de educação continuada.

Não há disponibilidade de teste anti-HIV no serviço público, nem mesmo para gestantes, sendo Porto Velho o município de referência para encaminhamento de pessoas que desejam/necessitam fazer o teste. A única possibilidade de acesso ao diagnóstico no setor público é oferecida pelo Hemonúcleo, que realiza sorologia de HIV1 e 2, HTLV 1 e 2, sífilis, hepatite B e malária para candidatos à doação de sangue.

Assim, algumas pessoas procuram o Hemonúcleo com o principal objetivo de fazer esses exames gratuitamente. Em Guajará-Mirim, alguns laboratórios privados têm capacidade para coletar amostra para sorologia anti-HIV, CD4 e CD8, mas a qualidade dos procedimentos no envio da amostra para processamento e análise em outros municípios apresenta deficiências. Além disso, o custo e a desconfiança quanto ao sigilo são barreiras importantes.

No município, não há atualmente ações de assistência a portadores de HIV/aids nem sistema de referência formal; pessoas infectadas procuram assistência por conta própria em Porto Velho. Não há ARV, mesmo no caso de acidentes com material perfurocortante, e nem medicamentos para infecções oportunistas.

O acesso ao diagnóstico e assistência em casos de DST é muito limitado, feito freqüentemente nas farmácias comerciais. O VDRL esta disponível para gestantes em alguns serviços públicos, mas o resultado é demorado. Hospitais e laboratórios privados também oferecem VDRL. O serviço de saúde do exército realiza VDRL quando há disponibilidade de reagentes. A população indígena tem acesso ao VDRL por meio de convênio entre a Casa do Índio e laboratórios privados. O município está incluído no projeto "Laboratório de Fronteiras" do Ministério da Saúde, que planeja oferecer sorologia anti-HIV e testes para DST. O acesso ao tratamento também é extremamente limitado.

A comunidade, em geral, e alguns grupos em particular, como adolescentes, populações móveis, ribeirinhos e indígenas enfrentam elevada vulnerabilidade à exposição ao HIV/aids, devido ao contexto fronteiriço local e às deficiências do setor de saúde. Além disso, pessoas vivendo com HIV/aids e outras DST enfrentam graves situações de discriminação e preconceito na comunidade, inclusive entre provedores de saúde. Neste sentido, o município conta com uma base social significativa, vinculada principalmente a instituições religiosas, que embora ainda não dê prioridade à aids poderia ser dirigida para o enfrentamento da epidemia nessa região.

## Conclusões

Guajará-Mirim ainda não tem programa formal de DST e aids e a rede instalada de serviços públicos de saúde é precária e desorganizada. Em termos de recursos humanos, observa-se acúmulo de cargos e deficiência de capacitação. Há instabilidade gerencial e política, o que dificulta a continuidade dos serviços.

Não existem atividades regulares de prevenção. O acesso ao diagnóstico está restrito à coleta no Hemonúcleo ou à procura espontânea do serviço de DST/aids em Porto Velho. A referência para assistência também é na capital.

A fronteira não tem controle rígido. Caracteriza-se por sua condição de importante corredor do tráfico de drogas e comércio de veículos e cargas roubados, em ambos os lados. A população vive em situação de pobreza, mas há evidências de grande concentração de riqueza em alguns setores locais, que não se revertem para programas sociais e de saúde. A mobilidade populacional na fronteira e intra-regional mas não intensa.

Muitos bolivianos sem documentação trabalham e residem em Guajará-Mirim. Os estrangeiros, embora sejam atendidos pelos serviços de saúde, são discriminados. Além dos estrangeiros, há um segmento de população móvel que se caracteriza por atividades extrativistas, como seringueiros, castanheiros e coletores de palmito, que também estão excluídos do sistema de saúde. Outros grupos como profissionais do sexo, HSH, ribeirinhos, adolescentes, presidiários e adolescentes infratores também tem acesso limitado aos serviços em geral.

Embora existam deficiências, a organização da assistência à saúde para a população indígena é mais estruturada e apresenta maior grau de resolubilidade. As ações de prevenção de DST e aids são pontuais e esporádicas e não há disponibilidade de preservativos.

Existe uma base social com potencialidade de organização, vinculada a instituições religiosas, que não está trabalhando na área de prevenção ou tratamento da aids porque dá prioridade a outros problemas do município.



## Recomendações

### Recomendações Políticas e Programáticas

Elaborar e implantar o Programa Municipal de DST/Aids em Guajará-Mirim em parceria com o Programa Estadual de DST/Aids e outras instituições locais.

Na elaboração do programa recomendamos:

- dar prioridade às ações preventivas, com ênfase nas populações vulneráveis, tais como mulheres em parceria fixa, profissionais do sexo, HSH, índios, seringueiros, presidiários e militares.
- fortalecer as ações da ONG voltadas para as questões de DST/aids e outras relacionadas com a SSR, assim como as de outros grupos comunitários interessados no tema (por exemplo, associações de moradores, grupos da Pastoral, Centro Despertar, entre outros).
- elaborar um plano de logística e compra de preservativos, estabelecendo mecanismos permanentes e sustentáveis para garantir o acesso da população em geral e populações móveis e/ou vulneráveis.

Capacitar profissionais da área de saúde em ações programáticas relacionadas com DST e aids e capacitar gestores para aplicar adequadamente o modelo de gestão. Capacitar os agentes comunitários de saúde a lidar com DST/HIV/aids, redução de danos e prevenção da gravidez na adolescência.

Buscar parcerias e promover acordos entre a Secretaria de Saúde e o setor privado, para ampliar o acesso aos serviços de DST e aids.

Buscar parcerias que permitam implementar efetivamente o programa de adolescentes multiplicadores nas escolas e melhorar o acesso aos materiais educativos para todos os setores da Saúde e Educação.

Buscar estratégias para expandir o acesso ao diagnóstico e assistência para DST no setor público, para homens e mulheres.

## Recomendações para Pesquisa

Implementar um estudo sentinela de HIV para gestantes.

Pesquisa operacional para identificar estratégias apropriadas para melhorar o acesso à prevenção de DST e aids em grupos vulneráveis, tais como adolescentes, profissionais do sexo e índios.

Pesquisa para avaliar a demanda de anticoncepção no âmbito das populações indígenas.

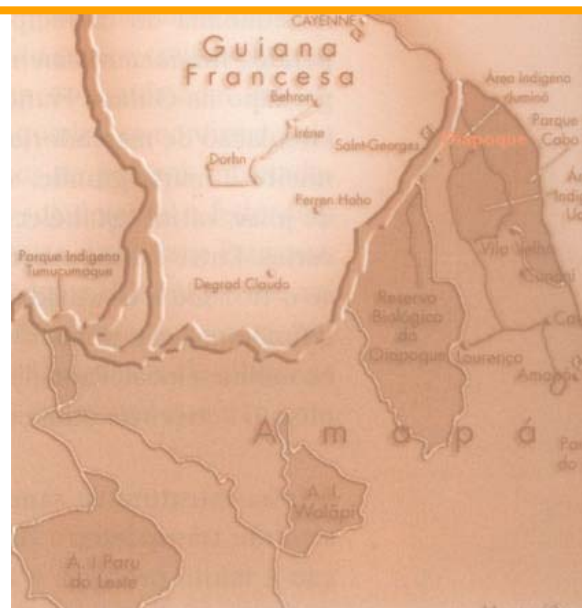
## Oiapoque

Oiapoque está localizada no extremo norte do Brasil, no Estado do Amapá, e faz fronteira com a cidade de Saint-Georges na Guiana Francesa, da qual é separada pelo rio Oiapoque. Fica a 562 km de Macapá, a capital do Estado, à qual está conectada pela BR-156, que atravessa a reserva indígena Uaçá. Duas empresas de ônibus e duas aéreas fazem a rota Macapá-Oiapoque. Há também acesso fluvial, pelo rio Oiapoque.

A população é de 12.886 habitantes, com densidade demográfica seis vê-zes menor do que a do Estado do Amapá. Entretanto, estimativas não-oficiais sugerem que a população de Oiapoque é de aproximadamente 30.000 habitantes, devido ao grande número de garimpeiros e outros migrantes que formam uma população flutuante importante. Segundo a FUNAI, a comunidade indígena representa aproximadamente 30% da população e dados oficiais indicam que 25% dos eleitores são índios. A população indígena pertence a quatro etnias diferentes, distribuídas em 31 aldeias ao longo dos rios e da BR-156. Os índios participam intensamente das atividades político-administrativas de Oiapoque (quatro dos doze vereadores são índios).

A população de Oiapoque é muito jovem, sendo que um terço tem até nove anos de idade, aproximadamente 33% são adolescentes e adultos jovens e 53% da população pertence ao sexo masculino. O predomínio masculino é provavelmente ainda maior porque a população não contabilizada no censo e formada basicamente por garimpeiros.

O crescimento populacional do município tem sido muito acelerado; a população aumentou mais de 70% no período de 1991 e 2000 [20,22]. Esse aumento deve-se basicamente as frentes de expansão do garimpo.



A economia do município depende fundamentalmente do garimpo na Guiana Francesa. A circulação de mercadorias e dinheiro é muito grande, sendo que no município há sete fábricas de jóias, vários estabelecimentos comerciais e duas agências bancárias. Entre outras atividades econômicas importantes, destacam-se o turismo e as atividades artesanais indígenas. A agropecuária, o funcionalismo público e a pesca comercial completam o quadro econômico local. Paralelamente, há intenso comércio sexual; o município concentra inúmeras casas noturnas e boates.

**“É festa de domingo a do para oferecer opção aos garimpeiros.”**

[Provedor]

A infra-estrutura de saneamento básico, de transportes e de comunicação é muito precária, e a população vive com mínimas perspectivas de progresso econômico, aquisição de bens ou melhoria das condições de vida. A cidade oferece poucas opções de trabalho, estudo e lazer, principalmente para os jovens.

**“O índice de prostituição é muito alto, já fui garimpeiro, rodei muito mas não vi nada como Oiapoque.”**

[Representante da comunidade indígena]

Entretanto, existe uma grande quantidade de bares, boates, casas noturnas e prostíbulos que impelem os adolescentes a ocupar o tempo nesses estabelecimentos, conseqüentemente facilitando sua entrada no comércio sexual, uso de álcool e drogas. A prostituição, o consumo de drogas e o álcool são muito preocupantes, não somente em relação à população nativa urbana, mas também aos militares e à comunidade indígena.

Na área de direitos humanos, e particularmente importante a condição de abandono de muitas crianças e adolescentes, cujos pais trabalham nos garimpos. Essas crianças são deixadas sozinhas durante vários meses e são facilmente recrutadas para a prostituição e uso de drogas. Existem ainda suspeitas de tráfico de crianças para a Guiana Francesa.

A alta prevalência de doenças infecciosas típicas dessa região, como a malária, influencia a percepção de risco sobre as doenças sexualmente transmissíveis, que são consideradas de menor importância.

Desde 1991 até setembro de 2001, foram notificados nove casos de aids em Oiapoque. Entretanto, os dados são pouco confiáveis, porque o município não tem serviços de atenção à aids nem um sistema de vigilância epidemiológica. Esse quadro se confirma pelo fato de que, atualmente, existem dez casos de pessoas infectadas pelo HIV residentes em Oiapoque, cujo seguimento é feito pelo SAE de Macapá. Além disso, em Saint-Georges, na Guiana Francesa, foram confirmados cinco casos de infecção por HIV em habitantes de Oiapoque no ano 2000 e um em 2001, a maioria entre trabalhadoras do sexo. Também foram referidos casos de óbito na Unidade Mista de Oiapoque, com quadro sugestivo, mas não confirmado, de aids.

Tabela 1

**Nº de casos de aids notificados e taxa de incidência anual média em Oiapoque, Estado do AP, Região Norte, Brasil.** (por 10.000 habitantes)

	Ano de notificação					total (N)
	80-90 (N)	91-93 (N-TI)	94-96 (N-TI)	97-99 (N-TI)	2000-01 (N-TI)	
Oiapoque	0	2 (0,85)	0 (0,00)	3 (0,90)	4 (3,11)	<b>9</b>
Amapá	3	12 (0,13)	42 (0,38)	89 (0,70)	25 (0,50)	<b>171</b>
Região Norte	225	565 (0,18)	1.120 (0,34)	1.409 (0,39)	375 (0,22)	<b>3.694</b>
<b>Brasil</b>	<b>24.750</b>	<b>43.810 (0,98)</b>	<b>61.641 (1,32)</b>	<b>67.572 (1,38)</b>	<b>18.037 (0,89)</b>	<b>215.810</b>

Fonte para dados de aids:

Banco de dados on-line CN-DST/Aids [211]

Fonte para dados de população IBGE Censo Demográfico 1991, 2000 Contagem de População 1996 [20. 22. 23] projeções anuais (Anuário Estatístico do Brasil) [24-26].

2000e2001 dados preliminares

TI baseado somente nos dados de 2000.

Como mostra a tabela, entre janeiro de 2000 e setembro de 2001, foram notificado quatro casos de aids em moradores de Oiapoque, e a taxa de incidência naquele período foi o triplo da taxa nacional, catorze vezes maior do que a da Região Norte, e seis vezes maior do que a do Estado do Amapá. Dois dos dez casos atualmente acompanhados em Macapá são de indígenas.

Nas unidades de saúde locais, o número de infecções sexualmente transmissíveis é considerado alto entre os militares e, na Casa do Índio, as doenças sexualmente transmissíveis, principalmente gonorréia, estão entre as condições clínicas mais comuns.

## Características Fronteiriças

Oiapoque está numa região fronteira remota, no extremo norte do Brasil (foto ao lado). Nessa fronteira, a circulação de pessoas é livre de qualquer restrição fiscal entre Oiapoque e Saint-Georges. Entretanto, aos brasileiros que queiram entrar na capital da Guiana Francesa, Caiena, exige-se a apresentação de passaporte com visto.

Apesar de não haver convênios oficiais entre os governos francês e brasileiro, o relacionamento entre as populações de Oiapoque e Saint-Georges é cordial. Os brasileiros recebem atendimento de saúde em Saint-Georges, especialmente em situações de urgência, com exceção dos partos. Por outro lado, moradores de Saint-Georges tem acesso a exames radiológicos na Unidade Mista de Oiapoque.

A mobilidade de pessoas é enorme nessa fronteira. Diariamente, chegam a Oiapoque famílias procedentes de outros estados (principalmente do Maranhão), atraídas pela oportunidade nos garimpos. O processo de obtenção de documentação legal para trabalhar nos garimpos da Guiana Francesa é lento e nem sempre bem-sucedido, obrigando as pessoas a permanecer durante semanas no município, aguardando a liberação dos documentos (foto ao lado). Como o garimpo é uma atividade sazonal, o fluxo de garimpeiros em ambos os sentidos oscila durante o ano, o que determina que a população flutuante de Oiapoque seja muito variável. As trabalhadoras do sexo e comerciantes ligados ao garimpo acompanham esse movimento.



As profissionais do sexo procedentes de várias regiões do país chegam à cidade para temporadas relativamente curtas, de no máximo duas a três semanas, e seus clientes são principalmente os garimpeiros, índios e franceses (turistas e legionários). Muitas vezes, elas atravessam a fronteira até as áreas de garimpo, onde permanecem durante vários dias, recebendo pelos programas em ouro, ou vão trabalhar em Saint-Georges, onde o programa é mais caro do que no Brasil.

Os indígenas vivem, indistintamente, nos dois lados da fronteira. As comunidades indígenas mantêm intenso contato com outras aldeias, em Oiapoque e na Guiana Francesa, e também com não índios de Oiapoque. Esses contatos, principalmente nas datas festivas, promovem o uso de álcool e também relacionamentos sexuais que incluem profissionais do sexo.

O município não é considerado pelas autoridades locais rota importante do tráfico de drogas, que, habitualmente, se dá no sentido Oiapoque–Guiana Francesa e Suriname, partindo de Belém ou Macapá. Como, praticamente, não existem recursos humanos, técnicos e financeiros locais para prevenção, vigilância ou repressão, a realidade do consumo e tráfico de drogas não é bem conhecida no município.

### **Principais Achados**

A estrutura do sistema público de saúde é extremamente precária, sendo enorme a escassez de recursos humanos. Há poucos médicos (são apenas três) para atender a população, e o município enfrenta dificuldades para recrutar esse tipo de profissional. O atendimento em todas as áreas da saúde é muito deficiente e não há um programa de DST/aids implantado.

O Hospital Militar em Clevelândia do Norte, aproximadamente a 13 km de Oiapoque, oferece atendimento clínico primário para, no máximo, dez civis e cinco militares por dia, nas áreas de clínica geral, pediatria e pré-natal. Esse número de atendimentos atende às necessidades e não há filas para obter o serviço.

Em Oiapoque, não há capacidade para atender casos de maior gravidade, os quais são transferidos para Macapá, devendo a pessoa trasladar-se com recursos próprios. Somente nos casos de urgência o transporte aéreo é solicitado rapidamente, de forma gratuita.

As ações de prevenção de DST/aids limitam-se à distribuição de preservativos, mas a quantidade insuficiente e o sistema logístico muito deficiente praticamente impedem que sempre haja preservativos à disposição da população. A Casa do Índio é responsável pela distribuição de preservativos para os índios, mas também não consegue oferecer o insumo na quantidade adequada, e algumas aldeias queixam-se de que o recebem muito esporadicamente. Também houve queixas de índios pelo fato de que algumas marcas distribuídas não eram lubrificadas. O Hospital Militar distribui preservativos somente para os militares.

A maioria das pessoas entrevistadas referiu que compra preservativos nas farmácias, sendo que as profissionais do sexo, às vezes, compram grandes quantidades para levar aos garimpos. Chama a atenção também o fato de que os preços dos preservativos são mais altos do que os praticados em centros urbanos maiores.

**“Não tem camisinha, nunca veio pra cá “(...)**

**“Não dou muito para adolescentes, eles vão fazer balão.” [Provedor de serviço de saúde]**

Algumas atividades de prevenção têm sido desenvolvidas, como a capacitação de professores para atuar como multiplicadores de prevenção de DST e aids, educação sexual e uso indevido de drogas.

Apenas uma ONG chamada Grupo Afrodite, sediada em Belém, realiza esporadicamente atividades de prevenção com distribuição de preservativos para trabalhadoras do sexo.

As ações de diagnóstico e assistência não estão disponíveis. As pessoas que desejam realizar o teste devem ir a Macapá com seus próprios recursos ou a Saint-Georges, com a ressalva de que, nesse caso, devem saber falar francês ou ser acompanhadas por um intérprete. O caso positivo não tem direito a assistência, e as pessoas são, orientadas a procurar tratamento nos serviços do Brasil.

Os laboratórios da Unidade Mista e do Hospital Militar realizam, esporadicamente, exames para algumas DST (VDRL e bacterioscopias), mas o Hospital Militar não oferece à população civil acesso gratuito a esses exames. Para os militares, os serviços são gratuitos no primeiro ano de serviço e para militares de carreira e seus familiares é descontado do salário o custo do exame.



Em Oiapoque, as deficiências do sistema de saúde são agravadas pela falta de organizações de base social voltadas para o controle da epidemia de aids. Além disso, o contexto fronteiriço de intensa mobilidade, diversidade e crescimento populacional, o grande distanciamento dos centros urbanos maiores e as deficiências estruturais do município são fatores que se somam para determinar a vulnerabilidade da população local à exposição ao HIV/aids.

## Conclusões

Oiapoque não tem programa de DST e aids, e a rede instalada de serviços de saúde é precária e de baixa resolubilidade. A municipalização da saúde acarretou desarticulação dos serviços, fragmentando e desativando ações preexistentes. O hospital militar é o que oferece condições mais favoráveis de assistência à demanda geral, mas, atualmente, atende apenas militares e seus dependentes e a população residente em Clevelândia do Norte.

Não existem serviços locais para diagnóstico e tratamento, sendo que o acesso a eles se dá de maneira informal e espontânea em Macapá. Embora os serviços de saúde de Saint-Georges, na Guiana Francesa, ofereçam acesso ao diagnóstico, este se restringe aos residentes ou a brasileiros que saibam falar francês ou estejam acompanhados de intérprete. Esse quadro é agravado pelo isolamento do município, devido à extrema precariedade das vias de acesso e de comunicação.

As ações de prevenção limitam-se a intervenções esporádicas por iniciativa da Coordenação Estadual de DST e Aids, mas não há seguimento. O suprimento de preservativos provenientes do estado não se pauta por parâmetros de vulnerabilidade, e não há planejamento para sua distribuição.

Embora existam deficiências, a organização da assistência a saúde para a população indígena é mais estruturada e apresenta maior grau de resolubilidade. Existe infra-estrutura instalada para a entrega de preservativos, mas a procura não é condizente com o grau de necessidade da população, devido à falta de ações educativas sistemáticas e deficiências do sistema de distribuição. Os indígenas constituem o único segmento politicamente organizado no município.

Sendo Oiapoque uma rota de passagem para os garimpos na Guiana Francesa e Suriname, essa fronteira caracteriza-se por grande mobilidade populacional, pela frente de expansão garimpeira e pela sazonalidade dessa atividade, que atrai grande número de profissionais do sexo. Além disso, a maior parte das etnias indígenas está distribuída em ambos os lados da fronteira, mantendo intenso contato com populações indígenas e não-indígenas na Guiana Francesa e em Oiapoque.

Existem iniciativas informais de colaboração entre os governos locais, mas não há um comitê de saúde de fronteira. Qualquer iniciativa oficial de cooperação com a Guiana Francesa envolveria necessariamente negociações com o governo francês.

Embora seja evidente a grande vulnerabilidade às DST e à aids, a precariedade estrutural do município não permite dimensionar a epidemia na região.

## Recomendações

### Recomendações Políticas e Programáticas

- Implantar o programa municipal de DST/aids, garantindo que a implantação fortaleça o sistema de saúde em geral. As ações prioritárias são:
- recrutar, constituir e capacitar a equipe responsável pela implantação do programa;
- implantar o CTA e o SAE com a integração dos serviços: leito dia, ADT, diagnóstico laboratorial DST-HIV e outros (isso foi acordado entre o município e a CN-DST/Aids durante a macrorregional norte, que encaminhou projeto e aguarda visita de técnico da CN para supervisão *in loco* e viabilização do projeto proposto).
- Disponibilizar o teste rápido.
- Estabelecer mecanismos permanentes e sustentáveis para aumentar o acesso ao preservativo para a população em geral.
- Apoiar o grupo Afrodite para elaborar um programa de multiplicadores para profissionais do sexo.
- Buscar estratégias para implantação de acordos internacionais de cooperação interinstitucional.
- Buscar mecanismos para integração entre a Secretaria Municipal de Saúde e a ONG responsável pela saúde indígena (APIO).

- Facilitar a replicação do curso de professores multiplicadores sobre sexualidade, prevenção de DST e aids e abuso de drogas e apoiar a inserção do assunto como tema transversal no currículo escolar.
- Capacitar profissionais de saúde e parteiras para aconselhamento sorológico para gestantes.

### Recomendações pra Pesquisa

Realizar pesquisas operacionais e/ou pesquisas de ação participativa para testar estratégias que visem à melhoria do acesso e da qualidade da prevenção, do diagnóstico e da assistência em matéria de DST e aids. Essas pesquisas deveriam ser realizadas, principalmente, com grupos mais vulneráveis, tais como garimpeiros, profissionais do sexo e índios.

Realizar pesquisas sociais e antropológicas com a população local, indígena e não-indígena, para identificar as principais estratégias que poderiam modificar condutas frente à aids.



## Tabatinga

Tabatinga localiza-se no interior da região do Alto Solimões, na Amazônia, as margens do rio Solimões e marca a tríplice fronteira com o Peru e a Colômbia. Situa-se dentro de áreas de reserva indígena, que representam aproximadamente 90% da área total do município. Essa região caracteriza-se por densas florestas e inúmeros rios, que limitam as comunicações e restringem as viagens na região às vias fluvial e aérea. Embora Tabatinga seja praticamente inacessível por via terrestre, há vôos diários para Manaus. A única rodovia que chega a Tabatinga é uma avenida conectada à vizinha Letícia, cidade colombiana. Também possui um porto fluvial (mostrado acima) muito movimentado, um importante centro comercial da região que liga o município a Tefé e Manaus a leste e às populações do rio Javari e vizinhanças de Benjamin Constant ao sul.



De acordo com o censo de 2000, a população de Tabatinga é de 37.919 habitantes, dos quais 70% vivem na área urbana. De 1991 a 2000, Tabatinga apresentou uma taxa anual de crescimento de 4%, maior do que a do Estado do Amazonas e bem acima da (1,7%) [20,22]. A maior parte de taxa de crescimento anual do país crescimento é atribuída à elevada taxa de natalidade, sendo que apenas 8% da população de Tabatinga foi registrada como migrante no último censo.

As três principais atividades econômicas em Tabatinga são a agricultura, a pesca e o comércio. A abertura de uma zona de livre comércio na Amazônia, em 1989, reaqueceu a economia, mas como são poucas as oportunidades de emprego há uma intensa economia informal, com vendedores ambulantes enfileirados nas ruas e em pequenos quiosques por toda a cidade.

A economia ilegal é representada basicamente pelo tráfico de drogas, que constitui uma importante fonte de renda na região.

**“Adolescente na comunidade(...) muito fácil de se ver é droga: cocaína, maconha é pouco. Aqui tem muito traficante, todo mundo sabe quem são, convivemos todos juntos!” [Autoridade]**

A presença da indústria da droga exerce uma grande influência na vida dos moradores, não somente em termos de economia, mas também de consumo, que parece ser o único fator a gerar violência numa cidade considerada pacífica. O consumo é mais restrito, mas não limitado, à área urbana e é mais comum entre os jovens, na população marginalizada, e profissionais do sexo.

A população do Alto Solimões é extremamente diversificada, e inclui várias etnias indígenas (principalmente Ticuna, Cocama e Caixana), ribeirinhos não-índios que vivem ao longo dos rios, moradores da cidade, peruanos (aproximadamente 7.000-8.000 pessoas), colombianos e militares (cerca de 5.000). Em geral, não há tensões entre esses grupos sociais, mas alguns membros da comunidade discriminam índios e peruanos. A movimentação de pessoas na região é intensa entre os agricultores e comerciantes locais, que desembarcam no porto de Tabatinga para negociar mercadorias. Membros das comunidades indígenas viajam com frequência ao centro urbano de Tabatinga para se reabastecer de mercadorias e usar os serviços. O movimento também é intenso entre Benjamin Constant e Tabatinga, entre essas cidades e Manaus e nas regiões da Colômbia e Peru vizinhas da Amazônia brasileira.

Embora a área do porto seja muito movimentada, o perfil geográfico deixa várias populações relativamente isoladas no interior e ao longo dos rios menos explorados. Mesmo assim, esses povoados estão vulneráveis à exposição ao HIV/aids, e já existem casos confirmados de HIV em mulheres grávidas nas áreas indígenas.

**Nº de casos de aids notificados e taxa media de incidência anual em Tabatinga, Estado do AM, Região Norte, Brasil. (por 10.000 habitantes)**

	Ano da notificação					total (N)
	80-90 (N)	91-93 N (taxa)	94-96 N (taxa)	97-99 N (taxa)	2000-01* N (taxa)	
<b>Tabatinga</b>	9	0 (0,00)	1 (0,10)	6 (0,60)	2 (0,00)	<b>9</b>
<b>Amazonas</b>	58	155 (0,24)	283 (0,40)	512 (0,67)	170 (0,51)	<b>1.178</b>
<b>Região Norte</b>	225	565 (0,18)	1.120 (0,32)	1.409 (0,39)	375 (0,22)	<b>3.694</b>
<b>Brasil</b>	<b>24.750</b>	<b>43.810 (0,98)</b>	<b>61.641 (1,32)</b>	<b>67.572 (1,38)</b>	<b>18.037 (0,89)</b>	<b>215.810</b>

Fonte para dados de aids:  
Banco de dados on-line  
CN-DST/Aids [21]  
Fonte para dados de  
população:  
IBGE Censo Demográfico  
1991,2000;  
Contagem de População  
1996  
[20, 22, 23]; projeções  
anuais  
(Anuário Estatístico do  
Brasil) [24 - 26]  
obs 2000 e 2001 dados  
preliminares.

\*n(TI) baseada somente  
nos dados de 2000.

O primeiro caso de aids em Tabatinga foi notificado em 1994. A taxa de incidência de aids é menor na Região Norte e no Estado do Amazonas do que no restante do país. Embora somente nove casos tenham sido oficialmente notificados em Tabatinga desde o início da epidemia, autoridades municipais de saúde documentaram 22 casos de aids no município entre 1993 e 2001. Dados nacionais indicam que a epidemia esta restrita à faixa etária entre 20 e 49 anos e que a transmissão em Tabatinga é principalmente heterossexual.

Em Letícia, município colombiano vizinho, a Secretaria do Departamento de Saúde relatou 41 casos de infecção por HIV entre 1989 e 1999. Doze (29%) dos casos detectados no hospital de Letícia eram de brasileiros e sete peruanos.

### Características Fronteiriças

O rio Solimões demarca a fronteira com a cidade de Santa Rosa, no Peru. Iquitos, capital da região amazônica do Peru, a um município grande, com aproximadamente 1.800.000 habitantes, ao qual se pode ter acesso a partir de Tabatinga, por avião ou barco (uma hora e meia de avião e até doze horas de barco). O trajeto fluvial entre Iquitos e as cidades amazônicas passa necessariamente por Tabatinga. O comércio entre os habitantes através do rio e muito freqüente, assim como a imigração de cidadãos peruanos para Tabatinga, onde podem se estabelecer sem necessidade de documentação.

A cidade de Letícia, na Colômbia, é basicamente uma continuação de Tabatinga. A fronteira entre as cidades é praticamente inexistente, situando-se no centro de uma rua movimentada, sem nenhuma indicação a não ser pela presença de um pequeno posto policial. Os moradores de ambas as cidades vivem como se elas fossem uma só.

Entretanto, os dois lados são diferentes no tocante à infra-estrutura. Letícia oferece condições mais favoráveis ao turismo do que Tabatinga, com hotéis e restaurantes de melhor qualidade, mas como a movimentação entre ambas é tranqüila, não há grande estímulo local para migração entre as cidades.

A vinculação entre Tabatinga e Letícia é geográfica, econômica e social. O projeto de criação de uma área de livre comércio na cidade originou-se de um esforço conjunto com o governo colombiano, cujo objetivo era intensificar as relações com os países vizinhos, principalmente comerciais. Por outro lado, a fronteira informal e a intimidade entre as populações também facilitam o tráfico de drogas. Tabatinga é uma porta de entrada fácil para a droga procedente da Colômbia. Com a força policial militar colombiana desarticulando, constantemente, o tráfico no país, muitas vezes este se desloca para o Brasil. As drogas comercializadas na região são principalmente a cocaína e a maconha, e Tabatinga é uma área importante, tanto para o refino quanto para a exportação de droga. Às margens do rio, muitos locais são utilizados como áreas de empacotamento de drogas.

A expressão da sexualidade é liberal e difundida em Tabatinga. A iniciação sexual precoce é comum, como é também a prática com múltiplos parceiros. Redes sexuais cruzam nacionalidades e etnias. Existem estabelecimentos de prostituição em Tabatinga, mas eles são mais numerosos em Letícia. Os profissionais do sexo vem das áreas urbana e rural de Tabatinga, assim como das cidades fronteiriças e trabalham nos dois lados da fronteira.

### **Principais Achados**

Há um programa municipal de DST e aids, dirigido por uma coordenadora, que também executa vários outros programas, contando com dois assistentes. O programa implantou um pequeno centro de aconselhamento e testagem (CTA) em 2000, que divide a área física com a unidade de vigilância epidemiológica e a Comissão Tripartite. Conta com recursos da CN-DST/Aids e uma mínima contrapartida do município (o prédio e os servidores); o programa municipal recebeu os recursos do POA de 2001 apenas no ano seguinte. É um programa incipiente, sem espaço físico adequado nem recursos humanos para implantar um CTA/SAE segundo as normas da CN-DST/Aids.



As ações de prevenção de DST/aids estão bastante limitadas em Tabatinga. A falta de informação sobre o tema é uma das deficiências mais mencionadas pela comunidade. O CTA oferece aconselhamento pré-teste, palestras e encaminhamento para diagnóstico de HIV no hospital militar, porém essas atividades não estão amplamente implementadas. Entre gestantes e pessoas da comunidade testadas, nenhuma havia recebido aconselhamento nem do CTA nem no hospital. Frequentemente, as gestantes são encaminhadas para testagem, sem nenhuma orientação ou informação, e, normalmente, sem opção para recusar.

Também existem deficiências na disponibilidade de materiais educativos, preservativos e profissionais capacitados em DST e aids. Nas unidades de saúde, havia alguns cartazes afixados, mas nenhum material educativo disponível para os usuários. Os preservativos não são oferecidos regularmente pelos serviços, com exceção da unidade militar e do CTA. O programa municipal recebe aproximadamente 1.500 preservativos por mês da Coordenação Estadual de DST/Aids, que são distribuídos para o PSF, presídio, serviços de planejamento familiar, profissionais do sexo e homens e mulheres de baixa renda que vão buscá-los no CTA. O programa municipal e a FUNASA puseram à disposição das áreas indígenas algumas caixas do produto, mas em quantidade insuficiente. Além disso, não há disponibilidade para a comunidade rural mais distante do porto.

As ações educativas têm sido muito limitadas. A coordenação do programa realizou alguns encontros pontuais sobre saúde, mas a única ação contínua que documentamos foi a desenvolvida com presidiários, que consistiu em palestras e distribuição de preservativos semanalmente, por ocasião da visita íntima. Entretanto, não existem programas que enfoquem a distribuição de preservativos a adolescentes. As profissionais do sexo têm acesso muito limitado às atividades de prevenção, salvo uma campanha breve de testagem, realizada em 2000.

Há grande necessidade de se promoverem intervenções entre os grupos que têm acesso mais restrito aos serviços, como os índios e os ribeirinhos. A ONG responsável pelo programa de saúde indígena capacita agentes indígenas de saúde para trabalhar o tema de DST e aids e implantou a coleta de sangue para o teste de HIV nos postos indígenas, embora atualmente a medida esteja praticamente restrita às gestantes. Em relação às populações estrangeiras, os peruanos residentes em Tabatinga encontram dificuldades de acesso aos serviços e informações sobre HIV e aids, e para obtê-las e submeter-se a testagem muitos procuram serviços particulares em Letícia.

As atividades de diagnóstico e assistência são realizadas no Hospital Militar da Guarnição. Embora a instituição possua dois laboratórios com capacidade para realizar o teste de HIV (laboratório principal e o banco de sangue) e tecnologia moderna, a falta de kits de testagem limita o acesso da população ao diagnóstico. Além disso, os testes disponíveis não estão sendo usados de acordo com as normas estabelecidas. O hospital adotou o teste rápido como teste rotineiro para HIV, embora ele seja distribuído pelo Ministério da Saúde especificamente para testagem em situações de emergência, como exposição profissional ou para gestantes em trabalho de parto.

**“Aqui falta apoio psicológico para o aconselhamento pré e pós-teste. Vem a depressão (do paciente) após o resultado. E eu não tenho essa competência apesar de tentar tranquilizá-lo”. [Provedor]**

Atualmente, onze pacientes estão recebendo medicação anti-retroviral no hospital. Em geral, o sistema de distribuição de ARV funciona, mas, eventualmente, os medicamentos chegam atrasados ou com esquemas de tratamento ajustados pela equipe de Manaus. Existem deficiências de capacitação profissional na área de assistência e, além disso, há o problema da alta rotatividade de médicos. A cada dois anos eles são substituídos, ao término do serviço militar, dificultando a formação de vínculos e de compromisso dos profissionais com o programa.

Fora do hospital militar, existe enorme escassez de recursos humanos para a área de saúde em Tabatinga, gerada pela dificuldade de fixação dos profissionais nessa região. Além da grande carência de médicos, também faltam outros profissionais capacitados para a realização de aconselhamento pré e pós-teste, visitas domiciliares e busca ativa de portadores. Outro problema identificado é a falta de privacidade no tratamento dos pacientes de aids e falta de sigilo quanto ao diagnóstico. Por esse motivo, muitas pessoas da comunidade opinaram que os serviços de saúde em geral, como também de DST e aids, em Leticia (que são particulares), são melhores em termos de organização e recursos e dão maior garantia de manutenção do sigilo.

O diagnóstico de DST é basicamente sindrômico. Além disso, os serviços diagnósticos voltados para DST não estão integrados com o de testagem de HIV, exceto no caso de gestantes, que realizam o VDRL e o teste de HIV. Não há esforços efetivos de integração entre o programa de DST e aids e outros componentes de saúde sexual e reprodutiva.

O Grupo Técnico Operacional Tripartite está implantado nessa fronteira e abrange oito municípios fronteiriços. Embora o plano de ações desse grupo inclua o fortalecimento e a estruturação institucional para atenção às DST e à aids, ainda não foram implementadas ações dirigidas ao combate da doença nessa região, exceto pela realização de um encontro bi-nacional para jovens enfocando sexualidade e saúde. Deixando de lado as dificuldades de implantação efetiva, existe claramente um interesse em colaboração internacional.

As deficiências do setor de saúde, associadas ao contexto fronteiriço da região, contribuem para aumentar a vulnerabilidade de exposição ao HIV/aids para a comunidade em geral e, especificamente, para alguns segmentos da população, como adolescentes, profissionais do sexo e ribeirinhos, que têm ainda menos acesso aos serviços e ações de prevenção. Esse quadro é agravado pela grande fragilidade de mobilização da sociedade civil local, que conta com poucos grupos organizados para lidar com a epidemia na região.

## Conclusões

Tabatinga conta com programa formal de DST e aids, com convênio assinado e recursos destinados. Entretanto, não se observa a implementação completa do CTA. A referência para diagnóstico e assistência está concentrada no Hospital Militar, que atende a população em geral. Os esforços e iniciativas de implantação das ações concentram-se na coordenação, que recebeu pouca capacitação técnica e gerencial, além de não contar com equipe suficiente para implementar integralmente o programa, com todos os seus componentes, entre eles as ações de prevenção voltadas para a comunidade.

Por ser um programa ainda em etapa de implantação, o sistema administrativo apresenta importantes deficiências, como a falta de profissionais capacitados para exercer uma liderança que consiga coordenar as atividades com o Hospital Militar.

Este é o hospital de referência para diagnóstico, mas não segue as normas do Ministério da Saúde. O município recebe suprimentos de preservativos, mas o sistema de distribuição é inadequado, limitando o acesso das populações mais vulneráveis, que não podem ou não se sentem à vontade para buscar preservativo no CTA no horário de atendimento.

A fronteira é aberta, a movimentação é bastante intensa na região e entre os três países, o fluxo de pessoas depende da variação cambial e da área de livre comércio. Tabatinga tem uma participação ativa no tráfico de drogas e há grande movimento de profissionais do sexo entre Tabatinga e Letícia. Não há atividades de prevenção de DST/aids dirigidas a esses e outros grupos vulneráveis.

A população ribeirinha tem maior dificuldade de acesso aos serviços. Tabatinga e os municípios adjacentes não oferecem alternativas efetivas para o atendimento dessa população. A organização do serviço de saúde para a população indígena é mais estruturada e apresenta maior capacidade de resolução, mas prioriza outras áreas da saúde.

Devido a existência da área de livre comércio e por não existirem barreiras geográficas entre as cidades de Letícia e Tabatinga, há muitas oportunidades não apenas para o desenvolvimento de comércio e negócios, como também de projetos sociais entre os países e principalmente espaço para ações políticas colaborativas na região e na fronteira. A colaboração, no formato de Grupo Técnico Operacional Tripartite, já está implementada entre Brasil, Colômbia e Peru. O acordo inclui cooperação técnica e operacional em relação ao HIV/aids, e se contar com o apoio e recursos técnicos para sua implantação, a comissão poderá efetivamente encorajar esforços de colaboração entre as fronteiras.

## **Recomendações**

Qualquer intervenção projetada para Tabatinga requer a inclusão da área circunvizinha. As fronteiras internas na região do Alto Solimões são políticas e não sociais: as comunidades estão intimamente relacionadas, na sua mobilidade elas se misturam e deveriam receber a mesma informação. Além disso, o acordo tripartite inclui três municípios no Brasil: Tabatinga, Benjamim Constant e Atalaia do Norte; esses três municípios deveriam ser considerados durante as discussões de intervenção para Tabatinga. Para implementar efetivamente o programa, é necessário também ampliar o quadro de recursos humanos.

### Recomendações Políticas e Programáticas

- Constituir e capacitar uma equipe de saúde, em termos de aspectos técnicos e gerenciais, para compor o programa municipal de DST/aids.
- Capacitar os provedores da rede pública e do Hospital da Guarnição no desenvolvimento de ações voltadas para as DST e a aids, segundo as normas do MS.
- Ampliar a comunicação entre a Coordenação Estadual e Municipal.
- Prover grupos específicos com materiais educativos sobre DST e aids e capacitar agentes comunitários, professores e provedores de saúde para sua utilização.
- Elaborar um programa de educação sexual voltado para adolescentes e incorporá-lo como tema transversal no calendário escolar do ensino fundamental.
- Implementar um programa de promoção de preservativo e testagem nas comunidades rurais.
- Implantar um posto de informações sobre DST e aids e distribuição de preservativos no porto de Tabatinga.
- Utilizar a mídia para reforçar as ações de prevenção de DST e aids.

### Recomendações para Pesquisa

Pesquisas operacionais para determinar maneiras mais eficientes de melhorar o acesso aos serviços de prevenção e diagnóstico de DST/aids para populações isoladas. A pesquisa deveria explorar a viabilidade de utilizar a mídia e unidades hospitalares móveis.

Pesquisa epidemiológica para estudar a prevalência de HIV/aids nas populações de profissionais do sexo e populações indígenas do Alto Solimões e nas comunidades indígenas vizinhas, na Colômbia e Peru.

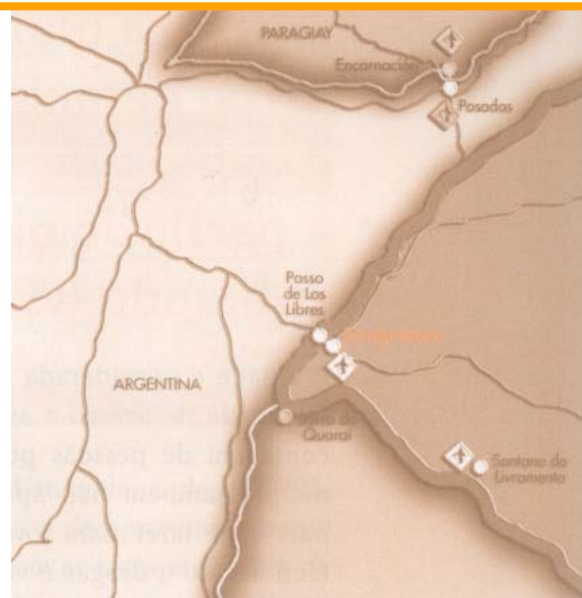


## Uruguaiana

Uruguaiana localiza-se na região Sul, no extremo sudoeste do Estado do Rio Grande do Sul, às margens do rio Uruguai, na fronteira com a Argentina e a aproximadamente 60 km da fronteira com o Uruguai. Sua população de 126 936 habitantes é predominantemente urbana [20] com uma taxa média de crescimento demográfico anual de 0,9% entre 1991 e 2000, que representa aproximadamente a metade da taxa de crescimento do país (1,7%).

O município difere do restante do Estado por não apresentar a típica coxilha gaúcha, sendo uma região extremamente plana e apta para a pecuária e a agricultura, que são suas principais atividades econômicas. Outra fonte econômica importante é o transporte, sendo que Uruguaiana é o maior porto seco da América do Sul, por onde entram no país aproximadamente setecentos caminhões por dia. A situação econômica vem piorando nos últimos anos, após o fechamento de lanifícios e indústrias de arroz e com a diminuição da exportação de carne, acarretando aumento do desemprego e surgimento de favelas e áreas de invasão. A economia ilegal também é importante na região, principalmente o tráfico de armas e drogas, em especial cocaína e maconha. As drogas geralmente atravessam a fronteira em pequenas quantidades. Uma parte é distribuída para consumo local, e a maior parte é enviada para outras regiões do país.

A população de Uruguaiana é em geral homogênea, com pequena porcentagem de pessoas de descendência étnica árabe e asiática, que estão integradas na economia e cultura locais. Há também uma população flutuante de aproximadamente 30.000 pessoas, caracterizada principalmente por caminhoneiros provenientes de várias regiões do Brasil e de países do Cone Sul. Além dos caminhoneiros, Uruguaiana também atrai trabalhadores sazonais e migrantes de outras regiões do país e trabalhadores sem-terra.



**“Esta é a pior cidade que existe no Brasil. Estou desanimada, porque a situação das crianças é muito difícil. A prostituição Infantil é comum, a partir de oito anos, com algumas meninas cobrando R\$1,99 por programa.”**

[Representante da comunidade]

A cidade é considerada muito violenta, contribuindo para isto a facilidade de acesso a armas pela população local; uma alta percentagem de pessoas possui e porta armas. Além disso, o município também não apresenta muitas oportunidades profissionais e de lazer para jovens, promovendo assim um contexto de fácil acesso a drogas e violência. O problema do alcoolismo e do uso de drogas é muito importante, e existem fortes evidências da presença de grande número de usuários de drogas injetáveis (UDI) na região. Também chama a atenção a ocorrência de violência doméstica contra mulheres e crianças. O abuso sexual e a prostituição infantil são muito frequentes e requerem importantes demandas na área de direitos humanos. Muitas crianças e adolescentes se prostituem para conseguir alimentos, algum dinheiro ou drogas. Algumas são, migrantes de outras cidades do Estado, sem apoio social e econômico da família.

Todos esses fatores, além da intensa movimentação de pessoas e de drogas, contribuem para que a epidemia de aids seja muito importante no município, quando comparada com o restante do país. Um fator de agravamento desse quadro é a resposta, relativamente tímida, do setor público da área de saúde, tornando preocupante a situação da epidemia no município.

Em Uruguaiana foram notificados 186 casos de aids desde o início da epidemia, com incidência média anual de 2,8 por 10.000 habitantes entre 1997 e 1999, duas vezes mais alta do que a do resto do país. Além disso, os dados locais coletados indicam que de 10.336 pessoas que realizaram o teste anti-HIV no CTA, para 723 (7%) o resultado foi positivo, uma prevalência dez vezes mais alta do que a nacional, estimada em 0,6%.



**Nº de casos de aids notificados e média de incidência anual em Uruguiana, Rio Grande do sul, Região Sul e Brasil. (por 10.000 habitantes)**

	Ano de notificação					total (N)
	80-90 (N)	91-93 (N-taxa)	94-96 (N-taxa)	97-99 (N-taxa)	2000-01* (N-taxa)	
<b>Uruguiana</b>	7	10 (0,28)	64 (1,71)	105 (2,79)	0 (0,0)	<b>186</b>
<b>RSI</b>	1.113	2.383 (0,86)	4.077 (1,42)	6.292 (2,13)	1.745 (1,56)	<b>15.610</b>
<b>Região-Sul</b>	1.937	5.021 (0,74)	9.309 (1,33)	13.488 (1,86)	4.806 (1,55)	<b>34.561</b>
<b>Brasil</b>	<b>24.750</b>	<b>43.810 (0,98)</b>	<b>61.641 (1,32)</b>	<b>67.572 (1,38)</b>	<b>18.037 (0,89)</b>	<b>215.810</b>

Fonte para dados de aids:

Banco de dados on-line CN DST/Aids [21]. Fonte para dados de população:

IBGE Censo Demográfico 1991,2000;

Contagem de População 1996 [20,22,23];

projeções anuais (Anuário Estatístico do Brasil) [24-26].

\*2000 e 2001 dados preliminares.

TI baseada somente nos dados de 2000.

Metade das pessoas testadas no CTA de Uruguiana, desde 1996, são gestantes, e a incidência nesse grupo é de aproximadamente 3%, desde 1998. Os grupos que apresentam as taxas mais altas de incidência são os UDI e os HSH, resultando em aumento de HIV na população masculina, que chegou a quase 27% de positivos (entre homens testados no primeiro semestre de 2001). A transmissão perinatal também é muito alta: quase 15%. O grande número de casos de transmissão vertical resulta no alto número de casos de aids entre a população abaixo de dezenove anos (14,5% dos casos notificados do município).

### Características Fronteiriças

Uruguiana faz fronteira com o município argentino de Paso de Los Libres (25.000 habitantes), ao qual está ligado por uma ponte construída sobre o rio Uruguai. O comércio de Paso de Los Libres está passando por sérias dificuldades por causa da crise econômica do país, o que tem levado muitos argentinos a comprar mercadorias e eletrodomésticos em Uruguiana. O trânsito nessa fronteira é relativamente fiscalizado, sendo que o acesso de brasileiros à Argentina requer apresentação de documento de identificação na entrada e na saída. Para cidadãos de outros países a fiscalização é mais rigorosa. Além disso, há controle por parte das autoridades para os próprios cidadãos argentinos na entrada e na saída do país, com fiscalização de mercadorias. Estima-se um fluxo de aproximadamente 600.000 argentinos atravessando essa fronteira no verão em direção ao litoral brasileiro.

A cidade mais próxima no Uruguai é Bella Unión, que fica a aproximadamente duas horas de Uruguiana por via asfaltada. A fronteira Brasil-Uruguai nessa região é delimitada por Barra do Quaraí, que se emancipou de Uruguiana recentemente. Por isso, atualmente, Uruguiana tem menos interação com o Uruguai.

A região da fronteira apresenta fácil acesso por via terrestre e aérea, e o município conta com um aeroporto para aviões de pequeno porte. A navegação é difícil pelo rio Uruguai, limitando o transporte de mercadorias por via fluvial, mas a rede rodoviária, que liga o município a várias outras localidades é toda asfaltada e facilita o transporte de mercadorias.

Pela Estação Aduaneira de Fronteira (EAF) entram, aproximadamente, 700 caminhões por dia, que ficam, em média, de dois a quatro dias estacionados na aduana. A maioria dos caminhoneiros estrangeiros é constituída por argentinos, mas também há uruguaios e chilenos.

Próxima à região aduaneira há uma concentração importante de casas, que funcionam como bares e estabelecimentos de comércio sexual, por onde circulam ou nas quais residem muitas profissionais do sexo, inclusive mulheres provenientes de outras localidades do Estado, assim como crianças e adolescentes, atraídas pela presença dos caminhoneiros. Estima-se que

há em torno de noventa casas de programa no município, e existe tráfico de mulheres para a Argentina. Essas mulheres encontram-se em situação crítica, porque não recebem apoio do setor público e nem dos movimentos organizados que trabalham com direitos humanos, ficando em completo abandono.



## Principais Achados

O Programa de DST/Aids de Uruguaiana está implementado e realiza ações de prevenção, diagnóstico e assistência por intermédio do CTA e do SAE. O município conta com recursos municipais e nacionais, e o POA começou a ser utilizado em 2001. Hoje o programa está em crescimento e há compromisso político e liderança, embora se observem deficiências principalmente no componente de prevenção, assim como na qualidade do diagnóstico e assistência.

As ações de prevenção no CTA apresentam alguns problemas, pois nem sempre as pessoas assistem à palestra antes de coletar sangue para a sorologia, e não é realizado o aconselhamento pré-teste. As entrevistas individuais são limitadas à coleta de dados gerais, com pouco espaço para diálogo e esclarecimento de dúvidas. No CTA há provisão de preservativos para as pessoas que procuram o serviço, com um sistema de registro para distribuição, mas a quantidade de preservativos disponíveis não é suficiente para suprir a demanda.

Outras ações de prevenção da coordenação de DST/Aids consistem na implementação do CTA itinerante, com distribuição de materiais, preservativos e realização de palestras, principalmente para os caminhoneiros estacionados na área de aduana e para os presídios, e algumas palestras em várias instituições.

A prevenção da transmissão vertical apresenta problemas, como a obrigatoriedade do teste anti-HIV para gestantes; além disso, embora o programa municipal priorize a testagem de gestantes, ele não tem conseguido prevenir a transmissão vertical, que continua muito alta nesse município.

A Secretaria de Educação, Secretaria de Saúde e o Programa de Saúde Mental criaram um programa de educação sobre DST e aids e sexualidade nas escolas municipais, mas, atualmente, para sua continuidade, está necessitando de suporte adicional. A cobertura do PACS é muito limitada e não inclui, sistematicamente, ações educativas sobre DST/HIV/aids. Algumas organizações da sociedade civil, como as ONG GUAPA e SOS Mulher, executam alguns projetos de prevenção de DST e aids, mas funcionam com recursos limitados, pois quase não há suporte técnico e falta integração com a Secretaria da Saúde. O SEST/SENAT também realiza algumas ações de prevenção especificamente para caminhoneiros, mas que necessitam ser fortalecidas.

O acesso ao diagnóstico é fácil para as pessoas que procuram o CTA, mas há pessoas que ainda procuram o Banco de Sangue com o principal objetivo de obter o teste para HIV. O CTA tem disponibilidade do teste anti-HIV (Elisa). O teste confirmatório de HIV (Western Blot) é enviado para a capital, Porto Alegre, o que eventualmente causa demora na entrega do resultado. Para resolver esse problema, a coordenação municipal do programa adquiriu recentemente um microscópio de imunofluorescência, a fim de realizar o exame confirmatório em Uruguaiana. A entrega dos resultados positivos é feita por profissionais de nível superior (psicóloga e médico), e posteriormente é agendado o atendimento médico.

O SAE conta com equipe multiprofissional capacitada, porém a coordenação das atividades está prejudicada por faltar, um(a) coordenador(a). Além disso, o período em que os médicos trabalham para o SAE é insuficiente para atender à demanda. A medicação anti-retroviral está amplamente disponível para os usuários, mas eventualmente faltam alguns medicamentos para infecções oportunistas. A qualidade da assistência apresenta algumas deficiências, principalmente na adesão ao tratamento. Não há atividades de assistência domiciliar terapêutica, busca ativa aos comunicantes nem portadores, grupos de adesão, e o hospital-dia não está implantado.

O hospital de referência para DST e aids, a Santa Casa, não cumpre todas as normas de atenção do MS, e há problemas de discriminação contra pessoas com HIV positivo internadas ou mesmo tentando conseguir internação.

Apesar de já terem sido realizados vários cursos de capacitação em Uruguaiana e em municípios vizinhos sobre diversos temas relacionados com DST e aids, ainda há algumas organizações locais e instituições que não participaram desses eventos ou necessitam de capacitação adicional. Além disso, há pouca integração entre a Coordenação de DST/Aids e outras unidades e programas do município. A comunicação é um problema interno, sendo que não há regularmente reuniões técnicas ou atividades de avaliação do programa. As informações muitas vezes não chegam aos profissionais nas unidades básicas.

O componente de DST praticamente não está incluído nas atividades do programa de DST e aids, e há pouca integração entre as ações voltadas para o HIV/aids com a SSR. Como o programa de planejamento familiar não está implantado, não há distribuição de preservativos nas unidades básicas de saúde, e o conceito de dupla proteção (prevenção de DST/HIV/aids e gravidez) não é abordado nas ações educativas.

Houve algumas reuniões entre países de fronteira durante o ano 2000 para se tentar estabelecer iniciativas de cooperação internacional. Entretanto, não existe nenhuma iniciativa efetivamente implementada em relação à DST e à aids.

**“Ô dona, no bairro das Bicicletas várias pessoas já morreram com aids porque se injetavam drogas. Seria bom fazer um programa para distribuir seringas lá [...] seria muito mais barato distribuir seringas e camisinhas do que dar esses remédios para aids, que são muito mais caros...”.**

**[Representante da comunidade]**

As ações de prevenção, diagnóstico e assistência em DST/HIV/aids, implantadas no município, não atingem as comunidades periféricas, os grupos móveis como profissionais do sexo e outros segmentos da população, como adolescentes e HSH. As exceções são os caminhoneiros, que contam com algum apoio por intermédio do CTA itinerante e os presidiários, que recebem medicação ARV no presídio. A situação do acesso dos estrangeiros aos serviços é ainda mais crítica, pela exigência de documentação de residência no país, o que pode ser tratado como um assunto de direitos humanos. É importante destacar ainda a falta de programas de redução de danos, considerando-se o perfil epidemiológico do município e a importante percepção local de um número significativo de UDI.

## Conclusões

O Programa de DST/Aids de Uruguaiana está em desenvolvimento, há compromisso político e liderança, conta com uma rede instalada para diagnóstico e assistência. Entretanto, existem deficiências principalmente no componente de prevenção e na qualidade do diagnóstico e assistência. Esses problemas são fundamentalmente de ordem gerencial, falta de recursos humanos e de capacitação técnica contínua.

A vontade de implantar um programa mais abrangente fica clara diante das iniciativas recentes de articulação da coordenação municipal de DST/Aids com ONG locais e outras instituições que atuam com grupos em situações de vulnerabilidade, como por exemplo caminhoneiros e presidiários. Essas ações, contudo, são incipientes, carecem de um planejamento que dê sustentabilidade às parcerias e/ou programas e acabam comprometendo a capacidade de se implementar ações voltadas para outros grupos que necessitam de atenção, tais como HSH, profissionais do sexo e UDI.

Essa fronteira é o maior porto seco da América do Sul, com intenso fluxo de pessoas provenientes de diferentes países, concentração de drogas e comércio sexual dentro de um contexto econômico em declínio. Além das vulnerabilidades determinadas pela mobilidade populacional, as mulheres enfrentam desigualdades de gênero e violência sexual, inclusive violência doméstica, para as quais não existem ações articuladas e efetivas. O contínuo aumento de casos de aids exige resposta articulada e integrada, em especial ações de cooperação no combate às DST e à aids efetivamente implementadas entre os países fronteiriços.

## Recomendações

### Recomendações Programáticas e Políticas

- Aumentar a divulgação dos serviços do CTA e SAE para a população em geral e para aquelas que apresentem necessidades específicas.
- Descentralizar e fortalecer as ações do CTA e SAE para aumentar o acesso à prevenção, diagnóstico e assistência por populações vulneráveis não institucionalizadas (HSH, profissionais do sexo, usuários de droga); população vulnerável institucionalizada (instituições de adolescentes infratores); adolescentes e populações móveis (entre elas argentinos e uruguaios).
- Fortalecer, expandir e melhorar a qualidade das ações de prevenção, diagnóstico e assistência com presidiários e caminhoneiros.
- Fortalecer a ONG GUAPA, para continuar seu trabalho de assistência e apoio social a pessoas infectadas pelo HIV, e a ONG SOS Mulher, que desenvolve ações limitadas no campo da prevenção e assistência a profissionais do sexo. Um incremento mínimo de suporte técnico e financeiro poderia aumentar muito a efetividade de suas ações.
- Estabelecer mecanismos permanentes e sustentáveis que permitam aumentar o acesso da população em geral aos preservativos.
- Implantar atividades que possam aumentar a adesão ao tratamento com ARV.
- Disponibilizar leitos específicos para aids no hospital de referência.
- Implantar a assistência domiciliar terapêutica.
- Desenvolver cursos de capacitação para atualização dos profissionais de saúde segundo as normas do Ministério da Saúde.
- Instituir efetivamente o componente de DST no Programa DST e Aids.
- Buscar estratégias que levem à criação de iniciativas concretas de cooperação entre os municípios de fronteira.
- Implantar o programa de redução de danos.
- Buscar parcerias entre a Coordenação de DST e Aids e instituições que enfoquem direitos humanos, preconceito, questões legais, judiciais e de desenvolvimento econômico e social.
- Estimular a participação comunitária e o envolvimento sistemático das associações de bairros periféricos, ativistas e cidadãos interessados. Criar uma comissão de DST e aids no Conselho Municipal de Saúde.

## Recomendações para Pesquisa

- Realizar pesquisas operacionais e/ou pesquisas de ação participativa para testar estratégias que visem à melhoria do acesso e da qualidade da prevenção, diagnóstico e assistência em matéria de DST e aids. Essas pesquisas deveriam ser realizadas, principalmente, com grupos mais vulneráveis, tais como caminhoneiros, adolescentes e profissionais do sexo.
- Pesquisar se é factível a implementação de um programa de multiplicadores caminhoneiros e profissionais do sexo. Esse programa deveria incluir a utilização de material educativo específico e bilíngüe.
- Além disso, consideramos muito importante realizar pesquisas para definir e avaliar estratégias que permitam aumentar a adesão ao tratamento e avaliar outras medidas de prevenção secundária.
- Documentar a magnitude do uso de droga injetável no município e explorar os fatores sociodemográficos que determinam esse comportamento.

## Discussão

No estágio atual da epidemia de aids, os esforços preventivos e de assistência estão dirigidos à redução da vulnerabilidade, exigindo o abandono do enfoque centrado na redução do risco individual para utilizar um enfoque que considera também os fatores sociais e culturais. A combinação dos esforços para reduzir, simultaneamente, riscos individuais e vulnerabilidade é a base dos programas atuais. Por esse motivo, faremos inicialmente uma breve revisão desse marco conceitual e das definições que serão utilizadas ao longo da discussão.

A vulnerabilidade pode ser definida como a “maior ou menor capacidade do indivíduo de tomar e efetivar decisões livres e informadas sobre seus comportamentos sexuais e reprodutivos, incluindo a tomada de decisões preventivas ou de proteção” [27]. Por conseguinte, as pessoas com maior capacidade de tomar decisões, livres e informadas, e levá-las à prática são menos vulneráveis\*. Dessa forma, vulnerabilidade pode ser entendida como uma condição oposta ao “empoderamento”.

\* A definição de vulnerabilidade não é uniforme entre as disciplinas de ciência sociais; o conceito utilizado neste estudo baseia-se no trabalho de Mann et al, na Universidade de Harvard. Para aprofundar a discussão de definições e utilizações alternativas de vulnerabilidade sugerimos revisar (DELOR&HUBERT, 2000)



Para facilitar a análise, Mann et al [27,28] propuseram que a vulnerabilidade fosse considerada em três planos interdependentes, de menor ou maior vulnerabilidade ao HIV/aids: individual, programático e social. Esses planos estão intimamente ligados entre si, num processo dinâmico no qual cada um influencia e é influenciado pelos demais (por exemplo, as crenças socioculturais não são estáticas nem constituem identidades individuais).

A vulnerabilidade individual envolve a dimensão cognitiva e de comportamento. Os fatores cognitivos incluem a condição de o indivíduo obter informações sobre HIV/aids, sexualidade e serviços. Os fatores comportamentais devem ser considerados em duas categorias sobrepostas:

- a) as características pessoais, que incluem o desenvolvimento emocional, percepção do risco, atitudes em relação a sexualidade e história de abuso sexual ou de drogas e
- b) as habilidades pessoais, tais como a de negociação sexual, inclusive sexo seguro e uso de preservativo. Assim, todo indivíduo é, em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV, o que pode variar em função de valores, individuais e sociais, e recursos que permitam ou não obter meios para se proteger. Da mesma forma, indivíduos infectados podem estar em situação de maior ou menor vulnerabilidade à morbidade, invalidez ou morte, de acordo com o amparo social e assistência à saúde que recebam.

A vulnerabilidade programática enfoca as ações programáticas que contribuem para a construção do “empoderamento”. A vulnerabilidade programática é influenciada por três grandes fatores: informação e educação, articulação dos serviços de saúde e não discriminação dos portadores de HIV ou doentes de aids. Os esforços para reduzir a vulnerabilidade programática buscam o fortalecimento do acesso e a melhoria da qualidade dos programas e serviços, incluindo-se entre eles a participação das comunidades. Esse plano contempla também a importância da capacitação e do suporte adequado aos profissionais de saúde, assim como a necessidade de integração dos serviços de HIV/aids com outros setores da saúde e algumas disciplinas e instituições.

Nos últimos 15 anos, tem-se demonstrado que os comportamentos individuais são profundamente influenciados e condicionados por fatores sociais e culturais. O conceito de vulnerabilidade social foi construído a partir da observação de que os fatores sociais influenciam fortemente a vulnerabilidade individual e programática, que é definida por três categorias: política e governamental, sociocultural e econômica.

A vulnerabilidade social reconhece que fatores sociais como estrutura do governo, relações de gênero, atitudes em relação ao sexo e sexualidade, crenças religiosas e pobreza influenciam a capacidade de se reduzir a vulnerabilidade individual, diretamente ou por meio de programas. A dimensão social da vulnerabilidade requer uma abordagem intersetorial e inserida no contexto dos direitos humanos.

Finalmente, é imperativo considerar o contexto social na análise da epidemia de aids, não apenas porque os fatores sociais influenciam a vulnerabilidade à infecção, mas também porque há um impacto da epidemia nos indivíduos, nos sistemas ou programas de saúde e na sociedade como um todo. Por exemplo, quando um indivíduo é infectado e adocece, sua capacidade de trabalho habitualmente diminui e ele, conseqüentemente, deixa de produzir bens, o que afeta sua família e a comunidade, quase sempre com efeitos devastadores sobre sua situação econômica e social.



- Abordagem de Redução de Risco anterior à elaboração de Vulnerabilidade como marco conceitual.
  - Abordagem de Direitos Humanos para a redução de Vulnerabilidade individual, social e programática para HIV/AIDS.
- Fonte: "AIDS In the Word II"

“A capacidade de uma família para sobreviver aos traumas do HIV/aids dependerá em grande parte de mecanismos de adaptação e do apoio que a comunidade e o governo podem oferecer” [17]. Por outro lado, por consumir uma parte importante dos recursos disponíveis, as despesas com o controle da epidemia de aids não só causam um impacto considerável no sistema de saúde, como também incidem negativamente sobre o atendimento a outras doenças. Em países da África e Ásia, a epidemia tem sido associada à redução da produção agrícola e do consumo de alimentos e abandono escolar [30]. Dessa forma, o impacto da doença sobre a educação e a renda familiar, pela diminuição da força de trabalho, traz conseqüências muito negativas para o desenvolvimento econômico de um país. Nesse sentido, em todas as análises e no desenvolvimento de programas devem-se considerar tanto a epidemia quanto o contexto social em que ela ocorre.

A epidemia de HIV colocou para a saúde pública um dos maiores desafios do mundo contemporâneo: o surgimento de uma epidemia no momento em que a sociedade estava experimentando a liberdade sexual. Após a ampla disseminação dos antibióticos para tratamento de DST e da pílula no final dos anos 60 e nos anos 70, os paradigmas americanos e europeus se modificaram, permitindo maneiras mais amplas de viver a sexualidade e as relações afetivas [13,31,32]. O uso de drogas também se intensificou, pela maior facilidade de transporte e acesso, permissividade social e desejo de novas experiências, que se opunham completamente às regras de convívio social, além da ampliação das possibilidades de relacionamento entre pessoas das mais diferentes e longínquas culturas (com o aumento da mobilidade e da migração). O surgimento do HIV/aids foi então complicado pelo paralelo entre moralismo social e movimento de liberação sexual, assim como pela redução de recursos para a saúde e pelos serviços sociais, que em muitos países em desenvolvimento estavam sendo seriamente afetados pela epidemia [33].

A primeira resposta da saúde pública ao HIV/aids foi dificultada pela posição de confronto com os movimentos sociais, principalmente o de liberação sexual. A aids, então, revestiu-se de pesado estigma social, que nos anos seguintes à epidemia caracterizou-se pela definição de grupos de risco, os quais já vinham sendo marginalizados ou considerados “desvios” na sociedade como um todo. Usuários de drogas, HSH e, posteriormente, profissionais do sexo, foram classificados como “grupos de alto risco”; conseqüentemente, os recursos públicos foram mobilizados para reduzir os comportamentos de risco individuais, priorizando a implementação de atividades para esses grupos. Essa postura provocou discriminação e marginalização contra esses grupos, fazendo que a aids fosse mantida às margens da sociedade.

Embora numerosos esforços em matéria de informação e educação para grupos de risco tenham sido muito bem sucedidos nos anos 80, principalmente entre a população de homossexuais masculinos, o erro fatal do paradigma de grupo de risco foi que, ao definir populações específicas sob risco, aqueles indivíduos que não se identificavam como HSH ou usuário de droga desenvolveram uma falsa sensação de segurança. O final dos anos 80 caracterizou-se pela ampliação da resposta internacional para incluir a população como um todo.

Ativistas e comunidade científica passaram então a considerar os conceitos de comportamento e situações de risco não restritamente a grupos específicos, mas incluindo qualquer indivíduo que tivesse relações sexuais não protegidas ou usasse droga injetável. As respostas foram, assim, ampliadas: da oferta de informações e educação em nível individual passou-se à provisão de serviços de saúde.

A complexidade social da doença e sua ligação com questões culturais e políticas mais amplas, assim como fatores econômicos como desenvolvimento e “empoderamento”, passaram então a ser considerados dentro de uma resposta holística da saúde pública. Houve, portanto, uma forte necessidade de se introduzir a dimensão social na abordagem de redução do risco e priorizar esforços para combater a discriminação. Foi nesse contexto que Jonathan Mann e colaboradores [28] introduziram o conceito de vulnerabilidade como um marco conceitual para a análise da aids. Ligado ao processo de progressivas interseções entre a militância sanitária frente à epidemia de aids e o movimento dos direitos humanos, a vulnerabilidade tornou-se ao longo dos anos 90 o marco principal da política internacional de contenção da epidemia [34], contribuindo não somente para definir os desafios mas também para a criação de programas que respondessem aos pontos vulneráveis. “Talvez a mais importante transformação isolada em nossa maneira de pensar sobre HIV/aids, no início dos anos 90, tenha sido o esforço de superar essa contradição (entre grupos de risco e população em geral) pela passagem (...) a uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial (...) para qualquer estratégia capaz de conter seu avanço” [35].

O combate à epidemia de aids, em geral e especificamente nas regiões de fronteira, é um desafio de difícil abordagem, por incluir uma série de fatores inter-relacionados que definem a intensidade e a velocidade com que a epidemia se expande. No Brasil, a epidemia começou nos grandes centros urbanos. Nos últimos anos, vem-se interiorizando, alcançando municípios cada vez menores, alguns deles muito afastados dos centros urbanos, trazendo um novo panorama, que exige o reconhecimento das vulnerabilidades nesses locais.

Apresentaremos aqui diversos aspectos dos resultados de nosso estudo, tentando sempre analisar os fatos a partir da óptica da vulnerabilidade em seus três níveis: individual, programático e social. É importante lembrar, neste ponto, que, ao analisarmos o comportamento da epidemia da aids nas regiões de fronteira do Brasil, teremos que discutir alguns aspectos que são comuns a regiões de fronteira de outros países, inclusive em distintos continentes, mas também a regiões situadas fora desse âmbito. Entretanto, trataremos de centrar a discussão em alguns aspectos específicos, muito relevantes nas áreas estudadas. Iniciaremos discutindo o perfil e o contexto da população de fronteiras, em seguida alguns aspectos políticos e programáticos. Finalmente, faremos uma análise da mobilização social nas fronteiras, como deveria ser a capacitação nessa área, a pesquisa sobre a aids nas fronteiras e a cooperação internacional.

### **As populações de Fronteira**

Em primeiro lugar, devemos deixar bem estabelecido que, em muitos aspectos, os achados nas regiões de fronteira, no Brasil, são muito semelhantes aos descritos em outras regiões do mundo. As fronteiras concentram uma série de situações e condições que potencialmente agravam os problemas, como a presença de uma grande diversidade cultural e populações móveis, alta incidência de prostituição e economia ilegal.

Os municípios estudados do norte (Oiapoque, Tabatinga e Guajará-Mirim) e do centro-sul (Corumbá, Foz do Iguaçu e Uruguaiana) diferem substancialmente na sua composição étnica e diversidade cultural, variando também a composição de algumas populações móveis. Por exemplo, em Oiapoque, Guajará-mirim e Tabatinga há uma grande diversidade de etnias indígenas. Em Guajará-mirim encontramos seringueiros, e em Oiapoque, garimpeiros.

Os estrangeiros são, representados pelo grande número de bolivianos em Guajará-mirim e Corumbá, de peruanos em Tabatinga, mais paraguaios do que argentinos em Foz do Iguaçu e principalmente argentinos em Uruguaiana. O grande número de estrangeiros que cruzam essas fronteiras ou mesmo residem no lado brasileiro, seja em situação legal ou ilegal, leva muitas vezes a uma condição de marginalização social – que se reflete na restrição de acesso a todos os tipos de serviços, entre eles os de DST/aids – e, conseqüentemente, a uma vulnerabilidade maior. Em Foz do Iguaçu, os paraguaios e os “brasiguaios” (que não são estrangeiros, mas brasileiros que vivem no Paraguai) sentem-se discriminados nos serviços de saúde em geral. No caso de Oiapoque, a situação é oposta. São os brasileiros residentes no município que não têm acesso aos serviços de educação e saúde na Guiana Francesa, exceto em situações de emergência. Já em Corumbá, a postura da população frente aos estrangeiros é diferente da que se observa nos demais municípios, uma vez que os bolivianos residentes na fronteira têm o mesmo acesso aos serviços de saúde e educação que é oferecido à população local.

\* CARAM: Coordination of Action Research on Aids and Migration e uma parceria entre Sete organizações não governamentais dos países asiáticos Bangladesh, Camboja, Indonésia, Malásia, Filipinas, Tailândia e Vietnam.

Na Ásia, estudo cooperativo realizado pelo CARAM , em 1999, com trabalhadores migrantes que retornaram ao país indicou que, paralelamente às situações de risco enfrentadas devido ao anonimato, a ausência de informações e de serviços de saúde aumentaram a vulnerabilidade desse grupo ao HIV. Como o uso dos serviços de saúde por migrantes era considerado uma sobrecarga financeira, os países muitas vezes adotavam uma política de restrição de seu acesso a eles. Para os migrantes em situação ilegal, havia ainda o receio adicional de ir para a prisão [36]. Quando um indivíduo sente medo de ser deportado ou discriminado ao procurar um serviço de saúde de HIV/aids, sua vulnerabilidade aumenta; se for portador, acelera-se a evolução da doença. Se, por outro lado, for alguém que necessita receber ações preventivas, o risco de se infectar e ser infectado aumenta.

Além da condição legal, a situação migratória ou transitória pode promover aumento da vulnerabilidade, tanto para as populações móveis quanto para as comunidades locais. Presentes em praticamente todos os sítios, profissionais do sexo e caminhoneiros raramente têm acesso a informações sobre HIV/aids e sexualidade. As profissionais do sexo vivem, praticamente, marginalizadas e carentes dos benefícios sociais básicos, muitas vezes praticando comércio sexual por falta de opção profissional em lugares afastados dos centros econômicos.

Os caminhoneiros, em contínua mobilidade entre as fronteiras e outras regiões do país, podem ter acesso limitado às estruturas dos serviços sociais. Vale a pena destacar que a estreita relação entre profissionais do sexo e caminhoneiros e/ou outros homens de residência móvel (como turistas e militares) nessas zonas também é uma característica muito comum nas regiões de fronteiras internacionais. Nas fronteiras brasileiras, garimpeiros, caminhoneiros e turistas transitam em regiões empobrecidas, e seus recursos geram uma economia ligada ao comércio sexual, que frequentemente é maior do que outras oportunidades de trabalho para mulheres do lugar. Em Oiapoque, os garimpeiros representam uma clientela estável para as profissionais do sexo; em Foz do Iguaçu e Uruguaiana, os caminhoneiros são alguns dos clientes preferenciais e em Corumbá os turistas de pesca têm favorecido uma luxuosa indústria sexual. Um estudo diagnóstico de HIV nas fronteiras de países da região sul da África apontou a mesma situação; os achados de um local foram assim sumarizados: “Messina (fronteira norte da África do Sul) é uma cidade basicamente habitada por mulheres de baixa renda é onde muitos homens de residência móvel transitam, incluindo caminhoneiros, soldados e garimpeiros, criando um excelente contexto para a transmissão do HIV” [14]. Nessa região, assim como no Brasil, atrasos na liberação de documentos e cargas na fronteira podem exacerbar a vulnerabilidade sexual dos caminhoneiros, quando ficam parados durante muito tempo em locais de fácil acesso ao comércio sexual. Na África do Sul e Zimbábue, caminhoneiros relataram que, em alguns locais, era mais barato dormir com profissionais do sexo do que em um hotel ou dormitório [14]. Embora no Brasil seja diferente, porque a maioria dos caminhoneiros tem boas acomodações no próprio caminhão, há muitas semelhanças, inclusive relatos sobre a necessidade de contato físico quando estão longe de casa, dificuldades financeiras para obter sexo durante a viagem, falta de opções de trabalho para as mulheres, inexistência de infra-estrutura para outras atividades sociais além dos bares e bordéis.

Ainda sobre a vulnerabilidade ao HIV entre profissionais do sexo, não podemos deixar de mencionar o problema da prostituição infantil, presente em todas as áreas estudadas, mas mais intensa em Corumbá e no norte. Pela falta de opções legais de trabalho, educação e lazer, muitos jovens entram no mundo das drogas e do comércio sexual, passando assim a ser mais vulneráveis.



Por exemplo, em Guajará-mirim os jovens referem que suas opções são somente “exército, prostituição ou tráfico drogas”; em Foz do Iguaçu há um grande envolvimento da população jovem no tráfico de drogas, armas e contrabando, e em Oiapoque grande parte da população jovem (e infantil) sobrevive da prostituição. Ademais, para a população jovem dessas regiões, em geral, o pouco conhecimento sobre prevenção da infecção, o escasso acesso aos serviços dirigidos a esse grupo, além de fatores relacionados com a própria adolescência no contexto fronteiriço descrito, combinam-se para determinar a vulnerabilidade dessa população em todos os planos.

Estendendo esse quadro à população fronteiriça como um todo, é necessário enfatizar que o nível geral de pobreza, associado a uma distribuição de renda profundamente desigual e perversa, em que a riqueza se concentra nas atividades ilegais como contrabando, tráfico de drogas e armas, compõem o contexto em que as populações enfrentam a doença e se constroem as respostas políticas. O compromisso político, que faz parte do plano social em que o vírus se dissemina, geralmente é limitado em relação à questão do HIV/ aids e não contempla as múltiplas causas da vulnerabilidade social, tais como pobreza e desigualdade. Incorporar a visão social na resposta política de HIV/aids significaria introduzir esforços que vão além do escopo dos programas tradicionais de saúde, além de representar um enorme desafio para os governos municipais.

A identificação de fatores contextuais que determinam a vulnerabilidade numa comunidade também inclui o reconhecimento das violações aos direitos humanos. Sem reconhecer sua existência, é muito difícil implementar ações que sejam realmente efetivas na diminuição da vulnerabilidade. Por exemplo, sem reduzir a marginalização de algumas populações, sem proporcionar oportunidades reais de estudo e trabalho aos jovens, sem reduzir efetivamente a estigmatização do doente de aids ou portador de HIV, dificilmente os programas e serviços terão um impacto positivo realmente significativo.

**“A crescente concentração do HIV/Aids nas comunidades pobres e marginalizadas e o fracasso dos programas de prevenção para influir na vulnerabilidade social têm encorajado enquadrar as ações contra o HIV/Aids em um contexto de direitos humanos, que oferece um enfoque muito poderoso para discutir e definir estratégias contra a marginalização, estigmatização e discriminação das pessoas” (Mann, 1996) [27].**

Nos municípios do norte, observou-se, de maneira geral, menor compromisso político para responder à epidemia, porque as prioridades percebidas em matéria de saúde são outras, como malária e tuberculose, por exemplo. É também claro que, nos municípios estudados, há pouca capacidade de articulação para resolver os problemas de iniquidade, o que se traduz em poucas ações que enfatizem o respeito aos direitos humanos. Mesmo nos municípios em que o programa de DST e aids está bem estabelecido tem havido decências de problemas relacionados com a discriminação de portadores do HIV e doentes de aids nos hospitais, inclusive a falta de leitos específicos para pacientes com aids nos hospitais. Em alguns municípios do norte, autoridades e comunidade sentiam-se no direito de saber quem era portador, alegando que precisavam da informação para proteger a população. Os primeiros casos de aids em Guajará-mirim foram alvo de intensa discriminação, e mesmo pessoas que se tratavam na capital e retornavam ao município eram discriminadas, sem que houvesse uma resposta imediata por parte da classe governamental local.

A discriminação contra o portador, as minorias étnicas ou preferência sexual é um fator tão determinante na vulnerabilidade ao HIV e na decisão de um indivíduo ser testado, que o combate à epidemia só poderá avançar nos municípios estudados se essa questão for efetivamente enfrentada. Esse não é um problema específico das fronteiras, mas tem sido discutido com veemência em todo o mundo, sendo inclusive terra da próxima campanha do dia mundial da luta contra a aids. Entretanto, nas fronteiras, este é um problema muito grave, porque a região caracteriza-se basicamente pela concentração de pessoas pouco “empoderadas”, incluindo mi-

norias étnicas, adolescentes, trabalhadoras do sexo e outros grupos. Além disso, os municípios fronteiriços estão muito distantes dos grandes centros políticos, nos quais essa questão tem sido continuamente debatida. Consideramos que um grande desafio se impõe à CN-DST/Aids, no tocante à propagação da política nacional sobre estigma e discriminação, para chegar até os municípios mais distantes, fronteiriços ou não.

Dessa forma, apresentando-se como um imenso desafio para autoridades governamentais e civis, profissionais da área de saúde e outros setores, a diminuição da vulnerabilidade, acompanhada de atenção ao social nas ações, requer uma intensa e contínua colaboração desses atores, assim como enfoques intersetoriais e transdisciplinares, num contexto de direitos humanos. Barnett & Grellier, num comentário em *Aids in the World* (1996), enfatizaram a importância do reconhecimento de parâmetros de vulnerabilidade social e de suas inter-relações para o controle da epidemia. Incluem-se entre eles as relações étnicas, padrões de migração, conflitos sociais, relações de gênero, redes de apoio social e iniquidade em matéria de renda. Esforços para diminuir a vulnerabilidade num nível sociocultural ou econômico requerem a identificação dos pontos mais conflitantes e de tensão em cada área, grupo ou rede social, e planejar ações para melhorar as situações de conflito: “Quando as relações sociais definidas por esses parâmetros são conflituosas ou se apresentam como foco de *stress*, então esta área social torna-se o epicentro tanto em relação à infecção quanto às manifestações de respostas traumáticas à epidemia. Essa é uma das razões que explicam a concentração de casos entre grupos marginalizados, ou que apresentem desvantagens econômicas, política ou ambientais” [37].

### **Aspectos Programáticos e de Serviços**

O programa e os serviços oferecidos à população são fatores fundamentais para a redução da vulnerabilidade das pessoas, além de ser o mais concreto dos níveis em termos de prover um marco de fortalecimento e ampliação da visão do setor de saúde: “o plano programático da avaliação de vulnerabilidade é importante porque o programa é uma espécie de ligação entre os planos individual e social, ele é um caminho concreto para a construção de “empoderamento”, justamente por ser um aglutinador de informações, recursos materiais, suportes de várias ordens e um catalisador/amplificador das necessidades e contradições socialmente postas [34]”:

Nas fronteiras, os programas municipais, em geral, não estão cumprindo esse papel. A história da saúde pública no Brasil mostra que o sistema de saúde está mais equipado e organizado nas regiões sul e sudeste e atende populações com melhores condições sociais e econômicas do que no norte e nordeste. Ademais, os recursos estão mais concentrados e os serviços mais organizados, basicamente, nas grandes cidades da região Sul e Sudeste. Os municípios mais distantes ficam isolados dos centros de produção de conhecimento, concentração de poder político e recursos de saúde. Esses municípios enfrentam a epidemia com estruturas de saúde frágeis (acesso limitado a internações ou cuidados mais específicos) e sem uma articulação política e social que possa mudar essa realidade. Os achados deste estudo mostram que os municípios de Oiapoque, Guajará-Mirim e Tabatinga, todos na Região Norte, são exemplos típicos desta situação de isolamento. Indivíduos portadores de HIV ou vivendo com aids em Oiapoque e Guajará-Mirim, por exemplo, precisam viajar durante muitas horas para receber atendimento nas capitais dos estados. No caso de Tabatinga, embora exista pouca articulação política e social, a estrutura de atendimento a portadores de HIV/aids está baseada no Hospital Militar. Entendemos que uma alternativa para a oferta de serviços a população como um todo nas regiões fronteiriças mais afastadas é fortalecer as estruturas públicas de saúde nesses municípios mediante sua integração com a estrutura do sistema militar.

Ainda em torno deste tema, há outro ponto a ser destacado. A distância dos centros de formação profissional também contribui para a fragilidade da saúde nas fronteiras, principalmente na Região Norte, onde é extremamente difícil captar e manter profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros capacitados e atualizados. Em Tabatinga, por exemplo, os profissionais do hospital militar (o único do município) permanecem somente dois anos no local, porque são militares em serviço que retornam a suas cidades de origem ao final do serviço militar. Também em Oiapoque, no momento da pesquisa, não havia nenhum médico responsável pela assistência aos índios, e o município só dispunha de três médicos para atender toda a população. Em Guajará-Mirim e Tabatinga, o acúmulo de funções/cargos, a alta rotatividade e a dificuldade de reter profissionais da área de saúde qualificados são questões marcantes.

Os recursos dos programas de DST e aids, do mesmo modo que as estruturas de saúde em geral, também se concentram mais na Região Sudeste e Sul e nas capitais de outras regiões. Nos municípios fronteiriços que contam com programas de DST e aids, estes foram estruturados dentro de um sistema já debilitado, onde os CTA e SAE funcionam sem retaguarda de um sistema municipal de saúde articulado e eficiente. No caso de Corumbá, o único hospital que oferecia atendimento aos pacientes de aids estava sob risco de descredenciamento no SUS, no momento da visita da equipe. Além dos poucos recursos humanos e materiais, não há previsão de verba para assistência a pessoas sem residência fixa no lado brasileiro. Nas fronteiras, isso significa sobrecarga para o sistema de saúde local, pois uma significativa parcela da população é flutuante e estrangeira. Apesar das deficiências em quase todos os locais estudados, os serviços no lado brasileiro são, com algumas exceções, de melhor qualidade que os dos países vizinhos, o que leva muitos estrangeiros a procurar atendimento no Brasil, criando conflitos importantes, principalmente pela falta de contrapartida financeira.

O enfoque principal dos programas de DST e aids nesses municípios tem sido a assistência. Entretanto, existem problemas graves na qualidade da assistência, incluindo a dificuldade que os programas têm para lidar com as questões emocionais ou sociais dos usuários dos serviços. Por exemplo, nenhum dos municípios estudados contava com grupos de adesão e assistência domiciliar terapêutica (ADT) no momento da pesquisa e são poucos os que dispõem de assistentes sociais e psicólogos no programa. Isso agrava os problemas da discriminação contra pessoas HIV-positivas ou vivendo com aids, da falta de garantia de direitos humanos e da adesão ao tratamento. Esses problemas, que podem ser entendidos como vulnerabilidade programática, também afetam a vulnerabilidade nos outros planos.

A prevenção é o componente que apresenta mais deficiência entre as ações de HIV/aids nas fronteiras, o que se deve a uma concepção assistencialista curativa e falta de integração com outros serviços. Como afirmou um provedor em Foz do Iguaçu: *“... muito está sendo gasto no tratamento, muito pouco em prevenção (...) daqui a uns anos, não vai ter dinheiro para mais nada, a não ser para pagar tratamento para HIS positivo”* Assim, a prevenção encontra-se bastante limitada às atividades especificamente intra-institucionais, tradicionalmente implantadas nos CTA

Mesmo nesses locais, quando estão implantadas, as atividades de prevenção consistem basicamente na oferta de palestras, testagem sorológica e provisão do preservativo para pessoas que conseguem chegar até o serviço. Não foi instituído o aconselhamento pré-teste (nos CTA observamos entrevistas e preenchimento de questionários), o que significa importante comprometimento da qualidade das ações de prevenção.

Além disso, as barreiras burocráticas para a entrega de preservativos (como, por exemplo, a exigência de participação em palestras) e a maneira como a informação é oferecida para a população está orientada para os aspectos formais do serviço. A abordagem centrada no serviço, e não na pessoa, não permite que se atinjam os aspectos mais substantivos, nem permite o acolhimento, não oferecendo possibilidade real de “empoderar” usuários/as de maneira a possibilitar mudanças comportamentais, especialmente condutas preventivas e adesão tratamento.

**“Se, por um lado, a prevenção age em cima de um evento que ainda não aconteceu, e a assistência em cima de um fato consumado, as ações de prevenção às DST e aids necessitam antecipações e ações inseridas em processo e com modelos de assistência que integrem a garantia dos direitos humanos e o acolhimento de populações vulneráveis e que mantêm comportamento de alto risco para a infecção do HIV.” (Doneda, 2002) [38]**

Como as ações de prevenção concentram-se nos serviços, elas não contemplam necessidades específicas da população que usualmente não tem acesso a eles, e muitas vezes trata-se daqueles que mais requerem atendimento. Por exemplo, o grande número de caminhoneiros que passam diariamente pelos municípios de fronteira não está contemplado nas ações preventivas na maioria dos sítios estudados, com exceção de Uruguaiana, onde um programa para esse grupo, de escopo limitado, está em fase de implantação. Os profissionais do sexo, índios, seringueiros, HSH, adolescentes e UDI têm acesso limitado a ações preventivas nos serviços, o que aumenta sua vulnerabilidade ao HIV.

Enquanto o potencial da área de saúde para lidar com a epidemia se restringe no serviço, com prioridade para a assistência, isto não é suficiente para conter seu avanço. Além disso, os serviços deveriam mudar o enfoque assistencialista e medicalizado para um sistema que tivesse uma visão mais ampla e considerasse, adequadamente, os fatores que incidem sobre a vulnerabilidade social. A falta de incorporação do contexto social e político no setor de saúde dificulta a integração com outros setores e, conseqüentemente, uma resposta intersetorial à epidemia. Embora o programa nacional tenha uma visão integrada de assistência e prevenção, assim como uma política de integração com programas fora da área tradicional de saúde, isso não chega aos lugares mais distantes, especialmente nas regiões Centro-Oeste e Norte. Por exemplo, os preservativos destinados ao programa de DST e aids, geralmente, não são distribuídos para ações de planejamento familiar e vice-versa.

A escassa integração entre as ações de aids e DST e entre a aids e outras ações da SSR (além da testagem no atendimento pré-natal) também contribui para o aumento da vulnerabilidade programática nas fronteiras. É a frágil estrutura de saúde que leva a isso, mas a epidemia por sua vez provoca enfraquecimento no sistema, na medida em que gera aumento de demanda de atendimento, causando sobrecarga nos serviços de saúde. Por exemplo, o aumento de casos de tuberculose numa situação de escassez de leitos hospitalares pode sobrecarregar as unidades básicas de saúde. Por outro lado, maiores gastos com a aids podem se traduzir numa diminuição de recursos para outras áreas da saúde, o que, conseqüentemente, demandará maiores esforços para integrar e tornar mais eficiente a oferta de serviços de saúde e prevenção. A integração requer treinamento e vontade política, mas é uma alternativa de baixo custo para capitalizar recursos e dar uma ampla resposta social à epidemia.

A integração de programas de HIV/aids com outros setores e instituições também é essencial, especialmente com o setor legal, para possibilitar o tratamento de pessoas em situação irregular no país: “Muitas vezes os migrantes necessitam urgentemente de serviços legais que, em muitos casos, teriam de vir antes das prioridades de saúde; os serviços de saúde deveriam ser integrados dentro do marco de serviços legais e não o oposto” [15]. Um exemplo bem-sucedido dessa integração é um projeto europeu de prevenção de DST e aids para profissionais do sexo (Transnational Aids/ STD Prevention Among Migrant Prostitutes in Europe/Project) que atua promovendo saúde entre as ações de direitos legais [39].

Muitas vezes, a integração entre questões legais e saúde não é contemplada. Nas fronteiras brasileiras, as práticas vigentes não são coerentes com as recomendações do MS, que contemplam as questões dos direitos humanos. Por exemplo, embora a CN-DST/ Aids assuma oficialmente a posição de oferecer tratamento de aids para todos, brasileiros e estrangeiros, na prática esta posição não é adotada em todas as fronteiras, onde estrangeiros são atendidos somente em situações de emergência, e o acesso à medicação ARV é restrito aos estrangeiros legalmente residentes no Brasil. Conseqüentemente, isso pode levar a uma maior vulnerabilidade desses grupos.

Outro tema de extrema importância ao considerar a vulnerabilidade programática e a preparação dos provedores. Os provedores nas fronteiras e o sistema de saúde, como um todo, não estão adequadamente preparados para lidar com todos os componentes do problema, especialmente no que se refere às questões sociais, legais e de direitos humanos, além de não disporem de estrutura e capacidade gerencial para manejar toda a complexidade de situações. A maioria dos profissionais que atuam no programa têm experiência e orientação biomédica e assistencialista, mas não estão adequadamente capacitados para administrar os aspectos sociais e jurídicos que deveriam pautar as normas e atividades dos programas. Um exemplo disso é a falta de atendimento, nessas regiões, das necessidades de saúde de profissionais do sexo, uma população que está exposta a um grande número de problemas, entre eles violência sexual, tráfico para outras regiões/países, cárceres privados. A maioria das áreas visitadas não conta com serviços integrados para atender esse tipo de demanda. Outro exemplo é o manejo da prevenção de transmissão vertical, porque os provedores e gerentes não estão considerando as questões de direitos humanos, as normas da CN-DST/Aids, nem tampouco, as conseqüências sociais e emocionais da testagem compulsória na gravidez.

Por outro lado, as ações programáticas também devem incluir atenção especial aos profissionais, capacitando-os, oferecendo-lhes apoio, garantindo condições gerenciais, espaços de opinião e atividades de avaliação de processo e de impacto. Investir nesses elementos significa aumentar o vínculo das pessoas com os serviços, tornar os profissionais de saúde familiarizados com a questão dos direitos humanos, diminuir o preconceito, enfim, constituir modelos que “integrem a garantia dos direitos humanos e o acolhimento de populações vulneráveis” [38].



## Algumas reflexões sobre capacitação

Na análise dos achados nos diferentes sítios, identificamos a capacitação como um dos componentes fundamentais nos programas de DST e aids dos municípios estudados. De maneira geral, em praticamente todos os municípios os profissionais de saúde e educação receberam diferentes tipos de capacitação sobre o tema. Entretanto, muitos não se sentem efetivamente capacitados. Em Foz do Iguaçu, por exemplo, em razão da descentralização da testagem de gestantes, foi realizada uma capacitação sobre aconselhamento, mas os provedores ainda se consideravam inseguros para oferecer esse tipo de atendimento nos centros de saúde. Em outro município, Uruguaiana, foi feita em 1999 uma capacitação para profissionais da saúde sobre redução da transmissão vertical do HIV, mas vários provedores consideraram que era necessário completá-la com educação continuada. Em Tabatinga, o profissional responsável pelo tratamento de indivíduos com aids, embora tivesse recebido capacitação técnica, considerava-se pouco preparado para lidar com as questões emocionais e sociais.

Assim, a pergunta que se faz é: por que, embora os programas municipais de DST e aids tenham sido contemplados com capacitação, muitos profissionais não se sentem preparados e foram identificadas tantas deficiências na qualidade dos serviços?

Não cabe a este estudo aprofundar a discussão sobre diferentes linhas e propostas de educação. Entretanto, julgamos pertinente apontar alguns pontos para reflexão. Primeiramente, existem dificuldades gerenciais importantes, como a falta de recursos humanos e a intensa rotatividade de pessoal. Muitas vezes se investe na capacitação de profissionais que deixam a função após algum tempo. Outras vezes, sobrecarregado pelo acúmulo de funções, o profissional se sente desmotivado ou até mesmo impossibilitado de pôr em prática o que aprendeu na capacitação. Outro ponto importante refere-se à própria capacitação em si, na medida em que a metodologia e o currículo, idealmente, deveriam focalizar mais do que a informação, facilitando o “empoderamento” das pessoas.

Muitas vezes os provedores, ainda que capacitados, não sabem o que é investir alguém de poder nem como fazer isso, já que eles próprios são parte desse sistema em que as pessoas não são “empoderadas” nem sensibilizadas a se instrumentalizar. Para trabalhar nessa direção, a proposta é revisar as ações educativas e capacitações tendo em vista esses aspectos, inclusive com a participação ativa de todas as pessoas envolvidas no processo, da sua elaboração à avaliação.

O compromisso de se atingir e atender a população com HIV positivo com respeito aos direitos humanos vem revelando também a importância de se pensar na vulnerabilidade programática em termos transdisciplinares e intersetoriais. O programa, em seus diversos níveis, deve incluir atitudes de respeito para com a clientela e maneiras adequadas de desenvolver suas atividades em função dos diferentes grupos e hábitos locais. Além disso, deve ter condições de ampliar ao máximo a compreensão das necessidades e perspectivas das pessoas, promover o diálogo não só entre as diferentes disciplinas, como também com as diversas instituições e organizações, tais como escolas, empresas e ONG.

A capacitação técnica, política e gerencial deve ser feita de maneira integrada, para que se ampliem as ações dos profissionais. Os profissionais devem ser preparados para acompanhar as transformações dos paradigmas e receber capacitação para se manterem atualizados nas áreas técnica e de direitos humanos.

### **Mobilização Social na Fronteira**

Deficiências programáticas e estruturais, geralmente observadas em fronteiras, podem refletir recursos humanos e materiais escassos, compromisso político limitado e falta de programas que respondam às necessidades da comunidade, agravando a situação das populações já descritas, que apresentam alto grau de vulnerabilidade social. Uma resposta social que facilite o “empoderamento” da comunidade poderia ser parte da solução das deficiências programáticas e de problemas sociais mencionados anteriormente. Entre grupos tradicionalmente marginalizados, as organizações comunitárias e as redes de organizações de base social podem ser instrumentos poderosos para combater a falta de autonomia e de articulação, conquistar reconhecimento, mudar políticas e requisitar direitos.

A epidemia de aids tem sido importante para mostrar que o nível de mobilização social dentro de um grupo social ou comunitário está intimamente relacionado com a geração de recursos, facilitação de esforços governamentais, justiça social e, conseqüentemente, saúde da comunidade. Organizações de serviços de aids, organizações comunitárias e ONG têm sido líderes na resposta à epidemia e se mostrado cruciais na luta contra a aids [30]. Em termos globais, “durante o início da epidemia, a resposta mais efetiva surgiu das organizações comunitárias que perceberam o risco para seus grupos e criaram programas enfocando “empoderamento” e “capacitação da comunidade” [13].

Essas organizações aplicaram pressões sociais, “estimularam um sentimento mais intenso de identificação comunitária e contribuíram para o desenvolvimento de redes de articulação” [13].

Neste ponto, o Brasil não é uma exceção, porque a epidemia de aids deparou-se com uma resposta intensa das instituições sociais. Consórcios nacionais e estaduais de ONG têm sido fundamentais na conscientização da comunidade sobre a importância do problema e, hoje, colaboram permanentemente com os programas governamentais.

Por sua parte, a CN-DST/Aids, além de aceitar e permitir que as ONG contribuam com o programa, também tem estimulado e apoiado vários grupos comunitários e redes de organizações da sociedade civil, para que possam melhorar a qualidade do seu trabalho e ampliar o universo de populações atendidas pelos serviços.

Entretanto, a fronteira apresenta-se como uma região deficiente, tanto em estrutura de serviços públicos, quanto também de mobilização social efetiva\*. Várias das circunstâncias que tendem a debilitar programas também afetam a mobilização social, cuja ausência, por sua parte, favorece a perpetuação do estado de marginalização e “desempoderamento” de algumas populações. Esse círculo vicioso – marginalização, falta de mobilização social, aumento de vulnerabilidade – vem ocorrendo nas áreas de fronteira, onde os grupos vulneráveis continuam mantendo altas taxas de infecção.

\* Isso não significa pôr em descrédito o admirável trabalho conduzido por alguns indivíduos nas regiões de fronteira, mas reflete uma falta de mobilização mais ampla nessas comunidades e entre grupos populacionais específicos como um todo.

Por que ha pouca mobilização social nas fronteiras? Primeiramente, o perfil da população não é favorável a respostas coletivas coesas. Frequentemente, ela é transitória, formada por estrangeiros, muitas vezes ilegais, o que pode dificultar o estabelecimento de organizações de base social, porque comunidades migrantes e móveis são parte de um processo dinâmico de mobilidade, transição, integração e reintegração. Comunidades e fronteiras também podem ser extremamente diversificadas, sem uma referência social comum, possivelmente em competição por empregos escassos, o que desestimula uma mobilização social coesa. Um excelente exemplo é o de mulheres que trabalham como "laranjas" em Foz do Iguaçu, passando mercadorias através da fronteira entre o Paraguai e o Brasil. Elas são frequentemente discriminadas no serviço de saúde e competem entre si por trabalho, sejam brasileiras, paraguaias ou “brasiguaias”. Também é comum elas irem parar na prisão por causa da movimentação de drogas. Esse grupo necessita urgentemente de programas sociais, mas há poucas perspectivas de criação de uma organização que possa funcionar como um facilitador de mudanças.

Com o envolvimento de mercados clandestinos, como o tráfico e o uso de drogas, os grupos mais necessitados de organização social pouco consideram questões de saúde e HIV como prioridade, confirmando a necessidade de respostas diferentes de diversos setores. Pela falta de mobilização social, a maioria das iniciativas destinadas a oferecer respostas frequentemente partem de grupos externos preocupados com essas questões, que oferecem modelos organizacionais, capacitação e recursos para organizações locais. Por exemplo, o GUAPA, a única ONG que trabalha com aids em Uruguaiana, foi criada quando um representante de Porto Alegre estimulou alguns líderes locais a formar esse grupo, porque não havia mobilização social nessa área antes de 1990. Embora as pessoas que trabalham nessa ONG sejam bastante comprometidas, o impacto de seu trabalho no apoio à comunidade, em seu sentido mais amplo (trabalho social em geral), é limitado. De fato, a sustentabilidade requer apoio da comunidade a indivíduos motivados. Outro exemplo é o grupo Afrodite, formado por profissionais do sexo de Belém, estado do Pará, que esporadicamente vai a Oiapoque para desenvolver ações de prevenção de DST e aids com as trabalhadoras do sexo, mediante palestras, distribuição de preservativos e materiais educativos. Apesar de ser uma iniciativa muito importante, e um trabalho ocasional, sem envolvimento local, além de muito limitado.

A transitoriedade e mobilidade das populações nas fronteiras, somada ao fato de que os grupos, habitualmente, têm interesses muito diferentes, tem dificultado a criação de parcerias para agir contra a aids. Não há um consórcio de ONG em nenhuma das fronteiras estudadas. Por exemplo, em Corumbá há uma ONG altamente motivada para redução de danos, há um centro de reabilitação para usuários de drogas e são desenvolvidos esforços para a adoção de ações preventivas em áreas de favelas, mas nenhuma dessas iniciativas tem provocado respostas na comunidade como um todo.

Apesar de ser responsabilidade do Estado prover saúde e garantir direitos humanos, em nenhuma circunstância essa meta tem sido alcançada sem uma intensa mobilização social. “Pesquisas com migrantes e envolvendo outras doenças sugerem que dois fatores, suporte oficial e das redes sociais, além dos recursos pessoais para lutar contra a infecção influenciam o risco de se adoecer devido ao *stress* da migração” [15]. Assim, as redes sociais tornam-se um importante componente na luta contra a aids nas fronteiras, onde a proporção de migrantes é alta.

## Pesquisa

Há necessidade de se ampliar o número de pesquisas que possam determinar os meios mais efetivos de se responder à epidemia de HIV/aids e estabelecer as estratégias ou metodologias capazes de influenciar a vulnerabilidade nas regiões de fronteiras e locais de circulação de populações móveis. A pesquisa-ação é um componente essencial do Enfoque Estratégico e um elemento necessário para a resposta regional e nacional, especialmente se almejarmos progredir no entendimento da expansão da infecção no Brasil e em países vizinhos.

A maioria das pesquisas finalizadas até o momento sobre HIV/aids no Brasil está circunscrita à área de pesquisa clínica ou básica, o que revela a ênfase na assistência. Durante os últimos anos, a produção de pesquisas sociais tem crescido consideravelmente [31], entretanto, ainda é, desproporcionalmente, menor o número de estudos sobre estratégias para a prevenção do HIV, especialmente com populações móveis. Uma publicação recente abrange um levantamento e uma análise profunda da produção científica sobre HIV/aids no Brasil entre 1997 e 2000, mas inclui somente um artigo científico sobre HIV e outras DST com caminhoneiros no país [40]. Há poucos estudos publicados com a população militar, usuários de drogas e profissionais do sexo. Um estudo sobre DST e aids entre profissionais do sexo esta em fase final de conclusão, sob coordenação da CN-DST/Aids e UnB . Entretanto, não há estudos publicados em âmbito nacional ou internacional (durante o período 1997-2000) que possam servir de base para intervenções dirigidas a populações móveis no Brasil.

\* Para revisão completa da literatura nacional recente sobre HIV/aids, sugerimos consultar (BASTOS&MALTA,2002) [40].

Várias regiões diferem tanto na epidemiologia da doença quanto nos fatores sociais que contribuem para sua transmissão e nas respostas a situações de risco. Dependendo do contexto social, a pesquisa-ação (tanto quantitativa quanto qualitativa) deveria ser conduzida em diversos contextos e com diferentes populações, incorporando componentes que se referem especificamente às influências sociais na vulnerabilidade.

Estudos descritivos são especialmente necessários para permitir uma revisão em profundidade das interfaces dos programas, contextos sociais, populações e HIV/aids. “Pesquisas sobre as influências sociais e culturais na vulnerabilidade devem enfocar:

- a) situações em que o sustento e as identidades são disputadas sob stress;
- b) redes sociais (...) nas quais esses meios de sustento e identidades são negociados;
- c) relações entre redes sociais, grupos e o Estado; e
- d) o grau até o qual as redes vulneráveis são capazes de liderar vários tipos de direitos de posse disponíveis em determinadas sociedades” [37].

Considerando os municípios visitados durante o diagnóstico estratégico, as influências culturais, sociais e políticas na vulnerabilidade representam um fórum relativamente pouco explorado. Nesse contexto, podemos levantar algumas questões importantes, como por exemplo: as disputas de terra na Amazônia, a introdução de madeiras e comunidades agrícolas em terras originalmente indígenas e mudanças de identidade nas comunidades aumentam a vulnerabilidade ao HIV? Em que ponto da negociação social a vulnerabilidade à transmissão do HIV é mais provável entre as comunidades indígenas? Como isto se relaciona com políticas nacionais e locais e com programas econômicos (por exemplo, zonas de livre comércio)? E como uma combinação de diversos enfoques poderia ser mais efetiva para reduzir a vulnerabilidade social?

Além disso, avaliação e pesquisa operacional devem ser aplicadas para distinguir-se entre programas e políticas com o potencial de diminuir a vulnerabilidade ao HIV/aids e entre outras ações que podem até mesmo impor barreiras às populações na livre escolha de comportamentos preventivos e de promoção da saúde. Acima de tudo, a pesquisa deveria determinar as melhores formas de implementar programas com enfoques multifacetados, inclusive programas e políticas que não estão inseridos no sistema tradicional de saúde pública. É essencial integrar campanhas de sexo seguro e disseminação de materiais de informação, educação e comunicação (IEC) com estratégias para combater fatores que criam contextos de vulnerabilidade, em especial com aqueles relacionados a direitos humanos e dignidade, pobreza e distribuição de renda. Isso se apresenta como um desafio que requer criatividade com respeito a buscar e implementar colaborações efetivas entre ONG, setor público, privado, político e legal.

As pesquisas propostas devem basear-se na experiência acumulada nas últimas décadas de pesquisa sobre HIV/aids. Por exemplo, alguns estudos mostram que se consegue “imunidade social” ou diminuição dos efeitos dos fatores de risco sociais, como discriminação, quando se participa de uma comunidade, na qual a troca de experiências fortalece a capacidade pessoal de proteção contra HIV/aids [15]. Como o fortalecimento de redes sociais, a criação de coligações e a promoção da organização social têm influenciado políticas e atenuado a vulnerabilidade comunitária, esses mecanismos são, candidatos em potencial para futuras pesquisas no Brasil com minorias, migrantes, e/ou populações discriminadas nas fronteiras, com a finalidade de desenvolver enfoques que possam fortalecer as redes sociais, a mobilidade e medir seu impacto.

A prostituição, em geral, mas especialmente a prostituição de adolescentes e crianças, chama a atenção nas áreas visitadas. Apesar de ocorrer em todo o Brasil, o problema apresenta algumas características marcantes e específicas das fronteiras, como o tráfico de mulheres e crianças para os países vizinhos, além do fato de que, em certos municípios a maioria da cidade sobrevive da prostituição e a resposta das instituições locais é mínima. Recentemente, foi concluído um estudo bastante abrangente sobre o tráfico de mulheres, crianças e adolescentes no Brasil, coordenado pela OEA e pelo CECRIA (Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes) [41]. Esse estudo abordou, entre outras coisas, a magnitude do problema e a caracterização das rotas de tráfico, entre elas as fronteiras. Dessa maneira, seria relevante conduzir estudos descritivos para explorar o papel desempenhado pela prostituição naquele contexto, para posteriormente criar estratégias e programas para responder a questões específicas num contexto amplo que tenha como pano de fundo os direitos humanos e a cidadania.

Uma revisão recente de estudos sobre a sexualidade no Brasil chama a atenção para a necessidade de se ampliar o âmbito do estudo das mudanças sociais e estruturais no campo da sexualidade, levando em conta as relações interpessoais, a perspectiva de gênero e os papéis sociais e sexuais dos sujeitos, além de tentar explorar como eles interagem em seu contexto social mais amplo e não apenas na sua prática sexual; também aponta para a importância de se indagar que estruturas sociais e políticas – como família, religião, escola e poder público – influenciam e controlam a sexualidade atualmente [31].

Tendo em vista a maioria dos municípios visitados na região de fronteiras, onde a percepção local sugere uma série de questões como gravidez na adolescência, aborto e uso de drogas, e considerando algumas características específicas de fronteiras que provavelmente influenciam a vulnerabilidade dos jovens ao HIV – isolamento, menos oportunidades de trabalho, estudo, serviços de saúde e lazer do que em regiões urbanas –, é essencial planejar e explorar pesquisas de caráter operacional com esse grupo nas fronteiras.

Outra questão da maior importância e ainda não resolvida no Brasil é a integração das ações adotadas no combate ao HIV/aids com ações da área da SSR em geral: como poderíamos integrar, ou criar ações/intervenções de SSR para aumentar a eficiência das ações no campo do HIV/aids e maximizar o uso dos recursos destinados à luta contra o HIV/aids? Como as intervenções bem-sucedidas no setor público podem ser transferidas ao setor privado?

A preocupação com questões mais amplas, que dizem respeito não só às fronteiras mas também a outras regiões do Brasil e que provavelmente necessitam de abordagens nacionais, reflete-se em alguns temas específicos e pouco explorados em pesquisas prévias: onde está o “DST” da CN-DST/Aids? Seria importante desenvolver um estudo descritivo nessas e em outras regiões do país para documentar a necessidade de efetivamente se incluir DST no programa em todos os níveis – nacional, estadual e municipal? E a questão do diagnóstico e tratamento para DST? É possível chegarmos a um patamar de eficiência na logística, acesso e qualidade como o alcançado com a aids (monitoramento clínico e distribuição de ARV)?

A discussão acima não pretende ser exaustiva e enfatiza somente as necessidades de pesquisas que consideramos prioritárias com base nos achados deste estudo e nas lacunas encontradas na literatura sobre HIV/aids, especialmente nas fronteiras do Brasil. Obviamente, não pretendemos que as pesquisas propostas esgotem o tema. Seguramente, há várias outras áreas que também requerem pesquisas.



## Colaboração Internacional/Respostas Regionais

A constatação cada vez mais clara de que o HIV/aids não respeita fronteiras e o crescimento contínuo do número de pessoas que se deslocam, cruzando limites internacionais com frequência crescentemente maior, evidenciam a necessidade de se empreender esforços cooperativos de caráter internacional para deter ou, ao menos, diminuir a velocidade de expansão da epidemia.

Os resultados do estudo mostram que os países que fazem parte das regiões analisadas estão cientes da situação e têm procurado as melhores maneiras de implementar programas cooperativos, mas também indicam que, por agora, os convênios não têm se traduzido em ações efetivas. As poucas atividades efetivamente instituídas não contam com financiamentos suficientes, o que limita a cooperação efetiva entre países vizinhos. Ademais, apesar do reconhecimento internacional da importância do HIV nas fronteiras, o Brasil não tem uma política nacional de saúde de fronteiras e nem mesmo uma política explícita para confrontar a epidemia nessas regiões e colaborar com os países vizinhos. Os convênios internacionais, em geral, priorizam outros problemas de saúde. Por exemplo, o Comitê Tripartite de Saúde nas Fronteiras, em Foz do Iguaçu, lançou algumas campanhas de combate à raiva canina na fronteira com o Paraguai, mas nenhuma ação contra o HIV/aids foi feita até o momento, apesar de o tema ser um dos tópicos da instituição.

Os esforços de cooperação internacional, quando implantados, geralmente são, projetos pontuais de curto prazo, que não estão inseridos num contexto mais amplo de prevenção ou políticas de colaboração. Alguns exemplos de iniciativas nas fronteiras com componentes de colaboração internacional incluem o Grupo Técnico Operacional Tripartite, em Tabatinga, e esforços o grupo GUAPA, em Uruguaiana, para trabalhar com a Argentina. O Comitê de Tabatinga atua no Brasil, Peru e Colômbia e abarca oito municípios, entre eles os brasileiros Tabatinga, Benjamim Constant e Atalaia do Norte. Esse Comitê tem várias prioridades e foi projetado, originalmente, para o combate ao cólera, atuando em quatro áreas principais: atenção a pacientes e laboratório, endemia e saneamento ambiental, vigilância epidemiológica e educação e saúde.

A Comissão tem organizado encontros binacionais educativos, em Tabatinga e Leticia, e cursos para profissionais, mas, mesmo assim, ainda não completaram a maioria de seus objetivos na área de HIV/aids, principalmente, devido à escassez de recursos humanos. Em Uruguiana, uma tentativa da ONG GUAPA para colaborar com uma instituição da Argentina enfrentou dificuldades com autoridades desse país, particularmente em ações de prevenção. Por exemplo, a igreja de Paso de Los Libres delimitou áreas em que o projeto poderia atuar e fiscalizou todo o trabalho, e o fato de a prostituição ser ilegal levou a polícia a abordar com frequência pessoas que portavam preservativos em locais públicos.

Os exemplos de Tabatinga e Uruguiana nos oferecem importantes lições: primeiramente, apesar do grande valor de projetos locais, o impacto a longo prazo pode ser limitado se eles não estiverem inseridos num contexto mais amplo de colaboração internacional entre os países vizinhos. As iniciativas desses comitês e algumas ONG, assim como certas respostas iniciais, provêm uma base para cooperação, mas precisam ser fortalecidas, principalmente, em sua capacidade técnica. Além disso, os governos municipais, estaduais e federais têm de dar respaldo a essas iniciativas, envolver-se no processo de decisão e oferecer apoio num contexto de cooperação internacional. A falta explícita de suporte governamental para esse tipo de iniciativa é um exemplo importante que pode contribuir para aumentar a vulnerabilidade social ao HIV.

Instituições internacionais, ONG e organizações de ativistas que trabalham em cooperação com o Programa Nacional de DST e Aids têm mostrado algum interesse nos projetos desenvolvidos nas fronteiras do Brasil. A UNAIDS tem duas iniciativas: o Projeto Rio Uruguai (Uruguiana) e o Projeto Cataratas (Foz do Iguaçu). Entretanto, eles estão num estágio muito inicial de implementação. Outrossim, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tem colaborado, facilitando a cooperação internacional entre o Brasil e a Bolívia, na área de vigilância epidemiológica, diagnóstico e protocolos de assistência e melhoria da capacidade de resposta na sociedade civil boliviana.

O governo brasileiro, por intermédio da Assessoria de Cooperação Externa (COOPEX), da CN-DST/Aids trabalha buscando respostas conjuntas no âmbito internacional. Entre as atribuições da área está a negociação de projetos e atividades entre países, organismos internacionais, universidades, ONG e demais instituições, no intuito de desenvolver programas de cooperação técnica, científica, tecnológica e financeira. Entretanto, a aids é somente um dos tópicos de sua agenda e não está claramente estabelecido como será a colaboração com os países vizinhos.

Talvez um veículo mais apropriado para colaboração internacional no tocante à aids seja o Grupo de Cooperação Técnica Horizontal (GCTH), que foi criado entre os países da América Latina e Caribe, a partir da preocupação da transmissão transnacional do HIV. Em novembro de 1995, representantes dos programas governamentais para o controle e prevenção do HIV/aids de 21 países subscreveram um documento em que, entre outras questões, afirmou-se a necessidade de compartilhar experiências técnicas e elaborar novas formas de cooperação direta entre os governos e organizações, trabalhando na região no combate à aids. O GCTH reuniu-se no Rio de Janeiro (1996), Buenos Aires (1997), Caracas (1998) e Havana (1999). Em 2002, a reunião será no Brasil. Dessa forma, o grupo abriu espaço para outros grupos participarem da primeira conferência no México (1998) e da 2ª Conferência no Rio (2000). Com esses antecedentes, decidiu-se que a experiência acumulada em cada país na luta contra a aids deveria ser considerada no âmbito internacional. Ficou estabelecida a importância de se superar o marco tradicional de cooperação coordenada pelos países ricos e insistir nos mecanismos de colaboração entre os países da região.

Nenhum esforço transfronteiriço nem atividades de prevenção ao HIV têm sido priorizados pelo GCTH, já que a meta original do grupo era melhorar a comunicação entre os países latino-americanos. Ainda assim, o grupo está implantando um sistema de fundos rotatórios para medicamentos contra o HIV sob a coordenação da OPAS. A idéia originou-se de achados de um estudo sobre preços de insumos para combate ao HIV que mostrou diferenças importantes entre os países. Além dessa atividade, que está, atualmente, em sua fase inicial, o GCTH também tem sido um fórum de discussão e troca de experiências por meio de conferências.

Uma vez que o Brasil tem sido pioneiro no tratamento da aids na região, não nos surpreende que uma das ações mais explícitas que o GCTH definiu foi declarar prioritária a implementação de um programa destinado a melhorar a capacidade da assistência em relação ao HIV/aids nos países membros. Conclui-se que a política internacional do Brasil segue a mesma hierarquia em ações de serviços e assistência do programa nacional, a qual não se reflete nas prioridades no âmbito municipal, voltadas principalmente para as iniciativas de prevenção.

Pelo que se acaba de afirmar acima, está claro que os atores de saúde no Brasil estão preparados para adotar essas iniciativas no combate ao HIV/aids nas regiões de fronteira. Entretanto, ainda não há uma estrutura internacional para se lidar com os esforços de prevenção da transmissão do vírus ao longo das fronteiras e entre grupos móveis nessa região.

Muitos esforços internacionais já empreendidos podem servir como modelos de ação, tanto em pequena escala, quanto em nível regional, e eles estão sumarizados no Anexo 1. A colaboração internacional em regiões de fronteira, na luta contra a transmissão do HIV não é uma idéia recente, pois alguns países já começaram a trabalhar nessa área no final da década de 80. No entanto, a maioria das iniciativas em grande escala só foi iniciada recentemente. Geralmente, os esforços regionais e internacionais têm focado mais os grupos móveis e as vias de circulação das populações de fronteira, incluindo comumente essas áreas como um dos sítios programáticos.

**Iniciativas nas regiões de fronteira podem envolver “esforços entre respectivos governos para estabelecer e harmonizar contatos, políticas e programas para grupos migrantes. Elas também podem envolver a formação de alianças entre ONG através das fronteiras em nível regional e internacional...” (UNAIDS, 2001) [2]**

As respostas internacionais, usualmente, começam com uma troca de informações, como no caso da Europa e da Ásia, onde algumas agências, junto com organizações sociais e políticas, organizaram discussões iniciais e reuniões internacionais sobre migrantes, refugiados e minorias étnicas e aids. A Europa foi a primeira a incluir na agenda da aids, no início dos anos 90, a questão dos migrantes, reconhecendo que o processo de migração e os eventos que levam à migração, freqüentemente, incluem situações de risco, “desempoderamento”, acesso limitado aos serviços e pouco apoio social, questões estas que criaram necessidades específicas com relação a programas de prevenção e assistência no combate ao HIV/aids. O primeiro esforço internacional em grande escala da União Européia, o projeto Aids and Mobility [Aids e Mobilidade], foi estabelecido em 1991 e coordenou esforços para avançar no entendimento da relação entre mobilidade e aids assim como seus efeitos [42]. Na Europa, priorizou-se a prevenção nas fronteiras, estimulando a formação de projetos de prevenção e assistência para populações migrantes em países membros e desenvolvendo um modelo coordenado de promoção e ativismo, especialmente, nas questões de migrantes e HIV [43].

A resposta internacional na África também priorizou a prevenção, com várias iniciativas financiadas por instituições doadoras internacionais, como a USAID, e com liderança da UNAIDS, FHI, outras instituições de pesquisa e ativistas. Por exemplo, o programa internacional de HIV/aids na região Sul da África estimula troca de informações e assistência técnica, patrocinando ainda atividades políticas regionais. Promove também atividades contínuas entre os países de fronteira, principalmente mediante iniciativa do *Corridors of Hope* [14,44]. Esse projeto instituiu um diagnóstico da vulnerabilidade ao HIV nas fronteiras, semelhante ao presente estudo, conduzido no Brasil, e desde então tem implantado estratégias de IEC, marketing social, distribuição de preservativos e assistência às DST.

Na Ásia, uma das iniciativas mais importantes entre alguns países foi a implantação de atividades de desenvolvimento e HIV no Sudeste Asiático, coordenado pela UNDP, que englobou vários países. O enfoque do projeto foi o desenvolvimento de forças-tarefa sobre populações móveis e vulnerabilidade ao HIV, e a principal atividade foi uma resposta regional incluindo pesquisa, programas e políticas [45].

Outra contribuição importante para o entendimento da epidemia foi o estabelecimento na Ásia, por meio da integração de um sistema de vigilância (Behavior Surveillance Surveys - BBS), de atividades locais de vigilância do HIV, o que permitiu a identificação de tendências da prevalência do vírus em subpopulações e áreas, funcionando como um catalisador para identificar e responder a riscos em potencial na disseminação da doença [11]. Esse tipo de iniciativa ainda precisa ser estabelecido nas Américas.

Em comparação com as regiões mencionadas acima, as Américas tem demorado mais a empreender um movimento político para combater a epidemia de HIV através das fronteiras. Uma das razões para isso é provavelmente a falta de liderança, especialmente, pelo fato de organizações internacionais ainda não terem financiado esse tipo de iniciativa, como fizeram a OMS, o Banco Mundial e a USAID na África e na Ásia. O financiamento é uma questão essencial, mas além dele um dos grandes desafios na implantação efetiva de programas de prevenção do HIV e a existência de um líder ou uma instituição que possa integrar ações de governo e ministérios [27]. As Américas necessitam de um líder para estabelecer uma “política de fronteira”. Se esse tipo de iniciativa for encabeçado por um governo, o Brasil é um líder natural na América do Sul, com uma área de fronteira mais extensa e uma resposta política à aids mais amadurecida na região até o momento. Assim, esperamos que ele assuma essa liderança de maneira mais ativa.

## Conclusões

Os resultados deste estudo confirmam que as regiões de fronteira constituem áreas de grande importância, atual ou potencial, para a transmissão do HIV e apresentam algumas características sociais, econômicas e demográficas que as diferenciam de maneira significativa do restante do país. Dentro do contexto facilitador da transmissão, há graves deficiências programáticas e no setor de serviços que aumentam a vulnerabilidade ao HIV, além de deficiências estruturais e falta de pessoal adequadamente capacitado nas áreas técnicas, administrativas ou gerenciais. As interfaces do contexto e as estruturas sociais compõem uma identidade de fronteira que deveria ser levada em consideração no planejamento de estratégias para o enfrentamento da epidemia na região. Isso significa que todas as ações de prevenção, diagnóstico e assistência devem ser adaptadas à realidade local das comunidades de fronteira.

O estágio atual da epidemia nos obriga a pensar num redimensionamento dos programas de DST e aids, estabelecendo uma política específica para as fronteiras que permita atender as populações que atualmente ficam sem acesso aos serviços, tanto de prevenção, quanto de diagnóstico e assistência, ou sem apoio suficiente para poder enfrentar a doença. É, especialmente, importante difundir informações e discutir, com as autoridades civis e de saúde, a importância de se fortalecer as atividades, principalmente o acesso à prevenção em áreas nas quais ainda não haja uma consciência da importância da aids como problema de saúde.

Para poder entender a dinâmica da propagação da epidemia, é fundamental levar em conta a influência recíproca dos processos sociais, econômicos e políticos, em nível local, nacional e global. Isso implica a necessidade de reconhecer que o enfrentamento da epidemia de aids é uma questão política, o que nos obriga a pensar de forma abrangente ao desenvolver estratégias para combater o problema.

A situação da aids nas fronteiras exige que o compromisso ético e político adotado pelo programa nacional alcance essas regiões, com um enfoque que garanta o atendimento das necessidades num contexto de respeito aos direitos humanos, buscando garantir o acesso pleno à informação e serviços para todos, sem distinção de nacionalidade, etnia, profissão ou orientação sexual.

Finalmente, todos os esforços investidos na luta contra a epidemia nas fronteiras devem buscar o diálogo e o compartilhamento de recursos humanos, técnicos e financeiros entre os países fronteiriços, no âmbito de uma efetiva colaboração internacional. Devemos definir estratégias que levem as iniciativas de colaboração internacional com os países da região, já implantadas no plano de troca de informações e algumas atividades pontuais, a se transformar de fato em programas eficientes e abrangentes de colaboração entre os países.

## Recomendações

Enfrentar a epidemia de aids nas fronteiras é um desafio de extraordinárias proporções que requer um esforço coordenado de todos os setores. Concordamos com Haour-Knipe, quando ele afirma: “sabemos que, às vezes, problemas altamente complexos são enfrentados com soluções simplistas. Por exemplo, pelo menos 50 países têm tentado deter a expansão do HIV, bloqueando a sua entrada nas fronteiras (...) devemos aceitar o fato de que não existem respostas simplistas para problemas complexos” [33].

Estamos cientes de que as recomendações listadas a seguir não cobrem todos os aspectos ou dimensões do problema, mas podem constituir um bom ponto de partida para o planejamento de atividades nas fronteiras. Também vale a pena destacar que, reconhecendo que o enfoque deve ser o mais global possível, temos dado destaque às recomendações que podem ser implantadas a curto prazo e as que podem ser instituídas pelo setor de saúde.

A versão preliminar deste relatório foi discutida com o Grupo Assessor em reunião realizada nos dias 7 e 8 de maio de 2002. Nesta reunião, foi elaborado um documento de consenso que inclui as recomendações políticas, programáticas e de pesquisa, que serão apresentadas a seguir. A versão completa do Documento de Consenso encontra-se no Anexo 3.

### Recomendações Políticas

- Priorizar a prevenção nas ações políticas relacionadas com DST/HIV/aids.
- Oficializar ou normatizar a recomendação da CN-DST/Aids quanto ao acesso aos serviços para estrangeiros nas regiões de fronteira, incluindo o direito a medicação ARV e exames de monitoramento clínico.
- Buscar mecanismos para garantir financiamento adicional “extra-teto” para os municípios de fronteira que tenham que prestar serviços a populações de estrangeiros e outras flutuantes.
- Revisar a política de capacitação profissional, considerando-a um processo que inclua a supervisão e a avaliação contínua, contextualizada nas necessidades de cada população e área.
- Criar um foro permanente para discussão e coordenação das atividades de DST e aids nas fronteiras (Força-tarefa de DST/Aids nas Fronteiras).
- Priorizar a garantia dos direitos humanos em todas as políticas.



## 2. Recomendações Programáticas

Sempre priorizando as ações programáticas de prevenção de DST/HIV/aids

- Planejar e implementar estratégias de Informação, Educação e Comunicação (IEC) específicas para os municípios de fronteira.
- Apoiar e estimular as atividades de prevenção, diagnóstico e assistência voltados para as populações móveis.
- Promover a participação comunitária nos programas e a inclusão das populações marginalizadas.
- Adequar a logística de preservativos à realidade das fronteiras, garantindo os insumos necessários.
- Integrar os programas de DST e aids e saúde sexual e reprodutiva; na Região Norte é necessário, previamente, implantar esses programas.
- Garantir, segundo as normas da CN-DST/Aids, o aconselhamento e o acesso dos indígenas ao teste anti-HIV, assegurando:
  - : cota de oferta de exames para os indígenas onde há CTA, enquanto ocorre a implantação do Programa dentro do DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena, conforme recomendação expressa da Conferência Nacional de Saúde Indígena;
  - : implantação e/ou estruturação do programa de DST e aids em caráter de urgência nos DSEI;
- Estimular os conselhos de classes e universidades a buscar mecanismos para fixar profissionais de saúde nas fronteiras, especialmente na região Norte.
- Reavaliar os modelos de capacitação e monitoramento, priorizando as ações de capacitação que preparem profissionais para realizar ações educativas contínuas, adequadas e efetivas.
- Incorporar mecanismos de seleção de profissionais para monitoramento e avaliação das estratégias de capacitação.
- Incentivar e implementar a formação/fortalecimento e assessoria técnica e capacitação para ONG.
- Manter educação continuada sobre DST/HIV/aids nos diversos setores/programas e instituições, incluindo, por exemplo, os setores da saúde, educação, segurança pública, justiça, direitos humanos, entre outros.
- Criar e/ou fortalecer grupos de adesão nos serviços, ONG e comunidade.
- Garantir o acesso da população Indígena e outras populações móveis e/ou vulneráveis aos serviços de assistência nas DST e aids.

### 3. Recomendações de Pesquisa

Recomendamos priorizar a pesquisa aplicada, com um enfoque prioritário na prevenção.

- Pesquisa-ação para desenvolver e avaliar modelos que melhorem a integração do programa de DST e aids com outros programas de saúde.
- Pesquisas voltadas para estudo de populações móveis e/ou vulneráveis, incluindo a documentação de seu tamanho, padrões de movimento, o acesso aos serviços e suas necessidades específicas com respeito a DST e aids e SSR.
- Estudos sobre o uso de preservativo em populações móveis e/ou vulneráveis.
- Pesquisas operacionais ou pesquisas-ação para melhorar o acesso de adolescentes à dupla proteção (gravidez e prevenção de DST e aids).
- Pesquisas dirigidas para usuários de droga injetável (UDI), especificamente, nas fronteiras da Região Sul.
- Expandir estudos sentinelas de soroprevalência para as áreas de fronteiras que ainda não foram incluídas.
- Estudos antropológicos sobre a concepção da doença e transmissão da aids em grupos indígenas.
- Pesquisas com enfoque na saúde da mulher e da criança, SSR, alcoolismo, drogas e aids com grupos indígenas.
- Estudo descritivo para documentar a prostituição infantil nas regiões de fronteira.
- Avaliar os conteúdos e métodos de capacitação à luz da situação específica das fronteiras.

### 4. Cooperação entre Países Fronteiriços

- Priorizar as iniciativas de cooperação técnica com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids, não dissociando a prevenção do diagnóstico e da assistência.
- Iniciar, dar continuidade ou fortalecer as ações diplomáticas entre países fronteiriços sobre a questão de DST/aids, trabalhando em parceria com os governos e organizações locais e internacionais que já estejam desenvolvendo iniciativas de cooperação.
- Reforçar a necessidade de acesso universal aos serviços voltados para as populações fronteiriças, cooperando e atuando em diretrizes de complementaridade entre países fronteiriços.
- Contemplar a saúde indígena nos protocolos de cooperação técnica internacional na Região Norte, buscando também parcerias com instituições que trabalhem com a saúde dos indígenas nos países fronteiriços.
- Promover a criação de comitês de saúde nas regiões de fronteiras e incentivar a criação de comissões técnicas especializadas em aids para atuarem nas regiões de fronteiras.

## Referências Bibliográficas

- [1] UNAIDS/WHO (2001). "Aids Epidemic Update". Joint United Nations Programme on HIV/Aids/UNAIDS e World Health Organization/WHO (org.). Suíça, dezembro.
- [2] UNAIDS (2001). "Population Mobility and Aids: UNAIDS Technical Update". *UNAIDS Best Practice Collection*. Genebra, fevereiro.
- [3] PORTER, D e BENNOUN, R. (1997). "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 Linge e Doug Porter (ed Nova Iorque: ST. Martin's Press. pp.149-163.
- [4] GUEST, P (2000). "Population Mobility in Asia and the Implications for HIV/Aids". In: *Population Movement, Development and HIV/Aids: Looking Towards the Future*. Lee-Nah Hsu (org.). Tailândia: *United Nations Development Programme* (UNDP/UNOPS), pp. 76-86.
- [5] BEYRER, C.; RAZAK, M. H.; LISAM, K.; CHEN J. *et al.* (2000). "Overland Heroin Trafficking Routes and HIV-1 Spread in South and South-east Asia". *Aids*, 14: 75-83.
- [6] BEELEN, NV. (2000). *HIV/Aids and Migration - Specific Needs and Appropriate Interventions in the Field of Policies. Prevention and Care*. Satellite Meeting at the 13th International AIDS Conference. CARAM-Ásia e IOM (org.). Durban, África do Sul, 12 de julho.
- [7] PARKER, R; GALVÃO, J. e BESSA, M. S (1999). "Políticas Sociais, Desenvolvimento Econômico e Saúde Coletiva: O Caso da Aids". In: *Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas frente à Aids no Brasil*. Richard Parker, Jane Galvão e Marcelo Secron Bessa (org.). São Paulo: Editora 34, pp.7-25.
- [8] SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; ESTEVES, M. A. P. e ANDRADE, C. L. T. (2000). "A Disseminação da Epidemia de Aids no Brasil no Período de 1987-1996: Uma Análise Espacial". *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Sup.1): 7-19.
- [9] LEONARDI, V. P. B. (2000). *Fronteiras Amazônicas do Brasil: Saúde e História Social*. Brasília: Paralelo 15. São Paulo: Marco Zero.
- [10] LYTTLETON, C. e AMARAPIBAL, A. (2002). "Sister Cities and Easy Passage: HIV, Mobility and Econom es of Desire in a Thai/Lao Border Zone". *Social Science and Medicine*, 54: 505-518.
- [11] PISANI, B e WINITTHAMA, B. (2001). "What Drives HIV in Asia. A Summary of Trends in Sexual and Drug-Taking Behaviors". *Family Health International (FHI)*.
- [12] LEOPOLD, B. e STEFFAN, E. (1995). "HIV/Aids and STD Prevention and National Borders. Information Paper on the Model Programme". Berlim: *Social Pedagogic Institute*, abril
- [13] COHEN, M. e HUBERT, M (1997). "The Place of Time in Understanding Sexual Behavior and Designing HIV/Aids Prevention Programs". In: *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Luc Van Campenhoudt, Mitchell Cohen, Gustavo Guizzardi, Dominique Hausser (ed.). Londres: Taylor Francis, pp. 194-220.
- [14] WILSON, D.; MARIMA, R.; DUBE, N; MATIKANYA, R; MASEKO, Z, et al. (2000). "Corridors of Hope in Southern Africa: HIV Prevention Needs and Opportunities in Four Border Towns". *Family Health International (FHI) e USAID. Disponível no site < http:www.fhi.org/en/aids/impact/corrhope/corrsum.html >*. Acesso em: 2002.
- [15] SABATIER, R. (1996). "Migrants and Aids: Themes of Vulnerability and Resistance". In: *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and Aids*. Mary Haour-Knipe and Richard Rector (org.). Londres: Taylor & Francis, pp.86- 105.
- [16] BARCELLOS, C.; PEITER, P.; ROJAS, L. I. et al. "Situação da Epidemia de HIV/Aids nas Áreas de Fronteira do Brasil". Documento de Base (não publicado), *FIOCRUZ*.
- [17] WEERAKOON, N. (1997). "International Female Labour Migration: Implications of the HIV/Aids Epidemic in the Asian Region". In: *No Place for Borders: the HIV/Aids Epidemic and Development in Asia and the Pacific*. Godfrey Linge e Doug Porter (ed.). Nova Iorque: Academy of the Social Sciences in Australia.
- [18] TOMASEVSKI, K. (1991). "Aids, travel and migration: legal and human rights aspects". *International Migration*. 29(1): 33-48.
- [19] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2001). *Making decisions about contraceptive introduction: A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care. Draft monograph*. 15 de julho de 2001, (não publicado). WHO.
- [20] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (2000). "Censo Demográfico 2000 – Resultados do universo". Disponível no site: <[http:www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/população/censo2000/](http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/população/censo2000/)>. Acesso em: 2002

- [21] COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/ Aids. "Banco de Dados - Aids. Tabulação das variáveis do Banco de Dados de Notificação de Aids pelo SINAN". Disponível no site <[http://www.aids.gov.br/tabnet\\_aids.htm](http://www.aids.gov.br/tabnet_aids.htm)>. Acesso em: 2002.
- [22] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (1991). "Censo Demográfico – 1991": Disponível no site: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censodem/>>. Acesso em: 2002.
- [23] \_\_\_\_\_ (1996). "Contagem da População 1996": Disponível no site: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/contagem/>>. Acesso em: 2002.
- [24] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (1995). "Anuário Estatístico do Brasil, 1994": Rio de Janeiro.
- [25] \_\_\_\_\_ (1996). "Anuário Estatístico do Brasil, 1995". IBGE. Rio de Janeiro.
- [26] \_\_\_\_\_ (2000). "Anuário Estatístico do Brasil, 1999". IBGE. Rio de Janeiro.
- [27] MANN, J. M. e TARANTOLA., D. J. M. (1996). *Aids in the World II: Global Dimensions. Social Roots. and Responses*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- [28] MANN, J. M. e TARANTOLA, D. J. M. (1993). *A AIDS no Mundo. História Social da AIDS*. Richard Parker, Jane Galvão e José Stalin Pedrosa (ed. português.). Rio de Janeiro : Relume-Dumará: ABIA, IMS, UERJ.
- [29] DELOR, F. e HUBERT, M. (2000). "Revisiting the Concept of 'Vulnerability'". *Social Science and Medicine*, 50: 1557-1570.
- [30] PISANI, E; SCHWARTLANDER, B.; CHERNEY, S. (2000) *et al. Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. UNAIDS, Genebra junho.
- [31] PIMENTA, M. C.; PASSARELLI, C. A. F.; BRITO, I. e PARKER, R. (2002). "As Pesquisas Sociais sobre Sexualidade e Aids no Brasil: entre a Demografia e a Cultura Sexual (1980 - 2000)". In: *Aprimorando o Debate: Respostas Sociais Frente à Aids. Anais do Seminário Pesquisa em DST/Aids: Determinantes Sociodemográficos e Cenários Futuros*. Richard Parker e Veriano Terto Jr. (org). Rio de Janeiro: ABIA, pp. 47-54.
- [32] PARKER, R. G. (1991). *Corpos. Prazeres e Paixões; a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. Tradução por Maria Therezinha M. Cavallari. 2. ed. Sao Paulo: Best Seller.
- [33] HAOUR-KNIPE, M. e RECTOR, R. (1996). "Introduction". In: *Crossing Borders: Migration. Ethnicity and Aids*. Mary Haour-Knipe and Richard Rector (org.). Londres: Taylor & Francis, pp.1-14.
- [34] AYRES, J. R.C. M.; FRANÇA Jr., I.; CALAZANS, G. J. e SALETTI F°, H. (1999). "Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de Aids". In: *Sexualidades Pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder*. Regina M. Barbosa e Richard Parker (org). Rio de Janeiro: Editora 34, pp.49-72.
- [35] PARKER, R.(1996). "Empowerment, Community Mobilization and Social Change in the face of HIV/Aids". *Aids*. 10 (suppl 3): S27-S31.
- [36] HSU, LN e GUERNY, J.du (2000). "Population Movement, Development and HIV/Aids. Looking Towards the Future". In: *Population Movement. Development and HIV/Aids: Looking Towards the Future*. Lee-Nah Hsu e Colin Steensma. Tailândia: United Nations Development Programme (UNDP), pp. 1-7.
- [37] BARNETT, T e GRELLIER, R. (1996). "Cultural Influence on Social Vulnerability" (Box 40-1). In: *Aids in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. Jonathan M. Mann e Daniel J. M. Tarantola (ed.). Oxford: Oxford University Press, pp.444-446.
- [38] DONEDA, D.; BRITO, I. e GANDOLFI, D. "Interfaces entre a Prevenção e a Assistência às DST e Aids na Perspectiva do Sistema Único de Saúde: Avaliação e Crítica das Ações Desenvolvidas pela Coordenação Nacional de DST e Aids". In: *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à Aids: anais do seminário: Prevenção à Aids: Limites e Possibilidades na Terceira Década*. Richard Parker e Veriano Terto Jr. (org.). Rio de Janeiro : ABIA, pp.36-38.
- [39] BRUSSA, L.(1999). *Healt, Migration. & Sex Work. The Experience of TAMPEP. Transnational Aids/ SID Prevention Among Migrant Prostitutes in Europe*. Amsterdam: TAMPEP International Foundation.
- [40] BASTOS, F. I. e MALTA, M. (2002). "As Pesquisas Sobre HIV/Aids no Brasil Hoje: Uma Análise do Triênio 1997-2000". In: *Aprimorando o Debate: Respostas Sociais Frente à Aids. Anais do Seminário Pesquisa em DST :Aids: Determinantes Sociodemográficos e Cenários Futuros*. Richard Parker & Veriano Terto Jr. (org). Rio de Janeiro: ABIA, pp.9-15.
- [41] LEAL, MF et.al (2002). "Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual Comercial – Relatório Nacional". Organizações dos Estados Americanos (OEA) /PESTRAF-Brasil. Disponível no site <<http://www.cecria.org.br>>. Acesso em: 2002.

- [42] DEL AMO, J.; ERWIN, J.; FENTON, K. e GRAY, K (2001). *Aids & Mobility. Looking to the Future. Migration and HIV/Aids in Europe - Recent Developments and Needs for Future Action*. Amsterdam : Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) European Project Aids & Mobility.
- [43] NARIMANI, P.; GALLÉ, F. e TOVAR, J. "International Networking: Building Migrants' Networks Across Europe". In: *Crossing Borders: Migration. Ethnicity and Aids*. Mary Haour-Knipe and Richard Rector (ed.). Londres: Taylor & Francis, pp.207-221.
- [44] REGIONAL HIV/AIDS PROGRAM SOUTHERN AFRICA. Disponível no site <<http://www.rhap.org.za/index>>. Acesso em: 2002.
- [45] UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMES (UNDP) (2002). Disponível no site: <[http://www.hiv-development.org/task/sea\\_task\\_force.asp](http://www.hiv-development.org/task/sea_task_force.asp)>. Acesso em: 2002.
- [46] HSU, LN.; PHALLA T.; PHIMPACHANH C.; WEI L.; et.al. (2001). "The Impacts of Mapping Assessment on Population. Movement and HIV Vulnerability in South East Asia". *United Nations Development Programme (UNDP)*, setembro.
- [47] HSU, LN. (2001). "Building an Alliance with Transport Sector in HIV Vulnerability Reduction". *UNDP South-East Asia HIV and Development Project*. março.
- [48] FERNÁNDEZ, I.; PAINTER, T. M.; VERGHIS, S. et al.(2000). "A Model for Evaluating HIV/Aids Action Programmes in Mobile Populations". *South East Asia HIV and Development Project*, abril, pp. 104-119.
- [49] WEST AFRICAN INITIATIVE (WAI) (2002). For a Response to the HIV/Aids Pandemic. Disponível no site <http://www.onusida-aoc.org/Eng/Publications/West%20African%20Initiative.htm>>. Acesso em: 2002.
- [50] UNAIDS (2002). "UNAIDS Inter-Country Team for West and Central Africa". Disponível no site <<http://www.onusida-aoc.org/>>. Acesso em: 2002.
- [51] MAMADOU L., S.; TAWIL, O. e BEKELE, M. G. (2000). "Findings of the Research-Action 'Migration and Aids' Project". Abidjan, Burkina Faso : *UNAIDS Inter-Country Team for West and Central Africa*.
- [52] EXECUTIVE SECRETARIAT OF THE PROJECT NATIONAL HIV/AIDS CONTROL PROGRAM. (2002). "Western Africa - Abidjan-Lagos Transport Corridor Report". *World Bank*.
- [53] UNAIDS (2002). "Abidjan-Lagos Migration Corridor". UNAIDS Inter-Country Team for West and Central Africa. Disponível no site <[www.onusida-aoc.org/Eng/Abidjan%20Lagos%Corridor.htm](http://www.onusida-aoc.org/Eng/Abidjan%20Lagos%Corridor.htm)>. Acesso em: 2002.
- [54] UNAIDS (2002). "Initiative of the Lake Chad Basin Countries". *UNAIDS Inter-Country Team for West and Central Africa*. Disponível no site <<http://www.onusida-aoc.org/Eng/Lake%20Chad%20Basin.htm>>. Acesso em: 2002.
- [55] UNAIDS (2002). "Mano River Union Initiative on HIV/Aids". *UNAIDS Inter-Country Team for West and Central Africa*. Disponível no site <<http://www.onusida-aoc.org/Eng/Mano%20River%20Union%21initiative.htm>>. Acesso em: 2002.
- [56] FAMILY HEALTH & Aids (Sante Familiale et Prévention du SIDA) (2002). "Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest (PSAMAO)". *UNAIDS West African Regional Program*. Disponível no site <<http://www.fha-sfps.org/social.htm#Prevention>>. Acesso em: 2002.
- [57] BRUSSA, L. (1996). "Transnational Aids/STD Prevention Among Migrant Prostitutes in Europe." In: *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and Aids*. Mary Haour-Knipe and Richard Rector (ed.). Londres: Taylor & Francis, pp.193-206.
- [58] CARICOM (2002). "The Caribbean Regional Strategic Framework for HIV/AIDS / 2002-2006". Disponível no site: <<http://www.caricom.org.>>. Acesso em: 2002.
- [59] GRUPO DE COOPERACIÓN TÉCNICA HORIZONTAL (GCTH) (2002). Disponível no site. <<http://www.aids.gor.br/gcth/>>. Acesso em 2002.
- [60] BRONFMAN, M; LEYVA, R; NEGRONI, M. (2002). "Resumen Regional: Poblaciones Móviles y VIH/SIDA En México, Centroamérica y Estados Unidos – dados preliminares". (Project Report.). Mexico : *National Institute of Public Health in Mexico*. 2002.
- [61] BRONFMAN, M.; LEYVA-FLORES, R. e NEGRONI, M (2002). "Mobile Populations and HIV/Aids in Central America, Mexico and the United States." In: Abstracts-On-Disk. XIV *International AIDS Conference*. Barcelona, Espanha, 07 a 12 de julho, pp.12-134.



as an exercise





## Iniciativas Regionais em HIV/Aids

## Iniciativas e projetos entre países

## Ásia

## Avaliação do movimento da população e a vulnerabilidade ao HIV no Sudeste Asiático (Mapping Assessments) [36,46]

<b>Organizações membros (países)</b>	Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas – iniciativa de Desenvolvimento e HIV do Sudeste Asiático (UNDP-SEAHIV) (Brunei, Camboja, China, Indonésia, Laos, Malásia, Filipinas, Tailândia, Mianmar, Cingapura e Vietnam)
<b>Características principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma série de mapeamentos da vulnerabilidade foi realizado em países membros.</li> <li>• Coordenação central por UNDP-SEAHIV.</li> <li>• Cada país forneceu pessoal para um diagnóstico de mapeamento, em parceria com o UNDP-SEAHIV.</li> </ul>
<b>Atividades principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso do diagnóstico de mapeamento como ferramenta de “advocacy” para informar as autoridades, num esforço contínuo para melhorar as estratégias nacionais de prevenção, políticas e programas de HIV.</li> <li>• Assistência técnica e treinamento sobre o conceito de vulnerabilidade ao HIV e o sistema de mobilidade.</li> <li>• Metodologia híbrida que utiliza avaliação rápida para populações móveis e o sistema de informação geográfica.</li> <li>• Avaliação da situação de um sistema móvel para conhecer as interações entre a população flutuante e as comunidades, ea a identificação dos fatores de vulnerabilidade ao HIV.</li> <li>• Seguimento após u ano para avaliar como cada país utilizou o diagnóstico de mapeamento e seu impacto.</li> </ul>

<b>Organizações membros (países)</b>	Uma aliança com o setor de transporte na redução da vulnerabilidade ao HIV [47]
<b>Características principais</b>	UNDP-SEAHIV, Associação das Nações do Sudeste Asiático (ASEAN)
<b>Atividades principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde 1998, a UNDP-SEAHIV tem feito “advocacy” para incluir o setor de transporte na redução da vulnerabilidade ao HIV.</li> <li>• Abordagem setorial para a formulação de políticas e um plano estratégico para HIV.</li> <li>• Facilita o desenvolvimento de políticas e programas ligados à mobilidade da população e prevenção de HIV.</li> <li>• Estabelecido nas bases do workshop em novembro de 1999 (Redução à vulnerabilidade ao HIV no setor de transporte: construindo um marco para políticas públicas).</li> </ul>

## Anexo 1

### Coordenação de Pesquisa - Ação e Mobilidade sobre Aids (CARAM) [48]

<b>Organizações membros (países)</b>	7 ONG de 7 países (Bangladesh, Camboja, Indonésia, Malásia, Filipinas, Tailândia, Vietnam)
<b>Características principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa regional utilizando uma pesquisa-ação sobre mobilidades e aids.</li> <li>• Desenvolver programas ativos de saúde com base na comunidade sobre DST/HIV/aids e melhorar o acesso aos serviços médicos para migrantes.</li> <li>• Proteger os direitos humanos dos migrantes.</li> <li>• Desenvolver modelos de pesquisa-ação e coleta de dados para apoiar e definir objetivos.</li> </ul>
<b>Atividades principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar seminários anualmente.</li> <li>• Os programas de ação incluem atividades na saída, chegada ao país de destino e retorno e para migrantes repatriados.</li> <li>• Programas de HIV e mobilidade incluem vulnerabilidade, risco de DST e HIV, direitos humanos, gênero e programas de prevenção para públicos específicos.</li> </ul>

### UNPD/UNAIDS Força-Tarefa regional sobre populações móveis e vulnerabilidade ao HIV [45]

<b>Organizações membros (países)</b>	Equipe inter-países da UNAIDS da Ásia e Pacífico (APICT). UNDP-SEAHIV.
<b>Características principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeiro encontro em janeiro de 2000. Reuniões trimestrais.</li> <li>• Contrato de dois anos (200-2001) reavaliado em 2001 e renovado até 2004.</li> <li>• Liderança de UNDP-SEAHIV.</li> <li>• Força-Tarefa multi-setorial.</li> <li>• 12 membros principais de Agências das Nações Unidas, ONG, representantes governamentais da área de saúde, especialistas em mobilidade e aids</li> <li>• Conciliar as políticas e estratégias na região do ASEN.</li> </ul>
<b>Atividades principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um fórum para identificar prioridades e lacunas para direcionar a resposta ao HIV/aids em cada país membro e região.</li> <li>• Planejamento estratégico para a resposta regional, inclusive pesquisa, programas e políticas.</li> <li>• Avaliação e revisão contínua da ligação entre desenvolvimento, mobilidade e vulnerabilidade ao HIV.</li> <li>• Manter um website e uma rede eletrônica de comunicação para disseminar informação de vulnerabilidade ao HIV e mobilidade.</li> <li>• Oferecer assistência técnica para as Nações Unidas no Sudeste Asiático.</li> </ul>

## África

### Corredores de Esperança [14].

<b>Organizações membros (países)</b>	FHI, PSI, USAID (Lesoto, Malavi, Namíbia, África do Sul, Suazilândia, Zâmbia, Zimbábue).
<b>Características principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criado por USAID Programa Regional de HIV/ Aids na África do Sul (RHAP SA).</li> <li>• Coordenador (a) central de RHAP e coordenação do país para Agências Cooperativas /ONG.</li> <li>• Primeira proposta foi em 1998 com esforços contínuos desde então.</li> </ul>
<b>Atividades principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades através das fronteiras internacionais (as populações específicas incluem caminhoneiros, profissionais do sexo, comerciantes e adolescentes)</li> <li>• As estratégias incluem IEC para mudança de comportamento, marketing social, distribuição de preservativos e abordagem síndrome de DST</li> <li>• Avaliações diagnósticas</li> </ul>

## Europa

## Projeto Europeu sobre Aids e Mobilidade (A&amp;M) [42].

<b>Organizações membros (países)</b>	Instituto de promoção da saúde e prevenção da doença (NIGZ) (Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália, Portugal, Reino Unido, Suíça).
<b>Características principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Fundada em 1991.</li> <li>•Gerenciamento administrativo e financeiro centralizado em NIGZ.</li> <li>•Comitê articulador (Internacional).</li> <li>•Articulação de 15 pontos focais nacionais sob contrato formal, atuando como principal ligação entre as redes nacionais.</li> <li>•Apoio financeiro da Comunidade Européia e Fundos para Aids da Holanda.</li> </ul>
<b>Atividades principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Facilitar colaboração entre ONG, organizações governamentais e comunitárias</li> <li>•Organizar conferências, reuniões, seminários e treinamento</li> <li>•Estabelecer e manter um centro de documentação</li> <li>•Publicações sobre aids e mobilidade</li> <li>•Serviço de consultoria</li> <li>•Projetos de Pesquisa</li> <li>•“Advocacy” (direitos humanos e acesso ao tratamento)</li> </ul>

## Trabalho de prevenção nas ruas na área de fronteira Programa Modelo da Alemanha [12].

<b>Organizações membros (países)</b>	OMS (Programa Global sobre Aids, GPA/EURO), Comissão Européia, Instituto Social Pedagógico Instituto (SPI, Berlin) (Alemanha, Polônia, República Tcheca).
<b>Características principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Começou em dezembro 1993</li> <li>•Cada projeto localizado numa organização estabelecida.</li> <li>•Comissão tripartite em prevenção de HIV/ aids na área fronteiriça dos três países.</li> <li>•Redes de cooperação bi-nacional para oferecer assistência às populações vulneráveis.</li> <li>•Participação de instituições locais (setor de saúde, autoridades, polícia, agentes fiscais e associações).</li> <li>•Financiado pela Comissão Européia, OMS, Ministério da Saúde Alemã, Instituto Social Pedagógico.</li> <li>•Monitorizado pela PSI.</li> </ul>
<b>Atividades principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Criou projetos de prevenção nas 6 áreas de maior índice de prostituição e uso de drogas, nas fronteiras da Alemanha com a Polônia e República Tcheca.</li> <li>•Projetos analisaram os fatores de risco.</li> <li>•Atividades de prevenção incluem: disseminação de informação: unidade móvel de testagem; distribuição de camisinhas; educação de pares.</li> <li>•Conferências regionais com representantes de ambos os lados das fronteiras.</li> </ul>

## Anexo 1

TAMPEP (Projeto de Prevenção Transnacional de DST/Aids entre Profissionais do Sexo Migrantes na Europa) [39,57]	
<b>Organizações membros (países)</b>	Mr A. de Graaf Stichting Foundation (Holanda), Comitê de Direitos Humanos para Profissionais do Sexo (Itália), Anistia para Mulheres (Alemanha), Lateinamerikanische Exilierte Frauenin in Osterreich (Áustria) República Tcheca.
<b>Características principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecido em 1993.</li> <li>• TAMPEP sede na Holanda com escritórios em 3 países em Áustria, Alemanha e Itália.</li> <li>• Financiado pela Comissão Europeia e outros financiadores nacionais.</li> <li>• Conselho de Diretoria.</li> <li>• Colabora ativamente com. EUROPAP (Projetos Europeus de Intervenção de Aids para Prostitutas), A Rede Europeia para Prevenção de DST/HIV com Prostitutas e outras redes internacionais para direitos humanos.</li> <li>• Parcerias com ONG e agências governamentais.</li> <li>• A utilização de mediadores culturais e multiplicadores de várias nacionalidades</li> </ul>
<b>Atividades principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver estratégias para facilitar contato e trabalho com profissionais do sexo migrantes.</li> <li>• As atividades incluem entrevistas, diagnósticos das necessidades, desenvolvimento de IEC, seminários, programa de multiplicadores, mediar contatos entre profissionais do provedores e avaliação.</li> <li>• "Advocacy" para direitos civis e humanos – proteção dos direitos de profissionais do sexo migrante e acesso gratuito do diagnóstico e tratamento de DST.</li> <li>• Pesquisas para promover a conscientização de DST/HIV/aids.</li> <li>• Uso de materiais culturais e linguisticamente apropriados para diferentes tipos de prostituição</li> </ul>

## América Latina

Parceria Pan-Caribe para HIV/aids (Modelo de UNGASS de esforços regionais para administrar as iniciativas de HIV/aids [58].)	
<b>Organizações membros (países)</b>	Secretaria da Comunidade Caribenha (CARICOM), Centro de Epidemiologia Caribenho (CAREC), UNAIDS, Rede da região Caribe vivendo com HIV/Aids (CRN+), Conselho de Investigação em Saúde do Caribe (CHRC), United Nations Development Programme (UNDP), WHO/OPAS, SIDALAC e outros parceiros regionais, Institutos Nacionais e ONG ou Organizações de base comunitária trabalhando com HIV/aids (Ambígua e Barbuda, Antilhas Holandesas, Bahamas, Barbados, Belize, Bermudas, Cuba, Dominica, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, Montserrat, Rep. Dominicana, Santa Lúcia, São Kitts e Nevis, São Vicente e Granadinas, Suriname, T. Holandeses, Trinidad e Tobago, Turks e Caicos).
<b>Características principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lançado em fevereiro de 2002</li> <li>• Elaborar um planejamento estratégico regional consistente e estabelecer prioridades e interesses nacionais.</li> <li>• Secretaria da Comunidade Caribenha (CARICOM) esta responsável pela liderança geral da iniciativa.</li> <li>• Recebem financiamento da Comunidade Europeia para fortalecer a capacidade regional e dirigir os programas de HIV/aids com maior envolvimento das instituições regionais.</li> </ul>
<b>Atividades principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar os esforços consolidados dos estados membros relacionados com o HIV/aids, especialmente em referência a uma resposta institucional.</li> <li>• As áreas de prioridade incluem: "advocacy", desenvolvimento e legislação de políticas; atenção, tratamento e apoio para as pessoas vivendo com HIV/aids; prevenção da transmissão de HIV enfocando pessoas jovens e especificamente grupos vulneráveis; prevenção da transmissão de HIV materno-infantil; fortalecer a capacidade de resposta nacional e regional; e mobilização de recursos.</li> <li>• Negociar uma redução dos preços das drogas anti-retrovirais com as companhias farmacêuticas.</li> </ul>

CCTH (Grupo de cooperação Técnica Horizontal) [59].	
<b>Organizações membros (países)</b>	Programa dos Governos sobre o Controle e a Prevenção de Aids dos Países Membros (Argentina, Bolívia, Belize, Brasil, Chile, Costa Rica, Colômbia, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai, Venezuela).
<b>Características principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundado em 1995</li> <li>• Maio 1996 – Plano de estratégias para intercâmbio técnico e horizontal sobre a prevenção de HIV/aids na América Latina e Caribe.</li> </ul>
<b>Atividades principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas cooperativos relacionados com a prevenção de HIV/aids</li> <li>• Cooperação técnica inter-regional para compartilhar experiências, conhecimento e tecnologia sob condições iguais e com transferências recíprocas (e não verticais)</li> <li>• Estabelecer um sistema de fundos rotatórios para medicamentos para HIV/aids.</li> </ul>

Populações Móveis e HIV/aids, México, Centro América [60,61].	
<b>Organizações membros (países)</b>	Instituto Nacional de Saúde Pública México e UNAIDS (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá).
<b>Características principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio de UNAIDS, USAID, Fundação Ford, Organização Internacional sobre Migração (OIM) – América Central, Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CONACYT) – México, Iniciativa Regional sobre Aids para América Latina e o Caribe (SIDALAC).</li> <li>• Intercâmbios entre OG, ONG, organizações de pesquisa e em treinamento, e agências internacionais de cooperação.</li> </ul>
<b>Atividades principais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise sobre os efeitos: socioeconômicos, culturais e políticos que resultam na migração e vulnerabilidade associada a DST/HIV/aids.</li> <li>• Programa de três fases – análise situacional, implementação dos programas, monitoração e avaliação.</li> <li>• Trabalhar com os países vizinhos para desenvolver programas especificamente para combater DST/HIV/aids entre populações flutuantes que cruzam as fronteiras.</li> <li>• Fortalecer a capacidade da transferência e intercâmbio de informação científica e tecnológica para apoiar os países membros, e mobilizar os recursos financeiros.</li> </ul>

Nota: Esta tabela apresenta uma gama de iniciativas internacionais para grupos móveis entre países, muitos dos quais enfocam regiões e população nas fronteiras, que podem ser aplicáveis à situação da América do Sul. As várias iniciativas nacionais para residentes estrangeiros e iniciativas internacionais enfocando conexões entre comunidades (países de origem) e países recipientes (países hóspedes) (por exemplo, comunidades africanas na Europa) não estão incluídas nesta tabela.

### Projeto AIDS nas Fronteiras

#### Roteiro para Autoridades

##### **BOM DIA/BOA TARDE!**

Nós somos (NOMES), da equipe do Projeto Aids nas Fronteiras, coordenado pelo Ministério da Saúde e pelo Population Council, uma instituição de pesquisa. Estamos aqui para avaliar a situação da aids em seu município. A entrevista vai durar aproximadamente trinta minutos, e tudo o que for dito aqui terá caráter confidencial, portanto, solicitamos seu consentimento para realizá-la. As informações fornecidas serão muito importantes e ajudarão a Coordenação Nacional de DST e Aids a orientar suas ações e projetos na regiões de fronteira.

1. Gostaria que você falasse um pouco sobre seu município. (número de habitantes/fontes de recursos/percentual de população móvel/relação com outros países)
2. Como funciona o Sistema de Saúde aqui? O município dispõe de serviços públicos? E privados? Há alguma ONG?
3. A saúde é municipalizada ou não? Se sim, encontra-se em que nível de gestão?
4. Quais são os principais problemas de saúde do município ou da região?
5. Quais são as ações prioritárias na área da saúde?
6. Do total do orçamento do município, qual a porcentagem destinada à saúde?
7. Qual a situação da aids em seu município?
8. Em relação as DST/HIV/aids, quais têm sido as ações desenvolvidas? (Detalhar se há um programa, como está estruturado, quem coordena etc. Perguntar o que tem sido feito para prevenção, diagnóstico e assistência).
9. Para o município, atualmente, quais são, as ações consideradas prioritárias nas áreas de Prevenção, Diagnóstico e Assistência em DST e Aids? Quem determina a prioridade? Como isso é feito? Quais estão implantadas ou em fase de implantação?
10. Se não houver um programa específico para DST/HIV/ Aids, perguntar se há algum programa desenvolvido por outra instituição, por exemplo, uma ONG. Perguntar se há algum acordo ou convênio com a Secretaria e, em caso positivo, como é financiado e qual é sua orientação.
11. Para o Programa/Atividades de DST e Aids quais são as fontes de financiamento?
12. Há em seu município alguma integração entre o Programa/Atividades de DST e Aids e o Programa/Atividades voltados para a mulher?

13. Qual a relação entre o programa/atividades de DST e Aids e atividades para grupos específicos, como por exemplo adolescentes, usuários de drogas, trabalhadores/as do sexo, etc.?
14. De quem recebem os preservativos para DST e Aids e como estão sendo gerenciados? (Detalhar: frequência de compra, distribuição, cálculo das necessidades). E os medicamentos?
15. Esse total permite ou não que sejam atendidas as necessidades da população?
16. Que facilidades o município encontra na Prevenção, Diagnóstico e Assistência em DST e Aids? (O que facilita o trabalho do município?)
17. E quais são as dificuldades? (O que as causa?)
18. Qual é o sistema de supervisão e avaliação do programa/Atividades de DST e Aids no município?
19. O município tem desenvolvido atividades com o(s) país(es) vizinho(s) na área de DST e Aids? Se sim, quais?
20. Quais as facilidades encontradas para a realização de atividades com o(s) país(es) vizinho(s)?
21. E quais as dificuldades?
22. Sabemos que as regiões de fronteira caracterizam-se pela movimentação de pessoas. Aqui no município quais são esses grupos? Quais são suas características? (O que fazem, como vivem.)
23. Em sua opinião, qual a contribuição que esses grupos trazem para o município? E em que o prejudicam?
24. A presença desses grupos imprime ou não características diferentes à situação da epidemia de DST e Aids no município?
25. Existe alguma atividade em matéria de prevenção, diagnóstico e/ou assistência às DST e Aids voltadas para esses grupos? Se sim, quais? Em relação às outras atividades na área da saúde, como o serviço lida com as pessoas que não pertencem ao município?
26. O que você acha que deveria ser feito para melhorar a situação da AIDS nesta regiões de fronteira?
27. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

**Muito obrigado!**

### Projeto AIDS nas fronteiras

#### Roteiro de Observação de Laboratório

1. Tipos de exames: Tipos de exames (colhidos, realizados, referidos). Horários para colheita de exames. Quem realiza a colheita. Quem realiza a análise. Tempo para entrega de resultado. Horários de entrega. Envio para a pasta do usuário/a. Realiza teste rápido HIV. Para quem. Horários. Tipos de exames específicos para pacientes portadores de HIV/Aids. Exames específicos para DST. Faz-se aconselhamento HIV (quando, quem realiza).
2. Sistema de referência: Tipos de exames que se referenciam. Para onde. Quais os convênios. Número de exames que se podem encaminhar. Como o/a usuário/a marca o exame. Quanto demora. Tipo de formulário de encaminhamento. Tempo de espera para a colheita. Tempo de entrega do resultado. Laboratório envia resultado para a unidade ou entrega para o/a usuário/a.
3. Cuidados de biossegurança: Lavação de mãos. Proteção individual. Re-encapamento de agulhas. Descarte e acondicionamento de material perfurocortante, limpeza de material. Desinfecção de material perfurocortante. Material descartável. Retirada do material perfurocortante (dias, para onde vai, o que se faz com esse material). Procedimento caso um profissional se acidente com material perfurocortante contaminado.
4. Recursos humanos: Profissional responsável pelo laboratório. Capacitação dos profissionais. Número de profissionais. É suficiente para a demanda?
5. Recursos materiais: equipamentos, lâminas, vidros, seringas agulhas etc. Sistema de reabastecimento. É suficiente para a demanda? Sistema de refrigeração.
6. Sistema de registros: tipos de registro. Informatizado? Confidencialidade. Número de exames realizados especificamente para portadores de aids, número de testes rápidos para HIV. Envio das notificações (quem, como, frequência).
7. Condições do local: limpeza, desinfecção, pia para lavar as mãos, pia para lavar o material, acondicionamento dos materiais.
8. Outros – (Financiamento)



**Projeto AIDS nas fronteiras****Roteiro para Entrevista com Pessoas na Comunidade****BOM DIA/BOA TARDE!**

Nós somos (NOMES), da equipe do Projeto Aids nas Fronteiras, que é coordenado pelo Ministério da Saúde e o Population Council, uma instituição de pesquisa. Estamos aqui para saber como está a situação da aids em seu município. A entrevista vai durar aproximadamente 30 minutos, e tudo o que for dito aqui é confidencial, e para fazer isso solicitamos seu consentimento. As informações serão muito importantes e ajudarão a Coordenação Nacional de DST e Aids a nortear as ações e projetos nas regiões de fronteira.

**A. Identificação**

1. Qual é sua idade?
2. Atualmente você tem companheiro ou não?
3. Quantos filhos você tem?
4. Onde você nasceu? (se é estrangeiro, informe o nome de seu país)

**B. Residência/Mobilidade**

5. Onde você mora? Se não mora nesta cidade, o que faz aqui? (Aprofundar: é móvel ou fixo? Se móvel, aonde costuma ir e com que frequência.)
6. Você tem cruzado a fronteira com (país vizinho)? Se sim, quantas vezes por ano? Se sim, aonde você foi e por quê?

**C. Dados Gerais da Cidade**

7. O que você acha desta cidade? Como é morar aqui?
8. O que as pessoas costumam fazer? (Exemplo: pescar, frequentar barzinho, ver TV, ir à Igreja, ouvir rádio etc.)
9. Quais são as coisas boas que esta cidade oferece? Quais são, as coisas ruins?
10. Nesta cidade existem pessoas que não são daqui, mas que vêm aqui para trabalhar, passear etc. O que essas pessoas trazem de bom para esta cidade? O que trazem de ruim?
11. Quais os problemas que essas pessoas enfrentam?
12. As pessoas que não são da cidade conseguem ou não atendimento nos serviços de saúde?

**D. Trabalho**

13. Qual é seu trabalho? Há quanto tempo está nele?
14. Quem sustenta a família?

## Anexo 2

### E. Conhecimento, atitudes e práticas em relação às DST/HIV/aids

15. O que você já ouviu falar sobre HIV/Aids? (Onde obteve essa(s) informação(ões)?)
16. Em sua opinião, como está a situação da aids aqui nesta cidade/região?
17. Você acha que as mulheres/homens/jovens como você podem pegar aids? Por quê?
18. Atualmente, quem corre mais risco de pegar aids?
19. Além de HIV/Aids, quais as outras doenças de transmissão sexual que você conhece?
20. Você recebeu algum tipo de informação sobre DST e Aids neste serviço? Se sim, quais?
21. Em que outro lugar dão informações sobre HIV/Aids nesta cidade?
22. Você recebeu algum material educativo sobre DST e Aids nesta consulta? Se sim, quais?
23. O que acham da camisinha as pessoas de sua comunidade/ de seu grupo?
24. Você acha que as pessoas usam camisinha? (Homens, mulheres, jovens? Se sim, por quê? E se não, por quê? Quem usa mais? Os adultos ou os adolescentes?)
25. O que as pessoas de sua comunidade fazem para evitar filhos? Onde conseguem os métodos para evitar filhos (homens, mulheres, jovens)?
26. Como é o atendimento nos serviços de saúde?
27. Que sugestões você tem para melhorar o atendimento nesses serviços?
28. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

### População Móvel

29. Onde mora sua família? De quanto em quanto tempo você visita sua família?
30. Você viaja para outros lugares? Quais? Por quê?
31. Quando você está aqui, o que faz no tempo livre? Que lugares frequenta?
32. Quando você tem um problema de saúde, onde você procura os serviços de saúde?
33. Nesta cidade, os serviços de saúde atendem pessoas de outras cidades/países?

- 34. Onde você se informa sobre doenças transmitidas pelo sexo?
- 35. Se você tivesse uma doença relacionada com o sexo, onde procuraria assistência de saúde?
- 36. É fácil ou difícil achar serviços de saúde aqui?
- 37. Como é a atenção nos serviços de saúde aqui?

**Usuário de drogas**

- 38. Você usa algum tipo de droga, injetável ou não?
- 39. Você acha que o uso de drogas injetável envolve risco de contágio pelo vírus HIV ou não? Por quê? Se sim, como?
- 40. Você conhece algum lugar aqui onde pessoas que usam drogas injetáveis? Se sim, onde? Que tipo de atendimento dão?
- 41. Há algum lugar aqui onde as pessoas que conseguem seringas descartáveis? Sim, onde? Quantas dão, de quanto em quanto tempo? Se não, o que as pessoas fazem para evitar se contaminar através de seringa?
- 42. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

**Muito obrigado**

### Projeto AIDS nas fronteiras

#### Roteiro para Entrevista com Usuário(as) dos Serviços

##### **BOM DIA/BOA TARDE!**

Nós somos (NOMES), da equipe do Projeto Aids nas Fronteiras, que é coordenado pelo Ministério da Saúde e pelo Population Council, uma instituição de pesquisa. Estamos aqui para avaliar a situação da aids em seu município. A entrevista vai durar aproximadamente trinta minutos, e tudo o que for dito aqui terá caráter confidencial, portanto, solicitamos seu consentimento para realiza-la. As informações serão muito importantes e ajudarão a Coordenação Nacional de DST e Aids a orientar suas ações e projetos nas regiões de fronteira.

##### **A. Identificação**

1. Qual é sua idade?
2. Atualmente você tem companheiro ou não?
3. Quantos filhos você tem?
4. Onde você nasceu? (se for estrangeiro, informar o nome do país)

##### **B. Residência/Mobilidade**

5. Onde você mora? Se não mora nesta cidade, o que faz aqui? (Aprofundar: se tem residência móvel ou fixa; se está de passagem, aonde costuma ir e com que frequência.)
6. Você tem cruzado a fronteira (com o país vizinho)? Se sim, quantas vezes por ano? Se sim, aonde você foi e por quê?

##### **C. Dados Gerais da Cidade**

7. O que você acha desta cidade? Como a morar aqui?
8. O que as pessoas costumam fazer? (Exemplo: pescar, freqüentar barzinhos, ver TV, ir a Igreja, ouvir rádio etc.)
9. Quais são, as coisas boas que esta cidade oferece? Quais as ruins?
10. Há pessoas que não são, deste município, mas vêm aqui para trabalhar, passear etc. O que elas trazem de bom para a cidade? O que trazem de ruim?
11. Quais os problemas que essas pessoas tem?
12. As pessoas que não são da cidade conseguem ou não atendimento nos serviços de saúde?

**D. Trabalho**

13. Qual é seu trabalho? Há quanto tempo está nele?
14. Quem sustenta a família?

**E. Serviço de Saúde**

15. Como você ficou sabendo do atendimento nesta unidade?
16. Você sabe que tipo de atendimento essa unidade oferece?
17. É fácil ou difícil conseguir consulta aqui?
18. Como você chegou a esta unidade hoje?
19. A que horas chegou? Quanto tempo levou para você conseguir uma ficha de consulta? A que horas foi a consulta?
20. Por que você veio a este serviço hoje?
21. Como foi a consulta? Você ficou satisfeita(o) ou não? (teve oportunidade de falar e fazer perguntas a quem o(a) atendeu? Sentiu que teve privacidade?)
22. Em geral, como é o atendimento nos serviços de saúde?
23. Que sugestões você tem para melhorar o atendimento neste serviço?

**F. Conhecimento, Atitude e Práticas em relação às DST/HIV/Aids**

24. O que você já ouviu falar sobre HIV/Aids? (dizer onde obteve a informação)
25. Na sua opinião, como está a situação da aids nesta cidade/região?
26. Você acha que as mulheres/homens/jovens como você podem pegar aids? Por quê?
27. Atualmente, quem tem mais chances de pegar aids?
28. Além de HIV/Aids, quais as outras doenças de transmissão sexual que você conhece?
29. Você recebeu algum tipo de informação ou material educativo sobre DST/Aids neste serviço? Se sim, quais?
30. Em que outro lugar dão informações sobre HIV/Aids nesta cidade?
31. O que acham da camisinha as pessoas de sua comunidade/seu grupo?
32. Você acha que as pessoas usam camisinha? (Homens, mulheres, jovens? Se sim, por quê? E se não, por quê? Usam mais os adultos ou os adolescentes?)
33. Onde se pode conseguir camisinha aqui na cidade?

## Anexo 2

34. O que as pessoas de sua comunidade fazem para evitar filhos? Onde conseguem os preservativos para evitar filhos (homens, mulheres, jovens)?
35. Se alguém quiser fazer o teste de aids aqui no município, aonde pode ir?
36. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

### Portador de HIV

1. Há quanto tempo você sabe que está contaminado(a)?
2. Onde fez o teste de HIV? Sabe qual foi o teste? Recebeu orientação antes e/ou depois do teste?
3. Está fazendo seguimento? Se sim, onde? Com que frequência?
4. Como são as consultas de acompanhamento/retorno? Que procedimentos adotam (exame clínico, exame de laboratório, medicação)? De quanto em quanto tempo?
5. Está tomando algum medicamento? Se sim, por que começou a tomá-lo? Você encontra esse medicamento aqui ou ele às vezes está em falta? (Aprofundar se está tomando coquetel: Você está tomando direitinho os comprimidos?)
6. Nas consultas de retorno/acompanhamento, o que lhe disseram sobre o uso da camisinha?
7. Depois de saber que estava contaminado(a), você está usando medidas de prevenção? Quais? (Aprofundar uso de camisinha e uso de seringa).
8. Onde você consegue as camisinhas? Você recebe camisinhas neste serviço? A quantidade que recebe é suficiente?
9. Como é viver nesta comunidade sendo portador de HIV? Como reagem as pessoas diante de alguém nessa condição?
10. Você já foi hospitalizada(o) alguma vez por causa do HIV? Onde? Por quanto tempo? Como foi o atendimento que recebeu?
11. Há algum apoio da comunidade a portadores ou doentes de HIV/Aids?
12. Como é o atendimento nesta unidade (privacidade, respeito, é atendido pelo mesmo médico ou por médicos diferentes?)
13. Se uma pessoa contaminada, proveniente de outra cidade ou país, vier procurar atendimento aqui, ela é atendida ou não?
14. Você tem alguma sugestão para melhorar a situação dos portadores de HIV e doentes de aids nesta comunidade?

**Gestantes**

1. Como é o atendimento pré-natal nesta unidade?
2. Quantas consultas de pré-natal já fez nesta gravidez?
3. Você já participou de alguma palestra? Se sim, sobre que tema? Falaram alguma coisa sobre aids? O quê?
4. Que exame foram pedidos nas consultas de pré-natal? Entre os exames que você fez estava incluído o de aids? Se sim, você foi informado sobre possibilidade de não o fazer?

**Muito obrigado**

### Projeto AIDS nas fronteiras

#### Roteiro para Entrevista nas Farmácias

##### **BOM DIA/BOA TARDE!**

Nós somos (nomes), da equipe do Projeto Aids nas Fronteiras, que é coordenado pelo Ministério da Saúde e pelo Population Council, uma instituição de pesquisa. Estamos aqui para avaliar a situação da aids em seu município. A entrevista vai durar aproximadamente trinta minutos, e tudo o que for dito aqui terá caráter confidencial, portanto, solicitamos seu consentimento. As informações serão muito importantes e ajudarão a Coordenação Nacional de DST e Aids a orientar suas ações e projetos nas regiões de fronteira.

1. Nesta farmácia, as pessoas procuram tratamento para doenças que se pegam pela relação sexual? (Aprofundar: às vezes, freqüentemente). Quem procura mais: homem, mulher ou adolescente?
2. O que você faz quando alguém procura esta farmácia?
3. Quais são as DST mais freqüentes?
4. Que remédios vocês lhe dão? (Pedir para ver a data de validade e o nome genérico) Se não lhe dão remédio, o que vocês fazem?
5. O que vocês fazem para saber que doença de transmissão sexual a pessoa tem?
6. Por que você acha que as pessoas com essas doenças procuram atendimento na farmácia?
7. Perto desta farmácia, tem alguma unidade de saúde que atenda pessoas com esse tipo de problema?
8. Por que você acha que as pessoas pegam essas doenças?
9. Você acha que as pessoas desta região usam ou não usam camisinha?
10. Nesta farmácia vocês vendem camisinhas? (masculina e feminina). Se sim, quais são, as que têm mais saída? Quem procura mais? Homens ou mulheres? De que faixa etária?
11. Quais são as camisinhas que vocês vendem aqui? (ver marca, data de validade e selo do INMETRO).



**Projeto AIDS nas Fronteiras****Roteiro de Observação da Relação Provedor (a) - Usuário (a)****1. Dados de Identificação:**

Local, data, pessoa observada, cargo/função, formação, capacitação etc.

**2. Estabelece relações interpessoais apropriadas?**

- Cumprimentando
- Chamando pelo nome
- Demonstrando respeito (usa de autoridade e poder?)
- É cordial?

**3. Proporciona uma situação de privacidade?**

- Fala alto ou baixo?
- Cria um ambiente de privacidade (separado de outras pessoas)?
- Permite ou não interrupções?

**4. Diálogo**

- Tem uma postura aberta?
- Permite que o/a usuário/a faça perguntas?
- Ouve atentamente?
- Responde às perguntas?

**5. Intercâmbio de informações**

- Passa informações adequadas?
- Checa a compreensão do/a usuário/a?

**6. Preparo técnico adequado**

- Está preparado(a) para a função que exerce?
- Usa normas de biossegurança?
- Explica o diagnóstico? O tratamento?
- Faz referência a outro serviço? Solicita seguimento ou retorno?
- Atende às necessidades do/a usuário/a?

### Projeto AIDS nas Fronteiras

#### Roteiro de Observação dos Serviços de Saúde

- 1. Informação:** conhecimento da comunidade sobre a unidade (como fica sabendo a sua existência) e dos serviços prestados pela unidade.
- 2. Acesso:** transporte, área de abrangência, distância, custo, sinalização.
- 3. Recepção:** horários de atenção, esquema de marcação de consultas, tempo para conseguir consulta, primeira vez e seguimento, consulta eventual, tipos de consulta, quem é o profissional responsável pela recepção, como atende, privacidade, instrumentos de registros.
- 4. Registro de informações/arquivos:** sistema de registros, qualidade dos registros, pessoas que registram informações no prontuário, envio dos registros (como, de quanto em quanto tempo, para quem), uso dos registros, sistema de arquivos, profissionais que registram informações nos prontuários, sistema de notificação, quem notifica. Verificar se registra o lugar ou país de onde elas vêm. Solicitar estatísticas dos serviços, cópia dos formulários, cadastro para trabalhadores do sexo.
- 5. Estrutura:** espaço físico, estado de conservação, localização do serviço de DST e Aids, espaço da sala de espera, número de leitos, número e tamanho dos consultórios, serviço de DST e Aids exclusivo ou misto, acomodações, sinalização, condições gerais de higiene e limpeza.
- 6. Equipe:** número de profissionais que atendem, distribuição de funções, interação.
- 7. Cuidados de biossegurança:** normas, lavagem de mãos, uso de equipamentos de proteção individual (luvas, óculos, máscara), re-encapamento de agulhas, descarte e acondicionamento do material perfurocortante, limpeza, desinfecção e esterilização desse material, lavanderia (observar toda a equipe, inclusive a faxineira).
- 8. Consultórios:** condições, materiais, pia com água corrente, limpeza, privacidade, sinalização.
- 9. Condições de saneamento básico e higiene:** água, esgoto, energia elétrica etc. Como é realizada a limpeza e desinfecção dos ambientes.
- 10. IEC:** cartazes, folhetos, sala de ação educativa/sala de espera, materiais educativos, modelos anatômicos, equipamentos (TV, vídeo, retroprojeter etc.).

- 1. Farmácia:** disponibilidade de medicamentos anti-retrovirais, medicamentos para DST em geral, disponibilidade de camisinha (masculina e feminina) estoque de medicamentos, horário de entrega de medicamentos e camisinha, o que é necessário para que a pessoa receba, dispensação local ou não, dispensação imediata ou não, distribuição de seringas, quem atende na farmácia, capacitação, o que faz, sistema de ventilação, geladeira, validade/data de vencimento dos insumos.
- 2. Sistema de logística de exames, medicamentos e preservativo masculino e feminino:** Verificar se o teste HIV é uma solicitação de rotina no atendimento de gestantes. Quais exames são feitos na unidade, quais são referidos, normas de dispensação de anti-retrovirais, SICLOM, custo.
- 3. Recursos materiais:** equipamentos, condição dos materiais, tais como balança, aparelho de pressão, autoclave etc. Número de computadores, impressoras, telefones. Acesso à internet, programas instalados.
- 4. Satisfação das/os usuárias/os:** como é medida a satisfação, verificar se há espaço para sugestões e/ou reclamações

### Projeto AIDS nas Fronteiras

#### Roteiro para Provedores

##### **BOM DIA/BOA TARDE!**

Nós somos (NOMES), da equipe do Projeto Aids nas Fronteiras, que é coordenado pelo Ministério da Saúde e pelo Population Council, uma instituição de pesquisa. Estamos aqui para avaliar a situação da aids em seu município. A entrevista vai durar aproximadamente trinta minutos, e tudo o que for dito aqui terá caráter confidencial, portanto, solicitamos seu consentimento para realizá-la. As informações serão muito importantes e ajudarão a Coordenação Nacional de DST e Aids a orientar suas ações e projetos nas regiões de fronteira.

1. O que você faz na unidade/Centro de Saúde/Hospital? (Qual sua função, cargo, atividade)
2. Como é o acesso da população a este serviço? (fácil ou difícil?/ perto ou longe?)
3. Que pessoas procuram este serviço? Qual é seu perfil? (homens, mulheres, crianças, adolescentes, índios, garimpeiros, profissionais do sexo, outros)
4. Qual é o tipo de consulta mais freqüente?
5. Em relação às DST e à aids, esta unidade tem um serviço de atendimento ou não?
6. Como é o fluxo das pessoas neste serviço/programa?
7. A unidade oferece ou não ações educativas sobre HIV/Aids? Quem as desenvolve? Como isso é feito (conteúdo, material usado)? Para que população? Há ações voltadas para a comunidade? Há ou não entrega de folhetos? Faz-se demonstração do uso da camisinha? Há camisinhas para demonstração?
8. Esta unidade tem preservativos suficientes para atender à demanda? Para quem eles são entregues? Quantas camisinhas o usuário recebe? Com que freqüência? Quem as entrega?
9. Esta unidade faz distribuição de seringas? Com que freqüência? Quem as entrega?
10. Existe orientação aconselhamento sobre teste de HIV para gestantes?
11. Há ou não normas de biossegurança? (o que é feito com o material perfurocortante, lixo, descartáveis) Se um profissional se acidentar, qual o procedimento a ser adotado? (Ele recebe medicação?)
12. Em sua prática diária você atende pessoas com DST/HIV/aids? Se sim, Como você realiza o diagnóstico de HIV? E das DST (sífilis, outras)?

1. Este serviço realiza teste de HIV ou não? Se sim, como ele é feito? (aconselhamento pré ou pós?) Que testes estão disponíveis? Se não é realizado, onde é o centro de referência mais próximo para se fazer sorologia?
2. Se confirmado o diagnóstico de HIV, há busca de comunicantes? Como isso é feito (carta, telefone, autorização ou não)?
3. Como é o trabalho oferecido às pessoas com DST nesta unidade? Se não é feito, qual o sistema de referência?
4. Para os pacientes em seguimento de HIV/Aids, qual é a referência laboratorial (CD4, carga viral) e de especialidades? (ginecologia, proctologia, urologia).
5. Que atividades são realizadas com portadores de HIV e doentes de aids? (aconselhamento, orientação para adesão ao tratamento).
6. Como é feito o acompanhamento de gestante soropositiva?
  - a. Existe uma maternidade de referência? A unidade oferece AZT? Há fornecimento de leite artificial para o recém-nascido?
7. Qual é o tipo de registro para os casos de HIV/Aids? Como é feita a notificação dos casos?
8. A unidade dispensa ARV? Se não, qual o lugar de referência? É seguido o protocolo do Ministério da Saúde ou não?
9. Pessoas de fora buscam atendimento aqui ou não? De que lugares elas vêm? E de outros países? Quais serviços a unidade pode oferecer a eles? O que você acha disso? Se não, há um sistema de referência nos países vizinhos? Como está a situação da aids nesta população?
10. Você recebeu algum treinamento específico sobre HIV/Aids? Se recebeu, onde foi? Quem o deu? O que incluiu? Se não, há na unidade algum profissional que tenha recebido?
11. Você recebe algum tipo de supervisão? Como ela é feita?
12. Vocês realizam reuniões técnicas de equipe?
13. Quais as facilidades que vocês encontram para realizar seu trabalho? (O que o facilita?). Quais as dificuldades? (O que o dificulta?)
14. Na sua opinião, como está a situação da aids neste município?
15. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar essa situação?
16. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

Muito obrigado!

### Documento de Consenso:

Reunião Nacional sobre Aids na Fronteira  
Documento de Consenso  
08 de Maio de 2002

A aids é um desafio global que tem afetado o desenvolvimento social e econômico de vários países, produzindo uma devastação imensa, especialmente África. O avanço da epidemia tem demonstrado que a comunidade global está interconectada e que a epidemia afeta um número cada vez maior de pessoas. Atinge, especialmente, os segmentos mais vulneráveis, tais como mulheres, jovens, povos indígenas e populações móveis, como os caminhoneiros, garimpeiros, profissionais do sexo e usuários de drogas. Além das áreas de delimitação entre os países não significarem obstáculos à transmissão do HIV, a epidemia tem mostrado que as regiões fronteiriças podem ser locais de alta vulnerabilidade para sua disseminação. Dessa maneira, algumas regiões de fronteiras tem recebido uma atenção especial em relação à disseminação do HIV/aids.

No caso do Brasil, o fato de fazer fronteira com quase todos os países sul-americanos estabelece o potencial de influência recíproca em relação à transmissão do HIV com os países da região. Essa fronteira é uma área crítica em termos de mobilidade populacional, características sociodemográficas, isolamento relativo, acesso limitado aos serviços, economia ilegal, tráfico de drogas, altos índices de prostituição, inclusive prostituição infantil e tráfico de mulheres, fatores que podem aumentar a vulnerabilidade das populações locais à expansão da epidemia.

Reconhecendo essa situação, a Coordenação Nacional de DST/Aids (CN-DST/Aids), em colaboração com o escritório no Brasil do Population Council e com apoio técnico e financeiro da USAID, realizou o estudo "Diagnóstico estratégico da situação do HIV/aids nas fronteiras", com o objetivo de obter subsídios que permitam o desenvolvimento de estratégias efetivas para diminuir a expansão da epidemia dentro do Brasil e entre os países limítrofes.

Os resultados preliminares do estudo foram apresentados e discutidos numa reunião realizada em Brasília, nos dias 7 e 8 de maio de 2002, que contou com a participação de sessenta e oito profissionais brasileiros e de outras nacionalidades, com ampla experiência em HIV/aids e saúde sexual e reprodutiva (SSR), representantes de municípios e estados de fronteira, instituições nacionais e internacionais, universidades e ONG. O objetivo principal da reunião foi analisar os achados do estudo e elaborar um plano de ação para diminuir a expansão da epidemia nas áreas de fronteira.

Tendo analisado e discutido os achados deste estudo, e considerando que:

- não há uma política nacional de saúde específica para as regiões de fronteira;
- a aids não tem sido definida como prioridade para a maioria dos governos regionais e dos municípios fronteiriços;
- apesar de existirem algumas iniciativas de cooperação internacional, não tem sido efetivados programas de luta contra a transmissão da infecção através das fronteiras com nenhum dos países fronteiriços;
- há falta de mobilização da sociedade civil local e de mecanismos de pressão social para obter a garantia dos direitos humanos;
- o compromisso da CN-DST/Aids é oferecer atendimento a todas as pessoas, sem distinção de nacionalidade ou estado legal de residência;
- a prevenção e a assistência estão, mas não deveriam estar, dissociadas;
- há pouca integração entre as ações de DST e aids e saúde sexual e reprodutiva, levando a oportunidades perdidas de prevenção;
- há um alcance limitado das ações e serviços de DST e aids nas comunidades, inclusive às populações móveis ou vulneráveis;
- as particularidades sociais e econômicas locais devem ser respeitadas.

Os participantes da reunião definiram as seguintes recomendações como prioritárias:

### 1. Recomendações Políticas

- Priorizar a prevenção nas ações políticas relacionadas com DST/HIV/aids.
- Oficializar ou normatizar a recomendação da CN-DST/Aids para acesso aos serviços para estrangeiros nas regiões de fronteira, inclusive o direito a medicação ARV e exames de monitoramento clínico.
- Buscar mecanismos para garantir financiamento adicional “extrateto” para os municípios de fronteira que tenham que prestar serviços a populações de estrangeiros e outros grupos flutuantes.
- Revisar a política de capacitação profissional considerando-a um processo que inclua a supervisão e a avaliação contínua, contextualizada nas necessidades de cada população e área.
- Criar um foro permanente para discussão e coordenação das atividades de DST e aids nas Fronteiras (Força-tarefa de DST e Aids nas Fronteiras).
- Priorizar a garantia dos direitos humanos em todas as políticas.

### 2. Recomendações Programáticas

Sempre priorizando as ações programáticas de prevenção de DST/HIV/aids.

- Planejar e implementar estratégias de Informação, Educação e Comunicação (IEC) específicas para os municípios de fronteira.
- Apoiar e estimular as atividades de prevenção, diagnóstico e assistência voltados às populações móveis.
- Promover a participação comunitária nos programas e a inclusão das populações marginalizadas.
- Adequar a logística de preservativos à realidade das fronteiras, garantindo os insumos necessários.
- Integrar os programas de DST e aids e saúde sexual e reprodutiva; na região Norte é necessário, previamente, implantar/implementar esses programas.
- Garantir, segundo as normas da CN-DST/Aids, o aconselhamento e o acesso dos indígenas ao teste anti-HIV, assegurando:
- Cota de oferta de exames para os indígenas onde houver CTA, enquanto ocorre a implantação do Programa dentro do DSEI- Distrito Sanitário Especial Indígena, conforme recomendação expressa da Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- Implantação e/ou estruturação do programa de DST e aids em caráter de urgência nos DSEI.
- Estimular os Conselhos de Classes e Universidades a buscar mecanismos para fixar profissionais de saúde nas fronteiras, especialmente na região Norte.
- Reavaliar os modelos de capacitação e monitoramento, priorizando as ações de capacitação que preparem profissionais para realizar ações educativas contínuas, adequadas e efetivas.
- Incorporar mecanismos de seleção de profissionais para monitoramento e avaliação das estratégias de capacitação.



- Incentivar e implementar a formação/fortalecimento e assessoria técnica e capacitação para atuar em ONG.
- Manter educação continuada sobre DST/HIV/aids nos diversos setores/ programas e instituições, entre outros, os setores da saúde, educação, segurança pública, justiça, direitos humanos.
- Criar e /ou fortalecer grupos de adesão nos serviços, ONG e comunidade.
- Garantir o acesso da população indígena e outras populações móveis e/ou vulneráveis aos serviços de assistência na área de DST e aids.

### 3. Recomendações de Pesquisa

Recomendamos priorizar a pesquisa aplicada, com um enfoque prioritário na prevenção.

- Pesquisa-ação para desenvolver e avaliar modelos que melhorem a integração do programa de DST e aids com outros programas de saúde.
- Pesquisas voltadas para estudo de populações móveis e/ou vulneráveis, inclusive a documentação sobre seu número, padrões de movimento, o acesso aos serviços e suas necessidades específicas em matéria de DST e aids e SSR.
- Estudos sobre o uso de preservativo em populações móveis e/ou vulneráveis.
- Pesquisas operacionais ou pesquisas-ação para melhorar o acesso de adolescentes a dupla proteção (gravidez e prevenção de DST e aids).
- Pesquisas dirigidas para usuários de droga injetável (UDI), especificamente nas fronteiras da região Sul.
- Expandir estudos "sentinelas" de soroprevalência para as áreas de fronteira que ainda não foram incluídas.
- Estudos antropológicos sobre a concepção da doença/transmissão da aids em grupos indígenas.
- Pesquisas com enfoque na saúde da mulher e da criança, SSR, alcoolismo, drogas e aids com grupos indígenas.
- Estudo descritivo para documentar a prostituição infantil nas regiões de fronteira.
- Avaliar os conteúdos e métodos de capacitação à luz da situação específica das fronteiras.

#### 4. Cooperação entre países fronteiriços

- Priorizar as iniciativas de cooperação técnica com enfoque na prevenção de DST/HIV/aids, não dissociando a prevenção do diagnóstico e da assistência.
- Iniciar, dar continuidade ou fortalecer as ações diplomáticas entre países fronteiriços sobre a questão das DST/HIV/aids, trabalhando em parceria com os governos e organizações locais e internacionais que já estejam desenvolvendo iniciativas de cooperação.
- Reforçar a necessidade de acesso universal de populações fronteiriças aos serviços, cooperando e atuando em diretrizes de complementaridade entre países fronteiriços.
- Contemplar a saúde indígena nos protocolos de cooperação técnica internacional na Região Norte, buscando também parcerias com instituições que trabalham com a saúde dos indígenas nos países fronteiriços.
- Promover a criação de comitês de saúde nas regiões de fronteira e incentivar a criação de comissões técnicas especializadas em aids para atuar nas regiões de fronteira.

*Comitê organizador da reunião:  
Ivo Brito (1). Juan Diaz (2). Loren Galvão(5).  
Magda Chinaglia (2) e Sheri Lippman (2).*

*(1) CN-DST/Aids-Brasil*

*(2) The Population Council - Escritório do Brasil*

*(5) Consultora Independente.*

*Participantes:*

*Adelma de Oliveira Rodrigues. Coordenação Municipal DST/Aids-Tabatinga: Aida Victoria Garcia Montrone, Reprolatina; Ângela Aparecida Donini, QualiAIDS/USP; Aparecida do Carmo Miranda Campos, HC/UNICAMP; Carlos Alberto Cavalcante, Reprolatina; Carlos Augusto Laudari, Pathfinder do Brasil; Carmem Lucia da Silva Pereira, Pathfinder do Brasil; Christovam Barcellos, FIOCRUZ; Cintia Freitas, UNDCP; Craig Darden, DKT do Brasil; Cristina Alvim Castello Branco, CN-DST/Aids; Cristina Takae Yamaguti Ogura, Programa Municipal DST/Aids-Foz do Iguaçu; David Lewis, UK Department for International Development; Edmundo de Souza Moura Filho, CTA/Secretaria de Saúde do Estado do Amapá; Eliana Maria Hebling, CEMICAMP; Elisabeth Meloni Vieira, FM/USP; Flávia de Jesus Padilha, OTM/ÂNIMA; Francisco Hideo Aoki, FCM/UNICAMP; Francisco José Cabral de Oliveira, Reprolatina; Geralda Maria Bauer Pereira Rigotti, Coordenação Estadual DST/Aids – RS; Gisele Maria Brandão Freitas. Coordenação Estadual DST/Aids-MS; Glenn Sessions, USAID, Hockneide dos Santos França. Coordenação Estadual DST/Aids-RO; Isabela Nunes Valente, Área de Saúde do Adolescente e Jovem/Ministério da Saúde; Ivo Ferreira Brito, CN-DST/Aids; Jaime Rojas, USAID; Janice Weber; USAID; José Antonio Simões, FCM/UNICAMP; José Marcio Martins Faria, Programa Municipal DST/Aids – Corumbá; Juan Diaz, Population Council; Kathia Adriana Moreira, Coordenação Estadual DST/Aids – PR; Lawrence Odle. USAID; Loren Galvão, Population Council; Luis Geraldo Castellanos, Luis Geraldo Castellanos. OMS/OPAS; Magda Chinaglia. Population Council; Margarita Diaz, Reprolatina; Maria Cristina Feijó Januzzi Ilario, Programa Municipal DST/Aids – Campinas; Maria Cristina Pimenta, ABIA; Maria do Socorro Fernandes Tabosa Mota, Área de Saúde do Adolescente e Jovem Ministério da Saúde; Maria Dulcimar Ferreira Del Castilo, FUNASA, Maria Etelvina Toledo Barros, UNAIDS; Maria Izabel Araújo Silva, Programa Municipal DST/Aids – Guajará-Mirim; Maria Silvia Bruni Fruet, USP; Mario Althoff, CGLAB-FUNASA; Mário Sérgio Lombardi Kassar; Prefeitura Municipal de Corumbá; Marta Maia Duarte Lopes, CUNPIR; Mary A. Broderick, WHO; Naiara Garcia da Costa, UNAIDS; Ney Francisco Pinto Costa, BEMFAM; Raldo Bonifácio. CN-DST/Aids; Rita de Cássia de Sousa Nascimento, Prefeitura Municipal de Oiapoque; Rosemary Barber-Madden, UNFPA; Sheri Lippman, Population Council; Silvia Maria Caldas Pedroso, Coordenação Municipal DST/Aids – Uruguaiana; Simone Martins, DKT do Brasil; Suellen Miller; Population Council; Suzanne Westman, CDC; Thais Delgado Brandolt Aramburu, Coordenação Municipal DST Aids – Uruguaiana; Thietelina Lunardini Pereira GUAPA. Valquíria de Souza Barbosa, NASA; Vera Da Ros, UNDCP; Vitória Santos do Santos, APIO; Weimar Bezerra Feitosa, Prefeitura Municipal de Oiapoque; Wilza Vieira Villela, Instituto de Saúde/SES/SP; Xavier Alterescu, MSH do Brasil;*

*Agradecimentos*

*Agradecemos à CN-DST/Aids pelo suporte técnico e financeiro parcial, e à USAID do Brasil, pelo apoio financeiro para implementação do Projeto Aids na Fronteira e para esta reunião. A equipe de campo; Aida Victoria Garcia Montrone, Ângela Maria Donini, Aparecida do Carmo Miranda Campos, Carlos Alberto Cavalcante, Elaine Prandi Pedro, Eliana Maria Hebling, Glenn Sessions, Ivo Ferreira Brito, Juan Diaz, Loren Galvão, Magda Chinaglia, Maria Aparecida Montagnoli Moura, Maria Cristina Feijó Januzzi Ilario, Maria Silvia Bruni Fruet, Shelly Nicholson, Sheri Lippman e Vera Lopes dos Santos, Estamos gratos a Suellen Miller; Barry Ravitch e Ellin Kao, do Population Council-NY, Expanding Contraceptive Choice Program, pelo suporte técnico administrativo e financeiro oferecido para o planejamento e implementação do projeto. Nosso reconhecimento à ONG Reprolatina, Margarita Diaz e Francisco Cabral, pela capacitação e suporte técnico para a equipe de pesquisa. A Álvaro Marinho, da Reprolatina por sua colaboração na edição gráfica das apresentações e relatórios. Um agradecimento muito especial aos municípios e estados de fronteira que participaram da pesquisa. Finalmente, nossa gratidão ao pessoal administrativo de apoio do Population Council do Brasil, Lúcia Brito, Silvana Muller, Kátia Lima e Kátia Amorim, e da CN-DST/Aids, Maria Neide Freire, pelo imenso apoio na logística do trabalho de campo e na organização desta reunião.*

## Grupo Assessor

Os profissionais citados a seguir participaram ativamente das reuniões de planejamento, da reunião de avaliação e contribuíram para a revisão e comentários do documento de consenso. Também estendemos a todos os nossos agradecimentos.

Adelma de Oliveira Rodrigues, Coord. Municipal DST/Aids – Tabatinga;  
Aida Victoria Garcia Montrone, Universidade Federal de São Carlos –  
Depto. de Metodologia de Ensino;  
Ângela Aparecida Donini, Qualiaids/USP;  
Aparecida do Carmo Miranda Campos, HC/UNICAMP;  
Carlos Alberto Cavalcante, Reprolatina;  
Carlos Augusto Laudari, Pathfinder do Brasil;  
Carlos Eduardo Gouvêa Brasília, CEDUS;  
Carmem Lúcia da Silva Pereira, Pathfinder do Brasil;  
Christovam Barcellos, FIOCRUZ;  
Cíntia Freitas, UNDCP;  
Craig Darden, DKT do Brasil;  
Cristina Alvim Castello Branco, CN-DST/Aids;  
Cristina Takae Yamaguti Ogura, Prog. Mun. DST/Aids-Foz do Iguaçu;  
David Lewis, UK Department for International Development;  
Draurio Barreira, CN-DST/Aids;  
Edmundo de Souza M. Filho, CTA/Secr. de Saúde do Estado do Amapá;  
Elaine Prandi Pedro, Reprolatina;  
Eliana Maria Hebling, CEMICAMP;  
Elisabeth Meloni Vieira, FM/USP;  
Flávia de Jesus Padilha, OTM/ÂNIMA;  
Francisco Hideo Aoki, FCM/UNICAMP;  
Francisco José Cabral de Oliveira, Reprolatina;  
Geralda Maria Bauer Pereira Rigotti, Coord. Estadual DST/Aids – RS;  
Gisele Maria Brandão Freitas, Coordenação Estadual DST/Aids – MS;  
Glenn Sessions, USAID;  
Hockneide dos Santos França, Coordenação Estadual DST/Aids-RO;  
Isabela Nunes Valente, Área de Saúde do Adolescente e  
Jovem/Ministério da Saúde;  
Ivo Ferreira Brito, CN-DST/Aids;  
Jaime Rojas, USAID;  
Janice Weber, USAID;  
José Antônio Simões, FCM/UNICAMP;  
José Márcio Martins Faria, Programa Municipal DST/Aids – Corumbá;

Juan Díaz, Population Council;  
Kathia Adriana Moreira, Coordenação Estadual DST/Aids – PR;  
Lawrence Odle, USAID;  
Loren Galvão, Population Council;  
Luis Geraldo Castellanos, OMS/OPAS;  
Magda Chinaglia, Population Council; Margarita Díaz,  
Reprolatina;  
Maria Cristina Feijó Januzzi Ilário, Prog. Mun. DST/Aids – Campinas;  
Maria Cristina Pimenta, ABIA;  
Maria do Socorro Fernandes Tabosa Mota, Área de Saúde do  
Adolescente e Jovem/Ministério da Saúde;  
Maria Dulcimar Ferreira Del Castilo, FUNASA;  
Maria Etelvina Toledo Barros, UNAIDS;  
Maria Izabel Araújo Silva, Prog. Municipal DST/Aids – Guajará-Mirim;  
Maria Silvia Bruni Fruet, USP;  
Mario Althoff, CGLAB – FUNASA;  
Mário Sérgio Lombardi Kassar, Prefeitura Municipal de Corumbá;  
Marta Maia Duarte Lopes, CUNPIR;  
Mary A. Broderick, WHO;  
Naiara Garcia da Costa, UNAIDS;  
Ney Francisco Pinto Costa, BEMFAM;  
Paulo César Peiter, LAGET/UFRJ;  
Raldo Bonifácio, CN-DST/Aids;  
Regina Melchior, Qualiaids/USP;  
Regina Bueno, Programa de DST/Aids de São Paulo;  
Rita de Cássia de Sousa Nascimento, Prefeitura Mun. de Oiapoque;  
Rosemary Barber-Madden, UNFPA;  
Sheri Lippman, Population Council;  
Sílvia Maria Caldas Pedroso, Coord. Mun. DST/Aids – Uruguaiana;  
Simone Martins, DKT do Brasil;  
Suellen Miller, Population Council;  
Suzanne Westman, CDC;  
Thaís Delgado Brandolt Aramburu, Coord. Mun. DST/Aids – Uruguaiana;  
Thietelina Lunardini Pereira, GUAPA;  
Valquíria de Souza Barbosa, NASA; Vera Da Ros, UNDCP;  
Vitória Santos dos Santos, APIO;  
Weimar Bezerra Feitosa, Prefeitura Municipal de Oiapoque;  
Wilza Vieira Villela, Instituto de Saúde/SES/SP;  
Xavier Alterescu, MSH do Brasil.

## Glossário

<b>ABIA</b>	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
<b>ADT</b>	Assistência Domiciliar Terapêutica
<b>ARV</b>	Anti-Retroviral
<b>CN-DST/Aids</b>	Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde
<b>CUNPIR</b>	Coordenação e União das Nações e Povos Indígenas de Rondônia
<b>COOPEX</b>	Assessoria de Cooperação Externa
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>FHI</b>	Family Health International
<b>FUNAI</b>	Fundação Nacional do Índio
<b>GASS</b>	Grupo de Apoio Solidariedade Sul-Mato-Grossense de Ação e Prevenção à Aids
<b>GUAPA</b>	Grupo Uruguaianense de Prevenção da Aids
<b>GCTH</b>	Grupo de Cooperação Técnica Horizontal
<b>HSH</b>	Homem que faz Sexo com Homem
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IEC</b>	Informação, Educação e Comunicação
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASA</b>	Núcleo de Ação Solidária à Aids
<b>ONG</b>	Organização Não-Governamental
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>OTM</b>	Organização Torü Ma'ü
<b>PAB</b>	Plano de Atenção Básica
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>POA</b>	Plano Operativo Anual
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SEST/SENAT</b>	Serviço Social do Transporte e Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
<b>SAE</b>	Serviço de Assistência Especializada
<b>SSR</b>	Saúde Sexual e Reprodutiva
<b>TMI</b>	Transmissão Materno-Infantil
<b>TARV</b>	Terapia Anti-Retroviral
<b>UDI</b>	Usuário de Droga Injetável
<b>USAID U.S.</b>	Agency for International Development
<b>UnB</b>	Universidade de Brasília
<b>UNAIDS</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
<b>UNDP</b>	United Nations Development Programme
<b>VDRL</b>	Veneral Disease Research Laboratory
<b>WHO</b>	World Health Organization





**FiqueSabendo**

**DISQUE SAÚDE**  
**0800 61 1997**

[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)



**NAÇÕES UNIDAS**  
*Escritório contra Drogas e Crime*

**Programa Nacional de DST/Aids**

**Ministério  
da Saúde**

