

**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem**

FERNANDA CENCI QUEIROZ PEREIRA

**DIRETRIZES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS DO PROGRAMA DE
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS DO
MUNICÍPIO DE MARÍLIA, SOB A PERSPECTIVA DO
CONCEITO DE VULNERABILIDADE**

SÃO PAULO

2009

Nome: Fernanda Cenci Queiroz Pereira

Título: Diretrizes Político-institucionais do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do município de Marília, sob a perspectiva do conceito de vulnerabilidade.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que acompanharam a elaboração e desenvolvimento desta pesquisa e participaram da mesma, em especial à minha família e ao meu filho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha **Família**, que sempre acreditou em mim, apoiando-me na busca de meus objetivos. A meu pai **Manuel** e à minha mãe **Ângela**, pelos ensinamentos, companheirismo, valores, sabedoria, amor e colo nos momentos de cansaço. À minha irmã **Patrícia** e ao meu cunhado **Vinícius**, pelos conselhos, discussões intelectuais, brigas e bolos de chocolates; ao meu irmão **Daniel**, por demonstrar tanta ternura atrás de sua aparência de sério e por me querer tão bem, possibilitando situações para me ver feliz. Ao meu marido **Fabio** que sempre me apoio nesse tempo em que estamos juntos, com muita dedicação, respeito e companheirismo. Obrigada por entender minha falta de tempo, por ter cuidado de mim nestes momentos, por sempre me respeitar nas fases difíceis e, principalmente, por me proporcionar, nesta reta final, a bela experiência de trazer ao mundo nosso filho **Gabriel**, que já habita este mundo em meu ventre. Obrigada, meu filho, por mostrar que por amor devemos lutar. Você é uma grande fonte de energia para mim e será sempre minha fonte de amor intrínseca e incondicional. Não poderia deixar de ressaltar a importância do **Tio Zé** e da **Tia Luísa**, que me acolheram em seu lar com todo o calor e atenção que é especialidade própria deste casal.

Obrigada por fazerem parte de minha vida, apoiando-me e orientando-me sempre, constituindo esse alicerce que chamo de família!

Às minhas **grandes amigas**, que acompanharam minha jornada com dedicação e zelo, **Gabriela Granja e Tatiane Moreira**! Sem dúvida, vocês foram imprescindíveis nesta minha caminhada. Gabriela, que foi minha companheira de disciplinas, com sua tranquilidade e sabedoria, sempre soube se fazer clara e pertinente. Pessoa maravilhosa com quem tanto me identifico e quem eu tanto admiro. Tatiane, com seu lado humanitário, sempre preocupada e disposta a ajudar, mesmo quando só restava rezar.

Ao meu amigo **Diego de Araújo**, que ajudou nesta etapa final, com tanta disponibilidade, atenção e carinho.

À minha Orientadora **Lucia Izumi Nichiata**, a quem devo muito mais do que o aprendizado do desenvolvimento da pesquisa. Com você pude aprender a superar muitas dificuldades, sem deixar de lado o foco principal, administrando com beleza e não com desespero, a arte de caminhar nesta vida. Obrigada por me permitir partilhar de tamanha competência profissional e leveza para os enfrentamentos.

Às professoras **Luzmarina** da FAMEMA e **Lislaine** do departamento ENS, que me permitiram o primeiro contato com essa experiência acadêmica, através do grupo de pesquisa.

Agradeço às **Professoras do Departamento de Saúde Coletiva** que contribuíram para esta fase de aprendizado. Em especial, gostaria de agradecer à Professora **Rita Bertolozzi** por ter me acolhido neste departamento com seu jeito impar de olhar além do que é visível a todos. Soube me estimular e incentivar na busca de conhecimentos complexos, me motivou com ternura e tranquilidade. Agradeço, em especial, a participação da Professora **Renata Takahashi**, que trouxe muitas contribuições para a esta pesquisa e para o meu desenvolvimento nesta trajetória como mestranda.

Agradeço a todos que me ajudaram nesta barreira geográfica entre Marília e São Paulo. Em especial aos amigos **Reinaldo e Ivan**, que sempre foram dispostos a me ajudar com esse deslocamento.

Aos **funcionários do ENS**, em especial à **Terezinha**, devido à atenção e carinho que sempre me demonstrou.

Aos **funcionários da pós-graduação**, em especial à **Silvana**, que se demonstrou sempre pronta e disposta a nos ajudar.

Às **entrevistadas** desta pesquisa, que se prontificaram a colaborar e enriquecer com o conhecimento científico proposto neste trabalho. Agradeço

também à **Secretaria Municipal de Saúde de Marília** que permitiu a realização deste trabalho.

EPÍGRAFE

*“Já andei por tanta estrada
Já venci tanta cilada
E no caminho fiz ser ouro a minha prata
No meu mundo não tem fadas
Mas a mão de Deus me alcança
Já chorei por tanta causa
Já sorri por tantas outras
E a mistura destes sentimentos tantos
Tanto riso, tanto pranto
Verso escrito no meu rosto
Misturei meu sangue em outro
Quando a dor fez alvoroço
Veio a calma da cantiga
Fiz plantio de outro verso
Desbravei outro universo
Aprendi ser trovador...”*

“Sou Um Zé Da Silva E Tantos Outros”

Fábio de Melo

RESUMO

O estudo tem como objeto de investigação a implantação de uma política pública de enfrentamento do HIV/Aids no município de Marília. Para isso, descrevem-se as diretrizes político-institucionais do Programa de DST/Aids deste município, segundo seus gestores, no período de 1998 a 2008. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como sujeitos, Coordenadores de DST/Aids, que atuaram na Secretaria Municipal de Saúde de Marília, totalizando três pessoas. Foi realizada uma entrevista individual com questões abertas, gravada e transcrita. Os resultados foram descritos segundo as categorias de análise “expressão e transformação do compromisso em ação pelo poder público” e “sustentabilidade da proposta”, tendo como base conceitual a vulnerabilidade, na dimensão programática. Foi possível identificar os elementos que influenciaram a formulação e a implementação desta política pública, na identificação das subcategorias, relacionadas à “expressão e transformação do compromisso”: “atores sociais”, “qualificação” e “implementação da política”. Relacionadas à categoria “sustentabilidade da proposta” encontraram-se como subcategorias: “financiamento” e “desafios à sustentabilidade”. O estudo, ao descrever a trajetória do programa, identifica compromisso e ação da sociedade política no enfrentamento da epidemia. Nos mais de 25 anos de epidemia, tanto em âmbito nacional, estadual e municipal, os Programas de DST/Aids têm mostrado efetivamente a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrentando desafios em diferentes frentes, na busca de garantia dos seus princípios. Dessa forma, os desafios da vulnerabilidade, na dimensão do programa de DST/Aids, estão conectados aos próprios desafios colocados ao SUS, que tratam de sua sustentabilidade, do acesso universal, do fortalecimento da gestão municipal, da integralidade do sistema, da equidade e aprimoramento do controle social.

ABSTRACT

The study has as objective to research the establishment of a public policy of confronting the HIV/AIDS in the city of Marília. For that, it describes the political and institutional guidelines of the Program of STD/AIDS in this city, according to its managers in the period 1998 to 2008. This was a qualitative research that had as subject, Coordinators of STD/AIDS who worked in the Municipal Health Secretariat of Marília, totaling three people. We performed an individual interview with open questions, recorded and transcribed. The results were described by the categories of analysis: "expression and transformation of commitment into action by public authorities" and "sustainability of the proposal", based on the vulnerability concept. It was possible to identify the factors that influenced the formulation and implementation of public policy in the identification of sub-categories related to the "expression and transformation of commitment": "social actors", "qualification" and "implementation of the policy." Related to "sustainability of the proposal" is as subcategories: "financing" and "challenges to sustainability." The study, by describing the trajectory of the program, identifies commitment and action of political society in combating the epidemic. In over 25 years of epidemic, both at the national, state and municipal levels, the Program of STD/AIDS have shown effective implementation of the Unified Health Care System (SUS), facing challenges on various fronts in the search for security of its principles. Thus, the challenges of vulnerability, in the STD/AIDS context, are connected to the very challenges placed before the Unified Health Care System (SUS) which deals with its sustainability, universal access, the strengthening of municipal management, the integrality of the system, equity and improvement of social control.

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 A POLÍTICA PÚBLICA EM DST/AIDS.....	12
1.2 A EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL E NO ESTADO DE SÃO PAULO	20
1.3 CONTRIBUIÇÃO DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE NA EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	25
2 OBJETIVOS.....	30
2.1 OBJETIVO GERAL.....	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
3 METODOLOGIA	31
3.1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	31
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO	33
3.3. SUJEITO DA PESQUISA	35
3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	35
3.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS PARA ANÁLISE	36
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	36
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1 TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE DST/AIDS NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA.....	39
4.2 VULNERABILIDADE DO PROGRAMA DE DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA.....	45
4.2.1 Expressão e transformação do compromisso em ação pelo poder público	45
4.2.2 Sustentabilidade das ações	60
5 CONCLUSÕES	70
6 REFERÊNCIAS.....	73
ANEXOS	81

APRESENTAÇÃO

Minhas primeiras experiências com a atenção aos portadores do vírus HIV/aids se deram no curso de graduação em enfermagem (2000 a 2003), quando tive a oportunidade de participar do ensino prático realizado numa unidade de moléstias infecciosas (MI) e numa unidade de saúde da Atenção Básica no município de Marília.

Durante este período, pude perceber que os pacientes com aids internados na MI, de um modo geral, desconheciam, até aquele momento, que eram portadores da infecção, ou seja, o diagnóstico era realizado durante a internação, quando já se encontravam em estágio avançado da doença, sendo comum o Pronto Socorro como “porta de entrada” do sistema de saúde. Lembro-me do caso de uma mulher casada, mãe de duas filhas, que foi internada inconsciente, tendo como diagnóstico neurotoxoplasmose e Aids e faleceu após longo período de internação na unidade. O marido, também portador do vírus, dizia que até aquele momento desconhecia que ele e a esposa encontravam-se infectados pelo HIV.

Ainda na graduação, no estágio realizado em unidade de saúde da atenção básica do mesmo município, pude reconhecer algumas ações voltadas ao controle do HIV/Aids. Percebi que as práticas restringiam-se, basicamente, à oferta de exames sorológicos para diagnóstico de HIV, previstos na assistência ao pré-natal e protocolos de atenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Os casos diagnosticados com HIV eram encaminhados para um núcleo de atendimento específico.

Trabalhando como enfermeira em uma unidade de Saúde da Família, na cidade, percebi que a atenção ao indivíduo com HIV/aids, tanto no que dizia respeito às ações de prevenção da infecção, de promoção da saúde e de assistência aos já infectados, vinha sendo realizada de forma muito incipiente. Na minha percepção, isso pode ser traduzido na realização de poucas atividades de educação em saúde e detecção precoce da infecção pelo HIV, além daquelas já consagradas (particularmente de pré-natal) e na falta de um sistema de referência e contra-referência estruturado dos casos identificados.

Essas situações suscitaram o questionamento sobre como foi a implantação do programa de atenção ao HIV/aids, no município de Marília, e motivaram o ingresso na pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Tomando como objeto de investigação a implementação de uma política pública, o Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids, na cidade de Marília, o presente estudo integra a produção do Grupo de Pesquisa “Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva”, cadastrado no Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq).

1 INTRODUÇÃO

1.1 A POLÍTICA PÚBLICA EM DST/AIDS

Antes de abordar propriamente a política de enfrentamento do HIV/aids, particularmente na implementação do programa de HIV/Aids, faz-se necessário tecer breve consideração sobre a noção de políticas públicas que permeia o presente estudo.

Segundo Sampaio e Araújo (2006), por políticas públicas entendem-se respostas a problemas sociais formadas a partir das demandas e tensões geradas na sociedade. Problemas esses considerados de relevância social e que tenham poder de barganha suficiente para serem postos na agenda de prioridades. Paim e Teixeira (2006), analisando a política de saúde, acrescentam que, enquanto resposta social diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, possui tanto o lado da ação como o de omissão. Lembra que a política de saúde abrange questões relativas às relações de poder na conformação da agenda de prioridades, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação das políticas.

No presente estudo, parte-se do entendimento de Estado como gestor dos interesses sociais, ligado ao desenvolvimento das formas de organização social ao longo da história. Diferentemente do entendimento de Estado, representado pelo poder estatal, nas instâncias do legislativo, judiciário e executivo e separado da sociedade civil, representado pelos grupos e movimentos sociais organizados, considera-se a noção de Estado como aquele que contém tanto um como outro. Portanto, política de saúde envolve a questão do papel do Estado e a relação deste com a sociedade. Conforme Gramsci (Coutinho, 1999), há no interior do Estado estas duas dimensões, que designou de sociedade política e sociedade civil.

À sociedade política pertencem os grupos burocrático-executivos que estão ligados ao legislativo, judiciário e executivo. À sociedade civil pertencem as instituições responsáveis pela representação dos interesses de diferentes grupos sociais, representados pelas igrejas, organizações

profissionais, meios de comunicação, movimentos sociais, grupos científicos e outros.

Isso significa que, por meio da sociedade política, o Estado pode concentrar interesses da classe econômica e politicamente dominante, sendo que a sociedade civil que nele se organiza também é capaz de impor interesses de outras classes. Nesta perspectiva, o Estado surge como uma necessidade de conter o antagonismo das classes e, ao mesmo tempo, nasce no seio do conflito entre elas. Ao gerir os conflitos sociais, pode privilegiar alguns grupos, ampliando ainda mais as desigualdades entre os diferentes grupos sociais que conformam à sociedade. Teixeira (1997) lembra que à noção de políticas públicas devem estar contidas as diretrizes e referenciais éticos e legais que o Estado adota para responder a um problema vivido ou manifestado pela sociedade.

Na perspectiva da Saúde Coletiva, historicamente o Estado tem respondido aos interesses de grupos sociais das classes dominantes, no entanto, em diferentes momentos, houve possibilidades das classes dominadas imprimirem seus interesses (Salum, 1996).

No Brasil, a conformação do Sistema Único de Saúde (SUS), exemplo máximo de implementação de uma política pública de saúde, pode ser considerado também exemplo da correlação de forças e mobilização da sociedade, política e civil, à época da Constituinte, em torno da garantia da saúde enquanto direito.

Apesar dos avanços conseguidos com esta política, com a ampliação do acesso e da participação democrática na gestão do SUS e aprimoramento das ações, particularmente com o fortalecimento da Atenção Básica e dos demais serviços de atenção, é importante relativizar o alcance das políticas públicas. Conforme alertam Sampaio, Araújo Jr (2006), elas são apenas mediadoras entre a sociedade política e a sociedade civil e, nesse sentido, mesmo buscando apaziguar as tensões, elas não conseguem eliminar o conflito social, “o conflito, portanto, persiste, e dele mantém-se a dinâmica social”. É o caso do SUS, que mesmo regulamentado, organizado e descentralizado, sua efetivação e implementação só ocorrem na dinâmica do conflito e a efetivação dos seus princípios só pode ocorrer por meio de

negociação/pactuação contínua de interesses dos diversos segmentos sociais. Nesse sentido, a participação da sociedade civil é condição para a explicitação do conflito e pactuação.

Tecidas estas breves considerações, é possível identificar o processo dinâmico com que se deram as respostas ao enfrentamento do HIV/AIDS (política pública de HIV/AIDS) no cenário mundial e depois, particularmente no Brasil, quando interagiram a sociedade civil e a política.

Segundo analisam Mann, Tarantola e Netter (1992), de 1981 a 1985, foram poucos os países a responder ativamente à aids, mesmo as organizações internacionais, o que, em certa medida, fez com que em pouco tempo, um evento de saúde aparentemente restrito e silencioso, pôde se transformar em um problema de saúde de repercussão global.

Nos países desenvolvidos, a resposta foi dada na forma de organização dos seus programas de controle, o que ocorreu na metade da década de 80, frente à pressão dos movimentos da sociedade civil. Nesse ponto, vale destacar que, em especial, a comunidade gay teve papel fundamental no estabelecimento dos primeiros programas, sendo estes os primeiros a exigirem resposta da sociedade política, representado pelos órgãos governamentais da área da saúde (Altman, 1995).

A resposta, em termos de política, foi a criação dos programas de enfrentamento do HIV/aids. Países como Canadá, Alemanha, Estados Unidos, Austrália e outros definiram seus programas segundo diferentes níveis de responsabilidade federal, estadual e em alguns casos, municipal. Os Programas Federais enfatizaram o apoio técnico, o monitoramento das tendências epidemiológicas e a realização das pesquisas. Já a implementação e o financiamento de grande parte das atividades do programa ficaram a cargo dos níveis estaduais. Já na França, Suécia, Noruega e Países Baixos, criaram-se estruturas de programas funcionando diretamente no Ministério da Saúde, desempenhando um papel mais direto de implementação e monitoramento das atividades e em coordenação com comunidades organizadas da sociedade civil. (Mann, Tarantola e Netter, 1992)

Se na década de 80, nos países desenvolvidos, a aids se constituiu

num grande desafio, resultando na organização dos programas de controle, nos países em desenvolvimento a epidemia encontrou condição ideal para sua instalação e disseminação. Em algumas localidades dificultou inclusive uma resposta minimamente organizada de enfrentamento. As condições sociais precárias mais amplas das populações impossibilitam a implementação de seus programas. Os programas, nesse sentido, reproduzem e, por vezes, aprofundam as condições socialmente dadas de vulnerabilidade social encontrada em muitos países onde as condições de vida são extremamente precárias (Ayres et al, 2006)

Desta forma, nos países em desenvolvimento, houve demora na resposta, sendo a maioria dos programas criados em 1987, ou depois disso, quando já se delineava um movimento mundial contra a epidemia (Mann et al, 1992). Em alguns países, os programas foram e ainda são executados em meio à tensão política, à crise da saúde, ao caos administrativo e ao crescente risco de transmissão do HIV que acompanham as mudanças sociais destrutivas e a crise econômica mundial. A fala de um coordenador de programa de um país africano traduz esta situação: “ainda temos um programa de combate à aids, mas não temos mais um país...”. (Mann et al, 1992:146).

No caso brasileiro, considera-se que a resposta, em nível nacional, foi atrasada, ocorrendo em 1985. Ela ocorre em um momento histórico conturbado, de crise e de transição, marcado pelo restabelecimento da democracia participativa, após duas décadas de regime autoritário, em que começavam a ser esboçadas as propostas de reforma de um sistema de saúde praticamente falido em que emergiu a aids. (Nichiata, 1995). Conforme indagou Parker (1994), “o que talvez explique, em parte, o modo como o Estado e a sociedade civil reagiram à epidemia, ou seja, lenta e tardiamente” (Parker, 1994).

Outro aspecto a considerar, nesta análise, é que a vinculação da doença aos homossexuais masculinos e, a seguir, aos usuários de drogas, fez crer que a doença se restringia a alguns grupos de risco, motivo pelo qual pode ter retardado a adoção imediata de ações coletivas de intervenção. A Associação Brasileira Interdisciplinar de aids salienta que,

inicialmente, o próprio Ministério da Saúde, por considerar a aids como um problema localizado e restrito aos chamados grupos de risco, não a visualizou como um problema que merecesse investimentos para a adoção de um programa nacional integrado de combate à epidemia, argumentando que outros problemas de maior magnitude eram prioritários naquele momento. (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 1990)

Dessa forma, as primeiras respostas para o enfrentamento da epidemia não se deram na instância do Ministério da Saúde, como uma política pública relativa à aids. Quando **foi** criado o programa nacional, 11 estados já tinham seus programas minimamente estruturados, visto que já era grande o volume e a velocidade de casos novos notificados em municípios de médio e grande porte. (Parker, 1997)

Foi o Estado de São Paulo o primeiro a organizar uma política de enfrentamento, tanto em nível nacional como na América Latina, a partir da iniciativa de um grupo de militantes pelos direitos de homens que fazem sexo com homens que procuraram a Secretaria de Saúde de São Paulo (Parker, 1997)

Como primeira iniciativa, foi constituído um grupo de trabalho composto por médicos sanitaristas, infectologistas, especialista da área de laboratório e social. Este grupo foi vinculado à Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde (DHDS), departamento este que já vinha trabalhando na elaboração do serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Este grupo pretendia responder à repercussão que esta doença trazia para a comunidade e elaborou um documento contendo propostas para o enfrentamento da aids no estado, marcando a primeira estratégia de política pública no Brasil, dando origem, em 1983, ao Programa Estadual de DST/Aids, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (Kalichman, 1993; Guerra, 1993).

Apesar de ser uma epidemia, que iniciou em um setor socialmente minoritário, segundo analisa Parker (1997), houve uma resposta imediata do setor saúde, com proposta de envolver a comunidade e com uma ausência de posturas discriminatórias ou estigmatizantes. Parker (1997) identificou três fatores que contribuíram para isso.

O primeiro deve-se ao fato de ter sido uma demanda gerada por pessoas com práticas sociais de luta por seus direitos. Outro fator foi o envolvimento de um grupo de profissionais, que já havia trabalhado com outras enfermidades, que vinculavam o medo do contágio, o estigma e a discriminação, como é o caso da hanseníase e, a terceira, se reporta ao contexto histórico do surgimento desta epidemia, determinante na conformação da política de enfrentamento do HIV.

Este período histórico do surgimento das primeiras iniciativas em torno da resposta à epidemia de HIV/AIDS caracteriza-se por um momento no qual a sociedade brasileira se rearticulava politicamente, devido ao declínio do regime militar. Com esta perda progressiva do poder pelos militares, organizações da sociedade civil começavam a emergir, como foi o caso do movimento da Reforma Sanitária, em que profissionais da saúde e representantes da sociedade se empenharam para elaborar um novo desenho para a saúde pública. (Parker, 1997)

Guerra (1993) ressalta o cenário político vigente na Secretaria Estadual de Saúde na época, com forte participação do movimento sanitarista progressivo, coincidindo com o primeiro governo do estado eleito democraticamente após 1964.

Resultado de uma ação política, a partir do Estado, é criado em 1988, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o Centro de Referência e Treinamento (CRT), cujos objetivos prioritários eram atuar como capacitador e gerador de normas técnicas e implementar alternativas assistenciais, como o hospital dia e a assistência em domicílio. Em 1993, o CRT é incorporado ao programa DST/Aids, passando a denominar-se Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT-DST/Aids). (Kalichman, 1993)

Na década de 90, no município de Marília, as diretrizes programáticas mantinham-se centralizadas no Programa de DST/aids. A realização das ações de assistência e vigilância era restrita aos hospitais sob gestão da Secretaria de Estado, aos filantrópicos, universitários e ao próprio CRT. Segundo Parker (1997), após um período de centralização das ações em nível de Secretaria de Estado, passa-se a um período crítico, quando as ações assistenciais de prevenção e mesmo de vigilância epidemiológica não

acompanhavam a progressão da epidemia.

Por intermédio do Centro de Referência, procurou-se, então, estruturar uma resposta mais condizente com a dimensão do problema, entre outras coisas, estendendo as ações para outros municípios do estado, que passaram a organizar a rede de atenção ao HIV/aids nos seus territórios de abrangência. Desta forma, de 1983 a 1988, houve importante expansão, descentralização e consolidação das ações programáticas, voltadas à prevenção e controle da aids no Estado.

A descentralização das ações, não só está voltada especificamente para o enfrentamento da epidemia, mas das ações de saúde em geral, já vinha sendo amplamente discutida pelo Movimento da Reforma Sanitária, reconhecendo ser esta uma política necessária que permitiria respostas às necessidades de saúde mais condizentes com as peculiaridades de cada região e município. De fato, o processo de descentralização desencadeado no Brasil significou redistribuição de recursos financeiros para estados e municípios, mas também partilha de poder e responsabilidades na implantação e implementação das políticas públicas de saúde. Desta forma, estados e municípios passaram a partilhar com o ente federado, a tarefa de formular, planejar e implementar políticas, programas, ações e serviços de saúde.

Nesse sentido, o processo de descentralização das ações de HIV/aids no Estado de São Paulo, iniciado na década de 90, estava em consonância com a diretriz nacional. A descentralização das ações programáticas foi impulsionada, especialmente, a partir de 1994, quando o Brasil, através do Ministério da Saúde, passa a receber recursos advindos de empréstimo do Banco Mundial, para o desenvolvimento do plano estratégico ao enfrentamento da epidemia no País. Isso significou transferência de recursos para os estados e municípios, com ênfase no desenvolvimento de ações voltadas ao fortalecimento da gestão descentralizada. Segundo avalia um coordenador de um programa municipal do Estado de São Paulo, na medida em que o processo de descentralização das ações avançou, os municípios tiveram que melhorar sua capacidade técnica e administrativa, instalada nas secretarias municipais, para dar resposta às demandas de planejamento.

(Barboza, 2006)

Ao longo do processo de descentralização, forçosamente os municípios tiveram que discutir as ações de planejamento, constituindo uma pactuação de um conjunto de estratégias, para o enfrentamento da aids na sua cidade.

Totalizando 24 anos de trajetória e considerando seus quatro objetivos básicos - implantar a vigilância epidemiológica da aids, esclarecer a população para evitar o pânico e discriminação dos grupos considerados vulneráveis na época, garantir atendimento aos casos diagnosticados e orientar os profissionais de saúde - faz-se ainda presente o desafio de descentralização das práticas de enfrentamento voltadas ao HIV/aids, no âmbito dos municípios. (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2007).

No âmbito de responsabilidade das ações municipais, cabe a oferta de serviços de saúde para o acompanhamento e tratamento da infecção pelo HIV, realizadas prioritariamente no âmbito da atenção especializada. No entanto, para fazer frente aos desafios impostos pela epidemia, os municípios devem fortalecer os serviços da Atenção Básica, por serem estes os serviços de fundamental importância na compatibilização das ações de alcance individual e coletivo que visem à promoção da saúde e à redução de vulnerabilidade ao HIV, ao adoecimento e a morte por aids (São Paulo, 2003).

Neste contexto, indagam-se quais têm sido as diretrizes político-institucionais do Programa de HIV/aids e quais são os desafios atuais dos municípios do Estado de São Paulo. Buscando responder a esta questão, tomou-se a implementação do programa, no município de Marília, como objeto do presente estudo.

1.2 A EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL E NO ESTADO DE SÃO PAULO

Nas décadas de 70 e 80, havia uma expectativa de que as doenças transmissíveis não estariam mais entre as causas principais de morbidade e mortalidade, dando lugar aos agravos degenerativos, não transmissíveis e de causas externas.

Fundamentadas na Teoria da Transição Epidemiológica (Omran, 1971), as proposições se baseavam na afirmação de que o crescimento populacional é resultante fundamental da queda da morbidade e mortalidade, particularmente entre crianças e mulheres jovens. E na argumentação de que há um desenvolvimento “natural e linear” na história das doenças e agravos que acometem a humanidade, dividida em três períodos - idade das pestilências e fome, idade das pandemias reincidentes e, por fim, idade das doenças degenerativas. E mais importante que as mudanças na transição epidemiológica estariam intimamente ligadas à transição econômica e social e, portanto, com variações nos ritmos de desenvolvimento de cada localidade; desta forma, esperava-se que, em algum momento, os países chegassem à modificação do perfil de saúde e doença com a queda das doenças transmissíveis.

Já iniciada a década de 80, ficou evidente que o esperado progresso da sociedade, medido pelo desenvolvimento social e econômico, que seriam os determinantes da transição epidemiológica, também determinou processos que propiciaram o aparecimento e disseminação de “novos e velhos” agravos transmissíveis (Luna, 2002; Sabroza, Toews, 2001).

A emergência e a disseminação da aids nos diferentes continentes são o evento mais importante no questionamento das bases teóricas de transição epidemiológica. A aids surgiu num momento em que as doenças transmissíveis já não faziam parte do elenco dos principais agravos à saúde nos países desenvolvidos, contrariando, como afirma Possas (1989), a visão tradicional em saúde pública que tende a identificar a expansão das doenças infecciosas aos padrões de atraso e subdesenvolvimento característicos dos países do Terceiro Mundo. E, apesar do conhecimento acumulado na

produção de conceitos e nas práticas em saúde, que, em décadas anteriores, levaram ao controle de importantes doenças transmissíveis, não foram suficientes para evitar sua ocorrência e rápida expansão.

Após a primeira publicação dos cinco casos de aids ocorridos, todos na cidade de Los Angeles, Estados Unidos da América em 1981, a aids se constitui um dos principais problemas de saúde no mundo, estimando que até 2005, aproximadamente, 40 milhões de pessoas fossem infectadas e, dessas, cerca de três milhões iriam a óbito. (CDC, 1981)

Cerca de 90% dos casos estão nos países em desenvolvimento. Na América Latina, estimava-se que até 2004, 1,8 milhões de pessoas seriam portadores do HIV.

Na análise sobre a epidemia, têm sido utilizados como fonte os dados e as notificações de casos de doença ao Sistema de Vigilância Epidemiológica. É importante lembrar que a notificação obrigatória dos casos é feita segundo critérios para definição de ocorrências de doença e não tratam de informação sobre os casos de pessoas que vivem com a infecção pelo HIV. Calcula-se que, a cada notificação da doença, exista cerca de cinco casos de infecções pelo HIV diagnosticados e que há um grande contingente ainda não identificado. Estimativas mostram que cerca de 200 mil pessoas infectadas pelo HIV, no Estado de São Paulo, desconhecem sua condição sorológica. (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2005). Mesmo que o perfil seja traçado, tomando os casos de doença, ainda assim é possível fazer uma análise da epidemia.

Tomando-se os dados de notificação de aids no Brasil, de 1980 até junho de 2006, foram 433 mil casos, apresentando, em 2005, uma taxa de incidência de 18 casos por 100 mil habitantes. (Ministério da Saúde, 2006)

As regiões Sul e Sudeste foram as que mais realizaram notificações da doença, totalizando cerca de 80% do total de casos. O Estado de São Paulo possui o maior número de notificações (40% do total no País), totalizando, no período de 1980 a 30 de junho de 2006, 151.961 casos, ocupando o terceiro lugar dentre os demais estados da união, com maior taxa de incidência de 21,3 por 100 mil habitantes em 2005. Brasil (2006)

O perfil epidemiológico do HIV/aids no Estado vem apresentando

modificações ao longo do tempo, podendo ser dividido em dois períodos, com características particulares em cada um.

No período de 1980 a 1990, identifica-se um perfil constituído basicamente por homens jovens, homens que fazem sexo com homens (HSH) e/ou usuário de drogas, alta letalidade por esta causa e concentração em municípios mais populosos, com destaque ao município de São Paulo, conforme descrito anteriormente.

Durante a década de 90, este perfil passou a apresentar um aumento da notificação em heterossexuais, ainda que maior número de ocorrências em homens (razão de 2/1 casos masculino e feminino); aumento do número de casos em mulheres jovens, atingido segmentos populacionais com menor renda e número de anos de estudo; diminuição da mortalidade; aumento no tempo de sobrevivência; deslocamento para faixas etárias mais avançadas e disseminação para municípios de pequeno e médio porte, chegando a 645 (100%) dos municípios a informar casos ao sistema de vigilância epidemiológica. (Boletim Epidemiológico aids. 2007)

Esta mudança, na proporção entre homens e mulheres infectados com um aumento de casos femininos, é discutida por (Parker-1997apud) como consequência das altas taxas de prevalência do HIV entre os bissexuais masculinos e entre os heterossexuais usuários de drogas intravenosas que mantêm relação sexual estável.

A distribuição de casos, no Estado de São Paulo, por faixa etária, evidencia o predomínio de casos entre 30 e 39 anos, desde 1999. Outra faixa etária com mudança de indicadores ao longo dos anos é a de 40 a 64 anos, que apresentou um discreto aumento de casos entre 1991 a 2004. No período de 1984 a junho de 2006, foram notificados 4911 casos em menores de 13 anos, sendo que 87% destes casos foram causados por Transmissão Vertical. (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006).

As categorias de exposição à infecção apresentaram mudanças de prevalência após a década de 1990. A transmissão de aids em Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) reduziu em quatro vezes no período de 1992 a 2004. A transmissão heterossexual é a que apresenta a maior categoria de exposição à doença no estado, correspondendo a 57,7% dos casos, sendo

que este valor variou de 15% em 1990 para 55,9% em 2004. Já o número total de casos entre HSH diminuiu até 1990, mantendo níveis constantes desde então. Após o ano de 1997 ocorreu uma importante queda de notificação da doença por transfusão sanguínea. (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006).

As notificações de 2006, do Estado, demonstram uma prevalência de raça branca no diagnóstico, correspondendo a 58,5%, seguido de 20,9% de pardos e 9,8% de negros. (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006).

No Estado de São Paulo, analisando a distribuição dos casos por sexo e as principais categorias de exposição na população maior de 13 anos, segundo as 23 Direções Regionais de Saúde (DIR), reconhecem-se cinco padrões de modos de transmissão, constituindo um perfil regional da epidemia, resumidamente descrito abaixo. (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2001).

O padrão 1 corresponde ao Município de São Paulo, onde se verifica o predomínio absoluto de casos entre HSH, desde o início da epidemia até o final da década de 90, e o uso de drogas injetáveis como segunda forma de transmissão mais importante até meados de 1995. Durante a década de 90, a transmissão heterossexual torna-se a segunda mais importante.

Já o padrão 2, característico das Direções Regionais de Saúde de Santo André, Mogi das Cruzes, Osasco, Araraquara, Bauru, Campinas, Santos e Sorocaba, o perfil é composto por três situações distintas. A primeira, com predomínio de casos entre HSH, até o final da década de 80 e os primeiros anos da década de 90. A segunda, entre usuários de drogas injetáveis desde o início, estendendo-se até meados de 90. A terceira, com aumento de casos entre heterossexuais em ambos os sexos, especialmente entre a população feminina.

O padrão 3, encontrado nas DIR de Piracicaba, São João da Boa Vista, São José dos Campos e Taubaté, apresenta predomínio de casos entre HSH, durante a década de 80, e um aumento progressivo entre usuários de drogas, no início da década de 90, sendo esta o padrão predominante até o final da década.

O padrão 4, observado nas DIR de Araçatuba, Assis, Barretos, Franca, Marília, Presidente Prudente e São José do Rio Preto, com predomínio de usuários de drogas injetáveis até 1998, aumento de casos entre heterossexuais a partir de meados de 90, mantendo-se como a principal forma de exposição ao vírus, com predomínio entre a população feminina e pequeno número de casos entre HSH.

O padrão 5, constituído pelas DIR de Franco da Rocha, Botucatu e Registro, não há predomínio de nenhuma forma de exposição nas décadas de 80 e 90, observando-se uma tendência de aumento de casos entre heterossexuais, principalmente na DIR de Registro.

Vem-se observando mudança nos padrões de transmissão do vírus e, em toda a região do Estado vem-se apresentando aumento de casos por transmissão heterossexual, principalmente na população feminina e redução no número de casos entre usuários de drogas injetáveis.

O município de Marília, cenário onde foi realizado o estudo, inscreve-se no padrão 4. A primeira notificação na cidade data de 1985, e até dezembro de 2007, contabilizavam-se 1436 casos, com média nos últimos 16 anos, 43 casos ao ano. Desde o início da epidemia, embora o número de casos em homens seja maior que em mulheres, observa-se que a razão de masculinidade que era de 4,8 em 1991, passou, a partir de 1996, a variar de no máximo 2,7 e no mínimo 1,6. Em Marília, a principal categoria de exposição, desde o início da epidemia, tem sido a heterossexual, seguida do uso de drogas injetáveis. (Secretaria da Saúde, 2007).

Seguindo tendência geral, a epidemia em Marília, em anos mais recentes, tem se estabilizado em termos de número de casos novos a cada ano, com diminuição da incidência e da mortalidade por aids. Estes são resultados que podem ser creditados em grande medida à política pública de enfrentamento do HIV/aids, que vem sendo implementado, não só na cidade, mas em todo o país.

1.3 CONTRIBUIÇÃO DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE NA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

Estes diferentes padrões e as mudanças que a epidemia tem assumido, na perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva, estão relacionados às formas como se organiza cada sociedade nos aspectos político, ideológico, cultural e econômico. Reconhece-se o caráter individual do processo saúde-doença, ou seja, no sentido do desenvolvimento da infecção no organismo. No entanto, considera-se que esse não se encerra em si mesmo, ou seja, não se refere exclusivamente à dimensão do indivíduo, nos seus aspectos biológicos e comportamentais. Entende-se, portanto, que a doença também expressa condições coletivas de vida, resultantes da forma de organização da sociedade.

Nesta perspectiva, na análise da epidemia de aids, um conceito que tem auxiliado é o de Vulnerabilidade proposto por Mann et al (1990). O conceito tem sua origem na área de Direitos Humanos e foi sendo apropriado pelo campo da saúde coletiva como uma estratégia de superação da ideia do risco, que vem se tornando insuficiente para explicar a ocorrência e disseminação da epidemia de aids (Ayres, 2006). Em sua origem, designa grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania.

Na abordagem das doenças e agravos, particularmente nas transmissíveis, tradicionalmente o conceito epidemiológico de risco tem ocupado um papel central nas respostas de enfrentamento dessas. Assim foi com a aids, pois, utilizando-se do instrumental epidemiológico, foram identificados os fatores de risco associáveis à doença. Segundo analisa Ayres et al (1999), ocorre que os fatores de risco utilizados para os primeiros estudos epidemiológicos (estudos onde se buscam associações regulares e estatisticamente significantes) operaram um deslocamento discursivo para “grupos de risco”, cujas implicações práticas são conhecidas.

As medidas preventivas adotadas neste período não se mostravam muito eficazes, visto que se baseavam em abstinência sexual e isolamento do indivíduo, o que acabaram gerando medo, preconceito e exclusão.

Nesse sentido, segundo Parker (1996), o conceito de vulnerabilidade proposto por Mann et al (1993-1996) faz uma crítica ao conceito de risco e grupo de risco, discutindo os limites deste entendimento, apresentando a noção de vulnerabilidade ligada aos ideais de direitos humanos.

Esta mudança de foco fez com que a noção de risco individual passasse a uma nova interpretação da questão, ou seja, ampliando a percepção na direção de vulnerabilidade social. Como nos esclarece Parker (1996:51):

“Talvez a mais importante transformação isolada em nossa maneira de pensar sobre HIV/Aids, no início dos anos 90, tenha sido o esforço de [...] passagem da noção de risco individual a uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial não só para nossa compreensão da epidemia, mas para qualquer estratégia capaz de conter seu avanço”.

Ayres et al (1997) definem o conceito de vulnerabilidade como “[...] modo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam cada um de nós expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para nos protegermos”. Segundo analisam, enquanto os fatores de risco indicam probabilidades, a vulnerabilidade antecede ao risco e pode ser traduzido como um indicador da iniquidade e da desigualdade social.

A vulnerabilidade não é só individual, embora atinja pessoas, mas é uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade. A vulnerabilidade quer expressar os potenciais existentes nos processos saúde e doença relacionados a indivíduos e grupos que vivem em um certo conjunto de condições históricas e sociais (Ayres et al, 2008). Enquanto os fatores de risco indicam probabilidades, a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. Nesse sentido, a vulnerabilidade antecede ao risco e determina processos diferenciados de saúde e doença e as possibilidades para o seu enfrentamento (Ayres et al, 1997).

Dito de outra maneira, na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição e o enfrentamento dos agravos de saúde, e mesmo acometimentos que levam à morte, resulta tanto de aspectos individuais como de contextos ou

condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte em questão.

A operacionalização da vulnerabilidade possibilita um modo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam indivíduos e grupos expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para o seu enfrentamento (Mann, Tarantola; 1992). É importante destacar que, no sentido da vulnerabilidade, estão contidas, simultaneamente, a resistência e capacidade criadora dos indivíduos e grupos para superação, no que pode ser identificado como empowerment. (Gastaldo, 2005).

A relação *vulnerabilidade/empoderamento (empowerment)* é indissolúvel, uma e outra são necessariamente interdependentes (Ayres, França jr, Calazans, 1997). Alguém, ou algum grupo social, está mais ou menos vulnerável na medida em que há condições de *empowerment*.

Mann definiu três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou menor vulnerabilidade de indivíduos e de coletividades à infecção e ao adoecimento ao HIV: a vulnerabilidade individual; a vulnerabilidade social; e a vulnerabilidade programática ou institucional.

A vulnerabilidade individual diz respeito à ação individual de prevenção frente a uma situação de risco. A vulnerabilidade programática refere-se a políticas públicas de enfrentamento do HIV/aids, metas e ações propostas nos programas de DST/aids e organização e distribuição dos recursos para prevenção e controle. Já, a vulnerabilidade social se refere à estrutura econômica, políticas públicas, em especial de educação e saúde, à cultura, ideologia e relações de gênero que definem a vulnerabilidade individual e programática.

A Enfermagem em Saúde Coletiva vem se apropriando do conceito de vulnerabilidade, não apenas na análise sobre a epidemia de aids (Oliveira DLLC et al., 2004; Meyer et al., 2006; David, 2002), mas para discutir o processo de adoecer e morrer em relação a outros fenômenos (Munoz, 2003; Bowkalowski, 2006; Takahashi, Oliveira, 2001).

Para Takahashi (2006), o conhecimento da vulnerabilidade ao agravo

de saúde pela Enfermagem é importante porque contribui na identificação de necessidades de saúde em indivíduos vulneráveis, potencializando a proteção desses. Assim, o conceito de vulnerabilidade permite identificar as condições, características e situações de proteção e fortalecimento do indivíduo e grupos contra o adoecimento.

Na interpretação de Sánches e Bertolozzi (2007), para a enfermagem em Saúde Coletiva, a vulnerabilidade diz respeito à chance de exposição das pessoas aos agravos, ao adoecimento e morte, como resultante de um conjunto de aspectos que, mesmo que se refiram imediatamente ao indivíduo, o coloca na perspectiva da relação deste com o coletivo. Segundo destacam, este modelo de interpretação, que interliga as dimensões individuais, programáticos e sociais, é um convite para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas; nesse sentido, destacam que, para intervir em situações de vulnerabilidade, considera-se como imperativo o desenvolvimento de ações que envolvam resposta social, ou seja, que congreguem a participação ativa da sociedade na resposta solidária de enfrentamento da epidemia.

Nesse sentido, é importante destacar que este marco conceitual não é entendido numa perspectiva de reprodução *do status quo* pela naturalização das condições que levaram à vulnerabilidade, mas essa carrega seu correspondente e interdependente “capacidade para o enfrentamento”.

Na revisão bibliográfica realizada no Medline e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), duas importantes bases na área da saúde e da enfermagem, de 1996 a 2006, encontraram-se poucos estudos na área de Enfermagem abordando os aspectos coletivos da vulnerabilidade na análise das situações de saúde e maior número de estudos que abordam o âmbito individual (Nichiata et al 2007).

Segundo Takahashi (2006), os estudos, não só na enfermagem, todavia na área da saúde, não dão destaque à dimensão da vulnerabilidade programática, por exemplo, nos aspectos que dizem respeito às ações dos serviços de saúde, aquelas de âmbito das políticas públicas de saúde.

No levantamento bibliográfico, realizado na base de dados da

Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde (LILACS), envolvendo descritores de vulnerabilidade e HIV/aids, (Pereira et al, 2007) também identificou a existência maior na produção de pesquisas que buscam compreender a vulnerabilidade individual, sendo escassos estudos que iluminam as dimensões da vulnerabilidade programática e social.

Sem desconsiderar as dimensões individual e social, mas entendendo que a dimensão dos programas, como expressão de uma política social pública, é um dos determinantes de destaque da vulnerabilidade dos indivíduos e grupos ao HIV/aids, busca-se esclarecer o modo, quais, quando e como se desenvolve o Programa Municipal de DST/aids na cidade de Marília.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever, na perspectiva da vulnerabilidade, as diretrizes político-institucionais do Programa de DST/Aids de Marília, segundo os gestores do programa, no período de 1998 a 2008.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever a trajetória histórica do programa de DST/aids no município de Marília;
2. Identificar a expressão e transformação do compromisso em ação pelo poder público;
3. Discutir a sustentabilidade das ações programáticas.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo que utiliza abordagem qualitativa, com o intuito de captar as percepções dos coordenadores do programa de DST/AIDS, do município de Marília, no desenvolvimento do programa.

Entre os tipos de pesquisa qualitativa, optou-se por utilizar o Estudo de Caso. Trata-se de um estudo descritivo de uma unidade, na qual procura responder as demandas e problemas encontrados em uma determinada realidade objetiva (André, 1995).

A opção pelo estudo de caso de Marília possibilitou, do ponto de vista metodológico, conhecer, de forma aprofundada, os processos políticos e institucionais das ações programáticas em DST/aids. O Estudo de Caso é um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado. Tem o caráter de um estudo exploratório. Como vantagens, pode ser elencada a aproximação de uma temática complexa, estimula a busca de novas descobertas, possibilita a apreensão da totalidade, neste último aspecto, supera o problema comum em levantamentos em que a análise individual dá lugar à análise de traços, estabelecendo uma unidade. Além dessas, o Estudo de Caso tem a vantagem de utilizar procedimentos simples, quando comparado com outras modalidades de pesquisa qualitativas. (Gil,1991)

Como desvantagem, Gil (1991) destaca dificuldade de generalização dos resultados obtidos, o que pode ser discordado, uma vez que é exatamente este significado de uma pesquisa qualitativa a busca da especificidade e singularidade do caso (Barboza, 2006). Estudos de caso servem à apreensão das políticas, dados que tocam a política local, embora receba influência da macroestrutura política (nacional e internacional).

3.1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

O presente estudo, considerando a interação das três dimensões, destaca a dimensão programática da vulnerabilidade ao HIV/Aids no

município de Marília.

Na avaliação da dimensão da vulnerabilidade programática, Mann et al (1993) e Ayres et al (2006) propõem os seguintes elementos:

1. Expressão do compromisso: o grau e a qualidade do compromisso dos programas e serviços de saúde, ou seja, o envolvimento de níveis decisórios das políticas públicas de saúde no reconhecimento da aids, enquanto problema relevante para a saúde; criação de programa e definição de política específica;
2. Transformação do compromisso em ação: existência de projetos ou planos de ação, nas áreas de prevenção e assistência; definição de parâmetros ético-políticos direcionados aos direitos humanos (respeito, proteção e promoção);
3. Desenvolvimento de coalizão e controle social: desenvolvimento de parcerias com segmentos da sociedade no desenvolvimento da política e programas com participação no planejamento e avaliação; articulação intersetorial das ações; participação comunitária na gestão dos serviços (conselhos gestores e conselhos municipais);
4. Planejamento e coordenação: competências de suas gerências e técnicos para o planejamento, a coordenação e o gerenciamento das ações: definição do plano; realização do monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações; educação permanente e disponibilidade de recursos humanos necessários;
5. Sustentabilidade das propostas: captação e alocação de recursos financeiros para viabilização das ações, priorizando intervenções com base nas necessidades de saúde;
6. Respostas às necessidades de prevenção: projetos de educação em saúde, de redução de danos; organização de serviços sociais e de prevenção; suprimento de insumos e equipamentos de prevenção; implementação de ações de prevenção;
7. Respostas às necessidades de tratamento: acessibilidade e melhoria da qualidade dos serviços, priorizando intervenções com base nas necessidades de saúde;

8. Sustentação do esforço: continuidade do programa, a partir de um curso de ação que reflita as necessidades e as aspirações da comunidade;
9. Avaliação do progresso: periodicidade do monitoramento e avaliação do processo e do programa; avaliações periódicas do impacto do programa sobre tendências comportamentais e epidemiológicas, aplicação dos resultados no desenvolvimento de políticas e programa.

Observa-se, na descrição dos elementos, que esses são abrangentes e complexos em termos e extrapolam os objetivos do presente estudo, de tal forma que optou-se por tomar, na análise da vulnerabilidade programática, o agrupamento dos elementos 1 e 2 (expressão e transformação do compromisso em ação) e elemento 5 (sustentabilidade das propostas).

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O município de Marília localiza-se na região centro-oeste do interior do Estado de São Paulo e, segundo estimativas do IBGE para abril de 2007, a população é de 218.113 habitantes, sendo a 13^a maior cidade do interior paulista. Nas épocas de safra e entressafra, recebe importante população vinda de outros estados e municípios vizinhos. Além disso, a existência de nove presídios próximos à região, recebe um número importante de familiares dos detentos em sua cidade.

A cidade passou a município em dezembro de 1926, com a chegada da estrada de ferro e com uma economia baseada no café. Em 1934, a produção de algodão atraiu grandes indústrias para a cidade, intensificando o crescimento da economia local. Mas, foi na década de 1970, que Marília viveu importante período de crescimento, com a vinda de indústrias alimentícias e metalúrgicas. A instalação de cursos universitários também contribuiu para o desenvolvimento local, com intensificação do comércio. Atualmente, há sete instituições de ensino de terceiro grau na cidade, sendo três públicas.

Conforme o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) desenvolvido pela Fundação SEADE (2007), que classifica os municípios segundo indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade, Marília, em 2004, mantinha-se com índices baixos de riqueza e de escolaridade, mas com melhora dos valores de longevidade em comparação há anos anteriores, devido à diminuição da mortalidade infantil e perinatal. O município apresentou redução de todos os indicadores de riqueza, mas é importante salientar a influência que o racionamento de energia proporcionou a este marcador para o município e para todo o Estado.

Quanto à escolaridade, embora Marília tenha apresentado melhora de 2002 para 2004, na maioria dos indicadores de educação, sua posição no ranking apresentou considerada queda devido ao melhor desempenho dos outros municípios. Esse dado deve ser considerado com cautela, visto que só se avaliam três indicadores, escondendo situações muito heterogêneas, segundo as diferentes regiões do município, onde parte da população vive em condições precárias e desiguais.

Com relação aos indicadores de saúde, Marília acompanha o Estado de São Paulo na importante queda nos índices de natalidade, natimortalidade e mortalidade geral, segundo dados de 2004, e destaca-se apresentando índices ainda mais baixos em relação ao Estado. Porém, nesse mesmo período, apresenta índices de mortalidade infantil e mortalidade na infância pouco maiores quando comparados aos do Estado de São Paulo.

Na análise realizada pela Secretaria Estadual da Saúde, nível regional, de 27 indicadores do sistema de monitoramento e avaliação do SUS, a partir da Atenção Básica, Marília integra o grupo de municípios que foram considerados de Alta Prioridade para intervenção de 13 indicadores. Esses englobam desde ações e procedimentos básicos, como consultas médicas de rotina e de urgência, proporção de cobertura pela Estratégia Saúde da Família, coeficiente de mortalidade infantil, neonatal e materna, proporção de cesárea e nascidos vivos com sífilis congênita, até acesso à saúde bucal. A análise destes indicadores mostra situação crítica em termos de Atenção Básica na cidade.

Marília está habilitada na gestão plena do sistema de saúde desde junho de 1998. Possui, em termos de equipamentos de média e alta complexidade, sete hospitais, três pronto-socorros gerais, um pronto-socorro infantil e um pronto-socorro oftalmológico. Quanto à rede básica, há 12 Unidades Básicas de Saúde e 28 Unidades Saúde da Família, o que significa uma cobertura de 5.500 pessoas por unidade de saúde. O Município também conta com quatro ambulatorios de especialidades médicas, uma odontológica e cinco serviços de raios-X.

Na atenção às DST/Aids, além da assistência ambulatorial e internação realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), conta-se com um serviço ambulatorial sob responsabilidade da Secretaria Municipal.

3.3. SUJEITO DA PESQUISA

O estudo teve como sujeito da pesquisa os Coordenadores de DST/Aids que atuaram na Secretaria Municipal de Saúde de Marília, que totalizaram três coordenadores até o presente momento. A escolha destes sujeitos foi feita com o intuito de agregar vários aspectos do objeto estudado em suas dimensões políticas, técnicas e administrativas. Para isso, foram selecionados, como atores a serem entrevistados, os coordenadores do programa de DST/Aids que já atuaram no município.

As entrevistas foram gravadas e as falas transcritas na íntegra para a análise posterior. Foi realizada uma pergunta aberta para nortear o início da entrevista, buscando obter respostas em profundidade com esses atores.

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A entrevista iniciou com a identificação do entrevistado, visando a obter informações referentes à sua formação acadêmica e profissional.

A segunda parte corresponde a uma pergunta norteadora que

introduz a entrevista para os conteúdos sobre a epidemia e as ações de prevenção e assistência ao HIV/Aids, no município de Marília, visando a responder os objetivos da pesquisa. Sendo a pergunta realizada para as três coordenadoras: “Como foi sua experiência na Secretaria de Saúde no momento em que esteve envolvida nas questões de HIV/Aids?”

A coleta de dados foi realizada após contato prévio com as três pessoas que já atuaram na coordenação das ações, voltadas às DST/Aids, no município. Foram agendadas as entrevistas para o mesmo dia, seguindo a ordem de sequência cronológica crescente em que atuaram no programa.

As entrevistas tiveram duração aproximada de uma hora cada, foram gravadas com o consentimento das entrevistadas, sendo realizada a leitura prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS PARA ANÁLISE

Foi realizada a transcrição na íntegra das entrevistas, e análise do material empírico coletado, tendo como parâmetros os marcadores da vulnerabilidade, na dimensão programática, estabelecidos por Mann e Tarantola (1993).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Realizadas as entrevistas, as falas contidas nas gravações foram transcritas. A técnica de análise utilizada foi a análise de conteúdo, proposto por Bardin (1979), a qual visa à análise do conteúdo da comunicação, ou seja, das mensagens.

Compreendeu a fase de leitura exaustiva das transcrições, seguida de pré-análise, confrontando os resultados com os objetivos e as questões levantadas no estudo. Inicialmente, o material foi lido sem a preocupação de categorizá-lo, mas tem como propósito a busca dos sentidos e significados da mensagem. Numa segunda fase, com base nas categorias analíticas, buscaram-se elementos, ideias, expressões e outros aspectos que

apresentaram características comuns contidas nas falas, identificando, ao final, suas correspondentes subcategorias.

Segue abaixo o quadro síntese das categorias, síntese dos conteúdos e subcategorias encontradas:

Quadro 1 Categorias de análise

Categorias analíticas	Conteúdos	Subcategorias
Expressão e transformação do compromisso em ações pelo poder público no enfrentamento da epidemia	<ul style="list-style-type: none"> • Assunção de apoio político • Construção de programas/projetos (posicionamentos ético, humanitário, etc.) • Adesão aos projetos nacionais, estaduais. • Articulação do programa com outros setores e secretarias do município (escolas, bem-estar social, ONG, indústrias, comércio...) • Articulação do programa com outras áreas da Secretaria Municipal da Saúde (Promoção de educação permanente dos trabalhadores no HIV/aids). • Avaliação e reestruturação dos projetos/propostas implementados. • Organização de estrutura de atendimento para garantir a assistência ao portador do HIV. • Realização de ações/atividades de prevenção (palestras, orientações, distribuição de insumos, materiais educativos, preservativos, kit troca de seringas), implementação de projetos voltados a grupos vulneráveis ao HIV. • Organização da vigilância epidemiológica da aids (fluxo, notificação, compilação e análise dos dados, divulgação). • Operacionalização do conceito de vulnerabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ator social -Qualificação profissional -Implementação do programa
Sustentabilidade da proposta	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção de apoio político. • Articulação com demais esferas de governo (federal e estadual). • Captação de recursos financeiros. • Alocação dos recursos. • Criação de mecanismos de gestão financeira. • Ampliação da cobertura nos serviço já existente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ações desenvolvidas e a relação com financiamento do programa. -Desafios para sustentabilidade

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, em dezembro de 2007 (Anexo 1). Foi autorizada a realização da pesquisa pelo Secretário Municipal de Saúde (gestão 2005 - 2008). Junto aos sujeitos de pesquisa, foi assegurada a participação voluntária, apresentados os objetivos do projeto e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento e Responsabilidade em Pesquisa (Anexo 3).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentadas as diretrizes político-institucionais tomadas, ao longo da implantação do Programa de DST/Aids, no município de Marília.

Primeiramente, será apresentada a trajetória histórica de implantação do Programa e depois se discutirá a vulnerabilidade na dimensão programática, segundo as categorias: a) “expressão e transformação do compromisso em ações pelo poder público no enfrentamento da epidemia”; b) sustentabilidade da proposta.

4.1 TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE DST/AIDS NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA

Foram registradas as histórias contadas por sujeitos, coordenadores do Programa de DST/aids, tendo em conta que estes relatos são uma criação particular de cada um e, ao mesmo tempo, tornam possíveis apreender a configuração sobre como vem sendo traçada a política pública e como se conformam as práticas institucionais. Ao tomar a história contada por estes sujeitos, não se quer, como colocou Guerra (1993), identificar a “verdade histórica”. Por ser contada, interpretada, a história é fragmentada e apresenta lacunas, portanto é uma versão. Desta forma, embora não tenha sido material empírico de análise, foram recuperados documentos (termos de convênio, Plano de Ações e Metas, Ofícios etc.) que trataram de dar “recheio” à história contada.

A formulação e a implementação do Programa de DST/aids, em Marília, estão intimamente ligadas à trajetória das respostas federal e estadual e foram determinadas pelas diretrizes político-institucionais nacionais vigentes.

De 1988 até fins de 1991, o programa estadual atuou diretamente na organização e realização das ações voltadas ao enfrentamento do HIV/aids

pelos serviços públicos de saúde da Secretaria Estadual, com vistas à atenção nas diferentes regiões do Estado (Kalichman 1993). Dessa forma, no município de Marília, até o final da década de 90, as ações de prevenção e assistência eram realizadas pelos equipamentos de saúde estaduais. Basicamente, neste período, a atenção se concentrou na resposta às necessidades de internação dos pacientes com aids, que tinham sua assistência realizada no Hospital das Clínicas da FAMEMA e no Núcleo de Gestão Assistencial (NGA), ambas coordenadas pelo Estado.

O primeiro caso identificado na cidade de Marília data de 1985, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília. Não havia, neste período, atenção ao HIV/Aids nos serviços de saúde municipal. As primeiras iniciativas municipais de organização de práticas voltadas, especificamente, ao enfrentamento da epidemia, só vieram a ocorrer no final da década de 90, com a criação do Programa Municipal de DST/Aids da cidade. A Secretaria Municipal de Saúde de Marília iniciou a implantação do Programa em 1998/1999, dezesseis anos após a constituição do Programa Estadual de São Paulo e quatro anos após a iniciativa de descentralização das ações, iniciativa do Governo Federal, em 1994, o que demonstra demora na organização das ações pelo município.

Isso pode ser explicado em parte, porque até então as diretrizes políticas e institucionais que determinaram a realização das ações, por exemplo, de vigilância e de assistência, ainda se encontravam de forma centralizada na Secretaria de Estado. A abertura para que o município de Marília assumisse a atenção pelos seus equipamentos coincide com a implementação do SUS, que tem, como um dos princípios organizacionais, a descentralização das ações para os municípios brasileiros, com mecanismos para o fortalecimento da autonomia municipal. Aos municípios a descentralização significou o envolvimento com a identificação e resposta aos problemas e necessidades dos habitantes moradores em seus territórios e, dessa forma, também, com a atenção ao HIV/aids. A partir da década de 90, o Programa Estadual de DST/aids da Secretaria Estadual de Saúde passa a desenvolver ações com vista à descentralização para os municípios.

Dessa forma, os municípios passaram a assumir a organização e a

implementação das ações a partir de 1994. Em Marília, apesar da demora, há que considerar que foi o primeiro município na região da Direção Regional de Saúde (DRS) a implementar o programa, constituído ao todo por 35 municípios.

O Programa de DST/aids de Marília é formulado no contexto da descentralização das ações de controle da epidemia, que ocorreu por meio de convênios entre Secretaria Estadual e Ministério da Saúde. A Secretaria de Saúde de Marília assinou o convênio e elaborou o Plano Operativo Anual (POA), cujos objetivos estavam vinculados às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Banco Mundial, mediante acordos de empréstimos ao governo brasileiro, o "Aids I". Ao município de Marília cabia a execução das ações propostas nas diretrizes nacionais. O POA previa ações voltadas, basicamente, às ações de sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos, discussão e organização de ações de prevenção da infecção, não priorizando, neste momento, intervenções de assistência por parte do município.

A primeira iniciativa do Programa Municipal foi a criação do Comitê de Aids, com a participação de membros da FAMEMA, representantes regionais da Secretaria de Estado da Saúde, entidades assistenciais para usuários de drogas, representantes da Secretaria Municipal do Bem-Estar Social, dentre outros. Essa criação responde a uma recomendação do Banco Mundial para a implementação dos programas. Era prevista a participação de representantes da sociedade civil. Esta comissão teve papel importante no início da implantação das primeiras atividades relacionadas ao enfrentamento das questões de HIV/aids. Na atualidade, o direcionamento para a implantação das ações ocorre mais no âmbito do programa municipal, com pouca participação da sociedade civil.

Em Marília, de 1999 a 2002, as ações de prevenção centralizaram-se em atividades de educação em saúde, realizadas pontualmente, sejam em datas (Dia de Luta Contra a aids, Carnaval etc.) ou locais específicos (comércio, terminal rodoviário, escolas e outros).

Segundo Fonseca (2007), por meio da modalidade de convênios, foram incentivados, principalmente, ações de prevenção à aids, no período

de 1993 a 2002, em 27 Estados e 177 municípios estratégicos. As ações eram principalmente voltadas a populações específicas, como os usuários de drogas injetáveis e, em grande medida, pelas organizações da sociedade civil. Marília, por exemplo, diante da análise do perfil epidemiológico em que se detectou a necessidade de implantação de ações voltadas para profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis (UDI) e homens que fazem sexo com homens (HSH), também foi contemplada com financiamento federal para a implementação de um Projeto de Redução de Danos junto a populações vulneráveis.

O programa tinha como propósito proporcionar a estes grupos populacionais oportunidades de acesso a informações e a insumos de prevenção, facilitar a apropriação do espaço da unidade de saúde pelas pessoas atendidas e sensibilizar os profissionais desses serviços para o melhor acolhimento daquelas mais vulneráveis. Tinha como base uma equipe de seis agentes de saúde e um supervisor de campo que desenvolviam atividades de prevenção entre profissionais do sexo, nas ruas da cidade, durante o período noturno, com o encaminhamento aos serviços de saúde da demanda identificada.

A proposta do Programa Nacional era iniciar estes projetos com financiamento Federal, com a intenção de que os municípios assumissem, em médio prazo, o seu desenvolvimento, com um investimento maior dos recursos municipais. De fato, até o encerramento da pesquisa, o município mantém este projeto no seu Plano de Ações e Metas. (Scwitzky, Mazine, Gonçalves, Zorzetto 2006)

Quanto às ações propriamente de assistência, diagnóstico e tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids, com gestão municipal, só vieram a ser implementadas em 2002, quando ocorre a municipalização da saúde. Até então, essas ações eram realizadas pelos Serviços Estaduais desde a década de 90.

Um fator que contribuiu fortemente para a implementação pela gestão municipal foi o Projeto Aids II, que trouxe em seus objetivos a expansão da qualidade de diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/Aids. Este projeto foi aprovado em 1999, para ser finalizado em

2002, e prorrogado até 2003. Em seus objetivos específicos, no Aids II encontrava-se a indicação da necessária sustentabilidade do programa através da corresponsabilização de estados e municípios. Segundo Barboza (2006), este período de descentralização da assistência, que ocorreu na implementação do projeto Aids II, foi reconhecido pelo gestor estadual como importante ferramenta para o desenvolvimento das ações programáticas executadas pelos municípios. (Barboza 2006)

Com a municipalização e descentralização das ações de HIV/aids, foi criado, no âmbito da Secretaria Municipal, o Núcleo de Vigilância de DST/aids, que passou a assumir as ações que até então eram realizadas pelo NGA, serviço de gestão estadual.

A proposta para o Núcleo era que nele funcionasse um Centro de Referência em DST/aids, agregando um Serviço de Assistência Especializada, um Centro de Testagem e Aconselhamento e um Programa de Assistência Domiciliar Terapêutico.

Desta forma, com a municipalização da assistência ao portador, que passou a ser atendido pelo núcleo de vigilância sanitária do município, o NGA (serviço estadual) encerrou atendimento. O HC da FAMEMA manteve o atendimento dos pacientes em seu ambulatório de infectologia, abrindo vagas para casos novos encaminhados pela central de vagas da Secretaria de Estado, por meio da DRS, respondendo à demanda dos 62 municípios correspondentes.

À medida com que a Secretaria Municipal iniciou estas ações no Núcleo, esse assumiu o atendimento da demanda dos habitantes de Marília e, gradativamente, passou a atender também pacientes dos demais municípios da região. Segundo uma das coordenadoras, os pacientes que eram atendidos no HC e no serviço de gestão estadual e, posteriormente, passaram a ser atendidos no Núcleo, puderam ser melhor monitorados, tanto clínica quanto laboratorialmente, aumentando a adesão ao tratamento e ampliando o acesso dos habitantes da região às ações de assistência. A assunção da assistência às pessoas que vivem com HIV/aids, residentes no município de Marília, pela Secretaria Municipal de Saúde, pode ter influenciado os bons resultados dos indicadores de mortalidade, perceptíveis

na redução de óbitos na cidade, segundo depoimento de uma das coordenadoras.

Além do melhor monitoramento clínico das pessoas vivendo com HIV/aids, a criação do Núcleo propiciou o aprimoramento das ações e atividades de vigilância epidemiológica, já realizada nos serviços estaduais de assistência, desde 1986, e que passaram a ser realizadas mais intensamente pelo serviço municipal.

Dessa forma, foi possível à Secretaria Municipal da Saúde se apropriar da análise sobre a epidemia, na cidade, e o perfil dos casos ocorridos no seu território, antes mais restrita à gestão estadual.

Segundo Nichiata (1999), analisando o Sistema de Informação no Estado de São Paulo, na década de 90, discute-se que, dada a centralização dos dados no nível central ou regional da Secretaria de Estado, era difícil a realização da caracterização da epidemia e o seu acompanhamento sistemático, citando, como exemplo, o que ocorria no município de São Paulo. Isso porque a Secretaria Municipal não tinha acesso aos dados sobre os casos ocorridos nos serviços estaduais de habitantes do município. Isso veio a ser sanado, à medida que foi sendo implementada a descentralização das ações, inclusive relacionada ao sistema de informação.

Após seis anos da municipalização de assistência ao portador do vírus, a atenção ao HIV/aids, no município, é realizada nos serviços de saúde estadual e municipal, constituindo a rede do SUS. O aconselhamento à realização do teste para diagnosticar a presença do vírus é realizado por todas as 40 unidades de atenção básica existentes no município e no próprio Núcleo de atendimento ao portador. O diagnóstico da infecção também pode ser realizado em outros serviços de saúde, como por exemplo, os públicos e privados de média e alta complexidade (ambulatórios de especialidades e hospitais).

Em caso de sorologia positiva para o vírus do HIV, estas unidades de saúde encaminham os usuários para avaliação na equipe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica, o que normalmente ocorre no prazo de uma semana, segundo relato de uma coordenadora.

Depois de iniciado o acompanhamento no serviço municipal, o

paciente é agendado para acompanhamento clínico, laboratorial e medicamentoso nesta mesma unidade assistencial.

4.2 VULNERABILIDADE DO PROGRAMA DE DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA

Neste capítulo, são discutidas as diretrizes político-institucionais do Programa de DST/aids de Marília, sob à luz do conceito de vulnerabilidade. Nesta perspectiva, são considerados os discursos oficiais, no caso, as falas dos coordenadores do programa e documentos oficiais que auxiliam a discussão. Propôs-se o uso dos elementos constituintes da análise da vulnerabilidade programática, entendendo que as diretrizes políticas institucionais determinam condições de maior ou menor vulnerabilidade coletiva e individual. Como elementos desta dimensão, foram usadas “a expressão e transformação do compromisso em ação” e “sustentabilidade das ações”. Das entrevistas foram extraídas as subcategorias consideradas determinantes que estruturaram o programa em todo o seu processo.

4.2.1 Expressão e transformação do compromisso em ação pelo poder público

Esta categoria trata dos resultados encontrados nos discursos das coordenadoras do programa de HIV/aids que demonstraram expressão e transformação do compromisso público em práticas de enfrentamento da epidemia.

Reuniram-se as subcategorias: “ator social”, “qualificação profissional” e “implementação do programa”.

Ator social se apresenta como importante elemento na análise das políticas públicas. São consideradas as pessoas, instituições e organizações sociais que se relacionam direta ou indiretamente com a política em pauta. Segundo Araújo e Maciel (2001), é importante propor que sejam

identificados os principais atores envolvidos com a política em estudo, em especial os formuladores e implementadores. Neste aspecto, foram analisadas as posições de cada ator em relação ao Programa de DST/aids e seu grau de mobilização, identificando opositores e apoiadores.

A qualificação profissional, a segunda subcategoria, é outro aspecto importante a ser considerado na análise das políticas públicas. Na questão do HIV/aids, segundo Gryscek (2001), esta se insere na política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, cabendo ao Estado sua promoção. Segundo a autora, diferentemente de capacitação que é tornar capaz; persuadir, convencer e habilitar, qualificar tem o sentido de atribuição de qualidade, de apreciação, de consideração, tornar o outro com certas qualidades. (Ferreira, Luz, 1998). Nesse sentido, esta subcategoria trata das qualidades que influenciaram a implementação do Programa Municipal.

A demonstração do compromisso público com práticas de enfrentamento se dá efetivamente pela implementação de uma política pública, o que corresponde à terceira subcategoria. Entende-se que a implementação do Programa de DST/aids, enquanto uma política de enfrentamento da epidemia, insere-se no conjunto de resposta social do Estado (Paim, Teixeira, 2006). Segundo Sampaio e Araujo (2006), no processo de implementação da política ocorrem disputas, pressões sociais e interesses dos atores envolvidos e, a partir deste contexto, são redefinidas as prioridades, metas e ações. Segundo os autores, para que ocorra uma boa implementação de uma política, é preciso que tenha um planejamento com metas e ações bem definidas, prazos delineados e recursos adequados.

4.2.1.1 Ator Social

Ao longo da história da epidemia foram vários os atores sociais a influenciar a política de enfrentamento do HIV/aids, descrita anteriormente, com destaque no início da epidemia, os movimentos sociais, os técnicos envolvidos nas diferentes instâncias dos serviços, os gestores municipais e

outros (Guerra, 1985).

Os atores sociais imprimiram, em alguns momentos, avanços em termos de políticas públicas inclusivas, tais como: ampliação de acesso e direitos civis, em outros, trouxeram lentidão na implementação do programa. Os atores atuaram, ora apoiando e incentivando, ora com resistência e omissão. Isso é esperado, porque se entende que a implementação de um programa é um processo dinâmico, onde as vicissitudes, os obstáculos e os problemas estão associados à natureza política de sua implementação, ou seja, não só se referem ao estabelecimento das diretrizes, planos e ações, como também questões relativas ao poder (Paim, Teixeira, 2006).

Segundo Sampaio e Araujo (2006), no cenário da epidemia de aids, uma característica marcante dos atores é que estes pertenciam a vários grupos de diferentes implicações com a política, visto que existiram militantes sociais que eram de universidades, gestores ou implementadores das políticas.

As entrevistas apontam aspectos relacionados à importância do papel dos atores sociais que fizeram parte da formulação e implementação do programa de DST/aids na cidade de Marília.

Um ator social de destaque, que determinou diretrizes políticas institucionais por meio da Secretaria Municipal, identificado em todas as entrevistas, foi o Gestor Municipal de Saúde, à frente da Secretaria por duas gestões, de 1996 a 2005. Médico sanitário, docente da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), integrante do Movimento Sanitário brasileiro foi, segundo as três coordenadoras, importante e habilidoso articulador político. Na história do Programa Estadual de DST/aids também é apontada a importância do gestor do sistema de saúde como relevante ator social que influenciou positivamente sua implementação, no período de 1983 a 1987, tendo à frente um dos grandes destaques do Movimento da Reforma Sanitária (Guerra, 1993; Kalichman, 1993).

O primeiro olhar do município para a questão de DST/aids partiu do citado Secretário de Saúde, quando este assinou um convênio com o Programa Nacional de DST/Aids, em 1999. Até então, as ações de saúde em DST/aids partiram da iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde de São

Paulo, por meio do Programa Estadual de DST/aids, descrito anteriormente, em conjunto com os Departamentos Regionais de Saúde, instâncias de governo do Estado e com interlocutores estaduais para questões do HIV/aids.

O Secretário Municipal mantinha bom relacionamento político com a Prefeitura, segundo pode-se extrair das entrevistas, sugerindo que sua autoridade e habilidade na constituição de alianças contribuíssem para as implementações de políticas voltadas para a questão de aids no município. O que pode explicar o fato de Marília ter sido pioneira na região centro-oeste do Estado a aderir ao Plano Nacional de Controle da Epidemia e, durante cinco anos, foi o único município a elaborar e implementar ações na região, com estabelecimento de convênio com o Ministério da Saúde.

Este convênio previa a elaboração do Plano Operativo Anual (POA) e, para isto, o Secretário Municipal nomeou uma médica, também docente de Epidemiologia da FAMEMA, como primeira coordenadora do Programa Municipal de DST/aids, ainda em fase de formulação. A responsabilidade pela elaboração do POA ficou a cargo desta coordenadora durante oito meses. Outro ator importante que o Secretário manteve junto à sua administração foi a Coordenadora da Atenção Básica, médica sanitária, também docente da FAMEMA. A parceria entre esses atores é destacada nas entrevistas como um fato que influenciou as primeiras iniciativas de desenvolvimento do Programa de DST/aids, no âmbito municipal.

A fase de execução foi realizada por uma enfermeira recém-graduada pela FAMEMA, que representou a coordenação do programa após a saída da anterior. Essa permaneceu no período de 2000 a 2002.

Com a sua saída, foi nomeada outra enfermeira, também recém-graduada pela FAMEMA, que correspondeu à terceira coordenadora a atuar no programa de DST/Aids do município, permanecendo até o presente momento (março de 2009). Sendo assim, as três coordenadoras do programa foram nomeadas pelo mesmo Secretário de Saúde municipal.

As coordenadoras relataram a existência de espaço ao diálogo para as questões voltadas para HIV/Aids, e autonomia para elaboração e execução das ações, transcritas abaixo numa das falas:

“... eu nunca tive dificuldade de conversar nada com o gestor, isso era uma coisa muito tranquila, tudo que acontecia era abraçado...” (coordenadora 2).

As coordenadoras conformam-se como um ator social determinante das políticas. As duas enfermeiras que atuaram na implementação dos projetos relataram ter assumido a coordenação logo após terem concluído a graduação na FAMEMA. Uma das coordenadoras ressalta o fato de ter sido formada na primeira turma de uma nova proposta curricular, com base na metodologia pedagógica da problematização.

Essa instituição de ensino superior fomentou mudança curricular para seus cursos de Enfermagem e Medicina no final da década de 90. Estas modificações iniciaram respectivamente em 1997 e 1998. Dessa forma, o currículo da Medicina passou a ser centrado no estudante, baseado na discussão de problemas e orientado à saúde da comunidade. O curso de Enfermagem adotou um currículo integrado, ou seja, desenvolvendo a integração da teoria com a prática e do mundo do trabalho com o aprendizado, utilizando a metodologia problematizadora como facilitadora do processo ensino-aprendizado, com vistas à construção do conhecimento, a partir da ação-reflexão-ação. (Lima, Komatsu, Padilha, 2003).

Segundo Chompré e Egry (1998), a FAMEMA integra uma das seis instituições de ensino em enfermagem que participa do Projeto UNI, iniciado em 1993, e que trazia em seu arcabouço teórico os pressupostos e princípios do SUS, propondo contribuir para o desenvolvimento das propostas de sua construção. Este Projeto articula em suas bases o serviço de saúde, a academia e a população, visando à construção de um modelo que propicie a participação ativa e crítica dos seus atores, no planejamento, na programação, na execução e avaliação dos serviços de saúde.

As autoras colocam também que essa construção se concretiza por meio do ensino de pessoas da saúde, no fortalecimento dos mecanismos de integração docente-assistente e com a participação da população nas decisões que dizem respeito ao setor saúde. Para Kisil e Chaves (1994), existia uma expectativa de que o Programa UNI contribuísse, entre outros fatores, para a qualificação de líderes no campo da saúde.

Um dos primeiros passos para a elaboração da nova proposta curricular era delinear o perfil do enfermeiro que o curso pretendia formar, considerando as características que deveriam embasar o exercício profissional junto ao conhecimento, habilidades, papéis e valores construídos em sua formação. Ou seja, um profissional capaz, preparado para trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar, para buscar a formação contínua e atualizada, realizar pesquisa e gerenciar a assistência de Enfermagem e os serviços de saúde. (FAMEMA, 2008).

Dessa forma, acredita-se que esse perfil do profissional formado neste novo contexto de ensino-aprendizagem possibilitou conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de reflexões críticas das necessidades de saúde encontradas em uma determinada realidade. Assim, pode-se dizer que esse novo olhar para a saúde, que a instituição propôs aos seus alunos, visando a um enfermeiro com perfil que atenda à necessidade de gerenciamento de serviços de saúde, que tenha contribuído para a formação das políticas de DST/aids deste município, constituindo-se a FAMEMA como um importante ator social neste processo. Estas mudanças curriculares foram potencializadas pela parceria da instituição de ensino com a Secretaria Municipal de Saúde, possibilitando amplo processo de integração docente-assistencial para os alunos, de ambos os cursos, desde o primeiro ano de graduação.

O fato do próprio Secretário Municipal de Saúde, das três coordenadoras do Programa de DST/aids e da coordenadora da Atenção Básica terem sua origem na FAMEMA, seja como docente ou como graduado, sugere a participação desta instituição de ensino superior como importante ator social deste contexto.

Esta formação diferenciada parece ter influenciado a formulação e a implementação do Programa de DST/aids na cidade, uma vez que trouxe ao programa pessoas que contribuíram com posicionamento e discussões críticas e com engajamento institucional.

Destaca-se que a implementação, propriamente das ações programáticas, ocorreu nos períodos em que o programa esteve sob a coordenação de Enfermeiras que estavam presentes nas instâncias de

decisão e em nível operacional, tendo presença decisiva na elaboração e implementação do programa. A expressão do compromisso com o desenvolvimento do Programa pode ser extraída na seguinte fala:

“... eu vejo que a gente talvez tenha implantado algumas coisas com infraestrutura inadequada, mas ,talvez, se nós tivéssemos esperado a estrutura adequada, ideal, os serviços não teriam saído.”

No Brasil, os enfermeiros têm contribuído com seus saberes e práticas na formulação e implementação das ações de prevenção e controle da epidemia. A enfermagem esteve envolvida com a atenção ao HIV/aids, desde o início da epidemia, prestando diretamente cuidados hospitalares aos pacientes acometidos pela infecção, realizados no Instituto de Infectologia Emílio Ribas e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Num dos primeiros estudos realizados com pacientes de aids no país, tomando o período de janeiro de 1984 a julho de 1985, identificou-se que 30 pessoas acometidas pela doença já haviam sido internadas em um hospital governamental de São Paulo (Chida et al, 1985) e que receberam, portanto, cuidados de enfermagem. No citado estudo, as autoras chamam a atenção sobre a importância de o profissional enfermeiro acompanhar os avanços científicos a respeito da infecção pelo HIV e assistência à pessoa acometida pela infecção. Num outro artigo da época (Meneghin, 1986), é destacado, naquele momento, a necessidade do enfermeiro desenvolver ações de prevenção e controle, particularmente em relação às de âmbito educativas.

Para além das competências técnicas profissionais, considera-se a enfermagem como uma prática social determinada historicamente, além destas competências apontadas acima, e ela tem desenvolvido outras essenciais para responder às necessidades das populações e para a implementação do SUS, competências estas políticas e éticas fundamentais para o desenvolvimento das políticas gerais e de saúde (Chompré e Egry 1998, Melo, Santos, 2007).

A enfermagem tem participado ativamente na implantação do SUS, assumindo e participando de diferentes instâncias de gestão e gerência do SUS. À frente de Secretarias Municipais, coordenação da Estratégia Saúde

da Família, gerência de unidades e coordenação de vários programas, desde a Atenção Básica, Vigilância à Saúde, planejamento e, como no caso de Marília, junto à coordenação do programa municipal de DST/aids, desde sua implantação.

Outro ator social que se relaciona diretamente com a implementação do Programa Municipal foi o próprio Ministério da Saúde, através do Programa Nacional e o Programa Estadual de São Paulo, especialmente por meio das ações desenvolvidas pelo Centro Referência em DST/aids da Secretaria da Saúde do Estado (CRT -DST/aids)

O apoio realizado pelo CRT -DST/aids, na direção à descentralização das ações no município, foi percebido na medida em que viabilizou vários treinamentos com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde para os interlocutores de DST/aids nos municípios. Além dos treinamentos, o Centro de Referência esteve acessível às demandas trazidas pelos coordenadores de Marília, como por exemplo, discussão de casos, de condutas, etc., e, até mesmo, a elaboração de planos de ação, inclusive com financiamento para o enfrentamento da epidemia. Havia uma aproximação direta, segundo os coordenadores, do programa municipal com o nível central, uma vez que até 2003, o município era o único da região com POA.

As ações desenvolvidas pelo CRT – DST/aids possibilitaram, no período de 1994 e 1998, a implantação em 36 municípios do Estado, considerados prioritários, entre eles, Marília, para o enfrentamento da epidemia (Barboza, 2006).

O interlocutor da Secretaria de Estado da Saúde, para as questões de HIV/aids na região, configura-se como outro ator social importante. Kalichiman (1993) coloca que as atividades de Vigilância Epidemiológica de Aids foram incorporadas à estrutura, em nível regional e local da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, a partir de 1985. No início da implementação do Programa Municipal, havia fragilidade na relação do município com o nível local de representação estadual, sendo um dos motivos a rotatividade de pessoas para realizar esta interlocução, com momentos, inclusive, de ausência de uma pessoa que respondesse à questão do HIV/aids. Recentemente, esta articulação tem melhorado,

segundo pondera a atual coordenadora. Após um longo período de ausência de interlocutor, em 2006 assumiu uma pessoa para responder às questões voltadas ao HIV/Aids.

As entrevistas apontam que existe uma boa articulação do município com este interlocutor estadual local, no entanto, ainda existe uma ligação mais forte estabelecida historicamente entre coordenação municipal e o CRT. Analisando Programas de DST/aids de outros municípios, Barboza (2006) também apontou ser este um importante ator articulador do processo de descentralização, mas também identificou uma contradição nesta relação. Referiu que as coordenações municipais não legitimam os interlocutores regionais como referência técnica e política, recorrendo, nestes casos, ao Programa Estadual ou Nacional. Além da falta de competência técnica, são apontadas, ainda, situações em que o interlocutor não facilitou e até dificultou a realização das ações.

Diferentemente do Programa Estadual de DST/Aids, que foi formulado como resposta a uma demanda trazida pela sociedade civil (Guerra, 1993; Kalichman, 1993), onde os movimentos sociais organizados conformaram-se como importante ator social na definição de uma política de enfrentamento de DST/aids, em Marília, isso não ocorreu. A ausência de grupos organizados como indutores da formulação da política local pode ser justificada pelas características de Marília, um município do interior do Estado, composta por famílias que podem ser consideradas tradicionais, com tímidas manifestações de militantes e ativistas, como por exemplo, grupos homossexuais.

Em Marília, com a criação do Comitê de Aids, é que foi possível dar visibilidade e voz a algumas pessoas ou representantes de grupos organizados. O Comitê, desta forma, pode ser considerado um ator social. Uma vez que o Programa tinha como prioridade a realização de ações de prevenção, voltadas particularmente à população jovem, foram convidadas para compor o Comitê entidades da sociedade civil e outras secretarias do município com as quais pudessem ser desenvolvidas estas ações. Assim, a Comissão teve participação de representantes das escolas, indústrias e instituições ligadas à assistência. Foram encontrados registros de reuniões

realizadas pela secretaria de saúde, com representantes de sindicatos dos trabalhadores e de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS), visando a intervenções de educação em saúde. Apesar da participação desses, segundo interpretação de uma das coordenadoras, ocorria de forma passiva, demandando da coordenação do programa a definição das pautas e das necessidades em relação ao enfrentamento da epidemia na cidade.

4.2.1.2 Qualificação profissional

É possível identificar a expressão e transformação do compromisso em ação quando se observa preocupação relativa à necessidade de qualificação profissional em relação ao HIV/aids. No início de implementação do Programa Municipal, é possível observar o incentivo da coordenação para o envolvimento com a temática e a preocupação na continuidade das ações:

“... eu tentava levar pessoas comigo para as capacitações, pessoas da assistência,... tentava agregar algumas pessoas porque a gente sabe que a gente não está eterna aqui. Então assim, quanto mais pessoas eu conseguisse incluir, não dava para eu ser sozinha.”

Dada a complexidade do assunto e a necessidade de busca por conhecimento sobre o HIV/Aids e, uma vez previstos recursos para a qualificação dos trabalhadores, gestores do Programa Municipal e membros da sociedade organizada, foi possível a esses participarem de capacitações e treinamentos, principalmente na capital, organizado pelo Programa Estadual, conforme demonstrado neste trecho da entrevista:

“... a gente tinha reunião quase que quinzenalmente, chegava a ir três vezes na mesma semana para São Paulo para capacitação, curso...(...). Então assim, era um na segunda, um na quarta e um na sexta, era bem desgastante.”

Além de busca por informações e conhecimentos técnicos e científicos, foi necessário desenvolver processos de qualificação para o

desenvolvimento de novas competências para gestão do Programa, assumido por uma das coordenadoras:

“... enquanto secretária, eu tive que estudar muita lei, coisa que está fora da nossa alçada enquanto enfermeira. Tive que estudar muita lei de compra, de licitação, aprender um pouco de cada coisa, não só de DST.”

Outra forma de expressão e transformação do compromisso em ação pode ser identificada no Termo de Convênio estabelecido entre a Secretaria Municipal de Marília e Ministério da Saúde com data de 1999, especificamente no aspecto relacionado ao item Fortalecimento de Instituições Públicas e Privadas para o Controle de DST/aids. Nele estavam contidas as ações de qualificação a serem desenvolvidas.

Uma das coordenadoras lembra que o Programa Municipal se deparou, durante sua implantação, com uma situação de preconceito que acabou mobilizando não só a qualificação dos trabalhadores da área da saúde como a incorporação de outros seguimentos, como os da área de educação. Relatou um caso de discriminação sofrido por uma criança, filha de uma mulher portadora do HIV/aids, numa escola pública, quando a professora questionou sua presença em sala de aula. Foram várias as intervenções de esclarecimento junto a diretores e professores; inclusive, numa ocasião, foi solicitada a presença do próprio secretário de saúde para discussão desta questão. Essa foi uma oportunidade importante de explicitação e aprendizado de conflito, suscitando discussão mais ampliada para além da área da saúde e foi, também, uma situação em que, a partir de uma demanda trazida, o poder público passou a ter que responder.

A presença do Secretário Municipal da Saúde (médico) parece ter sido tomada como uma estratégia de convencimento a partir da “fala” oficial e legitimada, reconhecida social e politicamente. O relato abaixo ilustra bem o preconceito e a discriminação que envolve o HIV/aids, inclusive numa situação em que a criança não era portadora do vírus:

“...a professora se recusou a entrar na sala de aula com a criança lá. E era uma (criança) com cinco anos de idade! Porque a mãe era usuária de drogas e HIV positiva e o menino estava sendo acompanhado (não era portador) e, nossa, foi uma loucura. Fizemos várias reuniões. Fizemos reuniões com as diretoras e a

ideia era que elas pudessem fazer essas discussões com as professoras. Mas algumas delas não conseguiam fazer, porque também não estavam muito convencidas, me parece. Então isso era uma coisa complicada.”

Esse relato lembra bem situação semelhante ocorrida na década de 90, um caso que se tornou de conhecimento público como “caso Sheila”, também uma criança que foi impedida de frequentar uma escola na cidade de São Paulo pelo fato de ser portadora do vírus. A questão chegou à mídia com grandes proporções, quando o Sindicato dos Donos de Escolas Particulares do Estado de São Paulo se posicionou, sugerindo que crianças portadoras não frequentassem estas escolas. Essa repercussão abriu discussões sobre o preconceito e discriminação, sobre os direitos das crianças portadoras do vírus HIV, a necessidade de incorporação de informação sobre HIV e aids no cotidiano das famílias e escolas e explicitou a falta de clareza de políticas públicas inclusivas em situações como estas (Nichiata, 1993).

A ampliação da discussão sobre HIV/aids está contida no Plano de Ações e Metas da Secretaria Municipal de Saúde em várias oportunidades; por exemplo, em 2003, é indicada a capacitação das pessoas envolvidas na distribuição de insumos e de disseminação de informações aos caminhoneiros, envolvendo vários setores da sociedade, como polícia rodoviária, estudantes universitários (FAMEMA), trabalhadores da saúde da própria secretaria.

A coordenação do programa considerou também a necessidade de qualificação e ampliação da discussão sobre HIV/aids com os profissionais da saúde quando identificou, também, situações de preconceito e discriminação. Num relato, uma coordenadora lembra que o Programa Municipal de DST/aids foi questionado, por um médico, demonstrando muita ansiedade e nervosismo, sobre o que seria feito com um aluno de uma escola, filho de portadores de HIV, e que estudava e brincava com seus filhos.

Esses relatos denotam desconhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção da infecção do HIV, chamando a atenção para o fato de que isso ocorreu nos fins da década de 90, inclusive entre

profissionais da saúde.

Foi consenso, entre as entrevistadas, de que era necessário melhorar o preparo dos profissionais para trabalharem com essa nova demanda que vinha surgindo. São apontados, no Plano de Ações e Metas de 2003, a capacitação para ações de prevenção e aconselhamento, de amplos segmentos, equipes multiprofissionais para o acolhimento de gestantes, equipes das unidades prisionais, agentes redutores de danos e motoristas responsáveis pelo transporte de material biológico.

A necessidade de qualificação dos profissionais foi vista como uma prioridade a ser planejada e executada em parceria com a Coordenação da Atenção Básica e o Núcleo de Ação Permanente da Secretaria, resultando no processo de capacitação para os trabalhadores dos serviços de toda a rede básica de saúde. Apesar da qualificação dos profissionais da saúde ser uma necessidade relatada por todas coordenadoras, a realização de cursos para a qualificação dos profissionais da atenção básica só ocorre no ano de 2007, segundo os relatos da entrevistada. No entanto, no Plano de Ações e Metas de 2003, já havia a indicação de sua realização. Tinha como propósito fortalecer a formação dos recursos humanos para a percepção de que as ações de DST/Aids devem ocorrer integradas às demais ações já em andamento, nas unidades de saúde da Atenção Básica. Neste sentido, é dada ênfase ao aprimoramento das ações, conforme a fala de uma das coordenadoras:

“Então, eles não estavam vendo que eles já estavam fazendo prevenção... porque eu acho que não tem que inventar a roda, não tem que se inventar um grupo de DST, mas sim trazer a DST pra rotina da unidade”.

Há clareza da coordenadora atual quanto à ampliação destes resultados, estabelecendo metas para ampliação e implementação de novas capacitações, como, por exemplo, incluindo os técnicos de enfermagem.

Segundo o Plano de Ações e Metas de 2008, a capacitação da Atenção Básica tinha como objetivo abordar temas voltados para a prevenção, promoção e proteção, tais como: sistemas de referência municipais em HIV/aids, prevenção para as populações mais vulneráveis, aconselhamento, abordagem sindrômicas das DST e vigilância

epidemiológica.

Com base no Plano de Ações e Metas de 2008, é possível identificar a transformação do compromisso em ação, quando houve busca por espaços de melhoria da qualificação profissional dos trabalhadores envolvidos com a atenção ao HIV. Isso foi possível observar nas participações dos trabalhadores do Núcleo, apresentando seus estudos e experiências nos diferentes eventos científicos.

4.2.1.3 Implementação do Programa Municipal de DST/aids em Marília

A implementação do Programa Municipal de DST/aids em Marília teve como primeiras iniciativas o desenvolvimento de ações de prevenção voltadas à população em geral, conforme já apontado na trajetória histórica do programa de DST/aids. As entrevistas apontam que essas foram realizadas em parceria com escolas, ONG e trabalhadores de indústrias. Não foi essa uma prerrogativa do município de Marília, dado que se encontrava em conformidade com as metas e as diretrizes do Banco Mundial no Projeto AIDS I, que priorizava o financiamento de ações de prevenção (Barbosa, 2006).

Foi citada, na entrevista, a preocupação em relação a situações de preconceito e discriminação da comunidade, por exemplo, no caso das profissionais do sexo, como uma barreira à procura por serviços de saúde. Vale destacar o movimento realizado, em Marília, de articulação das ações do Programa de DST/aids com às da Atenção Básica. Paulatinamente, às ações do Programa Municipal de DST/aids foram sendo articuladas as da Atenção Básica, por exemplo, estabelecendo, em conjunto, protocolos de indicação do uso de preservativo feminino nas unidades básicas de saúde.

Além das ações de prevenção propriamente, como palestras, distribuição de preservativos, campanhas e outras, foram desenvolvidos projetos para melhoria do acesso de profissionais do sexo e UDI nas unidades de atenção básica, independentemente da área de abrangência. Uma iniciativa importante, já destacada anteriormente, foi o Projeto de Redução de Danos, que é a conformação de um programa de agentes

comunitários noturnos para as populações vulneráveis, projeto este em andamento até o término do estudo. A assistência, propriamente, ao paciente que vive com o HIV/Aids não era o foco principal das políticas municipais até 2002, conforme descrito anteriormente. Dessa forma, a municipalização e descentralização da assistência efetivamente ocorreram após 2002, incentivadas pela política nacional e estadual, com o Projeto Aids II e Aids III. Com o financiamento destes projetos, a Secretaria Municipal passou a ampliar suas ações para além da prevenção, assumindo a responsabilidade pela assistência dos portadores do HIV, criando um único serviço municipal de abrangência ambulatorial. Este serviço atende os habitantes do município de Marília e é referência para os demais municípios da região, devido a pouca capacidade para responder à demanda de vagas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A coordenadora responsável por este período identifica a municipalização da assistência como fator positivo na diminuição dos índices de mortalidade e melhora do atendimento. Segundo a coordenação do programa municipal, a agenda de atendimento no serviço ambulatorial está estruturada para que não ocorra falta de vagas para casos novos, disponibilizando seis vagas por semana. Outra prioridade do programa é em relação ao monitoramento clínico dos pacientes atendidos, ações sobre a adesão ao tratamento e consultas agendadas. De fato, esta diminuição da mortalidade por aids sugere uma redução da vulnerabilidade ao adoecimento e morte dos portadores da doença, após a implementação desta assistência. Segundo dados epidemiológicos, o ano de 2005 foi o que apresentou significativa redução do índice de mortalidade por Aids, sendo o ano de menor incidência de óbitos. Brasil (2008)

Segundo Fonseca (2007), o mecanismo que permite contratar ações para prevenção, como parte do programa de redução de danos pelo PN-DST/Aids, está em declínio. Apesar do Banco Mundial e do Ministério federal terem investido e incentivado o programa de redução de danos, este autor identifica que, no Rio de Janeiro, estas ações não se mostraram sustentáveis com a descentralização. Justifica este resultado como sendo consequência da autonomia que passa a ser dada aos estados e municípios,

o que possibilitou aos gestores preferência de investimentos em outras ações e não em prevenção ao HIV/Aids entre UDI.

Diferentemente desta experiência, encontra-se, em Marília, desenvolvimento progressivo do Projeto de Redução de Danos com a descentralização das ações para o nível municipal, abordado anteriormente. Estas ações de ampliação do acesso a insumos e à assistência vêm possibilitando diminuição da vulnerabilidade, percebida nos indicadores de acompanhamento da epidemia.

Uma questão que pode sugerir vulnerabilidade programática é a não realização de algumas metas postas no Plano Operativo Anual e no Plano de Ações e Metas, consolidados para a prestação de conta das atividades realizadas. Esse dado é perceptível ao se analisar os documentos de metas estabelecidas e atingidas. Por se tratar de uma experiência nova para todos os municípios envolvidos neste período, encontra-se, também, nos municípios estudados por Barboza (2006), uma limitada capacidade técnica e administrativa instalada nas Secretarias Municipais de Saúde para incorporar a matriz do planejamento e prestação de contas do processo de trabalho proposto no AIDS I e AIDS II. Desta forma, este fator de vulnerabilidade programática para a implementação das ações para o cumprimento das metas propostas não foi uma particularidade do município de Marília.

Para melhoria desta vulnerabilidade programática, houve empenho e investimento do estado para qualificar as ações de planejamento através do aprimoramento das ferramentas gerenciais e capacitação dos gerentes em todas as áreas de coordenação. Barboza (2006)

4.2.2 Sustentabilidade das ações

Esta categoria reúne os resultados encontrados nos discursos das coordenadoras do programa de HIV/Aids que demonstraram sustentabilidade das propostas do programa. Destaca-se aqui a questão do financiamento, condição para o desenvolvimento das ações programáticas. Esta categoria reuniu as subcategorias “ações desenvolvidas e a relação

com financiamento do programa de DST/aids no município de Marília” e os “desafios para a sustentabilidade”.

4.2.2.1 As ações desenvolvidas e a relação com financiamento do programa de DST/aids no município de Marília.

A implementação do Programa Municipal de DST/aids de Marília foi possível graças aos financiamentos obtidos por meio de convênios firmados com o Ministério da Saúde, tendo o Banco Mundial como fonte destes recursos até 2002. Sem dúvida, as diretrizes e metas estabelecidas pelo Banco Mundial foram importantes para a implementação de ações de enfrentamento da epidemia no País. No entanto, esta forma de desenvolvimento dos programas, com financiamento de maneira centralizada e restrita ao Ministério da Saúde, já mostrava não ser suficiente para oferecer uma resposta adequada à epidemia.

Segundo analisam Fonseca et al (2007), o mecanismo de convênio mostrou ser limitado, burocrático e pouco flexível, devido às regras impostas pelo Banco Mundial e pela própria legislação brasileira, referente a acordos desta natureza. Conforme a fala das primeiras coordenadoras do Programa Municipal de Marília, eram muitas as exigências para o estabelecimento e apresentação dos relatórios técnicos e financeiros do Convênio. Segundo elas, eram instrumentos muito fechados e que não havia espaço para discussão e crítica em relação aos mesmos:

“... era uma loucura fazer aquele projeto... um grau de minúcia imenso e ao mesmo tempo não dava para colocar no impresso aquilo que gostaríamos de fazer...era um impresso engessado, inflexível”.

Na elaboração do projeto, não eram consideradas a realidade e as necessidades de Marília; citando um exemplo, uma coordenadora lembra que nas regras de financiamento era necessária a apresentação de cotação de três valores de diferentes empresas aéreas para uso do programa, no entanto, na cidade, só havia uma empresa aérea. Assim, para poder receber o recurso, foi preciso a tomada de preços em empresas de turismo para apresentar ao Ministério, o que encarecia o valor das passagens aéreas.

Uma barreira encontrada pela coordenação do programa, na questão da sustentabilidade das propostas, dizia respeito à exigência do Banco Mundial à Secretaria Municipal de Saúde e à própria prefeitura, quanto à prestação de contas. Foi necessário empenho do gestor local, na apropriação do conhecimento dos trâmites burocráticos e sobre exigências jurídicas, quanto ao repasse dos valores e acompanhamento do orçamento, diferentes das exigências a que estava familiarizado. Além disso, à medida com que o financiamento passou pelos trâmites da administração pública, passando pela malha burocrática do sistema, havia lentidão para que os projetos pudessem ser viabilizados em tempo hábil para a prestação de contas. Semelhante a Ribeirão Preto, Guarulhos, Campinas e São José dos Campos, Barboza relata (2006) que, muitas vezes, as questões administrativas e financeiras dos projetos eram priorizadas, em detrimento do próprio planejamento técnico, para o controle da epidemia.

Conforme Barboza (2006), a partir de 2002, com novo acordo do Banco Mundial, dentre as metas estabelecidas no Projeto AIDS III, há claramente o objetivo de descentralização do financiamento e da administração das atividades do programa para Estados e municípios, em consonância às regras mais abrangentes de transferência de recursos da política nacional de saúde, ou seja, os recursos passaram a ser transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, respeitada a legislação do SUS (Brasil, 2002).

Esta nova forma de financiamento de transferência fundo-a-fundo tem permitido a pactuação de Planos de Ações e Metas entre os gestores do SUS, respeitando diferentes graus de autonomia e capacitação dos municípios e estado, bem como a flexibilidade face às heterogeneidades territoriais e às diferentes características e complexidades que a epidemia possui nas várias regiões e localidades. Segundo analisam Fonseca et al (2007), este grau de descentralização do financiamento aumentou o poder de decisão dos governos municipais. O Plano de Ações e Metas passou a ser o instrumento utilizado pelo município para a qualificação dos gestores, no recebimento de incentivos, integrando planos e metas locais com os da política nacional.

O monitoramento dos Planos de Ações e Metas é de responsabilidade das instâncias envolvidas. No nível federal, está a cargo do Programa Nacional e, no nível local, pelo Estado e município. Foi criado um sistema de monitoramento eletrônico, alimentado rotineiramente, sendo as informações abertas à consulta pública. Por meio dele, procede-se ao acompanhamento da evolução de cinco categorias: metas do Plano de Ações e Metas, indicadores e execução dos recursos financeiros, parcerias com as organizações da sociedade civil e, por fim, o cumprimento das ações pactuadas nas comissões intergestoras para disponibilização dos insumos estratégicos (medicamentos, preservativos, etc).

O volume total de recursos financeiros transferidos para os Estados e municípios brasileiros tem aumentado ao longo de 2001 a 2005 (Fonseca et al, 2007), tanto para a aids quanto para as ações gerais do SUS, e as transferências aos municípios têm-se sobreposto às transferências estaduais. Em Marília, segue tendência de manutenção de solicitação total de recursos financeiros para 2009 da ordem de 321 mil reais.

Mesmo com a transferência fundo-a-fundo que diminuiu os entraves burocráticos e a lógica instituída do Banco Mundial, Marília optou por buscar estratégias que pudessem agilizar a realização das propostas, utilizando para tal o contrato com Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Dessa forma, o Programa Municipal firmou um convênio com uma ONG e, atualmente, OSCIP, ligada à FAMEMA. Estas organizações, normalmente, exercem alguma função pública, isto é, embora não pertençam ao Estado, ofertam serviços sociais, geralmente de caráter assistencial, que atendem a um conjunto da sociedade maior que apenas os fundadores e/ou administradores da organização. Assim, a esfera de sua atuação é a esfera pública, embora não estatal.

Essa é composta por um Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, que integra docentes da FAMEMA. Dessa forma, o financiamento passou a ser gerenciado por esse núcleo de pesquisa e ensino, minimizando algumas barreiras burocráticas que, até este momento, vinha dificultando a operacionalização das ações. A questão da relação do Estado com as

OSCIP é controversa e polêmica. Alguns juristas indicam a obrigatoriedade de licitação, devido à vinculação que a OSCIP passa a ter com o interesse público, ou seja, ao realizar atividades de extrema relevância social, utilizando recursos públicos; a entidade privada recebe, praticamente, o mesmo vínculo que a Administração Pública tem com as normas e os princípios que regem a atividade da mesma. Ao mesmo tempo, esta é a principal justificativa para a aproximação com a OSCIP, a possibilidade de não se inserir nas regras e leis de licitação pública. Além disso, questiona-se em que esta entidade jurídica está de fato fazendo valer os interesses públicos.

Sem aprofundar essa questão, mas considerando isso, observa-se que esta relação, administração pública e OSCIP, não ocorre somente em relação ao Programa de DST/aids, na cidade de Marília, mas também na administração pública da Atenção Básica com outros entes (na Estratégia Saúde da Família e instituições filantrópicas). Esta não é prerrogativa de Marília, mas uma tendência que tem sido identificada em âmbito nacional. É preciso ponderar em que medida a relação Estado-OSCIP tende a enfraquecer a estrutura estatal, principalmente nas áreas sociais, acentuando a privatização do setor saúde. Os efeitos destes processos carecem de melhor investigação em estudos futuros.

Uma questão que o município enfrenta hoje é em relação à assistência de usuários habitantes de municípios da região, levantada por uma coordenadora. Ela não questiona a abertura de vagas de atendimento para outros municípios, justificando que seria desumano não ofertar; ao mesmo tempo, considera o custo que isso representa para o município. Explica que há pouca oferta de vagas para os municípios vizinhos, regulado pela Secretaria de Estado, e que seus habitantes acabam passando por atendimento no ambulatório municipal. Esta questão está sendo discutida na instância dos Colegiados de Gestão Regional, onde estão sendo pactuadas metas e ações regionais.

4.2.2.1 Desafios para a sustentabilidade

Quanto aos desafios para o programa, uma questão indicada pelas entrevistadas dizia respeito à necessidade de aprimorar o conceito de Vulnerabilidade. A coordenadora ressaltou que esse é um desafio não apenas de Marília, mas de muitas secretarias. Considera que a maioria ainda trabalha com o conceito de risco, o que pondera ser um olhar muito restrito. Ela destacou a necessidade do aprimoramento conceitual de vulnerabilidade, assim como as respectivas intervenções sobre a realidade. Ponderou ainda que as ações estivessem mais restritas ao âmbito assistencial e que constitui outro desafio à realização de práticas preventivas. Lembra que o Programa de Redução de Danos municipal, embora sucedido, não é suficiente e que é preciso desenvolvimento de outras frentes de trabalhos contínuos em prevenção. Lembra ainda outros grupos vulneráveis que carecem de intervenção no município, como a população jovem universitária.

Esta coordenadora identificou também desafios na direção de intensificar ações a outros grupos populacionais, por exemplo, população flutuante de trabalhadores da construção civil, presidiários e seus familiares e cortadores de cana que apresentam necessidades de saúde e têm dificuldades no acesso ao SUS. Ressalta que essas populações ficam vulneráveis a vários tipos de agravos e adoecimentos, inclusive DST/HIV, pela ausência de políticas sociais inclusivas. A coordenadora descreveu uma situação vivenciada no município:

“Há dois anos nós tivemos uma construção grande aqui na periferia da cidade que tinha uns 800 trabalhadores. De vários de estado, E nós tivemos uma porção deles com sífilis e que foram atendidos num serviço de saúde. Então isso foi uma coisa super complicada. Porque quando isso aparece no serviço, tudo bem, o serviço vai atrás, vai cuidar e isso chama atenção. Mas e quando isso não aparece? Então qual é o movimento pro ativo que a secretaria faz, né! Não vê todo esse movimento.”

Outra população vulnerável descrita por esta coordenadora é a população presidiária e seus familiares, só em Marília há um presídio e uma unidade de detenção para menores de idade. E na região, como um todo,

existem nove presídios.

Outra população vulnerável lembrada são os trabalhadores das indústrias que empregam um grande contingente de pessoas. Questiona ainda a forma tradicional de ações de prevenção baseadas na educação em saúde realizada na ideia de transmissão de informações.

“A gente tem muitas empresas, empresas alimentícias grandes, não sei que tipo de trabalho é feito com o pessoal. Por que todas elas têm médico do trabalho. Eu não sei se junto ao profissional, poderia estar se fazendo alguma coisa ... E um trabalho que vá além da palestra. Que hoje a gente sabe que a potência dela é muito baixa e um trabalho que a gente possa estar construindo isso e discutindo o tempo todo com essas pessoas o modo de vida a qualidade de vida.”

Este é exatamente um dos desafios identificados por uma das gestoras, o aprimoramento das ações para além dos grupos tradicionalmente alvo dos programas, além disso, populações que não são exatamente habitantes da cidade. Esta questão toca na necessária regionalização. Neste aspecto, vem sendo implementado o Colegiado de Gestão Regional (CGR), uma proposta contida no Plano Estadual de Saúde de São Paulo e no Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde iniciado em 2007. Dentro desta proposta de trabalho, os municípios da DRS de Marília se dividiram em microrregiões para trabalhos de planejamento e gestão em saúde (cinco CGR e 62 municípios). Estes trabalhos são realizados através de reuniões mensais, com a presença dos secretários de saúde de cada município, para a discussão e elaboração de propostas de enfrentamento dos problemas locais existentes. Ficam a cargo deste grupo as discussões propriamente políticas para o andamento das ações da região.

Duas coordenadoras avaliam que, uma vez implementado e posto em funcionamento, o CGR deverá inserir discussões sobre as ações de enfrentamento do HIV/Aids e pactuar ações regionais.

Aparece em uma entrevista, que já foi levada para a discussão de colegiado a necessidade de regular o atendimento aos portadores do vírus, no sentido de pactuar formas de repasse financeiro de municípios vizinhos ao de Marília.

Ainda ocorrem projetos sob a forma de convênio, como o Programa de Redução de Danos. Como já foi descrito anteriormente, este programa realizou ações de prevenção e adesão de grupos vulneráveis ao HIV e outras DSTs, recebendo inclusive premiação pelo desempenho obtido. No entanto, sob a forma de convênio, fica a mercê de renovação a cada tempo, fragilizado com a possibilidade de encerramento. Segundo a fala de uma coordenadora, é necessário que este projeto de redução de danos seja incorporado ao Plano de Ações e Metas municipais como forma de garantir a continuidade.

“... acho que tem que ser institucionalizado. Eu penso muito na gestão... Porque a gente sabe que uma hora alguém acha um emprego melhor e vai embora, outra hora a pessoa muda de função ou é retirada da estrutura, e o programa não pode acabar por causa disto. O programa é mais forte que isso e eu quero acreditar.”

O interesse da coordenadora em institucionalizar este programa como responsabilidade municipal parece ser uma iniciativa de sua gestão que vem trabalhando para proporcionar sustentabilidade a este projeto realizado no município, com bons resultados, desde 2002.

Outra questão que uma das entrevistadas traz como desafio é o fortalecimento do nível local através da descentralização. Ela acredita que a sobrevivência do programa de DST/Aids está na descentralização, visto que visualiza este programa como um “sobrevivente” isolado dentro das políticas nacionais que vêm sendo voltadas para uma assistência da saúde integral dentro do ciclo de vida (criança, adulto, idoso e mulher) e não por patologia. Está ideia fica clara no discurso da entrevistada.

“Eu sempre digo isso quando eu trabalho isso com a rede básica, o programa depende da rede básica, ele depende da prevenção que ela faz, ele depende da triagem do diagnóstico e ele depende do apoio delas porque não é sustentável centralizar o tratamento de todos os DST's, você perde em adesão, você perde em acesso do usuário, então fica muito melhor você ter uma rede básica fortalecida do que vários centros de referência especializados”

A opinião desta coordenadora é compartilhada com outros, conforme Barboza (2009) identificou em outros municípios. Reconhece-se que a

inserção do Programa de DS/Aids, na estrutura das secretarias estaduais e municipais, são importantes para garantir a sustentabilidade do programa. É reconhecido que o município, que tem sob sua responsabilidade a Atenção Básica, deve imprimir esforços para o seu fortalecimento. É a Atenção Básica lócus privilegiada para implementação das ações de promoção da saúde e prevenção da infecção pelo HIV. Isso demanda outro desafio, o da integralidade do sistema e que necessariamente passa pela melhoria da integração dos diferentes serviços de saúde que compõem a rede de saúde, e mecanismos de fomentação de ações intersetoriais.

Além do fortalecimento da Atenção Básica, reconhece-se a necessidade de melhoria das condições estruturais das referências para o acompanhamento da infecção pelo HIV no município. Por exemplo, a própria estrutura física do programa também é um problema a ser resolvido pela gestão do programa municipal, uma vez que está localizada em prédio alugado e adaptado há cinco anos, com situações precárias de trabalho. Segundo o documento do convênio, firmado entre Ministério Federal e Município, este tipo de atribuição compete à gestão municipal assumir, uma vez que dentre as linhas de financiamento oferecidas pelo ministério não existe verba para construção de espaço novo e nem de reforma de serviços já existentes. Esta estrutura física limitada parece ser um fator de vulnerabilidade programática para o desenvolvimento das ações de assistência, uma vez que, muitas vezes, o serviço assistencial e multiprofissional fica prejudicado, como aparece na seguinte fala:

“Atravanca a assistência, porque às vezes a gente tem três médicos e não tem uma sala pra atendimento social, da assistente social ou da psicóloga. Ou as enfermeiras estão atendendo e não tem uma sala pra aconselhamento. Então, a estrutura tem nos desafiado.”

Uma potencialidade encontrada no município, relacionada à questão de sustentabilidade da proposta do Programa de DST/Aids para Marília, foi a incorporação do cargo de Coordenador do programa municipal de DST/Aids, no ano de 2008, uma vez que, até então, a gestão do programa estava vinculada à função de coordenação de serviços de saúde. Ou seja, até esta mudança, a pessoa que coordenava o programa ocupava uma função que

poderia ser realocada para outro setor. Com esta mudança, institucionalizou no município a existência específica de um coordenador para DST/Aids.

Ainda que a designação de coordenador tenha de alguma forma dado visibilidade e maior autonomia à gestão do Programa, consideram-se, como outro desafio, a necessidade de aperfeiçoamento do planejamento, respectivas formas de avaliação e monitoramento do Programa. Este é um desafio identificado em outras localidades (Landim, 2008), sugerindo que é desafio nacional e do próprio SUS.

É importante lembrar que, além dos desafios de âmbito técnico propriamente de gestão do Programa, outro desafio a ser enfrentado e aperfeiçoado de fundamental importância é a competência (conhecimentos e habilidades) política. O gestor deve ser capaz de negociar, articular e pactuar com os diferentes setores, tanto da sociedade política quanto da sociedade civil, todos envolvidos com a gestão para viabilizar a política de saúde. Em relação à ampliação de formas de participação da sociedade civil, este é um desafio posto não só ao Programa, mas aos municípios que dizem respeito ao aprimoramento da gestão participativa nas instâncias instituídas, como o Conselho Gestor municipal e outras formas de participação.

O estudo mostrou que, em vários momentos, as coordenadoras enfermeiras desempenharam capacidade política de gestão do Programa. Num estudo em que se explorou a participação política das enfermeiras na gestão do SUS (Melo, Santos, 2007), discutiu-se que, em geral, elas traduzem esta participação como compromisso profissional, expressa no comprometimento e disponibilidade para o trabalho. Ainda indicaram que é necessário o reconhecimento pela enfermeira de sua participação política no desempenho de suas funções gestoras que, embora não valorizado, ocorre no desenvolvimento de sua prática. Em relação ao desenvolvimento do Programa de DST/Aids, nas várias instâncias de gestão, significa que devem reconhecer e valorizar a participação política do SUS, o que contribui para a afirmação profissional e para a implementação de uma política pública que busca assegurar o direito à saúde.

5 CONCLUSÕES

O presente estudo se propôs a descrever, na perspectiva da vulnerabilidade, as diretrizes político-institucionais do Programa de DST/Aids de Marília, segundo os gestores do programa, no período de 1998 a 2008. O estudo busca contribuir com o debate sobre a política de enfrentamento do HIV/Aids.

Ao reconstituir a trajetória do Programa de DST/Aids, do município de Marília, percebe-se que este acompanhou a tendência Nacional e Estadual na direção do aprimoramento da gestão, no que diz respeito ao planejamento e execução das ações voltadas para diminuir a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, adoecimento e morte pela aids.

Tendo como referência teórica o conceito de vulnerabilidade, no que diz respeito à avaliação da dimensão programática, foi possível identificar os elementos que influenciaram a formulação e a implementação desta política pública. Isso requereu que fossem consideradas a expressão e a transformação do compromisso em ação, ou seja, sua proposição e efetivação, resultando na identificação e descrição dos atores sociais envolvidos, da importância da qualificação de vários segmentos, profissionais de saúde, da educação e outros, até as condições para que de fato permitissem a implementação da política. Outro elemento considerado na implementação da política foi a sustentabilidade do programa, particularmente nos aspectos relacionados ao financiamento e desafios postos na atualidade.

A descrição da trajetória do Programa de DST/Aids, pelo governo federal, formulado em 1994, e sua implementação pela Secretaria Municipal de Saúde de Marília, entre 1998 e 1999, apesar de ilustrar demora deste município em relação aos outros do estado, apresenta a característica de ter sido pioneiro na região, organizando as primeiras ações programáticas e tornando-se referência para os municípios vizinhos.

Consoante com os princípios de municipalização e descentralização do SUS, a Secretaria Municipal deu agilidade ao processo de implementação do Programa de HIV/Aids, na cidade, ao mesmo tempo em

que buscou ações de fortalecimento da Atenção Básica, com a implementação do Programa Saúde da Família. Este fato sugere um interesse do governo municipal em realizar mudanças nas políticas locais de saúde. Nesse sentido, ambos os programas iniciaram juntos e partilhavam do projeto de municipalização, o que, de alguma forma, possibilitou a implementação de ações conjuntas, tais como: qualificação dos profissionais do Programa Saúde da Família, elaboração do Projeto de Redução de Danos com a conformação de agentes noturnos e outros.

Na conformação e implementação do Programa de DST/Aids, foram identificados, como Expressão e Transformação do compromisso em ação, elementos essenciais, como os atores sociais (Secretário Municipal da Saúde, Coordenadora da Atenção Básica, Coordenador do programa DST/Aids, FAMEMA, Ministério da Saúde, CRT-DST/Aids, interlocutor da Secretaria Regional do Estado, Comitê de Aids).

O estudo sugere que esta instituição de ensino (FAMEMA) foi um ator importante que contribuiu para o desenvolvimento das questões programáticas da política municipal.

A participação dos vários atores desempenhou um importante papel na redução da vulnerabilidade programática da epidemia deste município, atuando diretamente nas primeiras iniciativas de controle da epidemia de Aids, formulando o programa municipal de DST/Aids, montando o comitê de Aids local e possibilitando a implementação do programa.

O estudo mostrou que o município de Marília, ao assumir o programa, aprimorou o processo de criação do núcleo de vigilância municipal de DST/Aids, fomentou a melhoria da qualidade da assistência na cidade, incluindo as ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e ações de vigilância epidemiológica.

O município depara-se com algumas situações que indicam vulnerabilidade programática, como a falta de estrutura física para responder à execução de ações, bem como a manutenção dos compromissos assumidos no Plano de Ações e Metas Municipal. Como desafio ao programa municipal, a primeira diz respeito à extensão das ações preventivas para evitar a transmissão do vírus e de diagnóstico precoce dos

casos, principalmente sob responsabilidade da Atenção Básica, concomitantemente à ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços especializados, para a assistência dos já infectados.

Outro desafio é a incorporação das questões de DST/Aids de forma transversal, nos projetos de educação permanente, que vêm sendo desenvolvidas na região. Também se configura como desafio a ampliação da participação da sociedade civil em Marília, tanto na formulação quanto na implementação e avaliação do programa.

A trajetória do programa e análise das entrevistas mostram compromisso e ação da sociedade política no enfrentamento da epidemia. Nos mais de 25 anos de epidemia, tanto em âmbito nacional como no estadual e municipal os Programas de DST/Aids têm mostrado efetivamente a implementação do SUS, enfrentando desafios em diferentes frentes, na busca de garantia dos seus princípios. Dessa forma, os desafios da vulnerabilidade, na dimensão do programa de DST/Aids, estão conectados aos próprios desafios colocados ao SUS, que tratam de suas sustentabilidade, do acesso universal, do fortalecimento da gestão municipal, da integralidade do sistema, da equidade e aprimoramento do controle social.

6 REFERÊNCIAS

André MEDA. Estudo de caso: seu potencial na educação. Cad pesq. 1984; 49:51-4.

Araújo JLJ, Maciel RF. Developing na operacional framework for policy analysis. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2001; 1:203-21.

Ayres JRJM. Sobre o risco - para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997. v.1. 327 p.

Ayres JRJM, França Junior I, Calazans GJ. Aids, Vulnerabilidade e Prevenção. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Saúde reprodutiva em tempos de AIDS. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ; 1997. p.20-42.

Ayres JRJM, Saletti Filho HC, Calazans GJ, França Junior I. O conceito de vulnerabilidade. In: Padoin SMM, Paulo CC, Schaurich D, Fontoura VA (Org). Experiências interdisciplinares em Aids: interfaces de uma epidemia. Santa Maria: Ed. da Universidade Federal de Santa Maria; 2006. p. 43-62.

Ayres JRJM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 375-417.

Ayres JRJM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Junior I. Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS. Tratado de Saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz; 2006. p. 353-395.

Ayres JRJM. Sobre risco: para compreender a epidemiologia. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 330.

Ayres JRJM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker, R, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 50-71.

Ayres JRCM. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa, RM. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999. p. 77-85.

Barboza R. Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003. [dissertação]. São Paulo: Secretaria Estadual de São Paulo; 2006.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1997. p. 226.

Brasil. Ministério da saúde. Aids no Brasil. [texto tirado na internet]. Brasília; 2007. [citado 2007 set. 16]. Disponível em: URL: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4BF21PTBRIE.htm>.

Brasil. Ministério da saúde. Portaria 2314/02 de 20 de dezembro de 2002. [acessado 2008 nov 10].

Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7B232BDDA8-D897-4E40-AD54-CC008BC5F90A%7D/%7B09E2BED0-83AB-4E57-9FBD-C740477594DF%7D/PORTARIA%20%202314.pdf>.

Brasil. Ministério da saúde. Portaria 542 22 de dezembro 1986. [acessado 2009 fev 05].

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/c-geral/lc0304.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. - Curso básico de vigilância epidemiológica em HIV e AIDS: caderno do aluno / Basic course of monitoring epidemiologist in HIV and AIDS: notebook of the pupil. Brasília; Ministério da Saúde; 2005. p.239 p. tab.

Brasil. Ministério da saúde. História da Aids. [texto tirado na internet]. Brasília; 2007. [citado 2007 set. 16]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS232EC481PTBRIE.htm>

Bowkalowski C. Vulnerabilidades do paciente com tuberculose do DSSF/Ctba. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006

CDC. Epidemiology of HIV/AIDS – United States, 1981 – 2005, [texto tirado

da internet]. Marília; 2006. [acessado 2008 set 26]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5521a2.htm>

Chaves M, Kisil M. Conceituação dos Projetos UNI. In: Kisil M, Chaves M. Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. Barueri: Fundação WKK. 1994; p.13-23.

Chida AM, Soares MGC, Arantes DV, Daré LHF. Assistir a pessoa idosa – Um problema atual de enfermagem em São Paulo. Rev Paul Hospitais 1985; 33(11/12):256-60.

Chompré-Sena RR, Egry EY. A enfermagem nos projetos UNI: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira. Hucitec, 1998.

Coutinho CN, Gramsci. Um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1999. v1. p. 318.

Documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Dados levantados junto ao secretário municipal. Marília, 2007.

Fonseca EM, Nunn A, Souza-Jr PB, Bastos FI, Ribeiro JM. Descentralização, aids e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. Cad saúde publica. 2007; (23)9: 2134-2144.

Fracolli LA, Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008; 16: 923-928.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. [texto tirado da Internet]. São Paulo; 2007. [citado 2007 set 01]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil>.

Gianna MC. Governo do Estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico de São Paulo. [texto tirado da Internet]. Ano XXV, São Paulo; 2006. [citado 2007 set 16].

Disponível em:

http://www.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/epidemiologia/boletim_2006/aids_bol_2006.pdf

Gil AC. Como elaborar projeto de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1991. p. 171.p

Governo do Estado de São Paulo. História. [texto tirado da Internet]. São Paulo; 2007. [citado 2007 out 08]. Disponível em: http://www.crt.saude.sp.gov.br/menu_historia.htm.

Gryschek ALFPL. A política de qualificação da força de trabalho em enfermagem no programa municipal de doenças sexualmente transmissíveis e Aids de São Paulo: Um desafio contínuo. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

Guerra MAT. Políticas de controle da Aids da secretaria de estado da saúde de São Paulo, no período de 1983 – 1992: A história contada por seus agentes. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1993.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [dados tirados da Internet]. Brasília; 2007. [citado 2007 set 02]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.

Kalichman AO. Vigilância epidemiológica de Aids: recuperação histórica de conceitos e práticas. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1993.

Landim ELAS. Descentralização da gestão do programa de DST/Aids no estado da Bahia: desafios para o município como território de prática de saúde. [dissertação]. Salvador: Escola de Administração, Núcleo de pós-graduação em administração, Universidade Federal da Bahia, 2008.

Lima VV; Komatsu RS; Padilha RQ. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: A experiência da Faculdade de Medicina de Marília. Interface - Comunic, saúde, educ. 2003; 7(12):175-84.

Luna EJA. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2002; 5:229-243.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A Aids no mundo. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1990.

Melo CMM, Santos TA. A participação política de enfermagem na gestão do sistema de saúde em nível municipal. Texto contexto Enferm. 2007; 16(3):426-32.

Meneghin P. Aids: assistência de enfermagem e revisão de literatura. Rev paul Enferm. 1986; 6(3), jul-ago-set.

Nichiata LYI, Shima H. Sistema de informação em Aids: limites e possibilidades. Rev Esc Enf USP. 1999; 33(3):305-12.

Nichiata, LYI. Epidemiologia da Aids: Os descaminhos da informação. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1995.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2008 Out [citado 2009 fev 16]; 16(5): 923-928. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500020&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692008000500020

Oliveira DLLC, Meyer DE, Santos LHS, Wilhelms DM . A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública (FIOCRUZ). 2004; 20(5):1309-1318.

Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem. Fund. Q.1971; 49: 509-583.

Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saúde Pública. 2006; 40(n esp):73-8.

Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. [citado 2007 set 16]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000800015&lng=pt&nrm=iso.

Parker R. A construção da solidariedade: Aids, Sexualidade e Política no Brasil. 2ª. ed. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumará, 1994. V3. p. 141.

Parker R, Organizador. Políticas, Instituições e Aids - enfrentando a

epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997. p.183.

Parker R, Galvão, J. Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS/ Uerj, 1996.

Parker R, Barbosa RM. Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS/ Uerj, 1996.

Paula IA, Guibu IA, organizadoras. DST/aids e rede básica: uma integração necessária/. São Paulo: Secretaria estadual de saúde, 2007.

Pereira FCQ, Nichiata LYI, Egry EY, Bertolozzi MR, Fonseca RMGS. A produção científica sobre vulnerabilidade ao HIV/AIDS dos Países da América Latina e Caribe. In: Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem-SINPESC, 2007, São Paulo, BR. São Paulo.

Portela MC, Lotrowska M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. [citado 2007 set 16]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800010&lng=pt&nrm=iso.

Possas C. Epidemiologia e Sociedade, Heterogeneidade e Saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989.

Sabroza P, Waltner-Toews D., (Editores Convidados). Uma abordagem Ecosistêmica à Saúde Humana: Doenças Transmissíveis e Emergentes Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2001; 17 Suplemento.

Sampaio J, Araujo Junior JL. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. Rev Bras Saúde Matern Infant. Recife, 6(3), jul-set., 2006.

Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. Ciênc. saúde coletiva. [periódico na internet]. 2007 mar. abr. [citado 2008 out 16] 12(2):319-324. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000200007&script=sci_arttext

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Monitoramento online dos processos de descentralização das ações de prevenção e assistência as DST/AIDS nas Unidades Básicas de Saúde do Estado de São Paulo Versão 3.0 – Web, [texto tirado da internet]. São Paulo; 2003 [acessado 2008 jun 15]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/content/gushevephe.mmp>.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Notícias, SP reduz mortalidade por Aids em 56,5%, [texto tirado da internet]. São Paulo; 2006 [acessado 2007 dez 03]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/content/cruprewrot.mmp>.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Boletim epidemiológico-Aids/SP. Programa Estadual de DST/Aids. 2007; 1 dez.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Ações da Secretaria de Estado. Gestão do SUS em São Paulo, [texto tirado da internet]. São Paulo; 2007. [acessado 2008 dez 02]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/content/profissional_acoes_gestao_sus_sp.mmp.

Scwitzky HRG, Mazine CAB, Gonçalves MAB, Zorzetto JC. 2006. Prevenção entre populações mais vulneráveis ao HIV/Aids: estratégias para a redução da vulnerabilidade entre profissionais do sexo, usuários de drogas e homens que fazem sexo com homens em Marília-SP. Experiências bem-sucedidas em vigilância, prevenção e controle de DST-AIDS.. In: 6ª EXPOEPI, 2006. Anais do 6ª EXPOEPI, 2006. p.44

Simão MA. Ministério da Saúde. Apresentação. [texto tirado da Internet]. In: Boletim epidemiológico Dst/Aids, ano III, n. 1. Brasília; 2006. [citado 2007 setembro 16].

Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/admin/main.asp?Team=%7B7D88092D%2D03E8%2D4C80%2D8C17%2D387A235A9C58%7D>

Takahashi RF, Oliveira MAC. A operacionalização do conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde da família. In: IDS; USP; MS, organizador. Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família. Brasília: MS; 2001. p. 225-8

Takahashi RF. Marcadores de Vulnerabilidade e infecção, adoecimento e morte por HIV e Aids. [Tese Livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

ANEXOS

ANEXO 1 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 14 de fevereiro de 2003.

Il.^{mo} Sr.^a
Fernanda Cenci Queiroz

Ref.: Processo nº 702/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “Diretrizes Político-Institucionais da Secretaria Municipal de Saúde de Marília em relação às ações de prevenção e assistência da epidemia de hiv/aids no período de 1985 a 2006: análise na perspectiva do conceito de vulnerabilidade”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat Fernandes
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Vicente: *Lucia Jacinto Espino*
Secretaria
15.02.08

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DIRETRIZES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARÍLIA EM RELAÇÃO ÀS AÇÕES DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO PERÍODO DE 1985 A 2006: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE

Nome do (a) Pesquisador (a): FERNANDA CENCI QUEIROZ PEREIRA

Nome do (a) Orientador (a): LÚCIA YASUKO IZUMI NICHITA

O sra (sr.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade de analisar as diretrizes político-institucionais da Secretaria municipal da Saúde de Marília em relação ao HIV/Aids.

A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a sra (sr.). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Será feita uma entrevista gravada

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais.. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados.

Ao participar desta pesquisa a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre os desafios do enfrentamento da epidemia no município, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa subsidiar o Programa de DST/Aids do Município, onde pesquisador se compromete a

divulgar os resultados obtidos.

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

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

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

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

TELEFONES

Pesquisador: 14-34176706

Orientador: 11-96810130

Nome e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: Escola de Enfermagem da USP – fone: (11) 3061-7548.

FERNANDA CENCI QUEIROZ PEREIRA

**DIRETRIZES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS DO PROGRAMA DE
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS DO
MUNICÍPIO DE MARÍLIA SOB A PERSPECTIVA DO CONCEITO
DE VULNERABILIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora:
Profa. Dra. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

SÃO PAULO

2009

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

Pereira, Fernanda Cenci Queiroz

Diretrizes político-institucionais do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids do Município de Marília sob a perspectiva do conceito de vulnerabilidade.

São Paulo, 2009.

82p.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Nichiata, Lúcia Yasuko Izumi.

1. Vulnerabilidade. 2. Aids. 3. Enfermagem. 4. Saúde Coletiva