

ALEXANDRE FONSECA SANTOS

**Descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS em um
município prioritário brasileiro: um estudo de caso**

Brasília, 2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ALEXANDRE FONSECA SANTOS

**Descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS em um
município prioritário brasileiro: um estudo de caso**

Dissertação de mestrado profissional apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do título de Mestre, inserida na linha de pesquisa Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez

Brasília

2016

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

AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de agradecer às pessoas que de uma forma ou outra tornaram possível completar este trabalho:

Em primeiro lugar agradeço aos professores da Universidade de Brasília, e aqui menciono meu orientador Prof. Mauro Niskier Sanchez, pela dedicação e paciência comigo, Prof. Helena Eri Shimizu, como coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Prof. Maria Fátima de Sousa, como coordenadora do curso de Mestrado Profissionalizante, Prof. Aline Monroe da Universidade de São Paulo pela ajuda com os artigos e elaboração das idéias, Prof. Adele Benzaken Schwartz, da Fundação de Medicina Tropical pelo incentivo e contribuições finais para revisão deste artigo, assim como o Prof. Edgar Merchan Hamann que me mostrou importantes caminhos nesta pesquisa e em nome deles, todos os demais professores e trabalhadores da Universidade de Brasília.

Agradeço a Wenderson Douglas Martins Silva e Maria Auricélia Pereira Vasconcelos pela ajuda nas gravações e todo o suporte técnico necessário.

Agradeço especialmente meus pais Erasmo de Almeida Santos (in memoriam) e Aurelina Fonseca Santos pelo carinho e empenho em prover minha formação educacional.

Finalmente, agradeço a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a finalização deste trabalho, como amigos, colegas de trabalho e entrevistados.

Dedico à minha família e amigos pela companhia e apoio incondicional.

RESUMO

Este estudo de caso analisa a percepção de gestores, trabalhadores, usuários e representantes da sociedade civil organizada sobre o processo de descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS em um município de grande porte do sul do Brasil. Realizaram-se 9 entrevistas com atores chave, que foram analisadas pelo método qualitativo de análise do conteúdo, segundo pressupostos de Bardin. Os resultados foram organizados segundo os grupos temáticos: razões para descentralizar, atores chaves, obstáculos, fortalezas e estratégias adotadas. Destacaram-se, ainda, as categorias: da resistência a mudança do modelo organizacional como viés do status quo, e adscrição territorial como obstáculo ao acesso e ao processo de descentralização.

No grupo temático “razões para descentralizar” destacaram-se as categorias: perfil da epidemia local, o papel da atenção básica no ordenamento do cuidado, maior facilidade para gerir os serviços, incentivo financeiro, serviços sobrecarregados.

No grupo “atores chave” observaram-se as seguintes categorias: membros dos conselhos de saúde, universidades, usuários, gestores das três esferas de governo, membros da sociedade civil, trabalhadores da saúde, imprensa, políticos.

Os obstáculos mencionados foram: problemas na organização e qualificação da atenção, financiamento insuficiente, entraves normativos, intercorrências políticas, complexidade do cuidado das PVHA, problemas na formação profissional.

As fortalezas apontadas nas entrevistas foram: gestor próximo da sociedade civil, vontade política, comprometimento das equipes, simplificação do cuidado, melhoria do acesso, satisfação dos usuários.

As estratégias observadas pelos entrevistados foram: descentralização gradativa, capacitação e apoio matricial, negociação com diversos atores, flexibilidade, cuidado compartilhado.

Descritores

AIDS, Atenção Primária a Saúde, Atenção Básica, Sistema de Saúde, Descentralização

ABSTRACT

In this case study, we explore the perception of managers, health workers, patients and representatives of civil society about the decentralization of HIV care in major Brazilian city in the south of the country. We interviewed 9 key actors and then we analyzed them through the qualitative method of content analysis according to Bardin. We organized the results in 5 thematic groups so named: reasons for decentralization, key actors, obstacles, strengths and strategies used to achieve the decentralization. We also highlighted two categories called: resistance to change as the status quo bias, and territory as an obstacle to access and decentralization.

The group “reasons for decentralization” showed the categories: local epidemic profile, primary health care main role, easier to manage decentralized services, financial incentives, overloaded services.

We found the following key actors: representatives of health councils, universities, patients, managers, civil society, health workers, media and politicians.

In group “obstacles” we found: problems of organization and quality of care, budget gaps, normative difficulties, politic problems, complexity of HIV care, problems of education of professionals.

The main categories in the group “Strengths” were: proximity of manager to civil society, political willingness, professional commitment, simplification of HIV care, improvement to access, patient satisfaction.

The categories of thematic group “Strategies” were: step by step decentralization, training and close supervision, negotiation, flexibility, sharing responsibility for patient care between primary health care and specialized services.

Keywords: HIV/AIDS, decentralization, primary health care, barriers, facilitators

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AB: Atenção Básica

APS: Atenção Primária à Saúde

DAB: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

DDAHV: Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

MS: Ministério da Saúde

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome

EUA: Estados Unidos da América

CDC: Center for Diseases Control

OMS: Organização Mundial de Saúde

TARV: Tratamento Antirretroviral

ARV: Antirretroviral

IST: Infecção sexualmente transmissível

PVHA: Pessoas vivendo com HIV / AIDS

HSH: Homens que fazem sexo com homens

SUS: Sistema Único de Saúde

SES: Secretaria de Estado da Saúde

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

PPC: Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*

ESF: Equipes de Saúde da Família

AZT: Zidovudina

TDF: Tenofovir

3TC: Lamivudina

EFV: Efavirenz

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

2 HIPÓTESE	11
3 OBJETIVO	11
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
4 REVISÃO TEÓRICA	12
4.1 AIDS: UM BREVE RELATO HISTÓRICO	12
4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL E A QUESTÃO DO TERRITÓRIO	13
5 MÉTODO	16
6 RESULTADOS	18
6.1 RAZÕES PARA DESCENTRALIZAR	18
6.2 ATORES CHAVE	20
6.3 OBSTÁCULOS	21
6.4 FORTALEZAS	23
6.5 ESTRATÉGIAS	25
6.6 ARTIGOS SUBMETIDOS	26
6.6.1 Descentralização da assistência em HIV/AIDS para atenção básica: o viés do status quo como obstáculo à luz da teoria da complexidade ²⁷	
6.6.2 Descentralização da assistência em HIV para a atenção básica: o território enquanto barreira de acesso	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
8 APÊNDICES	62
9 REFERÊNCIAS	63
ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

Desde os primeiros casos de AIDS no Brasil, na década de 80, a resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS passou por importantes transformações que levaram ao reconhecimento do protagonismo do país no enfrentamento das IST entre os países não industrializados. O acesso universal ao TARV foi garantido pelo SUS e estratégias de prevenção foram adotadas em larga escala no país. Surgiram novos desafios para o enfrentamento do HIV/AIDS, como aumento de casos em jovens, concentração da epidemia em populações chaves e cronificação da doença. Tais desafios exigiram adaptações no modelo de cuidado, procurando-se alternativas, como a descentralização de serviços para a atenção primária.

Os primeiros casos de AIDS no Brasil foram registrados oficialmente em 1982, e assim como em outros países, a doença foi inicialmente identificada em HSH, usuários de drogas injetáveis e portadores de hemofilia. Marcada por concentração nos denominados “grupos de risco”, severidade dos casos e alta letalidade, a epidemia se acompanhou de medo, estigmatização de doentes e preconceito contra as populações mais vulneráveis. O desconhecimento da etiologia, formas de transmissão e limitações das possibilidades de tratamento, levaram a concentração dos esforços científicos para a resposta ao agravo. Inicialmente, os doentes eram tratados em hospitais e serviços especializados e o diagnóstico de AIDS costumava ser desastroso para os doentes, como no relato à revista *Época* de um paciente homossexual que ao ser diagnosticado com HIV, recebeu a informação de que teria apenas mais seis meses de vida. O mesmo paciente informou ter recusado o tratamento inicialmente, pois, naquele momento, assumir a AIDS era assumir sua homossexualidade, que para ele significavam dois carimbos: gay e “aidético” (1).

A AIDS ganhou visibilidade, levando a organização de serviços especializados na tentativa de responder ao agravo de forma satisfatória, como a criação do Programa Estadual de DST/AIDS em São Paulo, inaugurado em 1983 (2).

Passados mais de 30 anos do surgimento dos primeiros casos, obteve-se grande avanço no entendimento científico da doença, surgindo novas drogas ARV. Mais eficazes e seguras, as possibilidades de tratamento facilitaram o cuidado dos doentes e melhora da sobrevivência. A AIDS tornou-se uma doença crônica, com novas repercussões para os doentes, familiares, profissionais do cuidado e para o sistema de saúde.

As estimativas da OMS apontavam para 36,9 milhões de PVHA no mundo em 2014, e dessas, 15 milhões com acesso. Aproximadamente, 2 milhões de pessoas se infectaram com HIV em 2014 e 1,2 milhões morreram de doenças relacionadas ao HIV/AIDS no mesmo período (3). No Brasil, havia 734 mil PVHA em 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4% na população geral, sendo que destes 589 mil foram oficialmente diagnosticados em 2013. Em TARV, havia 355 mil pessoas e destas, 293 mil apresentam carga viral inferior a mil cópias. Estudos conduzidos pelo MS apontam uma prevalência de 10,5% em HSH, 4,9% entre mulheres profissionais do sexo e 5,9% entre usuários de drogas, por isso considerar-se a epidemia de AIDS no Brasil como concentrada. A distribuição da epidemia também se dá de forma variada no território nacional, com tendência a estabilização nas regiões sul e sudeste, e aumento linear nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. Quanto a taxa de detecção, os estados do Rio Grande do Sul e Amazonas destacam-se devido às maiores taxas entre as unidades da federação. O Estado do RS apresentou uma taxa de 41,3 casos da doença para cada 100 mil habitantes, sendo Porto Alegre a capital com maior taxa de detecção no país, chegando a 96,2 para cada 100 mil habitantes, quase cinco vezes maior que a taxa de detecção nacional que se encontra ao redor de 20,4 para cada 100 mil habitantes. O RS também apresentou a maior taxa de mortalidade por AIDS no Brasil, com 11,2 óbitos para cada 100 mil habitantes (4).

Diante do quadro epidêmico ainda vigente no mundo, novas metas globais foram propostas para 2020, como o compromisso 90-90-90, das quais o Brasil é signatário. Estas metas significam, 90% de PVHA diagnosticadas; 90% das PVHA em TARV; 90% das pessoas em TARV com carga viral indetectável. Mais ambiciosamente, espera-se o fim da epidemia até 2030 (5). Algumas das estratégias para se atingir o alcance destas metas incluem a descentralização do cuidado, maior participação dos serviços de atenção primária, eliminação do preconceito contra PVHA e a prevenção combinada (4)

A partir de 2013, através de uma ação interfederativa, que envolveu a participação do MS, secretarias de saúde estaduais e municipais iniciou-se oficialmente o processo de mudança do modelo de cuidado no Brasil. Estados como Amazonas, Rio Grande do Sul e Santa Catarina foram os primeiros a aderirem a estratégia de descentralização do cuidado pela ação interfederativa, implantando-se

estratégias para descentralização da atenção e compartilhamento do cuidado das PVHA com as equipes de atenção primária.

Para este estudo de caso, escolheu-se um município de grande porte da região sul do Brasil, elencado entre os 100 municípios com mais de 100 mil habitantes, líderes no ranking segundo índice de risco composto para o HIV do MS (4).

2 HIPÓTESE

Apesar do perfil de epidemia do HIV configurar-se de modo concentrada em determinadas populações chave no Brasil, o modelo de descentralização do cuidado, com maior participação dos serviços da atenção básica, apresenta vantagens para a gestão do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

3 OBJETIVO

Analisar a percepção de gestores, trabalhadores e usuários sobre o processo de descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a atenção básica no município selecionado.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as razões para incorporação da política de descentralização do cuidado em HIV/AIDS para a atenção básica no município

Identificar as estratégias adotadas e os atores chave envolvidos no processo de descentralização do cuidado em HIV/AIDS para a atenção básica

Descrever as fortalezas e obstáculos encontrados durante o processo de descentralização do ponto de vista de gestores, trabalhadores, organizações da sociedade civil e usuários

4 REVISÃO TEÓRICA

4.1 AIDS: UM BREVE RELATO HISTÓRICO

Os primeiros casos de AIDS foram identificados oficialmente a partir 1980 em jovens homossexuais masculinos, com quadros de pneumonia causada pelo patógeno *Pneumocystis jirovecii*, até então raramente observada em indivíduos jovens. Alguns destes jovens também apresentavam um tipo raro de neoplasia cutânea, conhecida por Sarcoma de Kaposi, infecções fúngicas orais e esofágicas, linfadenopatia generalizada, exacerbação de quadros herpéticos, inclusive zoster entre outras, caracterizando quadro compatível com imunossupressão severa. Esta nova doença passou a ser chamada por Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e mais popularmente por seu acrônimo em inglês AIDS (6).

Inicialmente, o tratamento visava o controle e prevenção das chamadas infecções oportunistas, até o isolamento e identificação do agente etiológico, o HIV, e abertura de novas possibilidades de controle e tratamento da doença. A partir de 1987 se inicia o uso do AZT para o tratamento específico do HIV, mas só a partir da década seguinte fica disponibilizada a triplo terapia, que ficou conhecida popularmente no Brasil como “coquetel” (7).

A AIDS, até então desconhecida, de severidade tão intensa, letalidade alta e concentração inicial em certos grupos populacionais historicamente estigmatizados, como os homens que fazem sexo com homem, chegou a ser apelidada de “peste gay”. Além da temeridade da morte, a ligação com a homossexualidade facilitou o surgimento de preconceitos que persistem até hoje. Durante algum tempo, havia, inclusive, restrições ao ingresso e permanência no trabalho de pessoas vivendo com HIV/AIDS, mesmo que não se encontrassem incapacitadas para o trabalho (8).

O tratamento da infecção pelo HIV ainda se baseia na múltipla terapia antirretroviral e o desenvolvimento de uma vasta gama de medicamentos ARV possibilitou o aperfeiçoamento dos esquemas terapêuticos, diminuindo a probabilidade de mutação genética do vírus e conseqüente desenvolvimento de resistência à terapêutica. Atualmente, o Brasil adota um esquema que se inicia com o TDF-3TC-EFZ para os pacientes sem história de falha terapêutica anterior e baixo risco de resistência primária. Trata-se de um esquema simplificado com apresentação em dose fixa combinada, ou seja, em um único comprimido, que pode

ser ingerido uma vez ao dia. O seguimento laboratorial também é simplificado e o protocolo de cuidado foi padronizado no país, facilitando a prescrição e monitoramento por profissionais de saúde não especializados, inclusive na APS (9).

4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL E A QUESTÃO DO TERRITÓRIO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é frequentemente chamada de Atenção Básica, sendo este termo oficialmente reconhecido no SUS. Neste trabalho ambos os termos foram tratados como sinônimos. Um dos conceitos mais abrangentes dos cuidados primários, foi definido durante a Conferência Internacional sobre Atenção Primária, realizada na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão em 1978 (10). Parte dos princípios definidos na conferência de Alma-Ata foram incorporados ao SUS, especialmente na proposta da PNAB que estabelece que a atenção primária no Brasil abrange um cuidado integral do indivíduo e coletividade, desde a promoção e proteção até a reabilitação e redução de danos voltados a população em seu território. A territorialização pressupõe a adscrição de pessoas, famílias e grupos a profissionais e serviços, permitindo a criação de vínculos afetivos entre os grupos (11).

Assim, a APS tem um caráter abrangente, sendo porta de entrada e responsável por ordenar a rede de saúde, para um cuidado contínuo dentro do sistema de saúde (12).

O pressuposto da adscrição e territorialização na APS compreende que as populações mais vulneráveis ou chaves para determinados agravos devem receber o cuidado a partir do serviço de saúde de seu território. Porém, estudos mostram que até um terço das pessoas vivendo com HIV/AIDS não se sentiriam confortáveis se fossem transferidas para uma unidades de saúde perto de onde moram. As razões apontadas para isso variam entre: medo de revelar o diagnóstico em sua comunidade, medo de serem discriminadas ou por estarem satisfeitas com a unidade que recebem atendimento (13).

4.3 AS DOENÇAS CRÔNICAS E A DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO

As PVHA em tratamento apropriado com ARV têm vivido cada vez mais tempo e envelhecido como as pessoas sem HIV, impondo necessidades de cuidados próprias das doenças crônicas (14).

Condições crônicas se desenvolvem e persistem ao longo do tempo e demandam diferente gerenciamento nos sistema de saúde. Tais condições, frequentemente, exigem ações de controle além daquelas de atuação dos serviços de saúde. É necessária a participação ativa do indivíduo, da família, da comunidade, dos demais setores da sociedade, das equipes de saúde e autoridades. Reconhecendo a complexidade do enfrentamento dos agravos crônicos, como tuberculose, diabetes, HIV/AIDS, hipertensão e que na maioria dos países em desenvolvimento este enfrentamento se dá a partir da atenção primária, a OMS propôs um desenho de sistema de saúde em três níveis ou estratos: micro, meso e macro. O nível micro se refere ao componente dos indivíduos e família. O Meso corresponde à comunidade, serviços de saúde e organizações da sociedade civil. O nível macro é compreendido pela organização política do sistema ou gestão (15).

Assim, o cuidado das condições crônicas deve se organizar na forma de uma rede hierarquizada, que garanta a continuidade do cuidado desde ações do próprio indivíduo até intervenções de maior complexidade com demanda tecnológica crescente. Entende-se que a entrada no sistema de saúde deve ocorrer de forma capilar, ascendente e hierárquica a partir dos equipamentos da APS. Por isso, a organização do cuidado e garantia de sua continuidade deve ocorrer, também, a partir da APS. Um esforço de integração dos níveis micro, meso e macro do sistema de saúde se impõe como desafio a gestão e manejo das condições crônicas (15).

Há consenso entre as políticas de APS, desde a declaração de Alma-Ata, da necessidade de desenvolvimento de ações voltadas às comunidades, considerando-se o direito e dever dos povos e indivíduos de participarem do planejamento e execução dos cuidados de saúde (15).

Considerando-se que a infecção pelo HIV, atualmente, aproxima-se mais de uma condição crônica, parece lógico que o manejo desta epidemia siga as mesmas recomendações estruturantes das demais doenças crônicas. A integração das estratégias de manejo da infecção pelo HIV com outros serviços de saúde passou a ser incentivada como uma estratégia para ampliar a prevenção e o acesso ao diagnóstico e tratamento (16, 17). A APS apresentou-se como uma oportunidade

para a integração dos serviços de HIV/AIDS visando-se a integralidade do cuidado das PVHA (18).

Inúmeras iniciativas de integração e descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a APS surgiram em diversos países. A experiência de alguns países demonstra a possibilidade da descentralização, com envolvimento de unidades de saúde da APS resultando em aumento da oferta de TARV para a população (19). Apesar dos recursos mais limitados nas clínicas da APS, a descentralização do cuidado do HIV parece trazer benefícios aos pacientes com melhoria na qualidade de vida e bem estar geral (20). Mesmo para o cuidado de crianças vivendo com HIV/AIDS, a descentralização para serviços da APS demonstra bons resultados, sendo no mínimo similares aos resultados obtidos em serviços pediátricos especializados em unidades de nível terciário, com o benefício de melhor acompanhamento nutricional na APS (21).

Apesar dos benefícios aparentes da descentralização e envolvimento da APS no cuidado do HIV, encontram-se relatos da preocupação quanto a qualidade do atendimento na APS, devido a fatores relacionados ao conhecimento dos profissionais no manejo do HIV/AIDS (22), apontando a necessidade de supervisão e educação continuada dos profissionais da APS (23-25). Também há relatos de que o quantitativo de pessoal na atenção primária não seja suficiente para dar conta de todas as responsabilidades atribuídas a este nível do sistema (26). A discriminação e preconceito contra PVHA por parte de profissionais de saúde e da comunidade aparece na literatura, reforçando o temor de revelar o diagnóstico do HIV em clínicas da APS. Apesar das dificuldades apontadas, o processo de descentralização com maior participação da comunidade e APS apresentou resultados favoráveis na maioria dos estudos levantados.

4.4 ESTIGMA E PRECONCEITO

O estigma e o preconceito contra as PVHA são ainda um importante entrave para a prevenção e o tratamento dos casos e o controle da epidemia de HIV/AIDS (27)

No Brasil, como mencionado anteriormente, a epidemia de HIV/AIDS se encontra concentrada em certas populações, como HSH, profissionais do sexo e usuários de drogas. Assim, estes segmentos populacionais específicos necessitam

de uma abordagem diferenciada que seja capaz de garantir um cuidado integral à sua saúde (28). Entretanto, o que se observa é que as pessoas com orientação sexual divergente da estabelecida pelo paradigma heteronormativo, como os HSH e travestis, acabam enfrentando dificuldades de acesso à saúde apesar das iniciativas públicas voltadas a um acolhimento equitativo nos serviços (29, 30)

5 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, tendo como foco a descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS para a atenção básica em um município de grande porte da região sul do Brasil. Tal cenário foi selecionado por fazer parte dos 100 municípios com mais de 100 mil habitantes e maiores pontuações no ranking do índice de risco composto para o HIV, estabelecido pelo Ministério da Saúde do Brasil (31). Além disso, este município iniciou o processo de descentralização de forma integrada às esferas estadual e federal, em um esforço denominado ação interfederativa. Quanto ao perfil epidemiológico do HIV, a taxa de detecção do HIV foi superior a média nacional em 2014, assim como a mortalidade (31).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, utilizando-se um roteiro específico contendo os seguintes eixos/questões: razões para descentralizar, dificuldades observadas e opinião geral sobre o processo. Os sujeitos deste estudo foram selecionados entre gestores das esferas municipal, estadual e federal, trabalhadores da saúde, representantes da sociedade civil organizada e usuários. Os gestores foram indicados pelas secretarias municipal e estadual de saúde e pelo Ministério da Saúde para participarem deste estudo. Para a seleção do representante da sociedade civil organizada foi realizado um sorteio, a partir de uma lista de possíveis organizações com sede no município. O representante foi indicado pela organização após contato com os dirigentes da entidade. A seleção dos usuários foi realizada a partir de sorteio entre representantes de usuários em órgãos representativos, obrigatoriamente residentes no município estudado. Os trabalhadores foram selecionados de forma aleatória entre servidores dos serviços de saúde.

A amostra foi dimensionada para cobrir todas as categorias de sujeitos do estudo e o n foi ajustado a partir da saturação de idéias obtidas durante as entrevistas e fase de pré-análise. Ao todo, foram selecionados 9 sujeitos, assim distribuídos: 4

representantes dos diferentes entes federativos, sendo 1 federal, 1 estadual e 2 municipais; 2 representantes de usuários, 1 representante de organização não governamental ligada às pessoas vivendo com HIV/AIDS e 2 trabalhadores envolvidos no cuidado da AIDS no município.

A coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016. As entrevistas foram previamente marcadas e realizadas em local específico, resguardando-se o sigilo e a privacidade dos sujeitos entrevistados. As entrevistas foram gravadas por meio eletrônico e posteriormente transcritas integralmente e registradas através de software editor de texto.

Os dados foram organizados com o apoio do software de dados qualitativos ATLAS TI, os quais foram analisados de forma sistemática a partir de técnicas de análise de conteúdo segundo os pressupostos de Bardin, assegurando o rigor metodológico necessário a interpretação de dados de natureza subjetiva (32). Os achados foram agrupados segundo categorias temáticas, definidas primariamente a partir de categorias teóricas obtidas de levantamento bibliográfico. À luz do método indutivo da *grounded theory*, certas categorias empíricas foram obtidas da análise do campo (33). Para a obtenção das categorias temáticas e grupos, procedeu-se a pré-análise do material obtido no campo. Realizou-se leitura flutuante das entrevistas, de forma exaustiva, obtendo-se a visão geral do conteúdo e imersão na vivência dos entrevistados através de suas falas sobre o tema. A pré-análise possibilitou a organização de um plano para extração dos dados na fase de análise. Esta leitura permitiu a observação de repetição de idéias, contradições, confirmações e complementações das idéias entre as diferentes entrevistas. Durante a pré-análise, verificou-se certa saturação das idéias em torno do objeto inicial do estudo e concentração no eixo sobre resistência à mudança de modelo organizacional.

A segunda fase do método constituiu a exploração do material para extração dos conteúdos temáticos das entrevistas, a partir das definições determinadas na pré-análise.

Esta pesquisa foi registrada sob o número CAEE 46323715.4.0000.0030 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e pelo comitê municipal. A participação neste estudo se deu de forma voluntária e todos os participantes assinaram termo de concordância livre e esclarecido previamente a coleta dos dados. A identidade dos

sujeitos entrevistados foi preservada atribuindo-se códigos alfanuméricos a cada um deles, que foram gerados automaticamente pelo programa de computador ATLAS TI.

6 RESULTADOS

A partir da análise sistemática do conteúdo das entrevistas, foi possível estabelecer categorias temáticas, que posteriormente foram agrupadas em:

Razões para descentralizar

Atores chaves

Obstáculos

Fortalezas

Estratégias

6.1 RAZÕES PARA DESCENTRALIZAR

Quanto as razões para se optar pela descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a atenção primária no município estudado, observaram-se as seguintes categorias: Perfil da Epidemia Local, Melhorar o Acesso, Papel da Atenção Primária no Ordenamento do Cuidado, Maior Facilidade para Gerir os Serviços, Incentivo Financeiro, Serviços Sobrecarregados.

Quanto ao perfil da epidemia local ser diferente do resto do país, apontou-se a necessidade de se tentarem novas tecnologias de enfrentamento, inclusive a descentralização do cuidado, uma vez que se percebia que a epidemia de HIV na localidade estudada tem comportamento diferenciado do resto do país:

“Um pouco numa discussão de que o modelo que nós temos hoje empregado no Estado (...) não condiz para dar conta de um epidemia que é a maior do Brasil, né?” (Entrevistado 5, gestor)

“[...] até onde eu sei é porque aqui em (...) tem uma epidemia, uma epidemiologia diferente de qualquer outro município, com maior número de casos, muito maior número de casos, maior número de óbitos. Talvez uma epidemia de comportamento diferente, e por essa premência se viu que se tinha de agir logo, de um jeito sem ficar esperando as referências de outros lugares, porque onde está o foco da questão tem de agir de um jeito mais... , então acho que foi por isso, pela epidemiologia [...]” (Entrevistado 2, trabalhador)

Alguns entrevistados apontaram a possibilidade de melhoria do acesso como razão para a descentralização do cuidado:

“A descentralização: eu acho que ela é fundamental. Porque a gente tem aquela questão de achar que quanto mais próximo do usuário melhor, ou seja, mais próximo da tua casa melhor para você ter acesso [...]” (Entrevistado 9, usuário)

“[...] o critério da mudança foi pra garantir que o sistema de saúde pudesse ser utilizado em conjunto com aquilo que já era estruturado do programa vertical, e pra melhorar o acesso dos pacientes [...]” (Entrevistado 1, gestor)

O reconhecimento de que seria papel da atenção primária ordenar o cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS também foi mencionado:

“Isso veio também pra facilitar esse processo de compartilhamento do cuidado, entendendo que a atenção básica como porta principal de entrada tem uma responsabilidade sobre esses usuários [...]” (Entrevistado 5, gestor)

“Sempre fui e acho que não pelas questões que algumas vezes são levantadas que é o SAE está sobrecarregado, os SAEs estão inchados, não por isso, mas por um envolvimento da atenção básica. Para ordenar mesmo, cuidar verdadeiramente como coordenadora do cuidado isso tem que passar por ela [...]” (Entrevistado 5, gestor)

A descentralização também foi apontada como uma possibilidade de facilitar a gestão sobre serviços de saúde, sendo assim uma das possíveis razões para descentralizar os serviços:

“Se a gente for pensar pelo menos uma forma mais racional, a ideia é que a medida que tu descentralizasse a gestão ficaria mais fácil de fazer. Por que? Porque tu estaria trabalhando num universo melhor, menor. E portanto tu conseguiria algumas coisas de forma mais ágil de execução [...]” (Entrevistado 8, sociedade civil)

A possibilidade de recebimento de incentivo financeiro foi apontada também como uma possível razão para que o município tenha optado pela descentralização:

“[...] (o município) assumiu, por quê? Porque houve uma Portaria, que eu não me lembro o número da Portaria, talvez 23... não sei o quê. 237? 235? Aonde foi dado verba: são 16 milhões pra implantação da linha de cuidado nos municípios do estado [...]” (Entrevistado 7, usuário)

Dentre as possíveis razões para a descentralização, finalmente, a sobrecarga sobre os serviços especializados e a inviabilidade de expansão dos serviços também foi mencionada:

“Ele foi revisto por dois motivos, um foi pelo número de casos que a gente tem e o número de serviços, né? Que o Município de (município) não estava conseguindo seguir o protocolo do Ministério, no número de atendimentos por ano pra cada paciente e também pelo novo protocolo o qual preconiza o processo de descentralização [...]” (Entrevistado 3, trabalhador)

“[...] a nossa rede especializada não suporta mais a recepção de novos pacientes [...]” (Entrevistado 4, gestor)

6.2 ATORES CHAVE

A partir do conteúdo das entrevistas, identificaram-se como atores chaves para o processo de descentralização os membros dos conselhos de saúde, universidades, usuários, gestores das três esferas de governo, sociedade civil organizada, trabalhadores da saúde, imprensa e políticos:

“[...] nós participamos das primeiras conversas, que foram anteriores ao 01 de dezembro de 2013, fizemos uma visita ao então secretário municipal de saúde, ao pessoal da estrutura de AIDS local, fizemos uma visita ao secretário estadual de saúde, fizemos uma primeira reunião que reuniu dez municípios prioritários, e sociedade civil, universidades, no conselho estadual de saúde, pra fazer uma discussão assim mais publica, mais ampla, e fomos preparando o terreno para construir uma proposta de acordo de cooperação, que envolvia a União, o Estado e os municípios [...]” (Entrevistado 8, sociedade civil)

“[...] todo mundo está levando a sério e a imprensa local está mobilizada, a assembleia sabe disso, o conselho estadual sabe disso, ou seja, não é uma coisa mais que dá para esconder [...]” (Entrevistado 1, gestor)

“Teve muita resistência da sociedade civil e de muitos profissionais, dos próprios serviços especializados e também da atenção básica. Sim!” (Entrevistado 5, gestor)

“[...] eu não vou dizer que eles não pensam nisso em melhorar o acesso do usuário, pois seria muito frio dizer isso, mas no fundo a coisa se dá muito mais no que é melhor para a gestão, ou seja, eu penso no que é melhor para mim, enquanto

gestor ter essa questão da descentralização e da regionalização, por que eu consigo controlar todo mundo ali. Mas para o usuário nem sempre é isso [...]” (Entrevistado 7, usuário)

6.3 OBSTÁCULOS

Os principais obstáculos ou dificuldades para o processo de descentralização no município estudado foram: problemas na organização e qualificação da atenção, financiamento insuficiente, entraves normativos, intercorrências políticas, a complexidade do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS, problemas na formação profissional.

Os problemas na organização e qualificação da atenção mais mencionados pelos entrevistados foram o despreparo da atenção primária para lidar com o cuidado do HIV, excesso de programas, atribuições e pacientes e rede de atenção desorganizada:

“Porque a gente sabe que a atenção básica, ela não está pronta pra receber [...]” (Entrevistado 7, usuário)

“[...] a gente acaba escutando é que são muitos programas dentro da atenção básica [...]” (Entrevistado 3, trabalhador)

“[...] mas a gente encontra muita resistência da atenção básica pela questão que é o recurso humano, está deficiente. Assim, é mais uma política que estão inserindo na atenção básica. Então são os problemas que a gente vem enfrentando e que eu acredito que todo mundo enfrenta [...]” (Entrevistado 3, trabalhador)

“Porque não se tem tempo nas Unidades Básicas de Saúde [...]” (Entrevistado 9, usuário)

“Então assim, como é que tu começa a migrar uma série de agravos pra dentro de uma estrutura de atenção básica quando tu não tem uma rede que dê conta disso [...]” (Entrevistado 8, sociedade civil)

O financiamento insuficiente do sistema de saúde foi mencionado como obstáculo a descentralização:

“Então, nós tivemos um boom de crescimento de profissionais na atenção básica, aí, esse ano é um ano muito difícil, né? Financeiramente a gente não conseguiu crescer [...]” (Entrevistado 6, gestor)

“[...] tem uma Portaria do Ministério, sobre serviços especializados de AIDS, onde tem todo um processo ali que tu tinha, que era requalificação de todo o serviço especializado que a atenção básica não existia, era reestruturação dos serviços especializados. Só que não tem verba para isso [...]” (Entrevistado 7, usuário)

Sobre possíveis entraves normativos, houve menções a impossibilidade de descentralizar o serviço devido a necessidade normativa de alimentação de um sistema de informação por certa categoria profissional que não fazia parte da equipe da atenção primária:

“Por causa do sistema, o SICLOM, como vai fazer? Tem de ter um farmacêutico [...]” (Entrevistado 2, trabalhador)

Ainda na questão de entraves normativos citou-se a obrigatoriedade da adscrição populacional na atenção primária:

“Pra ela o problema acabou. Porque ela não pode ficar com aquele paciente naquele território. Ele é adscrito ao território [...]” (Entrevistado 4, gestor)

Questões de ordem política foram percebidas como possíveis obstáculos, tais como conflitos entre e instabilidade política com trocas de gestores frequentes:

“Um grande complicador é que houve muita troca política nesses dois anos [...]” (Entrevistado 1, gestor)

“[...] há um conflito que é bem objetivo entre o governo estadual e o governo municipal [...]” (Entrevistado 1, gestor)

Encontraram-se ainda referências a complexidade do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS, assim, dificultando o processo de descentralização:

“Alguns profissionais e não são todos, né? Alegam que não é muito simples tratar a pessoa vivendo com HIV/AIDS, que eles não se sentem seguros em deixar os pacientes na atenção básica. Isso é o que alguns especialistas relatam né?” (Entrevistado 3, trabalhador)

“Mas no momento que tu entra com medicação, tu entra num outro processo que não é só a simplicidade da medicação. A complexidade de tomar um remédio o resto da vida. E a complexidade de tomar um remédio o resto da vida requer um acompanhamento diferente, para que a pessoa não abandone o tratamento. Porque se ela abandonar o tratamento vai ser muito mais complicado para o sistema e pra ela. [...]” (Entrevistado 9, usuário)

Também, problemas na formação profissional foram percebidos como possíveis obstáculos a descentralização, trazendo insegurança aos profissionais da atenção primária em assumir responsabilidades pelo cuidado de um agravo sobre o qual não se sentem suficientemente qualificados:

“[...] os médicos da atenção básica relatam é que é muita informação, né? Muita informação do tratamento da pessoa vivendo com HIV AIDS pra poucos módulos [...]” (Entrevistado 3, trabalhador)

“Então, por parte do médico da atenção primária, inicialmente uma insegurança, claro que isso não é geral, mas é o que eu vejo predominar. É insegurança em acompanhar o paciente com uma doença que eles não estavam acostumados [...]” (Entrevistado 2, trabalhador)

Observou-se que duas categorias se repetiram de forma uniforme nas entrevistas, e por isso foram tratadas separadamente na forma de artigos científicos específicos, que foram: a resistência por parte de atores chaves e a questão da adscrição ao território na atenção primária como obstáculos a descentralização. Os artigos foram denominados, respectivamente: “Viés do Status Quo como Obstáculo a Descentralização do Cuidado do HIV/AIDS para a Atenção Primária à Luz da Teoria da Complexidade” e “O Território Percebido como Barreira de Acesso”.

6.4 FORTALEZAS

As fortalezas do processo de descentralização do cuidado do HIV encontradas na análise do conteúdo das entrevistas foram: gestor próximo da sociedade civil, vontade política, comprometimento das equipes, simplificação do cuidado, melhoria do acesso e satisfação dos usuários.

A proximidade da gestão do programa de AIDS municipal com as organizações da sociedade civil era percebida como um facilitador para a descentralização:

“A gente tem um gestor que é um gestor advindo do movimento social. E que, então, ele tem uma facilidade muito grande de entender as necessidades do usuário da base, da ponta, e de dialogar com isso e com as pessoas. Então, qualquer um que tenha um problema ele faz o contato com a gestão e ele tenta sanar esse problema. Eles dão um jeito de resolver. [...]” (Entrevistado 8, sociedade civil)

“Mas é porque é um caso completamente atípico porque é um gestor que veio de base. Se não, tu não tem a menor dúvida que teria isso. Eu faço o movimento inverso: se não tivesse sido AIDS a puxar ele, se tivesse sido... diabete, certamente ele não teria isso. Não teria tido essa coisa. [...]” (Entrevistado 8, sociedade civil)

Observou-se que, apesar dos obstáculos apresentados, havia uma certa percepção favorável ao processo de descentralização, traduzindo-se pela vontade política dos atores:

“É que eu sou absolutamente favorável a descentralização. É que a descentralização tem que ser feita, a regionalização tem que ser feita, pois não adianta dizer que tu vai ter sempre um serviço especializado para dar conta das coisas, porque não vai ter isso [...]” (Entrevistado 8, sociedade civil)

“Eu sempre fui favorável, né? Claro que sempre obedecendo os critérios médicos que todo paciente que é multi resistente, os pacientes com infecções o importante é ele ficar com especialista. Mas os pacientes que estão estáveis, que são virgens de tratamento, são pacientes que é mais tranquilo de manejar. Não tem porque a atenção básica não atender, ate porque tem muitos clínicos que já atendem os pacientes com HIV [...]” (Entrevistado 3, trabalhador)

Quanto ao Comprometimento das equipes: *“Mas tenho visto boa vontade, disponibilidade, da maioria dos médicos [...]”* (Entrevistado 2, trabalhador)

“Tu tem uma DST AIDS que tu tem que ter um grupo ali forte, competente, tá?” (Entrevistado 6, gestor)

O surgimento de protocolos simplificados, com tratamentos mais seguros e confortáveis foram categorizados como fortalezas para o processo de descentralização:

“[...] hoje que você tem terapia com dose fixa combinada, só um comprimido por dia, é ..., o monitoramento de exames clínicos é mais tranquilo. O CD4 é menos usado para monitoramento e a carga viral está mais acessível. Então, fica mais simples que você vá distribuindo a população de pacientes de acordo com o grau de complexidade, como qualquer outra doença [...]” (Entrevistado 1, gestor)

Melhoria do acesso:

“[...] a gente identificou é que não existe mais fila de espera para as pessoas vivendo com HIV AIDS para início de tratamento, né?” (Entrevistado 3, trabalhador)

“A gente tem hoje em dia, muito mais referência de bom atendimento nas unidades do Município com relação a AIDS, inclusive com a implantação da questão do acesso fácil ao diagnóstico, acesso mais oportuno e do acolhimento nessas unidades de saúde no Município [...]” (Entrevistado 8, sociedade civil)

Satisfação dos usuários:

“Em relação ao atendimento, né? Com os pacientes que a gente conversa, que estão sendo atendidos na atenção básica, eles estão gostando do atendimento, né?” (Entrevistado 3, trabalhador)

6.5 ESTRATÉGIAS

As estratégias percebidas como necessárias promover a descentralização do cuidado no município estudado incluíram: descentralização gradativa, capacitação e apoio matricial, negociação com diversos atores, flexibilidade e cuidado compartilhado:

“A ideia e que você possa popularizar a ideia de ter o diagnóstico na rua, numa festa, na atenção primária, que tu possa diversificar, né? A porta de entrada com relação a testagem. então, a gente criou todo esses mecanismos que automaticamente, isso alavancou todo o sistema de aids para a rede como um todo [...]” (Entrevistado 4, gestor)

“[...] começa de 2013 ate hoje, sendo construído ainda, paulatinamente, este processo, e ele esta embasado em critérios bem claros de qual paciente que fica na atenção primária e estabelece o apoio matricial que eh feito [...]” (Entrevistado 4, gestor)

“Então, essas coisas acontecem e por mais que tu faça uma política com a melhor das intenções, isso você tem que negociar com todo mundo, e principalmente com quem está lá na ponta [...]” (Entrevistado 9, usuário)

“[...] tem de ser construído localmente, e como consenso local. Esse consenso local é, evidentemente envolve a secretaria estadual, as secretarias municipais, os conselhos de saúde e a participação de universidades, social etc. [...]” (Entrevistado 1, gestor)

“A idéia é o atendimento compartilhado justamente para pegar toda a rede. Isso aí faz muito mais sentido.” (Entrevistado 2, trabalhador)

6.6 ARTIGOS SUBMETIDOS

Duas categorias se destacaram nas entrevistas e por isso foram apresentadas na forma de artigos, que são apresentados a seguir:

6.6.1 Descentralização da assistência em HIV/AIDS para atenção básica: o viés do status quo como obstáculo à luz da teoria da complexidade¹

Decentralization of HIV/AIDS services to primary health care: status quo bias through the complexity theory analysis.

Autores

Alexandre Fonseca Santos²

Mauro Niskier Sanchez³

Aline Aparecida Monroe⁴

¹ Este estudo foi integralmente financiado por recursos próprios dos pesquisadores.

² Médico, mestrando em saúde coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. O autor foi responsável pela elaboração dos instrumentos de coleta dos dados, pesquisa em campo, interpretação dos resultados e redação do artigo.

³ Professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, doutor em epidemiologia pelo Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. O autor foi responsável pela elaboração dos instrumentos de coleta dos dados, suporte à pesquisa em campo, interpretação dos resultados, redação e revisão preliminar do artigo.

⁴ Doutorado em Prog.de Pós Grad. de Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil(2007). Professor Doutor - Nível 2 da Universidade de São Paulo , Brasil. O autor foi responsável pela elaboração dos instrumentos de coleta dos dados, interpretação dos resultados e redação e revisão preliminar do artigo.

RESUMO

Trata-se de estudo de caso, do tipo qualitativo, realizado em um município de grande porte da região sul do Brasil, cujo objetivo foi analisar o processo de descentralização das ações de prevenção e controle do HIV/AIDS para os serviços de atenção básica. Realizou-se análise do conteúdo de 9 entrevistas semi-estruturadas com atores-chaves entre gestores, trabalhadores, usuários e representante da sociedade civil organizada, no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016. Os resultados sugeriram a presença do viés do status quo, no qual atores tendem a optar pela manutenção de certa situação, ou optar por uma alternativa já experimentada anteriormente. Por analogia, relacionou-se o viés do status quo ao comportamento dos sistemas complexos de estabilidade e resiliência. Segundo os entrevistados, dentre as possíveis razões para a resistência à mudança destacaram-se: a percepção sobre problemas na organização da atenção e na relação usuário-serviço, possibilidade de prejuízo para a autonomia dos usuários, problemas na gestão do sistema e dificuldades na negociação política. Concluiu-se que o viés do status quo, à luz da teoria da complexidade parece estar relacionado a resiliência da rede social na qual os atores-chave se inserem. Destacou-se a importância na negociação para obtenção do consenso e construção de uma visão coletiva sobre o processo de descentralização para redução das resistências.

Descritores: AIDS, Atenção Primária à Saúde, , descentralização, inovação organizacional, Serviços de Saúde, política de saúde.

ABSTRACT

This paper is part of a case study about decentralization of HIV care to primary health clinics in a Brazilian municipality of approximately 1.5 million inhabitants. The HIV detection rate in this municipality was greater than 90 per 100000 and HIV related mortality rate around 20.7 per 100000 in 2014. We interviewed 9 subjects, including health system managers, health workers, patients and representatives of non governmental organizations. The data was interpreted according to the content analysis method. Subjects mentioned the resistance to change as an important obstacle to decentralization. We established a relation between scale-free networks and social interaction in order to show the status quo bias as a result of complex networks. We also described some reasons for resistance to change such as “perception of health care problems, patient-service inter-relations issues, disregard patient’s autonomy, management issues and political problems.

Conclusion: we found the status quo bias as an important obstacle to decentralization. Negotiation is an important way to create a collective vision about this policy change in order to ease the resistance to it.

Keywords: HIV/AIDS, decentralization, primary health care, organizational innovation

Descentralização da assistência em HIV/AIDS para atenção básica: o viés do status quo como obstáculo à luz da teoria da complexidade

INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/AIDS no Brasil se encontra em fase de estabilização, porém com grande variedade regional, com tendência de queda na região sudeste, aumento nas regiões norte e nordeste e estabilização no sul. Rio Grande do Sul e Amazonas, apresentaram taxas de detecção de 38,3 e 39,2 por 100000 em 2014, respectivamente, enquanto a média nacional permaneceu estável ao redor 20,5 por 100000 (31).

No início da epidemia, a resposta ocorreu de forma vertical, com maior participação da atenção hospitalar, passando, a seguir, para a organização da assistência pautada nos serviços especializados ambulatoriais (34). Nos últimos anos, tem-se incentivado globalmente a descentralização do cuidado do HIV/AIDS (35) o que também tem sido seguido no Brasil (36). A partir de um estudo da análise da descentralização em um município de grande porte do sul do Brasil, com taxa de detecção em torno de 97,3 por 100000 em 2014, observou-se que a resistência a mudança do modelo organizacional foi percebida como importante obstáculo naquela localidade. Tal observação, motivou a elaboração deste artigo, que tem por objetivo demonstrar a percepção de gestores, trabalhadores, usuários e da sociedade civil sobre o fenômeno de resistência à mudança de modelo organizacional e as estratégias adotadas pela gestão local para lidar com este obstáculo.

Para compreensão deste objeto de estudo, optou-se por fundamentá-lo teoricamente na perspectiva do fenômeno da resistência a propostas de mudança organizacional, tendo como elementos o viés do status quo, entendido a partir do fenômeno natural de que durante o processo de tomada de decisão, as pessoas tendem à não reação, escolha pela opção vigente ou ainda por alguma alternativa anteriormente experimentada (37). Propostas de mudanças organizacionais, sejam elas sistêmicas ou programáticas costumam ser acompanhadas de resistência para manutenção da situação em seu estado de origem. Quando se trata do ambiente de trabalho ou empresarial, especialmente, empregados e suas associações costumam oferecer resistência à mudanças, demandando um esforço gerencial extra no planejamento

para reduzir prováveis obstáculos (38). Mudanças organizacionais no campo da saúde, envolvendo implantação de novas estratégias ou modelos programáticos, ou mesmo a reforma geral do sistema de saúde, também costumam sofrer resistência de associações profissionais e sociedades de especialistas (39). A descentralização do cuidado do HIV/AIDS, apesar de se mostrar bem sucedida em vários lugares, implica em ações re-estruturantes de boa parte do sistema de saúde (40), envolvendo, além da vontade política de um número considerável de atores, a necessidade de negociação com trabalhadores e usuários, e está sujeita à resistência de setores diversos (41).

À luz da teoria da complexidade, ressalta-se que as comunidades, com suas relações interpessoais e profissionais obedecem a um comportamento de rede. Atualmente, há certa concordância entre a comunidade científica de que as redes estão presentes em toda parte. Mas, especificamente, os relacionamentos interpessoais costumam seguir um padrão assimétrico e não aleatório, aproximando-se de uma configuração de redes sem escala, já que seguem os princípios lógicos de crescimento e ligação preferencial. Assim, ocorre o surgimento de pontos de concentração, ou *hubs*, com certos pontos concentrando um maior número de ligações em relação a grande maioria dos demais. Nas redes sociais, os indivíduos, que podem ser interpretados como pontos ou nós em uma rede, se conectam aos outros por afinidade, interesse, trabalho ou vínculo familiar, formando *hubs* que se conectam a outros hubs e nós através da comunicação.

Outra característica das redes complexas é sua resiliência proporcional à sua robustez (42). Tal fato se explica, em parte pelos sistemas complexos tenderem a auto-organização, que para além da cibernética em si, confere-lhes certa capacidade de auto-regeneração a partir da destruição de partes de si mesmo (43).

As idéias e conceitos culturalmente aceitos, circulam pelas redes sem escala da sociedade de acordo com suas próprias conexões (44) e por se tratarem de redes complexas, esperam-se as mesmas características de robustez e resiliência que lhe são pertinentes. Tal resiliência pode se traduzir na resistência que indivíduos e grupos apresentam em relação às novas idéias, já que a rede de idéias tenderia a estabilidade, explicando-se, assim, o viés do status quo à luz da teoria da complexidade (45).

Um importante desdobramento da geometria fractal das redes sem escala, é sua robustez e resistência a falhas acidentais ou aleatórias em suas conexões e/ou nós. Porém, estas redes apresentam grande suscetibilidade a ataques planejados quando dirigidos aos seus hubs (42). Tal desdobramento, aponta para a necessidade do conhecimento profundo da rede para a realização de intervenções que apresentem resultados satisfatórios em sua re-estruturação, com ações e intervenções planejadas, voltadas aos pontos de concentração mais significativos. Analogamente, para abordagem do viés do status quo, deve-se conhecer os atores e suas interações na rede, direcionando-se as ações de forma coordenadas aos seus pontos mais sensíveis.

Entendendo a complexidade do enfrentamento dos agravos crônicos, como tuberculose, diabetes, HIV/AIDS, hipertensão e que na maioria dos países em desenvolvimento este enfrentamento se dá a partir da atenção primária, a OMS propôs um desenho de sistema de saúde em três níveis ou estratos: micro, meso e macro.

O estrato micro representaria o componente do sistema no âmbito do paciente e família. O meso a comunidade, sociedade civil organizada e serviços de saúde, incluindo trabalhadores, assim como o gerenciamento, avaliação e controle dos programas. O Macro seria o nível político, em que as estratégias são definidas e as decisões orçamentárias tomadas.

A interação entre estes estratos é permanente e dinâmica, com cada estrato realimentando o outro em uma rede complexa (15).

Cada um dos estratos acima é formado por indivíduos e grupos que representam interesses próprios que devem ser considerados na elaboração de políticas e programas de saúde. As negociações ocorreriam, muitas vezes, em ambientes de disputas e conciliações na busca de consenso (46).

É importante considerar a complexidade e dinâmica do desenho desta rede, mantendo diálogo permanente com os atores envolvidos visando consenso e comprometimento político de todos (15). Assim, novas políticas de saúde deveriam ser adaptáveis a realidade do território, considerando-se os atores e condicionantes locais, o que facilitaria o espaço para a negociação e o consenso (47). Em ambientes organizacionais complexos, a importância da negociação é reforçada pela

possibilidade de diminuição de resistências na implantação de mudanças a partir de uma visão coletiva sobre o processo em andamento (41).

Usuários dos sistemas de saúde costumam resistir a mudanças que impliquem em diminuição de sua autonomia sobre o cuidado ou comprometam a relação que já tenham estabelecido com os serviços (15). Pessoas vivendo com doenças crônicas, como a AIDS, dependem de um cuidado prolongado e por esta razão precisam ter autonomia para gerir seu próprio cuidado e fazer escolhas sobre seu tratamento de forma livre e esclarecida. Em geral, pacientes crônicos estabelecem um vínculo forte e duradouro com os serviços e equipes de saúde. Este vínculo deve garantir o máximo conforto aos pacientes, assegurando-lhes o direito a privacidade e ao sigilo (48).

Quanto aos serviços e trabalhadores de saúde, obstáculos à mudanças nas políticas de saúde podem advir de falta de confiança para lidar com certos agravos, dificuldades em promover a prevenção, falta de tempo para se qualificar e lidar com novos desafios, excesso de pacientes e rotatividade de profissionais (49).

Dentre os benefícios deste estudo, apontou-se a possibilidade de análise da descentralização pela gestão local e aprendizado do processo por outros municípios interessados na descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS para a atenção primária.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, tendo como foco a descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS para a atenção básica em um município de grande porte da região sul do Brasil. Tal cenário foi selecionado por fazer parte dos 100 municípios com mais de 100 mil habitantes e maiores pontuações no ranking do índice de risco composto para o HIV, estabelecido pelo Ministério da Saúde do Brasil (31). Além disso, este município iniciou o processo de descentralização de forma integrada às esferas estadual e federal, em um esforço denominado ação interfederativa. Quanto ao perfil epidemiológico do HIV, a taxa de detecção do HIV foi superior a média nacional em 2014, assim como a mortalidade (31).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, utilizando-se um roteiro específico contendo os seguintes eixos/questões: razões para descentralizar, dificuldades

observadas e opinião geral sobre o processo. Os sujeitos deste estudo foram selecionados entre gestores das esferas municipal, estadual e federal, trabalhadores da saúde, representantes da sociedade civil organizada e usuários. Os gestores foram indicados pelas secretarias municipal e estadual de saúde e pelo Ministério da Saúde para participarem deste estudo. Para a seleção do representante da sociedade civil organizada foi realizado um sorteio, a partir de uma lista de possíveis organizações com sede no município. O representante foi indicado pela organização após contato com os dirigentes da entidade. A seleção dos usuários foi realizada a partir de sorteio entre representantes de usuários em órgãos representativos, obrigatoriamente residentes no município estudado. Os trabalhadores foram selecionados de forma aleatória entre servidores dos serviços de saúde.

A amostra foi dimensionada para cobrir todas as categorias de sujeitos do estudo e o n foi ajustado a partir da saturação de idéias obtidas durante as entrevistas e fase de pré-análise. Ao todo, foram selecionados 9 sujeitos, assim distribuídos: 4 representantes dos diferentes entes federativos, sendo 1 federal, 1 estadual e 2 municipais; 2 representantes de usuários, 1 representante de organização não governamental ligada às pessoas vivendo com HIV/AIDS e 2 trabalhadores envolvidos no cuidado da AIDS no município.

A coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016. As entrevistas foram previamente marcadas e realizadas em local específico, resguardando-se o sigilo e a privacidade dos sujeitos entrevistados. As entrevistas foram gravadas por meio eletrônico e posteriormente transcritas integralmente e registradas através de software editor de texto.

Os dados foram organizados com o apoio do software de dados qualitativos ATLAS TI, os quais foram analisados de forma sistemática a partir de técnicas de análise de conteúdo segundo os pressupostos de Bardin, assegurando o rigor metodológico necessário a interpretação de dados de natureza subjetiva (32). Os achados foram agrupados segundo categorias temáticas, definidas primariamente a partir de categorias teóricas obtidas de levantamento bibliográfico. À luz do método indutivo da *grounded theory*, certas categorias empíricas foram obtidas da análise do campo (33). Para a obtenção das categorias temáticas e grupos, procedeu-se a pré-análise do material obtido no campo. Realizou-se leitura flutuante das entrevistas, de forma exaustiva, obtendo-se a visão geral do conteúdo e imersão na vivência dos

entrevistados através de suas falas sobre o tema. A pré-análise possibilitou a organização de um plano para extração dos dados na fase de análise. Esta leitura permitiu a observação de repetição de idéias, contradições, confirmações e complementações das idéias entre as diferentes entrevistas. Durante a pré-análise, verificou-se certa saturação das idéias em torno do objeto inicial do estudo e concentração no eixo sobre resistência à mudança de modelo organizacional.

A segunda fase do método constituiu a exploração do material para extração dos conteúdos temáticos das entrevistas, a partir das definições determinadas na pré-análise.

Esta pesquisa foi registrada sob o número CAEE 46323715.4.0000.0030 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e pelo comitê municipal. A participação neste estudo se deu de forma voluntária e todos os participantes assinaram termo de concordância livre e esclarecido previamente a coleta dos dados. A identidade dos sujeitos entrevistados foi preservada atribuindo-se códigos alfanuméricos a cada um deles, que foram gerados automaticamente pelo programa de computador ATLAS TI.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Repetidos achados sobre a percepção de que a resistência à mudança por parte de diferentes segmentos figurava entre os obstáculos mais importantes ao processo de descentralização, levou a hipótese da presença do chamado viés do status quo, tornando-se o tema central deste artigo.

Neste estudo, as categorias temáticas principais configuradas foram: atores chave como protagonistas da resistência à mudança do modelo organizacional e a resistência pela resistência. Ainda, houve a emergência de subcategorias associadas às causas mencionadas pelos atores chave sobre as possíveis razões para resistir a descentralização do cuidado em HIV/AIDS para a atenção primária, a saber: problemas na organização da atenção, relação usuário-serviço, prejuízo para a autonomia do usuário, problemas na gestão do sistema e problemas na negociação política.

Em relação à categoria atores chave como protagonistas da resistência à mudança do modelo organizacional, os relatos apontaram que a percepção do fenômeno da resistência apareceu de forma consistente por parte de trabalhadores, tanto da atenção especializada em AIDS quanto da atenção primária, usuários e da sociedade civil organizada:

“Havia uma resistência muito grande das equipes de AIDS em levar, não só o tratamento, o diagnóstico, tudo, pra outros níveis que não fosse no nível especializado [...]” (Entrevistado 4, gestor).

“O generalista diz: “olha essa doença é muito complexa para nós, ela mexe com um monte de medicamentos, de combinações que a gente não conhece, com efeitos colaterais complicados, para nós que só estamos lidando com o HIPERDIA, não lidamos com emergência, não estamos preparados para isso [...]” (Entrevistado 4, gestor)

“A resistência que a gente encontra é dos pacientes que já estão vinculados aos ambulatórios hospitalares e aos serviços especializados [...]” (Entrevistado 3, trabalhador)

“[...] teve muita resistência da sociedade civil e de muitos profissionais, dos próprios serviços especializados e também da atenção básica.” (Entrevistado 5, gestor)

Para Gray et al, trabalhadores tendem a resistir a mudanças o que, segundo Lavesque et al, também ocorre em mudanças organizacionais no campo da saúde

(38). A própria Organização Mundial de Saúde admite haver resistência de usuários e seus representantes à mudanças programáticas (15). Tais descrições na literatura reforçam os achados de que trabalhadores e usuários tendem a resistir de forma mais significativa à propostas de mudanças de modelo organizacional.

Em relação à categoria resistência pela resistência, algumas falas sugeriram o viés do status quo, uma vez que se apontavam a resistência como um fenômeno natural e não atribuível a uma justificativa específica, “ [...] *tem aquele fenômeno de grupo, né? Que a pessoa não é tão contra assim, mas como aquele grupo é contra e se tu disser que tu é a favor vão te olhar meio diferente. Então, eu sou contra. [...]*” (Entrevistado 2, trabalhador)

“É uma cultura: de mentalidade e de resistência a qualquer mudança, que é natural para qualquer coisa [...]” (Entrevistado 2, trabalhador)

“Eu não consigo achar o argumento muito convincente, mas a princípio SOY CONTRA!. É uma mudança... pra que fazer diferente?” (Entrevistado 2, trabalhador)

“É que a sociedade civil colocava questionamento em tudo que fosse diferente [...]” (Entrevistado 1, gestor)

Para Samuelson e Zeckhauser, as pessoas tendem a resistir naturalmente às mudanças como forma de manutenção do status quo (37), o que parece também ser percebido pelos entrevistados neste estudo.

Para Chandler et al, a comunicação e, portanto, o fluxo das idéias, se dá em uma rede composta por indivíduos e grupos interconectados (44) e à semelhança de outras redes complexas apresenta certa resistência à interferências e tendência a uma entropia própria dos sistemas complexos (45), o que se reflete como o próprio viés do status quo.

Associando-se os argumentos contrários a descentralização às possíveis causas da resistência, identificaram-se as subcategorias: problemas na organização da atenção, relação usuário-serviço, prejuízo para a autonomia do usuário, problemas na gestão do sistema e problemas na negociação política

Em relação à subcategoria “problemas na organização da atenção”, alguns entrevistados manifestaram certa desconfiança quanto a aptidão das equipes de atenção primária para organizar o tratamento do HIV/AIDS, apontando que não houve preparação adequada dos serviços e profissionais, como visto na fala: *“Porque a gente sabe que a atenção básica ..., ela não está pronta pra receber*

[...]" (Entrevistado 7, usuário). Também identificou-se a percepção de que a atenção primária constitui-se como um locus enfraquecido para o desempenho de tais atribuições voltadas à incorporação de responsabilidades para o manejo do HIV:

"Eles usam muito dessa questão do sigilo e que a atenção básica está enfraquecida [...]" (Entrevistado 5, gestor)

"Não da conta do que tem já no metiê deles, não vão conseguir atender a pessoa com HIV de forma tão individual, tão especializada [...]" (Entrevistado 5, gestor).

Outro aspecto identificado refere-se à necessidade de qualificação dos profissionais da atenção primária visando o adequado atendimento das necessidades e demandas dos pacientes:

"[...] na atenção básica, no posto de saúde, por mais que o remédio vá pra lá e que tenha essa disponibilidade de entrega lá, dificilmente tu vai ter uma pessoa lá para dispensar esse remédio e que tenha essa informação e que possa dar na hora que ele precisa [...]" (Entrevistado 9, usuário)

"Alegam que não é muito simples tratar a pessoa vivendo com HIV/AIDS, que eles não se sentem seguros em deixar os pacientes na atenção básica [...]" (Entrevistado 3, trabalhador)

Ainda quanto a organização da atenção, destacou-se a percepção sobre dificuldade de se garantir a integralidade na rede de saúde como um dos motivos para certos entrevistados serem resistentes à mudança do modelo, conforme as falas a seguir:

"[...] como é que tu começa a migrar uma série de agravos pra dentro de uma estrutura de atenção básica quando tu não tem uma rede que dê conta disso [...]" (Entrevistado 8, sociedade civil).

"[...] o movimento social que incita os pacientes a dizer tu fica no hospital, porque qualquer coisa tu esta no hospital. Cara, se tu perder essa tua vaga no hospital, [...], tu vai lá na atenção primária e tu vai ter que mendigar depois para tu voltar para um hospital [...]" (Entrevistado 4, gestor)

Tais achados são reforçados por Jaiantilal et al, que demonstra haver certa desconfiança em relação à mudanças nas políticas de saúde quando se suspeita do preparo dos profissionais e da forma como o sistema é organizado (49).

No que tange à subcategoria "relação usuário-serviço", observaram-se razões para resistirem a descentralização o fato de já terem um vínculo estabelecido e estável com os serviços especializados, o receio de que as equipes da atenção primária não

sejam capazes de garantir a privacidade e sigilo dos pacientes, e os serviços especializados já estariam mais capacitados para lidar com as questões do HIV e sua complexidade, como nas falas:

“[...] pacientes não querem perder o vínculo com os ambulatórios hospitalares ou os serviços especializados [...]” (Entrevistado 3, trabalhador)

“[...] a minha vizinha ou a minha comadre trabalha num posto. E aí eu chego lá e eu tenho HIV. Só que ela é fofoqueira [...]. Eu não vou me tratar, tem gente que não se trata nem na sua cidade, se trata em outra cidade por causa do estigma e do preconceito [...]” (Entrevistado 7, usuário)

As falas a seguir discorrem sobre maior capacidade dos serviços especializados em lidarem com a complexidade dos agravos relacionados ao HIV:

“[...] os médicos não podem largar aquele paciente que muitas vezes é multi falhado, muitas vezes adesão e que quando ele consegue aí quando consegue, aí falta remédio, falta isso, ao mesmo tempo e aí volta tudo de novo, então tem pacientes que são muito difíceis e que as vezes podem estar estabilizados [...]” (Entrevistado 7, usuário),

“[...] os SAEs também têm uma resistência muito grande de achar que só eles podem dar conta [...]” (Entrevistado 5, gestor)

Adicionalmente, também se identificou a percepção de que haveria menos preconceito em serviços já estabelecidos e treinados

“[...] um serviço especializado que está lá há muitos anos, e que as pessoas foram treinadas, provavelmente não vão fazer uma piadinha com uma travesti chegando na porta [...]” (Entrevistado 1, gestor), e *“[...] um problema também de estigma, de preconceito, de não estarem preparados porque vai ter um, um piripaque, não vai ter como... um choque [...]”* (Entrevistado 7, usuário)

A Organização Mundial de Saúde reconhece a resistência de usuários dos sistemas de saúde à mudanças programáticas que sejam percebidas como possível diminuição na autonomia dos pacientes sobre seu cuidado (15). Pacientes crônicos costumam estabelecer relações duradouras com profissionais e estabelecimentos de saúde, resistindo à propostas de mudanças que ameacem a quebra de vínculos já estabelecidos (48).

No que se refere à subcategoria prejuízo para a autonomia do usuário, entraves normativos, vistos como prejudiciais ao direito dos usuários de escolherem o serviço

que melhor lhe conviessem, também foram identificados nas falas dos entrevistados como razões para posturas de resistência à descentralização das ações de controle aids na atenção básica, incluindo obrigatoriedade da adscrição populacional do território:

“[...] a gente acha que o grande centro onde tá lá o ponteiro do conhecimento, o cara sabe melhor. Eu vou ser mais bem tratado pelo medico de lá do que pelo médico do meu local. Então, eu saio, independente da minha região, para eu ter atendimento para complexidade do agravo que eu tenho. Porque eu posso ter isso, né? [...]” (Entrevistado 8, sociedade civil)

“[...] Um problema que é certo: território. A atenção básica é território né?” (Entrevistado 7, usuário)

Em relação à subcategoria problemas na gestão do sistema, identificou-se o excesso de responsabilidade, com muitas ações programáticas atribuídas às equipes da atenção primária como razão para resistir a descentralização do cuidado: *“[...] a gente acaba escutando é que são muitos programas dentro da atenção básica [...]”* (Entrevistado 3, trabalhador).

Salienta-se que a a rotatividade de profissionais da rede foi mencionada como dificuldade para viabilidade do processo de descentralização: “Porque o turnover é muito grande, o rodízio de médicos e equipes na saúde da família é altíssimo [...]” (Entrevistado 4, gestor)

Jaiantilal et al descrevem a rotatividade profissional como possível causa de desconfiança em relação à serviços de saúde descentralizados (49).

No que tange à subcategoria/eixo problemas na negociação política, uma possível causa para a resistência a mudança seria a falta de negociação com todos os atores envolvidos, incluindo-se os usuários do sistema, conforme destacada na fala a seguir:

“[...] com quem é que eu contrato isso. Eu contrato com quem me dá mais apoio, que é o próprio serviço e os trabalhadores. O usuário diz: Pára! Que eu não quero ficar mais aqui. Isso vai criar alguma dificuldade para a gestão. Como tu tem muita dificuldade de gerir esse processo todo, tu vai pelo lado mais fácil. Então, tu não escuta o usuário, e o usuário não foi escutado [...]” (Entrevistado 9, usuário)

Para Schneider et al, a negociação com todos os atores é fundamental para diminuição de resistências ao se implementar mudanças em ambientes organizacionais complexos, como no campo da saúde (41).

CONCLUSÃO

À luz da teoria da complexidade, os sistemas de saúde se comportam como redes, assim como as informações e conceitos que por ele circulam. Ao se propor mudanças em um sistema de saúde, ou mesmo em parte dele, devem-se considerar suas propriedades e sua entropia. Por se tratarem de sistemas resilientes, espera-se certa tendência a estabilidade que se traduz por resistência às tentativas de mudança, que do ponto de vista de redes se traduziriam como falhas. Conhecendo-se as características destes sistemas, deve-se contar com as resistências e planejar-se para lidar com elas. O enfrentamento às resistências em um sistema já em funcionamento, envolve o reconhecimento do viés do status quo, ou seja, a tendência natural das pessoas e grupos decidirem pela manutenção do estado atual das coisas, ou por algo que já tenha sido experimentado. A negociação e consenso devem ser perseguidos a fim de se difundir as idéias, alinhar os atores e construir uma visão coletiva do que se deseja reformar e as razões para isto.

A negociação para implantação de reformas em programas de saúde, como no caso da mudança de modelo do cuidado do HIV, com descentralização para atenção primária, deve envolver os estratos macro-políticos, serviços de saúde, comunidades e usuários, procurando-se compreender o ponto de vista de cada ator no processo. Neste estudo foram identificadas certas percepções de alguns atores sobre possíveis razões para resistir a descentralização, como: problemas na atenção, gestão do sistema, comprometimento da autonomia dos usuários, quebra de vínculo entre pacientes e profissionais, dificuldades de garantir o sigilo e privacidade e problemas na negociação com os usuários. É importante que estes aspectos sejam observados e trabalhados cuidadosamente.

Estrategicamente, e considerando-se as características da rede complexa, a identificação de hubs a serem abordados pode ser uma forma de otimizar recursos e salvar energia nas etapas de construção do consenso e visão coletiva da reforma organizacional que se pretenda implantar.

REFERÊNCIAS

Referências do artigo foram adicionadas às referências da dissertação

6.6.2 Descentralização da assistência em HIV para a atenção básica: o território enquanto barreira de acesso

Decentralization of HIV health services to primary health care: territory as a barrier to access

Autores

Alexandre Fonseca Santos⁵

Mauro Niskier Sanchez⁶

Aline Aparecida Monroe⁷

⁵ Médico, mestrando em saúde coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

⁶ Professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, doutor em epidemiologia pelo Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health.

⁷ Doutorado em Prog.de Pós Grad. de Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil(2007). Professor Doutor - Nível 2 da Universidade de São Paulo , Brasil

RESUMO

Trata-se de estudo de caso, do tipo qualitativo, realizado em um município de grande porte da região sul do Brasil, cujo objetivo foi analisar o processo de descentralização das ações de prevenção e controle do HIV/AIDS para os serviços de atenção básica. Realizou-se análise do conteúdo de 9 entrevistas semi-estruturadas com atores-chave entre gestores, trabalhadores, usuários e representante da sociedade civil organizada, no período de outubro de 2015 e janeiro de 2016.

Os resultados mostraram que a adscrição territorial era percebida como uma barreira ao acesso por não considerar o fenômeno da mobilidade humana, podendo ainda ser usada como justificativa para recusa da prestação do serviço. A adscrição territorial da população residente também foi percebida como desrespeito ao direito de escolher livremente o serviço de saúde, com maior possibilidade de problemas em relação à privacidade dos usuários e maior risco de problemas com estigma e preconceito relacionados ao HIV/AIDS e às populações-chave. Concluiu-se que um modelo rígido de adscrição territorial na atenção primária funcionaria como barreira estrutural ao acesso aos serviços de saúde e o conceito de adscrição populacional ao território deve se adaptar às necessidades dos usuários e sua dinâmica de mobilidade. O vínculo entre usuário e serviço deve ocorrer de forma espontânea e com a máxima liberdade de escolha dos usuários, havendo ainda necessidade de combater o estigma e preconceito dentro dos serviços de saúde.

Palavras chave: AIDS, Atenção Primária à Saúde, , descentralização, Serviços de Saúde, política de saúde.

ABSTRACT

This paper is part of a case study about decentralization of HIV care to primary health clinics in a Brazilian municipality of approximately 1.5 million inhabitants. The HIV detection rate in this municipality was greater than 90 per 100000 in 2014. We interviewed 9 subjects, including health system managers, health workers, patients and representatives of non governmental organizations. The data was interpreted according to the content analysis method. Subjects mentioned the concept of territory used by policy makers as an important obstacle to decentralization. Mainly, they see the requirement of residence in the area covered by the health team as an access barrier to services. Such policy, regardless of urban mobility, hinders the access to primary health clinics and make it legal to personnel to refuse patients from other regions. It also impose services to population, in spite of their choices and right to seek protection to privacy. We concluded that stigma and prejudice are still usual, even among heath workers, and must be prevented. Policy makers must be more flexible and consider all the aspects of a territory and dynamics of its population, including non-residents rights services provided in any clinic. The necessary bound between patient and health service must occur naturally regarding the patients choice.

Keywords: AIDS, decentralization, primary health care

INTRODUÇÃO

Historicamente o enfrentamento da epidemia de AIDS no Brasil se deu a partir de um modelo verticalizado, focado em ambulatórios especializados. Inicialmente, num modelo focado na atenção hospitalar, justificado pela gravidade dos casos identificados, passando, posteriormente, a um modelo mais descentralizado, com enfoque em equipes/serviços especializados (36).

Atualmente, acumulou-se maior conhecimento sobre a doença o que possibilitou o surgimento de novas tecnologias de tratamento e monitoramento simplificado. As drogas se tornaram mais seguras e confortáveis e os exames de contagem de linfócitos tornaram-se menos essenciais para o monitoramento clínico da doença (50). Adotou-se a tríplice terapia com Tenofovir, Lamivudina e Efavirenz como protocolo de primeira linha de tratamento e disponibilizou-se este esquema em dose fixa combinada, proporcionando maior segurança e comodidade aos pacientes. A partir destes avanços, considerou-se a possibilidade de maior participação das equipes de atenção primária no cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS, o que foi iniciado em algumas unidades da federação.

Conceber a possibilidade de transferência de ações e responsabilidade para a atenção primária implica em compreender a dinâmica clínico-epidemiológica e social latente nos espaços em que tais serviços de saúde atuam, desta forma, as noções de território figuram como essenciais neste processo. O território pode ser descrito como o espaço geográfico coincidente com a jurisdição de um governo, sendo, assim, a conexão entre espaço e política (51). Também pode ser definido como porção do espaço sob domínio de uma comunidade ou estado, obtido através da posse. Ainda as idéias políticas seriam proporcionais ao tamanho do território habitável, com grandes territórios convidando a maior expansão de sua ocupação (52).

Em consonância com tais definições, a organização do sistema único de saúde brasileiro previu sua organização de forma regionalizada, definindo-se, assim, o território de atuação específico de cada ente federativo, segundo sua jurisdição. Em outra escala, cada serviço de saúde também deveria possuir territórios específicos para atuação de suas equipes, assumindo, assim, a responsabilidade sanitária sobre a população a ele adscrita (53).

Sabe-se que a relação entre saúde e território é conhecida há muitos anos, em função da atribuição da causa de certas doenças ao espaço geográfico, suas condições climáticas e sociais, devendo-se adequar, nesta perspectiva, o cuidado das pessoas de certo território aos seus condicionantes e determinantes (54).

No Brasil, a política de atenção primária considera a adscrição ao território e sua população como princípios do sistema. Definiram-se, assim, certos parâmetros para o dimensionamento das equipes de saúde da atenção primária a partir da população residente em determinado território. Estabeleceu-se também que as ações seriam planejadas a partir dos determinantes e condicionantes de saúde observados no território, levando-se em consideração a dinâmica da população a ele adscrita (11), reforçada pela diretriz constitucional da descentralização, que estabelece direção única em cada esfera de governo.

A Constituição brasileira também reconhece a saúde como direito fundamental com acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (55). Entende-se, assim, que os serviços de saúde da atenção primária, mesmo sendo planejados a partir da população residente de um território, não poderiam restringir o acesso apenas a esta população. No entanto, observaram-se entendimentos contrários, principalmente nos grandes centros urbanos, que apesar de terem melhores condições de infra-estruturas, apresentam grande desigualdade de serviços que, frequentemente, impõem dificuldades de acesso aos usuários (56).

Ressalta-se, neste contexto, o desafio representado pelo fenômeno da mobilidade dentro e fora dos centros urbanos, marcado pela necessidade crescente de deslocamentos cada vez maiores, não refletindo de forma clara no planejamento das estruturas de atenção primária, resultando no surgimento de barreiras estruturais e organizacionais ao acesso da população (57).

Ainda na perspectiva de compreender a autonomia do usuário na escolha do serviço a ser utilizado, estudos apontam a tendência de se optar por aqueles que ofereçam acesso aos serviços em um único lugar, percebendo esta característica como integralidade, independentemente da complexidade do serviço, ressaltando a necessidade de se garantir a autonomia dos usuários sobre a busca do cuidado (18).

A autonomia sobre a escolha dos serviços de saúde, especialmente para as pessoas vivendo com HIV/AIDS, é considerada essencial devido ao estigma e risco de violação da privacidade dos pacientes e violação do sigilo profissional (58).

Finalmente, estudos no campo da ética profissional na atenção primária sinalizaram haver certa predisposição a quebra do sigilo por parte de profissionais das equipes de atenção primária (59).

Diante do exposto, este estudo objetivou analisar a percepção dos entrevistados sobre o território como barreira de acesso durante o processo de descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a atenção primária em um município.

MÉTODO

Delineamento do estudo: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, cujo enfoque foi compreender os desafios e potencialidades acerca da descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS para a atenção primária à saúde em um município de grande porte do sul do Brasil. O município foi selecionado por fazer parte dos 100 municípios com mais de 100 mil habitantes e maiores pontuações no ranking do índice de risco composto para o HIV, estabelecido pelo Ministério da Saúde do Brasil (31). Quanto ao perfil epidemiológico do HIV, as taxas de detecção do HIV e mortalidade no município escolhido foram visivelmente superiores a média nacional em 2014 (31).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, utilizando-se um roteiro específico contendo os seguintes eixos/questões: razões para descentralizar, dificuldades observadas e opinião geral sobre o processo de descentralização. Os sujeitos deste estudo foram selecionados entre gestores das esferas municipal, estadual e federal, trabalhadores da saúde, representantes da sociedade civil organizada e usuários. Os gestores foram indicados pelas secretarias municipal e estadual de saúde e pelo Ministério da Saúde para participarem deste estudo. Para a seleção do representante da sociedade civil organizada foi realizado um sorteio, a partir de uma lista de possíveis organizações com sede no município escolhido. O representante foi indicado pela organização após contato com os dirigentes da entidade. A seleção dos usuários foi realizada a partir de sorteio entre representantes de usuários em órgãos representativos, obrigatoriamente residentes no município estudado. Os

trabalhadores foram selecionados de forma aleatória entre servidores dos serviços de saúde.

A amostra foi dimensionada para cobrir todas as categorias de sujeitos do estudo e o n foi ajustado a partir da saturação de idéias obtidas durante as entrevistas e fase de pré-análise. Ao todo, foram selecionados 9 sujeitos, assim distribuídos: 4 representantes dos diferentes entes federativos, sendo 1 federal, 1 estadual e 2 municipais; 2 representantes de usuários, 1 representante de organização não governamental ligada às pessoas vivendo com HIV/AIDS e 2 trabalhadores envolvidos no cuidado da AIDS no município.

Coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016. As entrevistas foram previamente combinadas com os entrevistados e realizadas em local específico, resguardando-se o sigilo e a privacidade dos sujeitos entrevistados. As entrevistas foram gravadas por meio eletrônico e posteriormente transcritas integralmente e registradas através de software editor de texto.

Os dados foram organizados com o apoio do software de dados qualitativos ATLAS TI, os quais foram analisados de forma sistemática a partir de técnicas de análise de conteúdo segundo os pressupostos de Bardin, assegurando o rigor metodológico necessário a interpretação de dados de natureza subjetiva (32). Os achados foram agrupados segundo categorias temáticas, definidas primariamente a partir de categorias teóricas obtidas de levantamento bibliográfico. À luz do método indutivo da *grounded theory*, certas categorias empíricas foram obtidas da análise do campo (33). Para a obtenção das categorias temáticas e grupos, procedeu-se a pré-análise do material obtido no campo. Realizou-se a leitura flutuante das entrevistas, de forma exaustiva, obtendo-se a visão geral do conteúdo e imersão na vivência dos entrevistados através de suas falas sobre o tema. A pré-análise possibilitou a organização de um plano para extração dos dados na fase de análise. A leitura permitiu a observação de repetição de idéias, contradições, confirmações e complementações das idéias entre as diferentes entrevistas.

A segunda fase do método constituiu a exploração do material para extração dos conteúdos temáticos das entrevistas, a partir das definições determinadas na pré-análise.

Esta pesquisa foi registrada sob o número CAEE 46323715.4.0000.0030 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências

da Saúde da Universidade de Brasília e pelo comitê municipal. A participação neste estudo se deu de forma voluntária e todos os participantes assinaram termo de concordância livre e esclarecido previamente a coleta dos dados. A identidade dos sujeitos entrevistados foi preservada atribuindo-se códigos alfanuméricos a cada um deles, que foram gerados automaticamente pelo programa de computador ATLAS TI.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste estudo, as categorias temáticas principais configuradas foram : prejuízo para a autonomia do paciente, problemas na relação usuário-serviço, entraves normativos e sugestões para solucionar a barreira de acesso gerada pela interpretação do conceito de território.

Em relação ao prejuízo da autonomia do usuário, destacaram-se as subcategorias: direito de ir e vir e o direito de escolher o serviço livremente. Quanto aos problemas na relação usuário-serviço, observaram-se relatos de dificuldades de acesso por temor de que os serviços de saúde no território não agissem com imparcialidade, tivessem maior dificuldade em lidar com a privacidade dos pacientes e presença de discriminação e preconceito nos serviços de saúde. Os entraves normativos referidos pelos entrevistados relacionaram-se a barreiras criadas pela gestão do sistema ou pela organização local dos serviços. Por fim, apontou-se a necessidade de flexibilização do conceito de adscrição territorial, assim como o respeito ao princípio de acesso universal como forma de solucionar a barreira de acesso gerada pela interpretação do conceito de território.

A seguir, as categorias temáticas foram exploradas e exemplificadas com falas dos entrevistados:

Prejuízo para a autonomia dos usuários

O prejuízo para a autonomia dos usuários apareceu repetidamente nas entrevistas, destacando-se que a percepção de que um modelo de desenho territorial rígido não contemplaria a necessidade crescente de mobilidade e exercício do direito de ir e vir: *“A quantidade de pessoas que a gente tem, que elas amanhecem na sua cidade de dormitório, botam as crianças dentro do carro, migram pra cá, largam a criança na escola aqui, vão pro seu trabalho, comem, fazem tudo aqui. Não tem como sair pra ir pro médico em sua cidade de residência. Porque elas vão ter que percorrer toda cidade até lá, fazer a consulta e voltar pro seu trabalho [...]”* (Entrevistado 8, sociedade civil)

Assim, a obrigatoriedade de adscrição populacional ao território segundo local de residência foi percebida como uma forma de barreira ao acesso:

“Qual é o território de fato dela? É o endereço de moradia ou o endereço de trabalho? Se é o endereço de moradia, ela vai voltar para sua cidade quando o posto já fechou [...]” (Entrevistado 9, usuário)

A adscrição populacional também foi relatada como uma forma de limitar a o direito do paciente de de escolher livremente o serviço de saúde que melhor lhe conviesse, prejudicando assim a autonomia do usuário:

“[...] porque o cara não tem essa mobilidade. ele não consegue, por exemplo, ir num bairro que não conheça o agente de saúde, ou o agente de saúde não conheça a família [...]” (Entrevistado 1, gestor)

“A gente acha que o grande centro, onde tá lá o ponteiro do conhecimento, o cara sabe melhor. Eu vou ser mais bem tratado pelo médico de lá do que pelo médico do meu local. Então, eu saio, independente da minha região, para eu ter atendimento para complexidade do agravo que eu tenho. Porque eu posso ter isso, né?” (Entrevistado 8, sociedade civil)

“A gente tem visto vários pacientes que querem ser atendidos longe da unidade, e pacientes que não são atendidos na sua unidade e não querem [...]” (Entrevistado 2, trabalhador)

“[...] quando o usuário foi escutado ele disse: _Não! Eu não quero ter esse tipo de questão, e eu quero ter flexibilidade de ir onde é melhor para mim [...]” (Entrevistado 9, usuário)

Para Cassales, a mobilidade humana é tida como um direito fundamental e garantido constitucionalmente nos tempos modernos. A locomoção e migração seguem os seres humanos desde a pré-história, enquanto direito natural da espécie. O fenômeno da migração humana, assim como em outros animais, garante a espécie uma vantagem adaptativa em busca de sua própria sobrevivência, sendo assim considerado um direito fundamental (60). Para Ojima et al, modernamente, as pessoas se locomovem de um ponto a outro das cidades, regiões e países com grande rapidez. No entanto, por razões óbvias de limitações viárias e de comodidade, as pessoas procuram executar suas atividades de vida diária de forma concentrada geograficamente. Assim, as pessoas procuram cada vez mais conciliar trabalho, atividades sociais, busca de serviços de saúde no tempo que tiverem. A mobilidade pendular, característica das grandes cidades modernas, faz com que mais pessoas residam nas cidades dormitório, enquanto trabalham, estudam, consomem bens e serviços em centros urbanos mais desenvolvidos. As cidades dormitório, frequentemente, carecem de serviços de qualidade que se concentram

nas cidades sede, favorecendo o movimento na direção deste último, quando da busca de serviços, inclusive os de saúde (61).

Para Rosseau, a liberdade faz parte da natureza humana e dos direitos fundamentais, sendo alicerce para a garantia da igualdade e, assim, da organização social do Estado moderno (62).

Problemas na relação usuário-serviço

Quanto aos problemas na relação usuário-serviço, relataram-se de dificuldades de acesso por temor de que os serviços de saúde no território não agiriam com imparcialidade e teriam maior dificuldade em lidar com a privacidade dos pacientes devido à discriminação e preconceito. Referências a falta de imparcialidade dos serviços de saúde no território foram feitas pelos entrevistados ao apontar questões sociais, como receio de uso de medidas legais contra usuários nas unidades de saúde de seu território:

“A policia tinha que fazer um cerco na unidade de saúde pra que os funcionários entrassem. Agora tu me responde como é que ia chamar o usuário? Tu acha que o usuário que vai lá na minha ONG, que é um usuário de crack, que é envolvido com tráfico e que precisa de um atendimento médico, ele vai entrar nessa unidade de saúde do bairro dele?” (Entrevistado 8, sociedade civil)

A percepção de maior possibilidade dos pacientes terem sua privacidade comprometida quando são obrigados a utilizarem os serviços de saúde de seu território pode se apresentar de formas diversas, como em comentários de natureza informal, intencionais ou não, que poderiam gerar mal estar aos usuários em sua comunidade de origem, conforme sinalizam as falas a seguir:

“[...] uma característica da nossa epidemia, é o pessoal vinculado a questão de Travestis e transexuais e profissionais do sexo que não querem ser atendidas no seu território porque tem medo. 1. do diagnóstico, no caso da AIDS vir, porque, mesmo um município grande [...] quando tu pensa em serviços que estão dentro de comunidades pequenas, dentro de cidades, do bairro, é o problema de todo mundo se conhecer. 2. Porque o enfermeiro que está ali ou a atendente que está no fichamento na unidade, ela vai na mesma manicure que tu vai, no mesmo bairro. E aí da conversa dela com a manicure e comentar ou tu chegar e dizer: “ ah, oi aquele dia que tu tava no posto estava com um vestido tão lindo. [...]” (Entrevistado 8, sociedade civil)

De forma transversal, a existência de estigma e preconceito em relação a AIDS e as populações chave também emergiu como uma questão importante para a territorialização figurar como obstáculo à descentralização do cuidado do HIV neste estudo. Também foi possível identificar o receio quanto à discriminação nos serviços de saúde e também nas respectivas comunidades:

“[...] a minha vizinha ou a minha comadre trabalha num posto. E aí eu chego lá e eu tenho HIV. Só que ela é fofoqueira [...], e aí como é que eu fico? Eu não vou me tratar, tem gente que não se trata nem na sua cidade, se trata em outra cidade por causa do estigma e do preconceito [...]” (Entrevistado 7, usuário)

“Eu prefiro pegar um ônibus e ser atendido lá. Mesmo que seja na atenção primária. Porque tem coisas que, principalmente em doenças que estejam relacionadas a estigma e preconceito [...]” (Entrevistado 9, usuário)

“Tu tem um estigma e preconceito, que é o grande problema que nós enfrentamos. Tem muito médico que até mesmo não quer nem tocar. Eu já tive vários médicos, que eu sou atendido no Hospital [...], e alguns não tocavam [...]” (Entrevistado 7, usuário)

“É o que mais acontece, dentro da própria atenção básica, dentro dos médicos da atenção básica, de enfermeiro, atendente, isso existe, e não se conseguiu diminuir isso. Porque nós dizemos o que mais nos mata é o estigma e o preconceito. Isso pra nós é público e notório, uma ação que não se consegue, embora com todas as informações, com todas as coisas a gente sabe que isso ainda continua existindo cada vez mais [...]” (Entrevistado 7, usuário)

“É claro que um serviço especializado que está lá há muitos anos, e que as pessoas foram treinadas, provavelmente não vão fazer uma piadinha com uma travesti chegando na porta. Pode existir algum problema, mas esse é um fenômeno institucional, eu não acho que esse é um fenômeno que vai ser minimizado se você tiver só assistência especializada [...]” (Entrevistado 1, gestor)

“[...] em minha experiência que tinha com travesti, era piadinha que vinha de guarda. Então o que acontecia era muita piadinha de guarda, mesmo em centro especializado [...]” (Entrevistado 1, gestor)

“Nós tivemos uma militante que trabalhava dentro de um serviço especializado que o guarda bateu nela, e ela trabalhava lá dentro, só que ela trabalhava no outro lado [...]” (Entrevistado 7, usuário)

O direito a privacidade e ao sigilo profissional devem ser preservados em qualquer circunstância, e o fato de ser colocado em dúvida na atenção primária, até com certa naturalidade, parece alarmante e injustificável. Medidas de educação e combate ao preconceito devem ser adotadas nas comunidades e todos os serviços, para que se chegue a uma sociedade mais inclusiva e justa. O reforço ao compromisso ético e obrigação legal de se garantir a privacidade e o sigilo dos pacientes devem prevalecer na cultura organizacional dos serviços de saúde. Qualquer desvio deve ser tão logo seja detectado. A obrigação de manter o segredo profissional está disciplinado, além dos diferentes códigos de ética profissional, nos artigos 153, 154 e 325 do código penal brasileiro (63). No entanto, segundo Przenyczka, profissionais de saúde revelam informações sigilosas de pacientes sob seus cuidados na atenção primária de forma habitual e injustificável (64), justificando a percepção dos entrevistados sobre o risco de comprometimento da privacidade em serviços da atenção primária.

Segundo Guaranha, ainda se observa muita discriminação e preconceito nos serviços de saúde do Brasil, apesar da garantia de acesso universal à saúde, sem discriminação de qualquer natureza, estar prevista na legislação brasileira (65).

Entraves normativos

Outra categoria refere-se aos *entraves normativos*, sendo que a barreira de acesso aos serviços de saúde pela justificativa da adscrição territorial foi também descrita de forma mais explícita, quando, por iniciativa da gestão ou de trabalhadores, impuseram-se restrições a usuários procedentes de outras localidades como forma de recusar a prestação do serviço:

“[...] o Secretário de Saúde já noticiou que não vai fornecer medicação pra quem não é residente de lá [...]” (Entrevistado 8, sociedade civil)

“O município definiu que não entrega mais remédio para quem não é daqui. Se eu moro na cidade vizinha e trabalho neste município [...] Onde é que vai ser feita a prevenção para mim. Qual a unidade de saúde, qual o serviço que vai trabalhar a minha prevenção?” (Entrevistado 9, usuário)

“Os serviços de saúde tem os seus “micro poderes” e tu chega na recepção e dizem: “Tu não é daqui. Tu reside no bairro tal, então tu vai ter de ser atendido lá”. Se o paciente argumenta, ouve: “Não importa. É lá! [...]” (Entrevistado 9, usuário)

A política para a atenção primária em saúde no Brasil, chamada Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), fundamentou-se na adscrição territorial, de forma a garantir o planejamento das ações de saúde de forma descentralizada, considerando-se os determinantes de saúde daquela localidade. Também fundamentou-se na adscrição populacional àquele território, visando aprofundamento do vínculo e a responsabilidade sanitária das equipes de saúde sobre aquela população adscrita. A própria PNAB menciona que as ações de saúde da atenção primária se dão de forma a respeitar a dinâmica da população adscrita ainda na definição de seus princípios, respeitando o princípio maior da universalidade (11).

Inicialmente, o achado de que os entrevistados perceberam a adscrição territorial como um obstáculo parece contraditório com a própria PNAB, uma vez que nenhum cidadão deveria ter o acesso negado a um serviço público de saúde por qualquer razão que o fosse, em consonância com o princípio da universalidade. No entanto, uma breve leitura da PNAB permitiria que tal confusão fosse criada, quando é sugerido o parâmetro para a quantificação das equipes com base na população residente em determinado território. Assim, haveria margem para a interpretação de que, se as equipes foram calculadas com base em uma população residente específica, sua responsabilidade sanitária também se restringiria a tal população, não considerando princípios maiores como a não discriminação, universalidade e o direito de ir e vir dos cidadãos.

Sugestões para solucionar a barreira de acesso gerada pela interpretação do conceito de território.

Alguns entrevistados percebiam a necessidade de flexibilizar o conceito de adscrição populacional ao território, assim como garantir o direito ao acesso universal ao sistema único de saúde. Assim, a forma de compreender o território precisaria ser repensada, enfatizando-se a importância de se considerar a dinâmica das populações, sua mobilidade e desejo, conforme referido pelos entrevistados:

“Tu pode tirar o território, deixa de ser um critério está entendendo? Tu pode mudar esse critério [...]” (Entrevistado 7, usuário)

“[...] isso foi muito bacana lá, quando eles criaram a linha de cuidado, é que eles não imputaram ou não obrigaram na linha de cuidado a ter adscrição de paciente, e isso é importantíssimo [...]” (Entrevistado 1, gestor)

“[...] ir num bairro que não conheça o agente de saúde, ou o agente de saúde não conheça a família. Esse tipo de coisa. Então o sigilo fica mais protegido. Eu acho que tinha que ter essa flexibilidade [...]” (Entrevistado 1, gestor)

Este achado encontra respaldo nas bases teóricas de Santos, que considera que que o uso que se faz do território deve ser o objeto da análise social e não necessariamente o território em si. Esta compreensão se faz necessária para se evitar a fragmentação da sociedade e alienação do indivíduo e do coletivo em detrimento das limitações territoriais (66). Um exemplo seria a legislação canadense, que explicita a necessidade do caráter da portabilidade nos serviços de saúde naquele país (67).

O acesso universal no sistema único de saúde foi referido na seguinte fala de um entrevistado:

“Bom o princípio máximo do SUS é a universalidade, todos os outros são princípios de gestão e portanto eles podem ser rompidos. O que não pode é eu proibir o acesso ao atendimento. Então, eu não posso não atender uma pessoa porque ela está fora do território dela [...]” (Entrevistado 8, sociedade civil)

Para Onwujekwe, o processo de descentralização exige flexibilidade no planejamento, visando uma melhor adequação à realidade local (13).

Por fim, a vida é universalmente considerada como o bem mais valioso do ser humano. Para que se possa usufruir deste bem, as pessoas precisam ter acesso irrestrito aos cuidados de saúde. Em face disso, a legislação brasileira garante o acesso universal e igualitário à saúde a todos (55, 68). Qualquer forma de restrição ao acesso aos serviços de saúde é injustificável diante do princípio da universalidade.

CONCLUSÃO

A percepção de que um modelo rígido de adscrição territorial foi um importante obstáculo para o processo de descentralização do cuidado do HIV e apareceu de forma consistente nas entrevistas.

A necessidade de locomoção dentro e fora dos territórios tem se tornado cada vez mais habitual, como nas situações em que os indivíduos apenas utilizariam suas cidades de residência como dormitórios, passando grande parte do tempo no município do trabalho, onde também encontrariam diversão e outras atividades

sociais. O planejamento dos serviços de saúde devem levar em consideração a necessidade de preservação da autonomia dos usuários e o direito de escolherem os melhores serviços que assim julgarem.

Problemas relativos à privacidade e ao sigilo profissional no território da atenção primária podem levar a dificuldades impostas pela obrigatoriedade da adscrição pelo local de residência. Apesar desta questão não ser problemática apenas para o HIV e AIDS, agravos ligados ao estigma e preconceito fazem o debate sobre o sigilo ser mais aparente.

A possibilidade do conceito rígido de território relacionado a população residente ser usado como negativa deliberada de prestação do serviço de saúde contraria o princípio da universalidade e garantia do acesso e deve ser combatida. Apesar do reconhecimento da importância do território para a atenção primária e organização dos serviços, questiona-se a rigidez da interpretação sobre a população a ser adscrita. Uma visão reducionista e fragmentada acaba levando a discriminação de usuários e barreira de acesso aos serviços de saúde.

A forma de se trabalhar o território deve ser flexível e adaptável às necessidades dos usuários e sua dinâmica de mobilidade. A população de um território não é estática, como se vivessem em uma ilha isolada e distante. Pelo território circulam moradores, trabalhadores, visitantes e transeuntes que devem ser considerados ao se planejar os serviços de uma localidade.

Finalmente, a oferta de serviços de forma descentralizada deve ser voltada a ampliação do acesso e não a negação do mesmo. O vínculo entre usuário e serviço deve ocorrer de forma livre e espontânea. A construção da relação entre usuário e equipe de saúde passa pela liberdade de escolha e respeito aos direitos individuais dos cidadãos, em um ambiente ético e livre de preconceitos.

REFERÊNCIAS

Referências do artigo foram adicionadas às referências da dissertação

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que a necessidade de melhoria do acesso aos serviços de saúde e ao cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS pareceu atendida a partir das estratégias de descentralização analisadas neste estudo.

Uma certa resistência à mudança do modelo vigente, focado nos serviços especializados, foi percebida como natural e solucionada com negociação e supervisão sistemática do processo por parte da gestão local. O planejamento apropriado por parte das três esferas de governo permitiu a preparação do terreno para a descentralização do cuidado, que ainda se encontram em fase implantação no município.

Uma importante observação deste estudo foi a possibilidade de que a rigidez normativa do modelo de territorialização pudesse se configurar como obstáculo tanto para o acesso quanto ao processo de descentralização do cuidado. Sugere-se assim que se produza uma nota técnica por parte do Ministério da Saúde, esclarecendo os limites da adscrição territorial e da importância de se garantir o acesso universal aos serviços de saúde, garantindo-se a autonomia e liberdade de escolha dos usuários. A portabilidade e consideração dos fenômenos migratórios e deslocamento interno são fundamentais para a garantia ao acesso dos serviços de saúde. Nenhuma exigência de permanência mínima no território deveria ser exigida para aqueles que procuram os serviços de saúde.

8 APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro para entrevista

1. Identificação (nome - se houver concordância, idade, sexo, procedência)
2. Grupo de entrevista (representante da gestão, usuário, trabalhador de serviço especializado, trabalhador de serviço de atenção primária, representante de organização da sociedade civil)
3. Na opinião do(a) entrevistado(a), quais as razões para se rever o modelo de gestão do cuidado em Porto Alegre?
4. Perguntar se o entrevistado participou da construção do processo e como se deu essa participação.
5. Quando soube da idéia de descentralização, qual foi a opinião do entrevistado?
6. Mudou de opinião desde então? Por quê?
7. Aprova a idéia atualmente?
8. Que dificuldades tem observado na efetivação da descentralização / cuidado compartilhado?
9. No geral, tem a percepção de que melhorou o serviço ou piorou?
10. Que aspectos melhorou?
11. Que aspectos piorou?
12. Como esta mudança de modelo afetou o entrevistado?
13. Livre para comentários do entrevistado.
14. Roteiro fechado:
 1. quanto ao acesso: não mudou nada, melhorou ou piorou
 2. quanto à confiança na qualidade do serviço: não mudou nada, melhorou ou piorou
 3. custos diretos ou indiretos relativos ao manejo: não mudou nada, melhorou ou piorou
 4. sigilo profissional / exposição do paciente: não mudou nada, melhorou ou piorou

9 REFERÊNCIAS

1. Segatto C. 25 anos de AIDS: Revista Época / Editora Globo; 2009 [Available from: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI54482-15273-3,00-ANOS+DE+AIDS.html>].
2. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sobre o Programa Estadual DST/AIDS: São Paulo, S.E.S.; [Available from: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/crt/sobre-o-programa-estadual-dstaidsp>].
3. WHO. HIV/AIDS - Fact Sheets Nº 360 2014 [updated 07/2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>].
4. Brasil. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasil : Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; 2014.
5. UNAIDS. Getting to zero: 2011 - 2015 Strategy. 2010.
6. U.S.A. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). In: (CDC) CfDCaP, editor.: USA : U.S. Department of Health & Human Services, Center for Disease Control and Prevention; 1981.
7. Brasil. História da AIDS: Brasil : Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; [Available from: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>].
8. Bompey SH. How to develop a company AIDS policy. Boardr Rep. 1986;15(13):1, 6.
9. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. In: Ministério da Saúde SdVeS, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, editor.: Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; 2013.
10. WHO, UNICEF. Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care. In: Organization WH, editor. Report of the International conference on primary health care International conference on primary health care, Alma-Ata. Geneva1978.
11. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. In: Brasil: Ministério da Saúde SdAàS, Departamento de Atenção Básica, editor. 1 ed. Brasília2012.
12. Giovanella L, Escorel S, Lobato LdVC, Noronha JCd, Carvalho Ald. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro2012 2012. 1097 p.

13. Onwujekwe O, Chikezie I, Mbachu C, Chiegil R, Torpey K, Uzochukwu B. Investigating client perception and attitude to decentralization of HIV/AIDS treatment services to primary health centres in three Nigerian states. *Health Expect*. 2015.
14. Foebel AD, Hirdes JP, Lemick R, Tai JW. Comparing the characteristics of people living with and without HIV in long-term care and home care in Ontario, Canada. *AIDS Care*. 2015;27(10):1343-53.
15. WHO. Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas: condições estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: World Health Organization; 2003. p. 105.
16. Boyer S, Abu-Zaineh M, Blanche J, Loubiere S, Bonono RC, Moatti JP, et al. Does HIV services decentralization protect against the risk of catastrophic health expenditures?: some lessons from Cameroon. *Health Serv Res*. 2011;46(6pt2): 2029-56.
17. WHO. Global Health Strategy on HIV/AIDS 2011 - 2015. France: World Health Organization; 2011.
18. Palácio MB, Figueiredo MAdC, Souza LBd. O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. *Psico*. 2012;360 - 7.
19. Bemelmans M, van den Akker T, Ford N, Philips M, Zachariah R, Harries A, et al. Providing universal access to antiretroviral therapy in Thyolo, Malawi through task shifting and decentralization of HIV/AIDS care. *Trop Med Int Health*. 2010;15(12): 1413-20.
20. Boyer S, Protopopescu C, Marcellin F, Carrieri MP, Koulla-Shiro S, Moatti JP, et al. Performance of HIV care decentralization from the patient's perspective: health-related quality of life and perceived quality of services in Cameroon. *Health Policy Plan*. 2012;27(4):301-15.
21. Hansudewechakul R, Naiwatanakul T, Katana A, Faikratok W, Lolekha R, Thainuea V, et al. Successful clinical outcomes following decentralization of tertiary paediatric HIV care to a community-based paediatric antiretroviral treatment network, Chiangrai, Thailand, 2002 to 2008. *J Int AIDS Soc*. 2012;15(2):17358.
22. Tran BX, Nguyen NP. Patient satisfaction with HIV/AIDS care and treatment in the decentralization of services delivery in Vietnam. *PLoS One*. 2012;7(10):e46680.

23. Rasson S, Boyer S, Fugon L, Protopopescu C, Marcellin F, Koulla-Shiro S, et al. Decentralization of access to antiretroviral therapy in Cameroon: correlates of HIV physicians' knowledge in HIV care. *Antivir Ther.* 2011;16(3):423-8.
24. Zhang X, Mieke P, Zhang Y. Decentralization of the provision of health services to people living with HIV/AIDS in rural China: the case of three counties. *Health Res Policy Syst.* 2011;9:9.
25. Edmonds A, Feinstein L, Okitolonda V, Thompson D, Kawende B, Behets F. Implementation and Operational Research: Decentralization Does Not Assure Optimal Delivery of PMTCT and HIV-Exposed Infant Services in a Low Prevalence Setting. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;70(4):e130-9.
26. Monroe AA. O envolvimento dos gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
27. UNAIDS. A iniciativa - Zero discriminação 2013 [Available from: <http://zerodiscriminacao.org.br/a-iniciativa/>].
28. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. *Psicologia: ciência e profissão.* 2012;552-63.
29. Guaranha C. Travestis e Transsexuais: A questão da busca pelo acesso à saúde. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos).* 2013.
30. Adilson Ribeiro dos Santos RmMS, Marcos Lopes de Souza, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Edite Lago da Silva Sena, Sérgio Donha Yarid. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. *Revista Bioética.* 2015:400-8.
31. Brasil. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. 2015.
32. Bardin L. Análise de Conteúdo. *Brasil: EDIÇÕES 70 - BRASIL;* 2011. 280 p.
33. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Chicago: Aldine Pub. Co.; 1967.
34. Villarinho MV, Padilha MI, Maliska ICA, Bellaguarda MLdR, Sell C, Ferreira AC. Perception of health professionals about the prevention of the AIDS epidemic in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil (1986-2006). *Texto & Contexto - Enfermagem.* 2015;24:72-9.
35. UNAIDS. *Tratamento 2015.* Genebra: UNAIDS; 2015. 44 p.
36. Brasil. 5 passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na atenção básica. Brasília2013.

37. Samuelson W, Zeckhauser R. Status Quo Bias in Decision MAKing. *Journal of Risk and Uncertainty*. 1988;7-59.
38. Steele Gray C, Wilkinson A, Alvaro C, Wilkinson K, Harvey M. Building Resilience and Organizational Readiness During Healthcare Facility Redevelopment Transitions: Is It Possible to Thrive? *HERD*. 2015;9(1):10-33.
39. Levesque J-F, Haggerty JL, Hogg W, Burge F, Wong ST, Katz A, et al. Barriers and Facilitators for Primary Care Reform in Canada: Results from a Deliberative Synthesis across Five Provinces. *Healthcare Policy*. 2015;11(2):44-57.
40. Callaghan M, Ford N, Schneider H. A systematic review of task- shifting for HIV treatment and care in Africa. *Hum Resour Health*. 2010;8:8.
41. Schneider H, English R, Tabana H, Padayachee T, Orgill M. Whole-system change: case study of factors facilitating early implementation of a primary health care reform in a South African province. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:609.
42. Barabási A-L, Bonabeau E. Scale-Free Networks. *Scientific American*. 2003;50 - 9.
43. Morin E, Le Moigne J-L. *A Inteligência da Complexidade*. São Paulo: Peirópolis; 2000. 265 p.
44. Chandler J, Rycroft-Malone J, Hawkes C, Noyes J. Application of simplified Complexity Theory concepts for healthcare social systems to explain the implementation of evidence into practice. *J Adv Nurs*. 2015.
45. Barrett L, Henzi SP, Lusseau D. Taking sociality seriously: the structure of multi-dimensional social networks as a source of information for individuals. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*. 2012;367(1599):2108-18.
46. Giovanella L, Sarah Escorel, Lobato LdVC, Noronha JCd, Carvalho Ald. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro 2012 2012. 1097 p.
47. Sun J, Boing AC, Silveira MP, Bertoldi AD, Ziganshina LE, Khaziakhmetova VN, et al. Efforts to secure universal access to HIV/AIDS treatment: a comparison of BRICS countries. *J Evid Based Med*. 2014;7(1):2-21.
48. WHO. *Operations Manual for Delivery of HIV Prevention, Care and Treatment at Primary Health Centres in High Prevalence, Resource-Constrained Settings*. 1 ed. Switzerland: World Health Organization; 2008. 392 p.

49. Jaiantilal P, Gutin SA, Cummings B, Mbofana F, Rose CD. Acceptability, feasibility and challenges of implementing an HIV prevention intervention for people living with HIV/AIDS among healthcare providers in Mozambique: results of a qualitative study. SAHARA J. 2015;12:2-9.
50. DDAHV. Programa da OMS visa simplificar tratamento da AIDS Brasília2013 [Available from: <http://www.aids.gov.br/node/39123>.
51. Gottmann J. The evolution of the concept of territory. Social Science Information. 1975;14(3):29-47.
52. Ratzel F. Studies in Political Areas. II. Intellectual, Political, and Economic Effects of Large Areas. American Journal of Sociology. 1898;3(4):449-63.
53. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, (1990).
54. Avicenna IS, Gruner OC. A Treatise On the Canon of Medicine of Avicenna,: Incorporating a Translation of the First Book. New York: AMS Press; 1973. 610 p.
55. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, (2016).
56. Viana ALdÁ, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24:s79-s90.
57. Sastry S. Long Distance Truck Drivers and the Structural Context of Health: A Culture-Centered Investigation of Indian Truckers' Health Narratives. Health Commun. 2016;31(2):230-41.
58. Woodford MR, Chakrapani V, Newman PA, Shunmugam M. Barriers and facilitators to voluntary HIV testing uptake among communities at high risk of HIV exposure in Chennai, India. Glob Public Health. 2015:1-17.
59. Przenyczka RA, Kalinowski LC, Lacerda MR, Wall ML. Conflito éticos da enfermagem na atenção primária à saúde e estratégias de enfrentamento. Ciência, cuidado e saúde. 2011 Abr/Jun:330 - 7.
60. Cassales LD. O direito de Ir e Vir. Revista Jurídica. 2002:25-31.
61. Ojima R, Marandola EJ, Pereira RHM, Silva RBd. O estigma de morar longe das cidade: repensando o consenso sobre as "cidades dormitório"no Brasil. Cadernos Metrópole. 2010:395-415.
62. Rousseau J-J. Du Contrat Social, ou Principes du Droit Politique. Online ed2012. 93 p.
63. Decreto Lei Nº 2.848/1940 12/07/1940: Código Penal, (1940).

64. Przenyczka RA. Conflitos Éticos no Cuidado Domiciliar de Enfermagem. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011.
65. Guaranha C. Travestis e Transexuais: a questão da busca pelo acesso à saúde. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10; Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
66. Santos M. O retorno do Território. OSAL : Observatorio Social de América Latina. 2005.
67. Canada Health Act, (1985).
68. LEI 8.080/1990 de 09/19/1990, (1990).

ANEXOS

Comprovante de aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA	
DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: Descentralização do cuidado do HIV/AIDS para a atenção básica em [REDACTED] um estudo de caso	
Pesquisador Responsável: ALEXANDRE FONSECA SANTOS	
Área Temática:	
Versão: 3	
CAAE: 46323715.4.0000.0030	
Submetido em: 24/10/2015	
Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS	
Situação da Versão do Projeto: Aprovado	
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_604756	