

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA

TERRITORIALIDADES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS:

DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ALTO SOLIMÕES

Iramar Moreira da Silva



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA
NA AMAZÔNIA**



IVAMAR MOREIRA DA SILVA

**TERRITORIALIDADES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS:
DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ALTO SOLIMÕES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia, Linha de Pesquisa 2: Redes, Processos e Formas de Conhecimentos.

Orientador: Dr. José Aldemir de Oliveira

MANAUS - 2018

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586t Silva, Ivamar Moreira da
Territorialidades da Política Pública de HIV/AIDS: :
descentralização e regionalização da saúde no Alto Solimões /
Ivamar Moreira da Silva. 2018
318 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: José Aldemir de Oliveira
Tese (Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia) -
Universidade Federal do Amazonas.

1. Política de Saúde. 2. Descentralização. 3. REgionalização. 4.
Hiv. I. Oliveira, José Aldemir de II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título

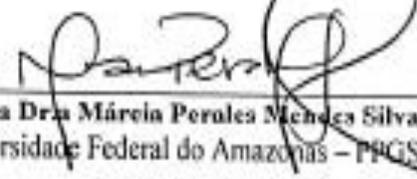
IVAMAR MOREIRA DA SILVA

**TERRITORIALIDADES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS:
DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ALTO SOLIMÕES**

Aprovada em: ___/___/___



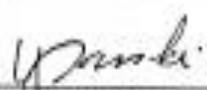
Prof. Dr. José Aldemir de Oliveira (Presidente)
Universidade Federal do Amazonas – PPGE/UFAM



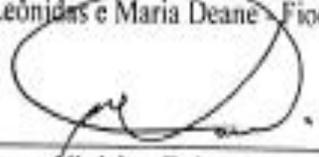
Prof.ª Dra. Márcia Perales Mendes Silva (Membro)
Universidade Federal do Amazonas – PPGSCA/IFCHS



Prof.ª Dr.ª Yoshiko Sasaki, (Membro)
Universidade Federal do Amazonas – PPGSCA/IFCHS



Prof. Dr. Júlio César Schweickardt (Membro)
Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia



Prof. Dr. Marcus Vinicius Guimarães Lacerda (Membro)
Universidade do Estado do Amazonas

Dedicatória!

*À Laura para que não tenha medo de sonhar e ousar
ao construir seu caminho. Amor eterno!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por iluminar meus caminhos. Obrigada Senhor por esta benção.

Agradeço especialmente à minha família pelo apoio à construção desta Tese. Sei que foram tantas as ausências.... Valeu à pena. Esta é uma conquista há muito sonhada. Obrigada pelo carinho e respeito.

Agradeço à Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus pela liberação das atividades de trabalho durante as atividades do Doutorado.

Agradeço ao Prof. Dr. José Aldemir de Oliveira, por ter me acolhido e por ter me proporcionado momentos de aprendizado e crescimento. Obrigada professor por sua generosidade, dedicação e compromisso com minha formação. Obrigada pela confiança, amizade e respeito.

À equipe do NEPECAB por me receber no grupo e pelos tantos momentos compartilhados. Vocês tornaram esse processo mais prazeroso.

Agradeço aos professores e colegas de turma do PPGSCA, em particular à Cinthya Jardim, companheira de tantos momentos nessa caminhada. Obrigada!

Agradeço aos professores que compuseram a Banca de Defesa por terem aceitado o convite, pelas colaborações e brilhantes contribuições.

Agradeço às instituições que participaram desta pesquisa: Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant e Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga. Obrigada especialmente aos profissionais que concordaram em participar da pesquisa e me receberam de forma simples e calorosa. Vocês deram vida a este trabalho.

Às minhas amigas de longa data: Márcia Irene, Thalita Renata, Helen Bastos, Silviane Freitas. Meninas sem o apoio de vocês este momento não seria possível. Obrigada pelo carinho e respeito. Nossas diferenças nos tornam mais fortes. Vocês são especiais na minha vida

Obrigada!

Pesquisa Ligada aos Projetos:

- Cidades amazônicas: dinâmicas espaciais, rede urbana local e regional - PROGRAMA DE APOIO A NÚCLEOS DE EXCELÊNCIA – PRONEX/FAPEAM/CNPq
- CNPq Processo: 470210/2014-1: Rede de atenção a saúde em HIV/Aids: espacialidade e territorialidade da região de saúde do Alto So limões no estado do Amazonas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Regionalização da Saúde, Colegiados de Gestão Regional - Amazonas, 2010	99
Quadro 2 - Leitos sob responsabilidade estadual nos municípios - Amazonas, 2010..	101
Quadro 3 - Síntese da Regionalização da Saúde - Amazonas	105
Quadro 4 - Equipamentos selecionados existentes por Região de Saúde, Dez/2015 ...	109
Quadro 5 - Informações socioeconômicas - Benjamin Constant e Tabatinga – Amazonas, 2010	118
Quadro 6 - Serviços de Saúde Hospitalares - Região de Saúde Alto Solimões	121
Quadro 7 - Aspectos epidemiológicos - Benjamin Constant e Tabatinga – 2010 a 2014	127
Quadro 8 - Repasses financeiros por blocos de Financiamento - Benjamin Constant e Tabatinga - 2016.....	128
Quadro 9 - Comparação entre os sistemas de Saúde - Brasil, Colômbia e Peru	131
Quadro 10 - Estabelecimentos de Saúde, Regiões e Brasil, 2009	137
Quadro 11 - Serviços de atenção básica credenciados pelo Ministério da Saúde - Amazonas, Benjamin Constant e Tabatinga, janeiro de 2017	140
Quadro 12 - Serviços de atenção básica à saúde - Benjamin Constant e Tabatinga	141
Quadro 13 - Profissionais de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Cobertura Populacional - Benjamin Constant e Tabatinga - 2016	142
Quadro 14 - Caminhos da resposta à Aids - 1998 a 2001	176
Quadro 15 - Valores de Referência - Política de Incentivo âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST - Amazonas	178
Quadro 16 - Incentivo Financeiro a Estados e Municípios para ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - Amazonas, 2014	180
Quadro 17 - Incentivo Financeiro a Estados e Municípios para ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - Amazonas, 2016	181
Quadro 18 - Ações a serem contempladas no Plano de Ações e Metas	182
Quadro 19 - Iniciativas articuladas com as ações relacionadas ao HIV, Aids e Hepatites B e C	183
Quadro 20 - Atendimento prestado no âmbito do HIV, Aids, ISTs e Hepatites Virais - Benjamin Constant e Tabatinga.....	200
Quadro 21 - Medidas relacionadas à Prevenção Combinada do HIV	201
Quadro 22 - Periodicidade das consultas médicas das pessoas que vivem com HIV ..	220
Quadro 23 - Redes de Atenção à Saúde	235

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- UBS Enfermeira Leontina Lima da Silva - Benjamin Constant, 2015.....	197
Figura 2- Linha de cuidado (Adulto) Diagnóstico UBS e CTA –Tabatinga e Benjamin Constant - 2016.....	257
Figura 3- Linha de cuidado (Adulto) Diagnóstico outros serviços –Tabatinga e Benjamin Constant - 2016.....	258
Figura 4- Linha de cuidado (Adulto) seguimento no SAE –Tabatinga e Benjamin Constant - 2016.....	260
Figura 5- Linha de cuidado (Adulto) seguimento na UBS –Tabatinga e Benjamin Constant - 2016.....	261

LISTA DE MAPAS

Mapa 1- Regiões de Saúde - Amazonas	105
Mapa 2- Região de Saúde do Alto Solimões	106
Mapa 3- Região de Saúde do Alto Solimões - Microrregiões	107
Mapa 4- Fluxos de Referência Regional - Região de Saúde do Alto Solimões, 2016 .	115
Mapa 5- Serviços de Atenção Especializada – Amazonas, 2017.....	184

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da População por Tamanho dos Municípios - Amazonas, 2000 e 2010	83
Tabela 2- Eixos do Pacto pela Saúde no Amazonas, 2008.....	95
Tabela 3- Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico – Manaus.....	186
Tabela 4- Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico - Benjamin Constant e Tabatinga- Amazonas	190
Tabela 5- Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico - Benjamin Constant e Tabatinga – Amazonas	194
Tabela 6- Atendimentos realizados - 2016	199
Tabela 7- Médicos que realizam acompanhamento de rotina das pessoas que vivem com HIV – SAE Benjamin Constant e Tabatinga - 2016.....	202
Tabela 8- Outros profissionais que atendem pessoas que vivem com HIV - Benjamin Constant e Tabatinga	203

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tipo de unidade de saúde onde o atendimento das pessoas que vivem com HIV ocorre - Benjamin Constant e Tabatinga	195
---	-----

LISTA DE ABRVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADH	Atlas do Desenvolvimento Humano
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antiretroviral
ASAVIDA	Consórcio de Saúde entre entes públicos do Alto Solimões
BIRD	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CD4	Exame de grupamento de diferenciação 4
SESP	Serviço Especial Saúde Pública
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COAS	Centros de Orientação e Apoio Sorológico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DAB	Diretrizes da Atenção Básica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
FESP	Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GPSM	Gestão Plena do Serviço Municipal de Saúde
HEMOAM	Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IDTVAM	Instituto de Dermatologia Tropical e Venerologia "Alfredo da Matta
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social

LAFRON	Laboratório de Fronteira
MS	Ministério da Saúde
NEPECAB	Núcleo de Estudos e Pesquisas das Cidades da Amazônia
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional de Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGS	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada Integrada
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PRODERAM	Projeto de Desenvolvimento Regional no Amazonas para a Zona Franca Verde
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVHIV	Pessoa Vivendo com HIV
REFORSUS	Projeto Reforçar o SUS
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antiretroviral

TCGE	Termo de Compromisso de Gestão Estadual
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TELELAB	Plataforma de Educação Continuada do Ministério da Saúde
TFD	Tratamento fora do domicílio
TTP	Tratamento para todas as pessoas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAIDS	Programa das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNDCP	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIH	Vírus da Imunodeficiência Adquirida

RESUMO

Esta tese discute como a descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde e seu reflexo na assistência às pessoas que vivem com HIV em Benjamin Constant e Tabatinga, municípios do Alto Solimões, no Amazonas. A tese sustenta que processo de descentralização e regionalização da saúde tem potencial para criar novas territorialidades, imprimir novas configurações e conteúdos à estrutura de gestão da política de saúde, em particular no nível regional e estadual. Tendo em vista a natureza complexa desses processos e as implicações dos mesmos no nível local e regional de saúde, bem como a dinâmica da epidemia de HIV/Aids no Amazonas, definiu-se como objetivo geral da pesquisa: analisar nas regiões de saúde do Alto Solimões, a dinâmica de descentralização, regionalização e construção da rede de atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids. Procedeu-se a pesquisa bibliográfica, documental e de campo sobre o tema, com ênfase na pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas junto aos técnicos da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas; profissionais de saúde, técnicos e gestores das Secretarias Municipais de Saúde de Benjamin Constant e Tabatinga. A leitura dos dados e informações obtidos possibilitaram o entendimento do lugar como fração do todo e que o lugar, os recursos de que dispõe (ou não) pressupõem o movimento da totalidade em cada momento histórico, o que confere especificidade e particularidade. A pesquisa constatou: o descompasso no processo de descentralização e regionalização da saúde no Amazonas; avanços nos aspectos formais do processo de descentralização e regionalização da saúde no estado; identifica-se a persistência e reprodução da centralização de ações e serviços em Manaus; a descentralização das ações e serviços de média e alta complexidade caminha lentamente no estado, mantendo a dependência dos municípios em relação à capital e obstaculizando a consolidação de redes. Constatou-se também que as redes, apesar de desenhadas, deparam-se com obstáculos reais ao seu dinamismo. Constatou-se também que apesar dos obstáculos houve a desconcentração da assistência às pessoas que vivem com HIV para os municípios estudados. A testagem rápida encontra-se plenamente desconcentrada para os serviços de atenção básica, os CTAs e serviços de urgência e emergência. Em relação aos SAEs constatou-se que estes foram descentralizados para os municípios, mas apresentam dificuldades na operacionalização. A pesquisa também mostra as dificuldades da implementação da rede: em Benjamin Constant a descentralização da assistência às pessoas que vivem com HIV para os serviços de atenção básica aconteceu e mesmo que a coordenação municipal ainda mantenha alguns atendimentos no SAE, este funciona precariamente não se configurando como retaguarda para os demais serviços do município; em Tabatinga os profissionais da atenção básica sinalizam ciência de que a descentralização da assistência à pessoa que vive com HIV para este nível de atenção irá acontecer, mas as pessoas diagnosticadas com o vírus ainda encontravam-se em acompanhamento no SAE que tem potencial para atuar como retaguarda dos serviços de atenção básica. O estudo assume importância na compreensão da política de descentralização da saúde, incorporando a diversidade de realidade dos municípios do Amazonas, articulando interesses, recursos financeiros, distribuição de equipamentos, recursos humanos na garantia do direito à saúde, com ênfase nas pessoas que vivem com HIV.

Palavras-chave: Política de Saúde; Descentralização; Regionalização; HIV.

ABSTRACT

This thesis discusses how the decentralization and regionalization of health actions and services and their reflection on the care of people living with HIV in Benjamin Constant and Tabatinga, municipalities of Alto Solimões, Amazonas. The thesis holds that the process of decentralization and regionalization of health has the potential to create new territorialities, to print new configurations and contents to the structure of health policy management, particularly at the regional and state level. Given the complex nature of these processes and their implications at the local and regional level of health, as well as the dynamics of the HIV/AIDS epidemic in Amazonas, it was defined as a general objective of the research: to analyze in the health regions of Alto Solimões, the dynamics of decentralization, regionalization and construction of the network of attention to people living with HIV/AIDS. A bibliographical, documentary and field research on the subject was carried out, with emphasis on the qualitative research carried out through interviews with the technicians of the State Health Secretariat of Amazonas; health professionals, technicians and managers of the Municipal Health Secretariats of Benjamin Constant and Tabatinga. The reading of the data and information obtained allowed the understanding of the place as a fraction of the whole and that the place, the resources at its disposal (or not) presuppose the movement of the totality in each historical moment, which confers specificity and particularity. The research found: the mismatch in the process of decentralization and regionalization of health in the Amazon; advances in the formal aspects of the process of decentralization and regionalization of health in the state; we identify the persistence and reproduction of the centralization of actions and services in Manaus; the decentralization of actions and services of medium and high complexity is slowly moving in the state, maintaining the dependence of municipalities on the capital and hampering the consolidation of networks. It was also found that the networks, although designed, face real obstacles to their dynamism. It was also verified that, despite the obstacles, there was a devolution of assistance to people living with HIV to the municipalities studied. Rapid testing is fully deconcentrated for primary care services, CTAs, and emergency and emergency services. Regarding SAEs, it was found that these were decentralized to the municipalities, but presented difficulties in operationalization. The survey also shows the difficulties of implementing the network: in Benjamin Constant the decentralization of care to people living with HIV to basic care services happened and even though the municipal coordination still maintains some services in the SAE, it works precariously not being configured as rearguard for the other services of the municipality; in Tabatinga, primary health care professionals indicate that the decentralization of care to the person living with HIV to this level of care will occur, but people diagnosed with the virus were still being followed up at the SAE that has the potential to act as services. The study assumes importance in the understanding of health decentralization policy, incorporating the diversity of reality of the municipalities of Amazonas, articulating interests, financial resources, distribution of equipment, human resources to guarantee the right to health, with emphasis on people living with HIV .

Keywords: Health Policy; Decentralization; Regionalization, HIV.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
CAPÍTULO 1 - SAÚDE: percursos e percalços na construção da política universal....	27
1.1 Política de Saúde no Brasil: da segmentação e cidadania regulada ao direito universal e responsabilidade estatal.....	31
1.2 Os arranjos institucionais do SUS: ajustando o olhar para desvelar os processos de descentralização e regionalização.....	45
1.3. A face da Aids aqui é a face do próprio Brasil: Os fios que tecem o cuidado e a construção da rede de atenção à pessoa que vive com HIV.	60
CAPÍTULO 2 - DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO AMAZONAS: aspectos endógenos e exógenos à construção de redes de atenção.....	73
2.1 Tempos próprios na construção da atenção à saúde no Amazonas	74
2.2 Benjamin Constant e Tabatinga: cidades de responsabilidade territorial na região de saúde do Alto Solimões	104
2.3 Os serviços de atenção básica à saúde em Benjamin Constant e Tabatinga: (des) caminhos na coordenação do cuidado	136
CAPÍTULO 3 – AS TEIAS E TRAMAS DO CUIDADO À PESSOA QUE VIVE COM HIV: a realidade de Benjamin Constant e Tabatinga no Amazonas	160
3.1 Transpondo fronteiras do mundo ao lugar: caminhos da epidemia e redes de assistência.....	160
3.2 A AIDS chega no Amazonas: caminhos e descaminhos na construção da atenção à pessoa que vivem com HIV.....	166
3.3 Descentralizar e regionalizar ações e serviços: estratégias de assistência às pessoas que vivem com HIV no Alto Solimões	188
3.4 Compartilhando o cuidado integral das pessoas que vivem com HIV com a Atenção Básica: percursos e percalços em Benjamin Constant e Tabatinga.....	233
CONSIDERAÇÕES FINAIS	269
REFERÊNCIAS	277
APENDICE A - Formulário 1: Secretários Municipais de Saúde de Benjamin Constant e Tabatinga/ (ou profissional designado pela Secretaria).....	298
APÊNDICE B - Formulário 2: Coordenadores Municipais das ações e serviços de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, Coordenador Estadual do Programa de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, Coordenador da Atenção Básica.....	302
APÊNDICE C - Formulário 3. Profissionais SAE	306
APÊNDICE D - Formulário 4: Profissionais Atenção Básica (Enfermeiros das Unidades de Atenção Básica).....	309
APÊNDICE E - Termo Livre de Consentimento Esclarecido (TCLE)	313
APÊNDICE F - Quadro Metodológico da Pesquisa.....	315
APÊNDICE G - Perfil dos Pesquisados	316
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética.....	317

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, ao criar o Sistema Único de Saúde, objetivou alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a todos os cidadãos em todos os lugares do território nacional. A prestação de serviços em diversos níveis de complexidade pressupunha a existência de rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir de diretrizes descentralizadoras, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Contudo, apesar das inúmeras inovações propostas, a dificuldade em definir condições sustentáveis para o financiamento e planejamento em saúde, contribuiu para o estabelecimento de ações fundadas em uma visão fragmentada e reducionista da atenção. A proposta inovadora do SUS, as lutas para construção de um sistema de saúde universal e capaz de assegurar a integralidade do cuidado a todos os cidadãos se mostrou um desafio de grandes proporções, em particular na realidade do Amazonas. Aqui para muitos faltam condições de sobrevivência e, no que concerne à saúde, houve descompasso na habilitação dos municípios ao SUS e, ao mesmo tempo, a concentração majoritária dos serviços e procedimentos de média e alta complexidade na capital, Manaus, situação que acentuou as desigualdades no acesso a esse direito.

Demarcada pela atuação de diferentes agentes e instituições, a política de saúde, ao impulsionar o processo de descentralização e regionalização, interage, muda, cria e recria processos de gestão com implicações políticas, econômicas, culturais e sociais que vão além da política setorial em si. Esta, de par com o movimento da história, cria e recria territorialidades, propõe fluxos relacionais e interacionais entre múltiplos atores (instituições públicas, ONGs, associações, conselhos, fóruns, comissões) e entes federativos com vistas ao estabelecimento de possíveis relações de cooperação e solidariedade. Tais relações envolvem, muitas vezes, o estabelecimento de redes que transcendem o local e se expressam globalmente.

Mediante os percalços encontrados na operacionalização do SUS - heterogeneidade dos sistemas regionais de saúde; trajetórias diferenciadas de municipalização; dependência da estrutura administrativa do estado; interesses clientelistas dos gestores - os anseios de descentralização e regionalização, estratégias nacionais de gestão da política de saúde, frustraram-se. Restou entre a imagem que se projetou para o funcionamento do SUS e a realidade dos serviços múltiplas contradições

e o SUS necessário à construção de uma sociedade mais justa, definido em seus princípios legais, se metamorfoseou no SUS possível.

Tais questões no cotidiano dos serviços se traduzem em desafios práticos e dilemas concretos que merecem ser pensados com vistas a aprimorar intervenções na área. A descentralização é justificada a partir de distintas abordagens teóricas, mas em geral, há consenso de que os sistemas descentralizados e regionalizados de políticas públicas tendem a alocar recursos com mais eficiência e maximizar o bem-estar da população, produzindo maior equidade. É desejável, portanto, que esses sistemas sejam capazes de alocar recursos em ações e serviços que satisfaçam efetivamente a população, conduzindo à maximização da eficiência na alocação dos recursos públicos.

No Brasil e, em particular, nas políticas públicas de saúde, a constituição das redes tem como pressuposto os processos de descentralização e regionalização, pois estes incluem o poder local nos processos de formulação e implementação das políticas sociais, favorecendo a emergência de um rico tecido social composto por diversidade de sujeitos políticos alicerçados em torno das demandas sociais do território. Aqui, se estabelece o marco teórico importante da pesquisa, o modo como as regiões de saúde são constituídas, tendo no território a base de sua dimensão e não as demandas da população como definidoras da área.

Apesar do descompasso na implantação dos processos de descentralização e regionalização, é inegável que estes potencializam a criação de redes locais, com vinculação da gestão ao território e população específica que, através da participação social e da proximidade das instâncias de gestão da política de saúde, podem inserir interesses plurais na agenda local e/ou regional. Nesse sentido, a definição das regiões de saúde emerge como possibilidade concreta do estabelecimento de relações cooperativas e solidárias entre os municípios de forma a consolidar redes de atenção à saúde centradas no território.

A pesquisa analisa a regionalização a partir de uma política específica, a política de saúde, com ênfase em uma ação programática desta, a assistência às pessoas que vivem com HIV. No Amazonas, contrariando tendências que indicam o possível fim da Aids, a notificação de novos casos tem se mantido ativa, sinalizando que este é um problema de saúde pública que exige atenção e intervenções oportunas. Apesar dos esforços envidados na construção da atenção em saúde às pessoas que vivem com HIV, entende-se que a epidemia inicialmente apresentou perfil agudo, com diagnóstico em estágios avançados de imunodeficiência, complexas possibilidades terapêuticas e alta

morbimortalidade. No decorrer da história e da evolução do tratamento antirretroviral várias mudanças podem ser identificadas no modelo de atenção à pessoa vivendo com HIV e, na atualidade, entende-se que o diagnóstico precoce, o início da terapia antirretroviral independente de carga viral, a simplificação dos esquemas de tratamento permite que a assistência dos pacientes estáveis, assintomáticos se assemelhe ao cuidado de pessoas que convivem com doenças crônicas.

Esse entendimento, aliado à necessidade premente de avançar na superação do modelo de atenção centrado em especialistas e em centros especializados, tem desafiado estados e municípios a inserir na dinâmica de descentralização e regionalização a definição de novos fluxos e circuitos que garantam a integralidade da atenção às pessoas que vivem com HIV no sistema de saúde. Nesse processo a atenção básica, além de assumir papel fundamental como espaço hegemônico de entrada no sistema, é desafiada a conhecer os grupos mais vulneráveis de seu território, inclusive as pessoas que vivem com HIV, e responsabilizar-se em assegurar o atendimento adequado àqueles que apresentam-se vulneráveis à Aids.

Conforme estabelece o Ministério da Saúde (2015), a construção desse modelo de atenção é local ou regional e pressupõe, além de considerar o movimento real das pessoas que vivem com HIV, seus desejos e necessidades, delimitação e conhecimento em profundidade do território. Esta dinâmica não pode ser reduzida à mera padronização dos serviços voltados para atenção a esses sujeitos, pois traz em seu cerne o desafio de construir estratégias que atendam às peculiaridades locais e/ou regionais de forma a dar conta das múltiplas complexidades em saúde presentes no território.

O modelo centrado no atendimento especializado, historicamente esteve descolado da atenção básica e das reais necessidades das pessoas que vivem com HIV. Filas, listas de espera, dificuldades de acesso, implicações financeiras com deslocamentos para outros municípios, diagnóstico tardio, são apenas alguns dos elementos de desconexão que demarcam a atenção às pessoas que vivem com HIV na realidade do Amazonas, fruto de uma atenção em saúde desenvolvida de acordo com a disponibilidade de especialistas.

Tendo em vista a natureza complexa dessas questões e as implicações no nível local e regional de saúde, definiu-se como objetivos desta pesquisa, analisar, a partir dos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga, na região de saúde do Alto Solimões, a dinâmica de descentralização, regionalização e construção da rede de atenção à saúde com ênfase nas intervenções relacionadas às pessoas que vivem com HIV, que se

desdobram na necessidade de conhecer a implementação e formulação do processo de descentralização e regionalização da saúde no Amazonas, identificando como se deu a descentralização dos serviços de saúde voltados para o HIV na realidade dos municípios. Ao mesmo tempo é preciso refletir, a partir da região de saúde do Alto Solimões, os limites e desafios na construção da rede de atenção às pessoas que vivem com o HIV e identificar a distribuição dos serviços de saúde em Tabatinga e Benjamin Constant, os fluxos intermunicipais voltados para diagnóstico e assistência às pessoas que vivem com HIV na região de saúde do Alto Solimões.

A opção pela região de saúde do Alto Solimões considerou a área de interesse do Núcleo de Estudos e Pesquisas das Cidades na Amazônia -NEPECAB, que desenvolve inúmeros trabalhos de pesquisa na região. Nesse sentido, considerando a acessibilidade e a factibilidade do estudo, optou-se por realizá-lo na região do Alto Solimões, especificamente, nos municípios de Tabatinga e Benjamin Constant.

Considerando que os processos de descentralização, em particular na saúde, são sustentados por argumentos de natureza política, econômica e gerencial, podendo apresentar inúmeros arranjos organizacionais e reconhecendo que a realidade é repetidamente modificada de acordo com o jogo das forças sociais, optou-se por duplo movimento: a análise do processo de descentralização e regionalização e, posteriormente, a expressão dessa dinâmica na realidade da região de saúde do Alto Solimões, especificamente nos municípios de Tabatinga e Benjamin Constant e a partir da assistência às pessoas que vivem com HIV.

A realidade trouxe à reflexão inúmeras situações a partir das quais se definiu questão central desta tese: Em que medida o processo de descentralização e regionalização da política de saúde tem impulsionado as ações de saúde voltadas para pessoas que vivem com HIV nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga?

Para responder esta questão procedeu-se reflexão acerca de alguns aspectos: Será que o descompasso no processo de descentralização e regionalização da política de saúde tem contribuído para que os índices de HIV no Amazonas estejam na contramão da tendência nacional e apresentem altos índices de diagnóstico e de óbitos? A estrutura orgânica das regiões de saúde e a definição de municípios de referência nestas tem contribuído para a ampliação de ações e serviços de atenção às pessoas que vivem com HIV nesses territórios? As regiões de saúde têm tido autonomia para construir agenda própria de gestão no seu território e efetivamente dirigir sua potência para investir na transformação da realidade da saúde regional das pessoas que vivem com HIV? Quais

estratégias têm sido desenvolvidas nas regiões de saúde para atender especificidades regionais e que se caracterizem como ação e/ou serviço inovador local de atenção às pessoas acometidas pelo HIV?

A tese adota dois eixos norteadores: 1) a descentralização e regionalização da saúde no Amazonas tem seguido as recomendações do Ministério da Saúde, se ampliado conforme as exigências de habilitação à gestão do SUS e criando novas territorialidades, mas sem, necessariamente, conseguir criar estratégias que atendam às peculiaridades e especificidades regionais e sem criar relação em rede entre os municípios; 2) no Amazonas, a descentralização apresentou inúmeras limitações e apesar da constituição formal das regiões de saúde, os municípios, devido as limitações de transporte, comunicação, distâncias, infraestrutura, recursos e capacidade operativa, concentraram seus esforços na prestação de serviços de atenção primária e o Estado ainda é o principal executor dos serviços de média e alta complexidade em saúde que, em sua maioria, se concentram em Manaus, o que traz inúmeras implicações para a construção da rede de atenção à saúde.

A reflexão teórica acerca de tais questões adota como ponto de partida a análise da assistência às pessoas que vivem com HIV com o pressuposto que as diretrizes de descentralização e regionalização da saúde criam novas territorialidades, pois criam novas possibilidades de interação e articulação dos múltiplos nódulos interdependentes na estrutura reticular da política de saúde. Essas novas territorialidades revalorizam a questão regional e criam novas possibilidades de integração das ações e serviços de saúde em redes temáticas e a partir de linhas de cuidado construídas considerando a realidade local e regional.

Mesmo com a ampliação de interações e articulações entre vários territórios as possibilidades de realização da saúde não estão presentes para a maioria das pessoas vivas do planeta e, em particular no Amazonas onde o Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros (IPEA, 2015), apresenta 80,6% dos municípios com índice de vulnerabilidade social (IVS)¹ “muito alto” e onde, até mesmo a capital, Manaus, apresenta índice de vulnerabilidade social médio. Nesse sentido, a concretude do

¹ O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é construído a partir do bloco de indicadores de vulnerabilidade social do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil - infraestrutura urbana, capital humano e renda e trabalho. Entende-se que essas três grandes, sua posse ou privação, pode condicionar e/ou determinar as condições de bem-estar das populações nas sociedades contemporâneas.

cotidiano da política de saúde, em especial em municípios como Benjamin Constant e Tabatinga, pode se apresentar com menor disponibilidade de serviços e ações de saúde, maior dificuldade em atrair e fixar profissionais de saúde, dificuldades relacionadas à capacidade de gestão, dentre outros. A fragilidade da rede de saúde nesses territórios pode contribuir para que a dinâmica da epidemia de HIV, que no estado encontra-se na contramão da tendência nacional, se expanda e dissemine.

A geografia e dinâmica populacional do estado, ainda impõe muitos obstáculos à universalização do direito à saúde, em particular à população que vive com HIV, pois enquanto os governos apregoam o discurso do ajuste fiscal, no Amazonas as ausências na saúde pública são flagrantes: fluxos errados, desencontro de informações, ausência de profissionais de saúde, falta de medicamentos, fortalecimento da saúde privada em detrimento dos investimentos na saúde pública, descaso, crescimento do número de óbitos. Estas são algumas das marcas do cotidiano de quem caminha na política e que são agravados pela fragilidade do acolhimento, da vinculação, da responsabilização com os demandantes da política, dentre outros aspectos.

Ciente da dinâmica complexa, una e simultaneamente diversa que desafia o pesquisador a proceder com uma investigação e reconhecendo a impossibilidade de dar conta de todas as nuances desse intrincado complexo que é a saúde, se propõe a traduzir conceitos, normas, termos operacionais, percursos e dinâmicas que comprovam que o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia (ROSA, 1994). As reflexões teórico metodológicas percorridas durante a construção da tese envolveram múltiplos aspectos e complexos que impulsionaram o pesquisador a aproximar-se sucessivamente do foco da investigação, visitar os municípios delimitados, conhecer sujeitos que dão vida às ações e serviços, apropriar-se de conceitos e ideias que, gradativamente, deram concretude à realidade investigada.

A dinâmica que vai da definição de hipóteses até os instrumentos de coleta de dados e informações, encontra-se didaticamente exposta na estrutura conceitual da pesquisa, delineada no APÊNDICE F. A pesquisa documental comportou dados e informações essenciais à investigação, subsidiando o pesquisador com a ampla produção na área: Protocolos, manuais, portarias, legislações, notas técnica, relatórios e, em especial teses e dissertações realizadas sobre o tema.

No que concerne ao percurso metodológico da Tese, explicita-se que tendo em vista a amplitude das informações a serem coletadas, as possíveis dificuldades operacionais de obtenção de dados *in loco* e o custo correspondente, optou-se por

realizar a coleta de informações e dados em entrevistas (APÊNDICE A, B, C e D) realizadas junto a profissionais da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, das Secretarias Municipais de Saúde de Benjamin Constant e Tabatinga, conforme detalhamento dos participantes da pesquisa informados no APÊNDICE G, desta tese.

Evidencia-se que os sujeitos pesquisados foram definidos a partir de critérios de inclusão² e exclusão³ e, em geral são pessoas que, devido ao cargo que exercem e/ou representam nas instâncias decisórias ou na coordenação da política de saúde, dentro das instituições estão envolvidos no processo de descentralização e regionalização, contribuindo decisivamente na construção de novas territorialidades em saúde. Entre eles estão gestores, técnicos, coordenadores e profissionais da saúde dos municípios participantes da pesquisa.

Tem-se presente que uma investigação dessa amplitude e complexidade, prescindiu da certeza de que não é um estudo isento de limitações, mas que tem potencial de apreensão do movimento de descentralização e regionalização no Amazonas, identificando tendências, fragilidades e potencialidades desse processo e, em particular aqueles relacionados à assistência às pessoas que vivem com HIV.

Todos os participantes da pesquisa assinaram Termo Livre de Consentimento Esclarecido-TCLE (APÊNDICE E) dando ciência da pesquisa e aceite da participação. Estes não são identificados no corpo da tese. Além disso, a investigação foi submetida ao Comitê de Ética – Plataforma Brasil nos termos da Resolução n.º 466/2012, sendo devidamente aprovada (ANEXO A).

A Tese que ora se apresenta à análise encontra-se estruturada em três capítulos, antecedidos por introdução que apresenta, problematiza e justifica a escolha do tema, apresenta as questões de pesquisa, os objetivos, hipótese, método e o percurso metodológico da investigação.

O primeiro capítulo - **Saúde: percursos e percalços na construção da política universal** - traça a constituição da saúde enquanto política assecuratória de direitos, discutindo as diretrizes de descentralização e de regionalização e problematizando a

² Critérios de inclusão: 1) acessibilidade por parte da instituição; 2) acessibilidade por parte dos pesquisados; 3) atuar como gestor e/ou técnico em pleno exercício de suas funções;

³ Critério de exclusão: 1) estar na condição de trabalhador de férias, licença para tratamento de saúde, licença prêmio, dentre outras.

emergência da epidemia de HIV na realidade brasileira que caminhou lado a lado com a construção e implantação do SUS.

O segundo capítulo - **Descentralização e regionalização da saúde no Amazonas: aspectos endógenos e exógenos à construção de redes de atenção** – reflete acerca do processo de descentralização regionalização da saúde no Amazonas com ênfase na realidade dos municípios estudados e na possibilidade de configuração das redes.

.O terceiro capítulo – **As teias e tramas do cuidado à pessoa que vive com HIV: a realidade de Benjamin Constant e Tabatinga no Amazonas** – discute a construção da assistência às pessoas que vivem com HIV no Amazonas e o movimento de desconcentração de ações e serviços voltados para esse segmento populacional para municípios como os pesquisados.

Na sequência são expostas as Considerações finais, referências, apêndices e anexos do estudo.

Por fim, evidencia-se, o caráter inacabado e permanente dos processos estudados que são, ao mesmo tempo, políticos e sociais e que o saber e o conhecimento absoluto inexistem, pois é impossível se ter uma compreensão total sobre a realidade, uma vez que ela é histórica e mutável. No entanto, defende-se a relevância do estudo na compreensão da política de descentralização da saúde, incorporando a diversidade de realidade dos municípios do Amazonas, articulando interesses, recursos financeiros, distribuição de equipamentos, recursos humanos na garantia do direito à saúde, em especial para as pessoas que vivem com HIV.

CAPÍTULO 1 - SAÚDE: percursos e percalços na construção da política universal

O presente capítulo busca compreender como os sistemas de saúde respondem aos processos emergentes em cada momento histórico, processos estes que são contraditórios e refletem diferentes interesses e perspectivas envolvidos na organização, sejam elas do Estado, da sociedade civil ou do capital. Parte-se de algumas indagações: como o sistema de saúde assegura direitos? Reduz custos? Mantém a estabilidade? Assegura e garante a expansão da assistência farmacêutica? Assegura a integralidade da atenção? A continuidade do cuidado?

Estes e outros dilemas determinam a organização dos serviços de saúde, a formação dos profissionais, a incorporação destes ao sistema, as alternativas terapêuticas disponibilizadas e o atendimento às demandas da população. Esse movimento se dá no cotidiano ao mesmo tempo em que se amplia e tem rebatimentos no movimento geral da sociedade e se articula, a partir das políticas públicas nacionais, atendendo demandas marcadas pela crise estrutural do capital⁴ que permeia todos os aspectos da vida humana. A política de saúde é parte integrante da complexa engenharia que “sustenta as ações preponderantes da atualidade (...) e põe em movimento os elementos essenciais à continuidade do sistema” (SANTOS, 2008, p. 9).

A política de saúde constitui uma das engrenagens desse sistema, configurando-se como campo de saberes e práticas inserido dentro do movimento geral da sociedade capitalista e que para ter sua dinâmica desvelada é necessário a análise do Estado, de suas formas de incorporar, intervir e responder às demandas da classe trabalhadora. Os conhecimentos produzidos na área, compatíveis com o momento histórico atual, para muitos confusamente percebido, contribuem não somente para o entendimento do mundo físico construído por homens e mulheres, mas para a persistência e difusão de visão de mundo permeada de “saberes e poderes” (FOUCAULT, 2004). Associada às condições objetivas de vida e trabalho, à fome, à miséria, aos ambientes insalubres das cidades, a preocupação com a saúde passa a incorporar uma visão ampliada, demarcada

⁴ Vivemos uma crise histórica, estrutural e inerente ao próprio sistema do capital que, na percepção de István Meszáros (2009), traz à tona os limites intrínsecos do capital e afeta o conjunto da humanidade. (MESZÁROS, I. A crise estrutural do capital. István Mészáros. São Paulo: Boitempo, 2009)

por complexos determinantes sociais e se torna, gradativamente, objeto de interesse do Estado.

As políticas de proteção social, dentre elas a saúde, são fruto do processo político determinado por lutas da classe trabalhadora, reconhecidas pelo Estado ou pelo capital, evidenciando que o Estado pode se ampliar (GRAMSCI, 1978) e gerir os conflitos por meio de consensos que favoreçam o enfrentamento da questão social⁵. Como campo de interesse científico, social, econômico e político, a saúde mobiliza múltiplos saberes com vistas a desvendar os complexos processos sociais e biológicos que envolvem a área.

Outrora, os estabelecimentos de atenção à saúde eram marcados pela benemerência e predomínio de pessoas “caridosas” onde os doentes eram tratados rusticamente à base de chás, defumações e unguentos; hoje, estes locais metamorfoseiam-se em espaços assépticos, fonte de alta lucratividade para o capital e onde transitam profissionais especializados no uso de “tecnologias duras” (MEHRY, 1997) e que utilizam os mais diversos recursos farmacológicos para tratamento de pacientes pagantes ou oriundos do sistema público.

Estas foram transformações lentas, permeadas por conflitos e contradições que foram efetivamente impulsionadas por crises que comprometem o modo capitalista de existir e que exigem medidas de equilíbrio e recuperação da economia particular a cada momento. No século XX o período pós Segunda Guerra Mundial evidenciou a emergência e consolidação do Estado de Bem-Estar Social inaugurando um modelo de proteção social que desbancou o predomínio da cultura filantrópica sempre presente (PEREIRA-PEREIRA, 2004).

O estado teve de assumir novos (keynesianos) papéis e construir novos poderes institucionais; o capital corporativo teve que ajustar as velas em certos aspectos para seguir com mais suavidade a trilha da lucratividade segura; e o trabalho organizado teve de assumir novos papéis e funções relativos ao desempenho nos mercados de trabalho e nos processos de produção (HARVEY, 2004, p. 125).

Nesse sentido, o Estado de Bem-Estar Social, apesar das características distintas assumidas em cada país, se configurou como espaço permeado pelas lutas de classes,

⁵ A questão social deve ser entendida a partir das relações que se estabelecem entre capital e trabalho e, em particular, lutas a partir das lutas protagonizadas pelos trabalhadores em face da produção e reprodução do capitalismo. (SANTOS, J.S. Questão Social particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012)

onde o Estado tinha papel ativo e determinante na produção e regulação das relações econômicas e sociais e, em particular em relação à reprodução da força de trabalho via incremento das políticas sociais. No que concerne às políticas de saúde, o pós-guerra deixou destruição sem paralelos na Europa e o desequilíbrio nas forças hegemônicas permitiu que sob a liderança norte-americana, fosse instituída a Organização das Nações Unidas-ONU e logo em seguida, em 1946, criada a Organização Mundial de Saúde-OMS que preconizou uma visão multidimensional de saúde, entendida não somente por aspectos biológico, mas sobretudo a partir de aspectos físicos, psicológicos e sociais interdependentes. Esta concepção abrangente e complexa de saúde, apesar dos questionamentos com vistas a delimitar o que envolve, do que se trata, o que fazer para obter e promovê-la, foi posta em destaque durante a Conferência de Alma Ata⁶, em 1978.

Nota-se então que o reconhecimento das iniquidades sociais⁷ não são recentes e que para explicar a saúde e a doença no território é preciso pensar os contextos em que tais processos se desenvolvem e como o acirramento das desigualdades, a opressão e desintegração do indivíduo encontram-se na base de um processo de mundialização, que é perverso e se traduz em concentração e centralização da economia e do poder político, na cultura de massas, na cientifização da burocracia, na centralização das decisões e informações (SANTOS, 2012).

Permeada por contradições e por dimensões políticas e ideológicas fortes, a saúde constitui necessidade humana essencial e, como tal é beneficiária do estatuto de direito social⁸ e, ao mesmo tempo, também está vinculada aos interesses capitalistas de ampliação da produção e redução dos custos com a reprodução da força de trabalho.

Compreender a constituição do direito à saúde é fundamental para entender as influências que o modelo de saúde vigente tem sobre o cotidiano dos indivíduos categorizados como grupo de risco, população chave, população prioritária, portadores; ou ainda para pensá-la como estratégia de enfrentamento das desigualdades sociais. É preciso ter clareza que,

⁶ Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata, foi lançada a campanha mundial pela atenção primária à saúde. Nesta, a saúde teve as seguintes dimensões definidas: social, intelectual, espiritual, física e emocional (ALMEIDA FILHO, 2006).

⁷ Em 2005, a Organização Mundial da Saúde criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Em 2006, por meio de decreto presidencial, foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.

⁸ Com a Constituição de 1988 a saúde passa a integrar, em conjunto com a Previdência e a Assistência Social, o tripé da Seguridade Social brasileira.

Não tem havido, pois, política social desligada dos reclamos populares. Em geral, o Estado acaba assumindo alguns destes reclamos, ao longo de sua existência histórica. Os direitos sociais significam antes de mais nada a consagração jurídica de reivindicações dos trabalhadores. Não significam a consagração de todas as reivindicações populares, e sim a consagração daquilo que é aceitável para o grupo dirigente do momento (VIEIRA, 1992, p. 23).

Assim, a análise de uma política social, em especial a política de saúde, pressupõe clareza de que esta integra a totalidade que vivemos e que esta totalidade é contraditória e está em constante transformação. Assim,

O todo só pode ser conhecido através do conhecimento das partes e as partes só podem ser conhecidas através do conhecimento do todo. (...). Para alcançar a verdade total, é necessário reconhecer o movimento conjunto do todo e das partes através do processo de totalização (SANTOS, 2006, p. 77).

A saúde historicamente tem sido, do ponto de vista político, área estratégica para a elaboração de políticas sociais, pois esta é inseparável das condições concretas de existência e o lugar que esta ocupa na vida de cada indivíduo é diferente, pois as experiências de cada um são distintas. Entre culpados, vítimas, expostos constata-se a distinção nas formas de entender os processos de adoecimento; entre a quarentena, o isolamento, a assistência identifica-se as formas de tratar utilizadas no decorrer da história; entre contaminados, portadores, infectados, doentes analisa-se os padrões de morbimortalidade; entre manicômios, asilos, hospitais, unidades básicas de saúde depara-se com a diversificação nas oportunidades de consumo de ações e serviços de saúde.

Fica evidente que as transformações que permeiam a saúde se materializam em cada momento histórico, contribuindo para legitimar conceitos, sentidos, práticas e instituições e que esta é uma área que envolve complexa trama de relações, representações e percepções, entrelaçando vida, morte, orientações filosóficas e práticas profissionais materializadas em um discurso científico que traduz saberes e poderes. Não se definindo a si mesma, nem resultando do desabrochar do espírito humano, a política social e, em particular a política de saúde, constitui uma maneira de expressar as relações cujas raízes se localizam no mundo da produção (VIEIRA, 1992).

Tendo em vista essa dinâmica una e múltipla que se expressa numa política setorial específica, a política de saúde, entende-se que indubitavelmente é necessário cultivar “uma visão totalizante do mundo, mas é indispensável que o faça a partir de sua própria província do saber, isto é, de um aspecto da realidade global” e o compromisso

de pensar “situações reais enxergadas do ponto de vista dessa província do saber” (SANTOS, 2006).

A compreensão desse processo pressupõe que este capítulo retome os aspectos institucionais da política de saúde no Brasil, com destaque para os avanços e recuos na construção de diretrizes estratégicas no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, descentralização e regionalização, em particular a partir de demanda específica, a epidemia de HIV, utilizando como farol para iluminar essa realidade aspectos relacionados ao território, às verticalidades, horizontalidades e territorialidades.

As diretrizes incorporadas ao Sistema Único de Saúde brasileiro, evidenciadas no capítulo, e que tinham como objetivo precípua a co-responsabilização dos entes federativos com a saúde enquanto direito de cidadania e dever do Estado, metamorfosearam-se no pós-1988 em estratégias para a expansão da rede de saúde que, muitas vezes, promoveram mais a descentralização da execução de atividades e procedimentos do que a autonomia política e financeira dos demais entes, pois tanto o poder decisório quanto os caminhos a serem adotados pelos demais entes na política de saúde, quanto os recursos continuavam (e continuam) predominantemente concentrados no governo federal.

Em outra frente, retoma-se os caminhos adotados pela política de saúde nacional, em particular nas ações voltadas para a assistência às pessoas que vivem com HIV, destacando a forte influência e os interesses internacionais que entrecortam a questão.

1.1 Política de Saúde no Brasil: da segmentação e cidadania regulada ao direito universal e responsabilidade estatal

Entender a organização do sistema de saúde brasileiro envolve, necessariamente, uma remissão histórica a trajetória da constituição da saúde enquanto direito de cidadania no país, sinalizando fatos e dados peculiares à construção do alicerce desse processo. Para tanto, adota-se como pressuposto que “para compreender o Brasil contemporâneo precisamos ir tão longe; e subindo até lá, o leitor não estará se ocupando apenas de devaneios históricos, mas colhendo dados, e dados indispensáveis para interpretar e compreender o meio que o cerca na atualidade” (PRADO, 1963, p. 6).

Nos países do capitalismo avançado, a constituição dos direitos sociais foi demarcada a partir de forte presença do Estado como regulador e provedor dos mesmos. No Brasil, a emergência desses direitos se deu de forma vinculada à legislação trabalhista que resguardou os resquícios de uma sociedade onde o acesso aos direitos trazia a marca da dádiva e do compadrio, da concessão e dependência daqueles que viviam à margem da sociedade das elites e governantes. Essa característica marcou profundamente a vida da população que passou a ver o direito social como intangível, salvo através do estabelecimento da relação de subordinação, de obediência e submissão ao governo e/ou ao capital.

[...] há carência da sobriedade e de demais virtudes, tanto na monarquia quanto nas repúblicas. A corrupção evidente, elogiada e aperfeiçoada, fez e faz fortunas mirabolantes, rápidas ou simuladamente vagarosas, convertendo-se na escada muito desejada para a ascensão social e para a fama dos nomes de família, degenerando a vida em sociedade. Enfim, a desonestidade bem-sucedida constitui o apanágio das qualidades apreciadas nas várias esferas sociais. Na visão predominante, as virtudes em geral, a honestidade, a honradez e a sabedoria em particular compõem a natureza dos fracos e dos estúpidos (VIEIRA, 2004, p.77).

Especificamente sobre a saúde, o artigo de Jaime L. Benchimol (2004), permite entrever no Brasil uma sociedade colonial, marcadamente rural e escravocrata com um quadro epidemiológico marcado pela varíola e pela febre amarela, dentre outras enfermidades; a precariedade dos serviços e a sua concentração majoritária no Rio de Janeiro; a insuficiência de médicos e as práticas médicas que se mesclavam com o uso de conhecimentos tradicionais e com a benemerência.

Somente no século XIX, com a chegada da família real e em cenário epidemiológico marcado por índices elevados de mortalidade por hepatite, hanseníase, febre amarela, escorbuto, tuberculose e varíola, é que algumas ações foram realizadas com base nas ideias higienistas que ganham força na colônia e se expandem durante o império, porém não superam as condições de saneamento das cidades brasileiras que eram lastimáveis (e muitas ainda são). Medidas para melhorar as condições sanitárias das cidades brasileiras foram adotadas e, muito lentamente, se expandiram pelo país (ABREU, 2012).

A saúde emerge como questão social, no Brasil, no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo a emergência do trabalho assalariado e sinalizando que não mais seria possível enfrentá-la somente com repressão

e que seria necessário responder às demandas dos trabalhadores para que estes não ameaçassem as oligarquias dominantes (BRAGA & PAULA, 1981). Em um cenário onde os governos demonstraram pouca preocupação com os interesses da maioria da população e muito preocupados com as medidas sanitárias restritivas que teriam que ser adotadas mediante as epidemias e no quanto tais medidas criavam obstáculos à economia nacional e à expansão comercial, as iniciativas adotadas podem ser associadas a um arremedo de política social, a gosto dos governantes e de sua tecnoburocracia, que passaram a dar grande ênfase a proteção social (VIEIRA, 2004).

A saúde pública, investida do *status* de questão social, adquire novo relevo no discurso do poder, surgem as primeiras associações mutualistas, novas técnicas para o controle de doenças são adotadas e, apesar de concentrados nos grandes centros, há tentativas de expansão dos serviços para todo o país. A assistência médica assegurada a segurados e dependentes das caixas mutualistas estava diretamente relacionada à importância que a categoria assumia no mercado, evidenciando que o direito dos cidadãos brasileiros, naquele momento histórico, estava diretamente vinculado à existência de profissões devidamente reconhecidas e regulamentadas pelo Estado (SANTOS, 1987).

A criação dos institutos por categorias profissionais e a concentração do controle desses trabalhadores na esfera federal, ao mesmo tempo em que contribuiu para dividir a classe operária, estabeleceu através da ação do Estado a segmentação corporativa que, além de excluir trabalhadores não reconhecidos pela lei, assegurou benefícios diferenciados dentro de cada instituto.

O controle do operariado se dá então por sua integração nesses aparelhos técnicos do Estado, onde é cooptado pelos mecanismos burocráticos. A burocratização das decisões faz os institutos aparecerem como organismos técnicos de harmonia de interesses, de pacificação social. (...). Os sindicatos são obrigados a cumprir funções assistenciais e se forma uma camada de dirigentes pelegos, ligados aos chefes políticos por contatos pessoais. Esses controlam os canais de distribuição da assistência, de empregos e favores na Previdência social (FALEIROS, 2000, p. 179).

No Brasil parece haver a falta de sincronia entre o tempo histórico nacional e os processos internacionais, pois no final dos anos 1960, em cenário de governo militar o país vivenciava a expansão do fordismo à brasileira⁹ (SABÓIA, 1988), enquanto no

⁹ Nos países em desenvolvimento, o fordismo se deu de forma limitada e parcial. Houve uma industrialização que incorporava, em setores específicos, normas fordistas de produção convivendo com outros processos de trabalho. Algumas das características centrais do fordismo, que conformam a relação

plano internacional ocorre reestruturação produtiva. A processo de aparente falta de sincronia, na verdade, traz no seu cerne um projeto de aprofundamento das relações sociais capitalistas no país que utilizou como elemento de consenso a adesão e legitimidade por meio da expansão e modernização das políticas sociais (FALEIROS, 2000) nacionais, que passaram a ser conduzidas por um *mix* de repressão e assistência, que manteriam sob controle as forças do trabalho (BEHRING & BOSCHETTI, 2006).

No período em questão, a previdência social foi unificada, uniformizada e centralizada no Instituto Nacional de Previdência Social-INPS, em 1966 e, posteriormente, ampliada para os trabalhadores rurais, em 1971; para as empregadas domésticas, em 1972; para os autônomos, em 1973. Na política de saúde, por sua vez, houve a ampliação dos serviços de atenção à saúde, expansão que esteve diretamente associada ao avanço do processo de urbanização, ao crescimento das cidades brasileiras e à industrialização que impulsionou a migração interna e o êxodo rural. O sonho de uma vida melhor se colocou na cidade,

Palco da atividade de todos os capitais e de todos os trabalhos ela pode atrair e acolher as multidões de pobres expulsos do campo e das cidades médias pela modernização da agricultura e dos serviços. E a presença dos pobres aumenta e enriquece a diversidade socioespacial, que tanto se manifesta pela produção da materialidade em bairros e sítios tão contrastantes, quanto pelas formas de trabalho e de vida. Com isso, aliás, tanto se ampliam a necessidade e as formas da divisão do trabalho, como as possibilidades e as vias da intersubjetividade e da interação. É por aí que a cidade encontra o seu caminho para o futuro (SANTOS, 2006, p. 219).

A cidade serve de base econômica e social de políticas contraditórias que, embora sendo de caráter restritivo (FALEIROS, 2000), abrem espaço para a consolidação de um sistema dual de acesso a elas, um sistema público e um sistema privado. Sob o declínio da saúde pública nacional legitima-se o crescimento da medicina previdenciária, contributiva e com alicerces fincados nos privilégios reservados à saúde privada e na preservação do modelo caracterizado pela:

- a. Extensão da cobertura previdenciária de forma a totalidade da população urbana e a inclusão, após 1973, dos trabalhadores rurais, domésticos e autônomos;
- b. Ênfase na medicina curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional;

salarial nos países capitalistas centrais, foram restritas ou simplesmente não existiram no Brasil. (LEITE, Márcia de Paula. Reestruturação produtiva, novas tecnologias e novas formas de gestão da mão de obra. In: OLIVEIRA, C.A et al. (orgs.) O mundo do trabalho: crise e mudança no final do século. São Paulo: Scritta, 1994.563-587).

- c. Criação de um complexo médico-industrial altamente rentável;
- d. Interferência estatal na previdência, fomentando uma prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, capitalização da medicina e privilegiamento do setor privado;
- e. Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil – diferenciação do atendimento em relação a clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (OLIVEIRA & TEIXEIRA FLEURY, 1986, p. 207).

As reformas promovidas até então aumentaram a compressão e permanente tensão a que a política de saúde nacional estava exposta, balouçando em um rio de múltiplos interesses: ampliar serviços; dispor de recursos financeiros; papel do estado, do setor privado; emergência do movimento sanitário. Os anos 1970, em função dos impactos da economia internacional, testemunham as primeiras fissuras e sinais de esgotamento do projeto modernizador-conservador do regime militar, com restrições claras dos limites internos. Tem início um período de abertura gradual e lenta do regime e o início do processo de transição para a democracia que irá condicionar a posterior adesão nacional às orientações neoliberais. Tem início a transição democrática controlada pelas elites, configurando uma transição conservadora sem ousadias ou turbulências (FERNANDES, 1986). O esgotamento do milagre brasileiro evidenciava que seus frutos não seriam redistribuídos, muito menos mediante a crise que se avizinhava.

Até a década de 1970 era possível fazer a distinção clara no quadro epidemiológico brasileiro, endemias rurais e endemias urbanas, ou ainda endemias de áreas pobres e de áreas ricas. O acelerado processo de urbanização e industrialização do país impulsiona transformações no quadro sanitário nacional com a identificação nos núcleos urbanos de endemias outrora tipicamente rurais. Emergem questões relacionadas às doenças ocupacionais e do trabalho e, aumenta a mortalidade proporcional sinalizando o crescimento da violência e que essa convivência de doenças típicas da pobreza e da riqueza, com distintas combinações segundo as realidades sociais do país, faz com que não bastem medidas tipicamente preventivas, de caráter coletivo (COHN, 2006, p. 39).

Em um cenário marcado por restrições de caráter político e econômico, o Brasil transitou em direção a democracia política na década de 1980 e avançou na construção de uma sociedade mais justa e igualitária com a Constituição de 1988, sobretudo com a inscrição da saúde como direito constitucionalmente assegurado. Como se deu a efetivação desse direito na realidade brasileira?

A criação e implantação do SUS tem no seu cerne os anseios de superação das desigualdades na assistência à saúde da população, evidenciando a responsabilidade estatal com a prestação de serviços públicos a qualquer cidadão, em qualquer lugar do território nacional. Para tanto, seria imprescindível a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada, de estrutura descentralizada e que assegurasse a integralidade da atenção à saúde e fortalecesse a participação da comunidade (BRASIL, 1998, art. 198).

Esta não seria uma construção fácil em realidade social marcada pelo autoritarismo e pela submissão às exigências internacionais, pois reconhecer a saúde como direito universal pressupõe acreditar que esta se encontra no cerne do direito de cada indivíduo à dignidade da condição humana e que para assegurá-la como tal não basta que se fortaleça o Estado apenas “para atender aos reclamos da finança e de outros grandes interesses internacionais, em detrimento dos cuidados com as populações cuja vida se torna mais difícil” (SANTOS, 2008, p. 10).

A crise estrutural do capital mundial contribuiu para o fim do regime autocrático instaurado em 1964 e para a institucionalização de inúmeras reivindicações dos movimentos sociais na Constituição de 1988, dentre elas o SUS. O movimento sanitário integrava o conjunto dos movimentos sociais que eclodiram no país, lutando pelo direito à saúde pública, pela democratização do Estado e superação do modelo fragmentado da política de saúde nacional. Apesar de não ser homogêneo, o movimento lutava contra a racionalidade da política de saúde vigente e contra o modelo de desenvolvimento capitalista adotado pelo Estado brasileiro, buscando como alternativa uma concepção de saúde não restrita ao corpo e ao indivíduo, mas centrada na coletividade e na estrutura social.

Eram três os alicerces que compunham o núcleo do movimento sanitário: a politização da saúde; a mudança na norma constitucional; e a alteração do arcabouço e dos fundamentos das práticas institucionais (TEIXEIRA, 1995). Estes elementos marcaram as propostas inseridas no marco constitucional e demarcaram o entendimento da saúde como um direito universal sob responsabilidade estatal. Este entendimento fundamentou a criação do Sistema Único de Saúde e as subseqüentes legislações complementares contidas nas leis nº 8.080 e 8.142 de 1990.

O texto constitucional redesenhou o sistema de proteção social nacional, preconizando sua organização sob a forma de rede descentralizada, integrada, regionalizada e hierarquizada, com comando único e fundo de financiamento em cada

esfera governamental, além de esferas deliberativas que permitam a participação social. A universalidade da cobertura e do atendimento passa a ser o eixo central do novo sistema de saúde brasileiro e o Ministério da Saúde, paulatinamente, absorve a rede de atenção à saúde que outrora estava vinculada à previdência.

No cerne da proposta de construção do Sistema Único de Saúde encontra-se a concepção ampliada de saúde que deve ser materializada por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam riscos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua proteção e recuperação (BRASIL, 1998, art. 196), o que envolve o desenvolvimento de ações intersetoriais com ampla participação da população. Contudo, pouco tempo depois da promulgação da Constituição de 1988, o sistema de proteção social brasileiro enfrenta crise de grande magnitude e para qual emerge resposta envolta em fábulas que apregoavam

[...] que a 'morte do Estado' melhoraria a vida dos homens e a saúde das empresas, na medida em que permitiria a ampliação da liberdade de produzir, de consumir e de viver. (...) não é difícil constatar que são cada vez em menor número as empresas que se beneficiam desse desmaio do Estado, enquanto a desigualdade entre os indivíduos aumenta (SANTOS, 2008, p.21).

Frente a suposta ineficiência e desperdício do setor público, as recomendações neoliberais, em vez de revitalizarem o crescimento econômico, bloquearam-no e aprofundaram a dependência e a vulnerabilidade do país em face do capital estrangeiro (FIORI, 2001), refletindo diretamente nas condições de vida, de trabalho, de saúde e, em particular, frustrando as expectativas democráticas da população.

Sob a tentativa de desmonte da proteção social no país entende-se que não tivemos um Estado de Bem-Estar Social, portanto, não havia excessos para cortar. Aqui, não havíamos erradicado a pobreza, dois terços da população encontravam-se excluídos de qualquer benefício resultante da modernização, vivenciávamos a favelização de nossas cidades, altos índices de mortalidade infantil e o retorno de doenças típicas do subdesenvolvimento. O desemprego rondava a classe trabalhadora e o trabalho informal e precarizado crescia vertiginosamente (SCHERER, 2000).

Em cenário marcado por profundos e graves contrastes, o SUS, como política pública de caráter democratizante e assecuratória de direitos tem sua implementação distanciada dos moldes preconizados no marco legal. E, mesmo com algumas ações e reações, era preciso reconhecer que não se cria igualdade por lei, pois

[...] a inexistência de um pacto solidário que dê suporte a um projeto de universalização dos direitos sociais, em uma sociedade em que a exacerbada diferenciação social acaba por contaminar e irromper mesmo no interior de sistemas pretendidamente igualitários (FLEURY, 1994, p. 229).

Só assim é possível entender porque a saúde nacional continuava demarcada por mundos em confronto - de um lado, aqueles que desembarcam em modernos heliportos para acessar serviços e ações de saúde de alta densidade tecnológica e do outro, uma grande parte da população que acampa de madrugada em filas sem ter certeza de que terá acesso ao atendimento que precisam.

A matriz neoliberal avançou e esmagou propostas asseguradoras de direitos, com reflexos no gradativo abandono e sucateamento da rede pública de saúde e na adoção da política fundada na racionalidade da atenção. Por outro lado, sob a hegemonia do capital financeiro, a classe trabalhadora observou (e ainda observa) o desmonte da incipiente proteção social brasileira e o estabelecimento de uma relação de complementaridade invertida entre público e privado que reforçou a lógica da universalização excludente (FAVERET & OLIVEIRA, 1990), transformando originais portadores de direitos universais em cidadãos-consumidores de benefícios estratificados (WERNECK VIANNA, 1988).

Para concretizar a hegemonia do projeto privatista na saúde era necessário desconstruir o referencial de saúde pública arduamente construída nos anos 1980 e abrir o espaço requerido pelo mercado. A cooperação “humanista e cientificamente orientada” estabelecida com o Banco Mundial e outras organizações internacionais foi essencial para a perda de organicidade política do projeto de reforma sanitária e para que a institucionalização e concretização do SUS se afastasse do marco constitucional e incorporasse ares de reforma gerencial, consubstanciada em normas operacionais.

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) traduz a reforma administrativa e gerencial que restringiu a efetivação do SUS que deveria ser orientado pela necessidade de

[...] descentralizar a administração e controle dos gastos com a saúde, criar um quase-mercado entre hospitais e ambulatórios especializados que possam competir pelos recursos administrados localmente, transformar os hospitais em organizações públicas não estatais; criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos da família, que podem ser funcionários ou contratados do Estado (BRASIL, 1998, p. 252).

No bojo do processo de contrarreforma do Estado e frente aos problemas crônicos de financiamento da Seguridade Social e, em particular da política de saúde, constata-se que o Banco Mundial acenou com financiamento para programas e projetos estratégicos na área da saúde. As iniciativas internacionais que, até então, envolviam a saúde estavam centradas na doença como questão geopolítica, com a melhoria das condições de vida e saúde da população nos países desenvolvidos, o fim da Guerra Fria, a intensa mobilidade da população mundial, o impacto do recrudescimento de doenças como a tuberculose e o surgimento da Aids, é preciso reconfigurar a nova agenda de segurança nacional. O medo e a vulnerabilidade às doenças emergentes e reemergentes nos países desenvolvidos se concentrava nos “fluxos transfronteiriços, na violência, nas catástrofes ambientais” (ALMEIDA, 2017), por sua vez essa sensação, nos países em desenvolvimento, era estrutural e se manifestava

[...] na persistência da pobreza e falta de acesso a bens e serviços, resultado de carências históricas agravadas pelos impactos das desigualdades provocadas pelos recentes processo de globalização, exacerbados também pela violência (dos governantes, dos enfrentamentos étnicos, dos ataques externos, das drogas, da criminalidade), assim como pelos desastres naturais (ALMEIDA, 2017, p. 48).

O Banco Mundial e outros organismos internacionais, bem mais que oferecer recursos, passa também a oferecer ideias que deveriam ser traduzidas em políticas internas e que têm o objetivo claro de,

[...] por meio desses acordos e empréstimos e das condicionalidades que os acompanham, influenciar as políticas nacionais do setor para reduzir o papel e a participação do Estado na oferta de serviços de saúde, implementando projetos e programas que focalizam e direcionam as ações públicas para populações mais pobres, ao mesmo tempo que promove a ampliação e participação do setor privado, neste promissor mercado para a expansão do capital (RIZZOTTO, 2012, p. 18).

As diretrizes e orientações internacionais para o setor facilitaram a inserção da iniciativa privada na prestação de serviços e contribuíram para a redefinição do papel do Estado, pois este, na área da saúde, deveria se limitar a programas destinados às populações mais pobres, em ações de custo reduzido e efeitos impactantes, em especial naquelas relacionadas à promoção e prevenção, aspirando manter o delicado equilíbrio entre uma saúde melhor e o desenvolvimento econômico geral (BANCO MUNDIAL, 1975). As propostas preconizadas para organização da área da saúde entendiam que

[...] a raiz do problema estava na pobreza e nas consequências de uma população em rápido crescimento, com nutrição deficiente e condições insalubres de moradia. Para o Banco, os problemas de saúde dos países em desenvolvimento teriam como causa fatores demográficos, má nutrição, hábitos de vida tradicionais, problemas de moradia e vida insalubre (..) os governos desses países investiam muito dinheiro no ápice do sistema de saúde (RIZZOTTO, 2012, p. 115).

Face ao agravamento das questões sanitárias nos países em desenvolvimento, a articulação de temas como globalização, saúde, segurança e desenvolvimento ganham novos contornos e se expressam formalmente em iniciativas globais como as Metas de Desenvolvimento do Milênio, a criação do Fundo Global e a criação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde. As agendas mundiais definidas para a saúde passam a secundarizar o envio de alimentos, medicamentos e suprimentos que demarcava a prática humanitária internacional até então e passa a ser viabilizada por meio de instrumentos legais, acordos e convênios negociados e fixados entre os governos. A cooperação é justificada mediante a frágil capacidade gerencial do Estado que realizava investimentos inadequados em nível de assistência individual, mais complexa, de alto custo e realizada no âmbito hospitalar.

As propostas do Ministério da Saúde para a saúde brasileira na década de 1990, apesar de não apresentarem aceitação incondicional, resguardam o alinhamento com as recomendações emanadas do Banco Mundial, permitindo refletir, subsidiados pela leitura de Sabroza, Leal & Buss (1992), que a agenda dos organismos internacionais trabalhou em várias esferas (saúde, educação, segurança) e construiu ações coletivas pautadas em sólidos conhecimentos técnicos permeados pelo interesse político de manter a hegemonia e a crescente acumulação de capital nos países centrais. Esta proximidade entre as diretrizes nacionais e as diretrizes gerais impostas no movimento de rearticulação do capitalismo mundial, estavam vinculadas ao movimento necessário para assegurar o respaldo político internacional e aprovar possíveis empréstimos junto a essas organizações.

Destaca-se que as recomendações do Banco Mundial para os sistemas de saúde de países como o Brasil, integravam o conjunto do programa de ajuste estrutural necessário à hegemonia das ideias neoliberais. Aportes vultuosos de recursos foram destinados, em particular ao controle de agravos que se disseminavam rapidamente como o HIV e que, em conjunto com outras doenças, sobrecarregavam os sistemas de saúde nacionais.

A lógica modernizante incorporada pelo Estado brasileiro foi expressa em inúmeros documentos emitidos pelo Ministério da Saúde na década de 1990: Plano Quinquenal de Saúde-1990/95: a Saúde do Brasil Novo; Sistema de Atendimento de Saúde do SUS, em 1995; Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil, em 1995; Balanço da Saúde no governo FHC, em 1998. Esses documentos, dentre outros, indicavam a necessidade de uma reforma administrativa do sistema de saúde e assumem para tanto, os mesmos parâmetros do Plano Diretor da Reforma do Estado.

A reforma proposta pelo Ministério da Saúde envolvia: descentralização com maior clareza de definição de atribuições e poder dos três níveis de gestão; montagem de um Sistema de Saúde no âmbito municipal, estadual e nacional, compostos por dois subsistemas: os Distritos de Saúde, responsáveis pelas ações básicas de saúde e encaminhamento para os níveis mais complexos de atenção e, a Referência Ambulatorial e Hospitalar, constituída pelos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares; montagem de um Sistema de Informações em saúde capaz de articular todo o território nacional (BRASIL, 1995).

Destaque-se que as propostas de reforma da saúde nacional e sua progressiva implementação, não foram marcadas por rejeição explícita do SUS ou de seus princípios. Pelo contrário, através do discurso de continuidade, as propostas reformistas ofuscaram a realidade e reduziram as resistências à implementação da contrarreforma conservadora e regressiva de cunho marcadamente neoliberal. Assim, subsidiados pela leitura de Sônia Maria Fleury Teixeira (1990), alerta-se que diretrizes como a descentralização, pensada nos marcos da Reforma Sanitária como proposta essencial para democratizar e assegurar o direito à saúde, se transformaram em dimensão nuclear da redução das responsabilidades do poder central com as políticas sociais. Metamorfoseada em orientações práticas e operacionais de reestruturação do sistema, a diretriz descentralizadora foi descaracterizada e reduzida à estratégia de redução do gasto público.

A adesão às recomendações de ajuste macroeconômicos, de privatização, desregulamentação, dentre outros, se deu em meio a alterações ocorridas no perfil de adoecimento da população brasileira, com implicações diretas sobre a organização do SUS que vê sua já precária capacidade de resolução agravada. Grandes massas populacionais encontram-se expostas aos desafios do processo de envelhecimento, à dura realidade da violência, a cenário habitacional resultante de condições subnormais

de moradia, ao desemprego, aspectos que refletem diretamente no acesso a bens e serviços, dentre os quais a saúde (VIANA, 2015).

Os desafios colocados pela ampliação da expectativa de vida da população, pela emergência de novas doenças e recrudescimentos de antigas enfermidades, pelo avanço das condições crônicas e de longa duração dependem de uma reorganização em profundidade dos serviços de saúde. A cooperação internacional em saúde tinha como eixo central a atenção comunitária e a construção de sistemas de saúde organizados com base na atenção primária à saúde, “chave para alcançar em todo o mundo um futuro previsível e um nível aceitável de saúde” (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2012).

Instituiu-se na organização do SUS que as unidades de atenção básica constituem a porta de entrada do sistema, com ênfase na Saúde da Família, que toma como ponto de partida experiências anteriores, e o Programa Agente Comunitário de Saúde que já funcionava desde 1986 em alguns estados, deixa de ser “um programa 'vertical' a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país no início dos anos 1990” (TEIXEIRA, 2006, p. 63).

Definida em 1994 como política nacional de suma importância para a consolidação do SUS, a estratégia Saúde da Família, aparece como oportunidade de expansão do acesso aos serviços de atenção básica (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2012). Contudo, ao mesmo tempo em que há aumento da demanda por esses serviços, a estrutura física destes, a ampliação das equipes e sua capacidade operacional não se deu no mesmo ritmo e ainda hoje se depara com realidades marcadas pela precariedade do espaço físico, equipes incompletas, dentre outros.

A histórica desarticulação das ações assistenciais da saúde pública, a persistência de desigualdade de oferta de serviços em determinados locais em detrimento de outros, a fragmentação das práticas profissionais (MENDES, 1993; TEIXEIRA et al, 1998; PAIM, 2008), têm resultado na crescente demanda reprimida no setor saúde, que, aliada à cultura hospitalocêntrica (PAIM, 2009) que permeia o setor, tem comprometido a integralidade da atenção e tornado lugar comum na cena cotidiana dos serviços a negação dos sistemas de referência e contrareferência, os conflitos em relação à regulação do sistema, a indisponibilidades de leitos, de vagas, de insumos e, em particular, o escoamento dos serviços e procedimentos de alto custo para a rede privada. Os hospitais e ambulatórios especializados, em particular os serviços de urgência e emergência, continuam se deparando com distorções quando confrontados quanto a sua

missão ou papel, pois grande parte dos atendimentos realizados são, ou poderiam ser, de responsabilidade da atenção básica.

Na ótica vigente, a saúde se metamorfoseou em condicionalidade dos programas de transferência de renda e as famílias responsabilizadas diretamente pelo acesso aos serviços. Esta visão se coaduna com a tendência à refilantropização do social (YAZBECK, 2001) e atribui ao indivíduo a responsabilidade em buscar os direitos sociais, minimizando a responsabilidade estatal na prestação desse serviço e reforçando a perspectiva de que se vive tempos onde

O emergencial e o provisório substituem o permanente. As microssituações substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional. É o reinado minimalismo do social para enfrentar a globalização da economia. Globalização só para o grande capital. Do trabalho e da pobreza cada um cuida do seu como puder (SOARES, 2003, p. 12).

Face a tal contexto percebe-se que grande parte da população se encontra alijada do acesso a ações e serviços básicos de saúde, o que tem contribuído para o recrudescimento de inúmeras enfermidades (tuberculose, sífilis, malária) e para o aparecimento de outras (Chikungunia, Zika), seja pela incapacidade do desenvolvimento de intervenções intersetoriais ou mesmo pela ausência de ações capazes de reduzir as desigualdades sociais no país.

A falta de solução para alguns problemas estruturais básicos (p.ex. o saneamento), a manutenção de condições e modos de vida inadequados e altos padrões de desigualdades, a insuficiência dos mecanismos que regulam os danos ao meio ambiente, a indústria de alimentos, entre outros importantes e modernos determinantes do estado de saúde da população, ocasionam que os riscos aos quais está exposta a população se superponham, amplificando os seus efeitos negativos sobre a saúde (BARRETO, 2013, p. 107).

Ademais, o temor das filas, da espera, do descaso faz com que muitos só procurem os serviços de saúde em quadros agudos, ou seja, quando doentes e precisam de ações curativas individuais, demonstrando que

As condições de saúde não se resolvem em geral em serviços ou unidades isoladas, mas requerem a ação de vários serviços e unidades de maneira articulada e coordenada. Isso é especialmente o caso para condições crônicas que exigem que os sistemas de saúde se organizem com foco nas necessidades de saúde da população, com correspondência entre a oferta de serviços e as necessidades (BRASIL, 2011, p. 139).

É necessário, portanto, mudar o modo como são produzidas as ações em saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para executar e distribuí-los (PEREIRA NETO, 2001). Os serviços de atenção básica à saúde, em particular, as Unidades Básicas de Saúde da Família, constituem uma das estratégias utilizadas para reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, imprimindo nova dinâmica de atuação e definindo corresponsabilidades entre os serviços e a população (BRASIL, 1996, p. 10). Os serviços de atenção básica, têm a tarefa precípua de conhecer profundamente seus territórios, identificando grupos vulneráveis e responsabilizando-se em assegurar o atendimento e acesso desses a serviços de maior complexidade tecnológica que eventualmente necessitem (CECÍLIO, 1997).

Esta perspectiva contradiz a lógica linear e mecanicista que demarca o modelo hegemônico prevalente, ainda centrado na atenção às doenças a partir das queixas do usuário que vai espontaneamente aos serviços em busca, quase exclusiva, do saber biológico, das intervenções técnicas e medicalizantes. É inegável que essa lógica de atenção baseada em procedimentos técnicos materializa-se no cotidiano das instituições (MERHY, 2002), contudo, a relação com o usuário, na sua singularidade, pressupõe o estabelecimento de relações com aspectos sociais, emocionais e culturais que esse sujeito traz consigo. Assim, é imprescindível entender que os modelos assistenciais consistem modelo de organização dos serviços de saúde, a partir de determinado arranjo de saberes e de projetos de construção de ações específicas (CECÍLIO, 1997), fortalecendo a construção de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, no conhecimento profundo da população sob responsabilidade sanitária do serviço e para os quais, prioritariamente, deve estar voltada toda a atenção da equipe de saúde.

Por fim, os muitos excluídos do atendimento realizado nos serviços de saúde, constituem a realidade da política de saúde brasileira e expõem que as necessidades de saúde, na verdade remetem às necessidades humanas elementares, básicas (alimentação, água potável, saneamento, habitação, educação, trabalho) e que pensar o direito à saúde envolve refletir acerca do tipo de acesso se disponibiliza para a população, tendo clareza de que a política de saúde também viveu (e vive)

[...] formas de relações econômicas implacáveis, que não aceitam discussão e exigem obediência imediata, sem a qual os atores são expulsos da cena ou permanecem escravos de uma lógica indispensável ao funcionamento do sistema como um todo (SANTOS, 2008, p. 23).

Assim, entende-se que é preciso superar a visão distorcida da realidade e interpretar o que vai pelo mundo e, em particular na política de saúde, por meio de um discurso que nos conclama, ao mesmo tempo que nos confunde, a contribuir com a descentralização e regionalização da saúde, questões que serão discutidas no item subsequente.

1.2 Os arranjos institucionais do SUS: ajustando o olhar para desvelar os processos de descentralização e regionalização.

Como já referido anteriormente, as mudanças ocorridas na política de saúde nacional estão ligadas aos contornos econômicos e políticos da década de 1980, sendo impulsionadas por conjuntura de crise econômica e pelo avanço do processo de democratização. A Constituição de 1988, em seu artigo 198 previu diretrizes centrais na organização do sistema de saúde nacional, dentre as quais pontuamos a descentralização e a regionalização. Estas são diretrizes de difícil conceituação, pois incorporam não somente significados distintos, mas pontos de vista conflitantes, conforme será exposto.

As iniciativas de descentralização da saúde no país são anteriores à Constituição, remontando à concepção de municipalização defendida na 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963), quando se defendeu que todos os municípios criassem serviços de saúde adequados “à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse” (FADUL, 1978, p. 74). Contudo, com a instauração do governo militar a tendência à centralização é fortalecida, mas merecem destaque algumas tentativas descentralizadoras: em 1976, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento¹⁰- o PIASS; em 1980, houve a tentativa de criar o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde¹¹- o Prev-Saúde; em 1984, a instituição das Ações Integradas de Saúde¹²-AIS.

¹⁰ O PIASS tinha por finalidade expandir a rede de postos e centros de saúde para atendimento das doenças mais comuns. (MENDES, E. V. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993).

¹¹ O Prev-Saúde previa, além do reforço da Atenção primária à Saúde, a reorganização do sistema de saúde, com regionalização, hierarquização, participação da comunidade e atenção integral. (PAIM, J.S. Políticas de Descentralização e atenção primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, M A. & ALMEIDA, N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 1999).

¹² As Ações Integradas de Saúde constituíram uma ‘estratégia-ponte’ em direção a um novo Sistema Nacional de Saúde que integrasse as ações e serviços de saúde, ainda fortemente dicotomizados entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social (através do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. (PAIM, J. S. A reforma sanitária e os

Essa proposta visava reunir em um planejamento único e integrado, recursos federais, estaduais e municipais para atenção à saúde, com gerência nos níveis central, regional e local. (...). Pautaram-se nos princípios de universalização, descentralização, direito social à assistência à saúde a toda a população brasileira; potencialização e priorização aos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase na prevenção; descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas referente à política de saúde (BRAVO, 2007, p. 72).

As AIS representaram um avanço rumo ao aperfeiçoamento do sistema de saúde, pois conseguiram expandir a capacidade instalada da rede pública, em especial a ambulatorial, além de estabelecer maior nível de articulação interinstitucional. Embora alguns entraves do sistema ainda fossem visíveis, como o paralelismo de ações, multiplicidade gerencial e centralização do poder decisório, as AIS demonstraram a importância do comando único do sistema em cada esfera de governo. As discussões geradas sobre elas contribuíram com a efervescência do movimento da reforma sanitária que ganha força e passa a defender a bandeira da descentralização e a criação de um sistema de saúde universal, igualitário, participativo e integral, pressionando o Ministério da Saúde na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a aliar outras medidas às AIS.

Em 1987, é aprovada a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, considerado um dos maiores avanços no processo de descentralização da saúde no país e “ponte para o SUS” (PAIM, 1999). Este se configurou como “decisivo para o processo de descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal” (BRAVO, 2007, p.89). A efetivação do SUDS foi permeada de resistências, em especial por parte daqueles para quem a descentralização de recursos favoreceria politicamente governos estaduais de oposição, os quais, “acusados de incompetentes e ineficientes foram penalizados com a redução acentuada de recursos federais” (MULLER NETO, 1991).

No bojo do movimento de Reforma Sanitária e mesmo em meio às dificuldades políticas do momento histórico, o SUDS avançou defendendo diretrizes que, posteriormente, se consolidariam como premissas do próprio SUS: a universalização, a equidade do acesso, a integralidade dos cuidados assistenciais, a regionalização e hierarquização dos serviços, a descentralização das ações, o desenvolvimento de

distritos sanitários, de instituições colegiadas gestoras e de uma política de recursos humanos para a saúde.

A promulgação da Constituição de 1988 altera as regras decisórias e apresenta a construção de institucionalidade que fortalece a orientação descentralizadora e incorpora o município como instância com autonomia político-administrativa, obrigação de fazer política social e prover serviços essenciais.

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade da cobertura, pelo reconhecimento dos direitos sociais, pela afirmação do dever do Estado, pela subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas, por uma perspectiva publicista de cogestão de governo e sociedade, por um arranjo organizativo descentralizado e participativo (FLEURY, 2006, p. 53).

Ao associar o processo democrático à descentralização, a Constituição de 1988 modifica profundamente a natureza das relações intergovernamentais, assegurando aos municípios autonomia frente a gestão das políticas públicas e definindo a participação da comunidade e o controle social como aspecto central na gestão da Seguridade Social (BRASIL, 1988, art. 194 e 198). A partir de então, a ênfase municipalizante tem sido alvo de disputas que orbitam em volta da excessiva autonomia dos municípios ou daqueles que consideram que estes não apresentam a autonomia necessária à gestão da saúde (MENDES, 1998; BUENO & MERHY, 1997).

A implantação do SUS redesenhou a prestação de serviços de saúde, detalhados nas Leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990, definiu as instâncias gestoras do sistema de saúde e a adoção de critérios para o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios. Contudo, não só a adoção de tais medidas, mas a implantação do SUS em si foi aprisionada face ao avanço das propostas neoliberais e a descentralização, enquanto estratégia democratizadora e assecuratória de direitos, metamorfoseou-se, no âmbito de uma “democracia de mercado que entroniza o reino do cálculo e a competitividade” (SANTOS, 2008), em estratégia de redução do déficit público e estabilização da economia (CONH, 1998; TEIXEIRA, 1990).

Note-se que a proposta de descentralização, não era exclusiva do Brasil, visto que era preconizada pelo Banco Mundial, aliada à privatização e inserida no bojo da agenda mais geral de reforma do Estado, estando associada ao pagamento dos serviços pelos usuários na área curativa, estímulo aos seguros saúde e emprego eficiente dos recursos não governamentais (VIANA, 2014, p. 42). Nesse sentido, descentralização e

privatização caminharam lado a lado, como instrumentos essenciais na contenção de gastos governamentais com a saúde.

Diante dos vários interesses, o termo descentralização é ambíguo e pode ter múltiplos significados, inclusive

[...] transferir responsabilidades públicas para o setor privado, segundo a lógica da eficiência e do lucro, visando restaurar as responsabilidades individuais através da recomposição moral de regras de solidariedade e de obrigações para com o trabalho, dentro do ideário liberal de igualdade de oportunidades. Assim, absolviam-se as elites dominantes de suas obrigações morais em relação às possibilidades sociais, transferindo-se aos pobres, desempregados e excluídos seu fracasso em desempenhar a bom termo suas obrigações cívicas de cidadão responsável (CASTRO, 1991, p.82).

Incorporada por ideários distintos, como resposta à crise do modelo de desenvolvimento centrado na intervenção estatal, a descentralização abarca múltiplas interpretações, evidenciando a falta de clareza do conceito e a pluralidade de valores, muitas vezes contraditórios, embutidos no mesmo. Nesse sentido, é preciso ter clareza que a transferências de responsabilidades do nível central para o nível local pode apresentar distintos caminhos que se diferenciam por uma linha tênue:

- a) descentralização, quando há delegação às unidades de ‘campo’ dos organismos do nível central;
- b) desconcentração, quando há delegação às unidades subordinadas do nível central;
- c) delegação, quando a passagem envolve as autoridades regionais;
- d) devolução e privatização, quando a passagem recai nas organizações privadas ou voluntárias (VIANA, 2014, p. 43).

Ao analisar o processo de municipalização que caracterizou a descentralização da saúde no Brasil, Silvio Fernandes da Silva (2001), deduz que este consiste no processo de “devolução”, que pode também ser denominado “descentralização territorial¹³” ou descentralização político-administrativa. Esta modalidade de descentralização, segundo o autor, é compatível com o federalismo, pois “nesses sistemas políticos os dispositivos legais que permitem essa transferência de poder e responsabilidades estão previstos constitucionalmente” (SILVA, 2001, p. 95). Este é um entendimento compartilhado por Marta Arretche para quem

¹³ A descentralização territorial consiste na transferência de poder entre diferentes níveis de governo, na qual os níveis superiores transferem responsabilidades políticas e administrativas para os inferiores. (Mendes, 1998)

Em Estado federativos, Estados e municípios – porque dotados de autonomia política e fiscal – assumem funções de gestão de políticas públicas ou por própria iniciativa, ou por adesão a algum programa proposto por outro nível mais abrangente de governo, ou ainda por expressa imposição constitucional (ARRETCHE, 2000, p.47).

A reforma necessária no sistema de saúde nacional era abrangente e complexa, com múltiplos objetivos e metas e com inúmeras atribuições a serem descentralizadas, pois a “política de saúde, ainda que dispersa entre diferentes instituições, também era executada supondo a centralização financeira e administrativa do INAMPS” (ARRETCHE, 2000). A Constituição de 1988 altera definitivamente a natureza dessas relações e, se outrora o município era o nível de governo que apresentava menor envolvimento na oferta de serviços de saúde fomenta-se a inversão deste cenário.

Tendo em vista a autonomia dos municípios e Estados, a transferência de responsabilidades entre os distintos níveis de governo supunha (e ainda supõe) que estes tinham e (têm) a prerrogativa de aderir (ou não) à gestão de programas propostos por outros níveis de gestão. Nesse sentido, o sucesso da adesão de municípios e estados, na particularidade da política de saúde, tem sido determinado por uma dada “estrutura de incentivos à adesão” e, pela

[...] existência de uma estratégia de indução eficientemente desenhada e implementada (...) elemento central dessa estrutura de incentivos, na medida em que associada a requisitos ou exigências postos pela engenharia operacional de cada política, pelas regras constitucionais que normatizam sua oferta e pelo legado das políticas prévias – fatores estes cujo comportamento varia para cada política - constituem elementos importantes da decisão local pela assunção de competências de gestão de políticas públicas (ARRETCHE, 2000, p. 57).

A descentralização das funções de gestão e execução das políticas sociais, em particular na saúde, ocorridas no pós-1988, foi fundante para a construção de um sistema de saúde nacional que se configura como universal, público e gratuito. Nesse sistema, a União assumiu a formulação e definição das normas nacionais da política de saúde e coordenadora das ações intergovernamentais e, por deter o poder de gasto via transferência condicionada, influi diretamente nas decisões locais. Estados e municípios, como entes autônomos politicamente para aderir (ou não) ao SUS, fortemente condicionados pelas transferências federais, em sua maioria, optam por integrar-se ao sistema nacional. Contudo, a realidade dos municípios brasileiros - municípios com pequeno porte populacional, densidade econômica pouco expressiva e significativa dependência das transferências fiscais (ARRETCHE, 1999) - condicionou as

negociações, a normatização e institucionalização do processo de descentralização. As estratégias de indução e implementação do SUS, centrada nas Normas Operacionais, foram cruciais no processo de descentralização, configurando-se como eficientes para que Estados e municípios tivessem disposição para aderir à gestão e execução da política de saúde.

[...] o grau de sucesso de um programa de descentralização está diretamente associado à decisão pela implantação de regras de operação que efetivamente incentivem a adesão do nível de governo ao qual se dirigem (...). Considerando um leque possível de áreas de aplicação de recursos, esta decisão será o resultado de um cálculo no qual a natureza da política, o legado das políticas prévias, as regras constitucionais e a existência de uma estratégia eficientemente desenhada e implementada por parte de um nível mais abrangente são componentes decisivos (ARRETCHE, 2000, p. 53).

Os estímulos a adesão do nível de governo, expressas na habilitação ao SUS e o desafio de assegurar a oferta universal dos serviços, pressupunha certa capacidade instalada nos Estados e municípios. O custo financeiro para assegurar essa capacidade poderia comprometer o orçamento dos municípios, pois como as políticas anteriores não priorizavam a implantação de serviços municipais de saúde, grande parte destes não dispunham de equipamentos mínimos ou capacidade técnica para a prestação de serviços de saúde.

Assim, as normas operacionais apresentaram flexibilidade do desenho do programa de municipalização da saúde contemplando várias modalidades de habilitação, permitindo que as administrações locais considerassem em sua decisão de adesão, a adequação entre custos prováveis e capacidade local de assumir determinada responsabilidade de gestão ou execução.

A ênfase na descentralização com foco na habilitação dos municípios:

Projetou as Secretarias municipais de Saúde na esfera dos governos municipais; Ampliou as capacidades de gestão em função de novas responsabilidades; Aumentou a força de trabalho em saúde; Gerou aumento na oferta de serviços ambulatoriais e ações de saúde coletiva; Induziu maior comprometimento de recursos do orçamento municipal com o setor saúde (COSTA, 2001, p. 319).

Em 1995, o Ministério da Saúde desencadeia a discussão sobre o processo de descentralização da saúde nos diversos estados brasileiros, identificando cinco modelos de gestão:

- a) modelo de gestão centralizada - a gestão do sistema permanece com o estado, que centraliza os instrumentos de planejamento, programação, controle e avaliação da rede de serviços, ainda que a gerência de unidades estaduais seja transferida para municípios;
- b) modelo descentralizado por partilha - a gerência das unidades é estabelecida por partilha, a partir de interesses específicos; isto é, não existe uma racionalidade técnica para a organização do sistema: esta é definida em parceria pelo gestor estadual e gestores municipais (gestão fragmentada);
- c) modelo municipalizado atomizado - a gestão do sistema é descentralizada para o município, sem que o estado assuma suas funções de coordenação e regulação, de forma a garantir a regionalização da assistência e a organização de sistema de referência que dê consistência à gestão estadual do SUS;
- d) modelo municipalizado com ênfase na regionalização - a gestão do sistema é descentralizada para o município, que assume o comando único sobre as ações e serviços em seu território, mas há uma forte participação do estado no desempenho de suas funções de coordenação e regulação das relações intermunicipais, com a tendência de estabelecimento de mecanismos de avaliação e controle de sistemas municipais de saúde;
- e) modelo descentralizado por nível de hierarquia - o sistema é organizado com base na hierarquia das ações e serviços de saúde. O estado fica com a gestão do sistema de referência regional (gerência das unidades de maior complexidade), enquanto aos municípios cabe a gestão da assistência ambulatorial e hospitalar de menor complexidade (LUCCHESE, 1996, p.131-132).

Essa heterogeneidade de modelos de gestão, identificadas no processo de descentralização, eram permeados de conflitos, evidenciando que a “organização das coisas” envolve a construção de certas condições institucionais, culturais e socioeconômicas para se legitimar e que, nesse sentido, o processo descentralizador se deu a partir da construção de “gigantesca administração”, ou seja, por uma rede de normas interdependentes que codificaram o comportamento dos entes federativos.

Nos estados da região Norte, o modelo de descentralização vigente em 1995, foi classificado como um modelo de gestão centralizado, com administração situada nos estados (LUCHESE, 1996). Será que esse modelo de gestão se modificou? Esta é uma das questões a serem refletidas por este estudo.

Ao analisar as nuances no processo de descentralização da política de saúde brasileira no decorrer da década de 1990, é possível identificar a partir do entendimento de Viana, Ibañez, Elias (2009), que na primeira metade da década o processo de descentralização refletia os embates contra a centralização que caracterizou o período autoritário, tendo como foco central a municipalização; a partir da segunda metade da década, a descentralização passa a ser associada às estratégias de organização em rede e às transformações no modelo de atenção, sendo estendida também, às áreas de vigilância epidemiológica e sanitária.

Nesse período, entra em vigor a Norma Operacional Básica 1996¹⁴ que coloca como finalidade a responsabilização do poder público municipal com a saúde de seu território; propõe a adoção de medidas que assegurem a redefinição dos papéis de cada esfera de governo; apresenta instrumentos gerenciais para que permitam que os entes subnacionais assumam o papel de gestores do SUS; define os fluxos de financiamento, as práticas de acompanhamento, controle e avaliação do SUS; dos vínculos dos serviços com seus usuários e ênfase na atenção ao núcleo familiar; e, a definição dos subsistemas municipais de saúde.

Esta também fomentou o estabelecimento de interações horizontais, interregionais, intermunicipais e interestaduais, como resposta a eventuais lacunas que a atuação federal deixou na coordenação federativa. Tais lacunas estavam, na verdade, relacionadas às marcas da política macroeconômica de cunho neoliberal adotada no país,

[...] a fragilidade do planejamento e investimento federal; a escassa consideração da dimensão macro, mesorregional e das especificidades metropolitanas no desenho das estratégias de descentralização; a fragmentação e a insuficiente articulação com outras políticas públicas econômicas e sociais (VIANA & MACHADO, 2009, p. 814).

Apesar disso, houve consenso em torno da questão da descentralização da saúde no país e este processo foi tratado como estratégia prioritária e avançou mesmo em condições adversas instauradas a partir dos anos 1990. Marcada por tensões e contradições entre a agenda da reforma sanitária e os desígnios neoliberais de reforma do Estado, sendo influenciada pelos dois projetos, a descentralização caminha entre a aprovação de preceitos normativos que pretendem assegurar sua universalidade e a necessidade de contribuir com o racionamento dos serviços sociais. Nessa encruzilhada, o direito à saúde se metamorfoseou e se dividiu entre o “SUS real”, demarcado por inúmeras iniquidades e o “SUS democrático” proposto pela Reforma Sanitária e não viabilizado em sua plenitude (PAIM, 1999).

A dinâmica descentralizadora da saúde adotada a partir dos anos 1990, altamente influenciada pelas artimanhas dos organismos internacionais e pela “violência do dinheiro” (SANTOS, 2006), evidencia que antes que se concretizasse o direito à saúde, os princípios da universalidade, equidade e integralidade foram colocados como dilemas

¹⁴ A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96, foi formalizada através da Portaria No. 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

a serem resolvidos na reforma do Estado e no SUS. Tais reformas evitariam a irracionalidade no uso dos recursos públicos e passavam, necessariamente, pela redução das conquistas na área social, pela focalização seletiva das ações do Estado, pela privatização do setor e pelo fim da universalidade e integralidade.

Gradativamente, a retórica da reforma foi incorporada pelo Ministério da Saúde, sinalizando, nos termos de Milton Santos (2014), que todas as realizações têm sua origem em ações hegemônicas, que têm como base construções intelectuais fabricadas antes mesmo da fabricação das coisas e das decisões de agir. Assim, a reforma gerencial proposta para a saúde envolvia a necessidade de: instaurar mudança cultural em que o paciente se tornasse cliente e agente participante do setor de saúde; consolidar sistema público nacional, com capacidade técnica, operacional e administrativa renovada; organizar e regular o sistema assistencial privado; estimular a qualificação com redução de gastos e o funcionamento competitivo dos sistemas público e privado; adotar modelos técnico-operacionais inovadores; instalar sólido sistema de acompanhamento, controle e avaliação; estabelecer prática gestora descentralizada e desconcentradora (RIZZOTTO, 2012).

Nessa dinâmica, ao Ministério da Saúde coube centrar esforços em seu papel essencial, prestar cooperação técnica e financeira aos entes subnacionais, ampliar o processo de descentralização das ações e serviços de forma que estados e municípios organizassem seus subsistemas de saúde, formular as grandes estratégias de saúde nacionais, proceder o controle epidemiológico e fiscalizar as ações e serviços de saúde.

Destaca-se que o discurso que acompanhou as reformas na saúde nacional tinha a tônica de continuidade e aprofundamento de ajustes necessários à implantação do sistema, que por sua incompletude, permitia reconceituações e reinterpretações. Sob a retórica de

[...] defesa do SUS como um sistema difuso, que por não ser um projeto concluso, permite o seu redesenho no processo de implantação; no plano prático, realizaram-se mudanças profundas no campo institucional, jurídico e político que acabaram descaracterizando, em parte, a proposta original de um Sistema Único de Saúde em âmbito nacional (RIZOTTO, 2012, p. 198).

Por meio do discurso de continuidade, condicionada pela lógica da modernização e inserção na dinâmica global do capitalismo e apesar dos avanços desencadeados pela descentralização na saúde está evidente que, em geral, esses

processos não têm sido capazes de concretizar os objetivos de equidade no acesso, aumento da eficiência, melhoria da qualidade dos serviços e financiamento sustentado.

No Brasil, a interpretação de que os serviços e ações de saúde prestados aos cidadãos deveriam estar disponíveis no município de residência destes desconsiderou, não somente a capacidade instalada nesses territórios, mas a economia de escala e de escopo, aspectos essenciais na definição das redes de atenção à saúde. Assim, apesar da forte indução e regulação federal, era preciso reconhecer que houve descompasso entre a estratégia de descentralização, a estratégia de regionalização e as escassas experiências de organização territorial das ações e serviços de saúde e que, mesmo tardiamente, seria imprescindível implantar a proposta de regionalização e constituição de redes de atenção à saúde.

A diversidade dos brasis não se revela somente nas diferenças entre os estados. Está, igualmente, presente em distintas realidades regionais dentro de um mesmo estado. Por isso, é imprescindível instituir instâncias de governança regionais como espaços de reinterpretação e gestão das políticas estaduais, nos diferentes territórios sanitários regionais. Isso, também, convoca a regionalização cooperativa (MENDES, 2011, p. 169).

Até a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde, em 2001¹⁵ houve dificuldade em integrar ações e serviços de diferentes níveis de complexidade, localizados em distintos territórios político-administrativos. Em 2006, o Pacto pela Saúde¹⁶, ao estabelecer a liberdade de adequação das estratégias às distintas realidades nacionais, possibilitou a constituição de novas centralidades, novos arranjos de gestão e organização do modelo assistencial centrado na definição de regiões de saúde como *locus* estratégico de organização das redes de atenção. Ou seja, era necessário tanto descentralizar os serviços quanto aglutiná-los, sob a pena de não se instituir a rede de atenção à saúde.

A integração de serviços de saúde em rede, conforme já preconizava o artigo 7º da lei nº 8.080, de 1990, evidencia não ser possível que um único ente federativo cumpra a integralidade num território. Esta tarefa exige a constituição do sistema de saúde nacional descentralizado, regionalizado e hierarquizado, capaz de conjugar recursos financeiros, tecnológicos e humanos de vários entes federativos de forma a garantir ao cidadão a integralidade da assistência à saúde.

¹⁵ A Norma Operacional da Assistência à Saúde foi publica através da Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

¹⁶ O Pacto pela Saúde foi aprovado através da Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

O processo de regionalização previsto no Pacto

[...] assenta-se numa definição de regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território (MENDES, 2011, p. 172).

As regiões de saúde devem ser pensadas de forma a assegurar a ação cooperativa e solidária entre os entes, a rapidez e melhor atendimento ao usuário, com a organização de rede de serviços que associe a lógica hierárquica, otimização dos gastos e ganhos de eficiência no uso de serviços de maior complexidade. Estabelecer relações de interação, interdependência e solidariedade sistêmica não é tarefa simples, principalmente em país

com relações intergovernamentais marcadas por incessantes conflitos e embates sobre recursos, centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e inexpressiva tradição participativa na sociedade (VIANA, LIMA & OLIVEIRA, 2002, p. 498).

A interdependência que supostamente se construiria entre os municípios da região de saúde em relação ao serviço que falta ou em relação ao serviço que se tem e precisa ser ofertado ao munícipe vizinho, se deu em cenário de disputas, competição partidária e eleitoral e, em particular de resistência dos governos estaduais em municipalizar serviços e ceder recursos humanos para os municípios.

A ênfase da regionalização retomada pela NOAS 2001/2002, introduziu novos instrumentos de gestão - Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimento, Programação Pactuada e Integrada - desencadeando uma reorganização institucional e política do sistema que teve como impulsionador (mais uma vez) o poder indutivo dos incentivos e transferências de recursos do Ministério da Saúde. Esta previu duas condições de habilitação para os municípios - gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal - e duas para os estados - avançada e plena do sistema estadual.

A NOAS-SUS se distingue das demais normas operacionais do SUS pela proposição de um padrão de descentralização que buscou superar as situações de excessiva autonomia de alguns municípios, viabilizadas pela radicalização nas transferências de recursos e responsabilidades, decorrentes da expansão dos municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal. De fato, nela, podem ser encontrados estratégias e instrumentos voltados para a pactuação e articulação intermunicipal que, ao serem implantados, aportariam avanços qualitativos de relevância para abordagens regionalizadas dos problemas e necessidades assistenciais da população (QUEIROZ, 2004, p. 25).

O Pacto pela Saúde (2006) marcou a trajetória da descentralização e da regionalização, abrindo a possibilidade de ampliação da autonomia e poder de estados e municípios na gestão do SUS, em particular a partir do fortalecimento do Colegiado de Gestão Regional.

Em 2011, com a publicação do Decreto nº 7.508, tem início um novo redirecionamento do processo de regionalização da saúde e organização do sistema com destaque para as funções de planejamento, assistência à saúde e articulação interfederativa. As novas orientações alteram a denominação do Colegiado de Gestão Regional para Comissão Intergestores Regional - CIR e propõe o estabelecimento do Contrato Organizativo da Ação Pública - COAP como instrumento de organização e integração das ações e serviços de saúde no território. Nestes estariam definidos

[...] responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, Decreto nº 7508 de 2011, art. 1º).

Note-se que o processo de regionalização se dá de forma complementar à descentralização e pressupõe a formação de redes de ações e serviços de saúde no território, envolvendo relações interserviços, intergovernamentais e entre governo e sociedade civil. Face a assimetria dos municípios brasileiros quanto ao porte demográfico, social, cultural e econômico a organização do SUS assume contornos complexos, sinalizando que as competências entre os entes federativos, apesar de comuns, não podem ser tomadas como iguais ou terem a mesma abrangência no que concerne à garantia de efetividade do direito à saúde.

O desafio de criar um sistema integrado exige a constituição da rede que deve estar expressa nas regiões de saúde. Demarcadas no território, as redes devem conter o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde que apresentam inteligência sanitário-organizativa capaz de assegurar a integralidade do cuidado em saúde, integrando serviços, ganhando escala, ampliando a cobertura e permitindo a continuidade do cuidado.

O paradigma da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de espaços privilegiados, os territórios sanitários regionais, que associam entre si os municípios e o estado, com o apoio da União, para gerir, obedecendo os princípios do federalismo cooperativo intraestatal - unidade na diversidade, atitude cooperativa, ações integradas, decisões interfederativas colegiadas e

planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas - o SUS, estruturado sob a forma de RAS (MENDES, 2011, p. 170).

As regiões de saúde delimitadas em um território devem aglutinar serviços com vistas a satisfazer de maneira integral o direito à saúde à população sob sua responsabilidade. Estas devem apresentar diversos níveis de atenção e, em especial, serviços que atuem como porta de entrada capaz de integrar e coordenar a atenção na rede. Nos termos do artigo 2º, do Decreto nº 7.508 de 2011, a região de saúde constitui o

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, Decreto nº 7.508 de 2011, art. 2).

Fica claro que a região de saúde deve abrigar a rede de atenção de forma a atender as necessidades da população circunscrita ao território regional, impondo responsabilidades individuais e solidárias aos entes federativos. A conformação das regiões de saúde deve apresentar todos os elementos que possibilitem a efetividade do direito à saúde, garantindo serviços em qualidade e quantidade suficiente para atender os cidadãos da região. Esta constitui instrumento de potencialização do processo de descentralização garantindo-lhe os resultados esperados que, no Brasil, devido a herança de centralismo autoritário, se limitou a assegurar a transferência de recursos da União, pouco se relacionando com a descentralização política.

A definição de região de saúde tem como referência a necessária integralidade da atenção a ser assegurada naquele território. A região de saúde dá contornos de materialidade ao padrão de integralidade da atenção à saúde definido através do pacto entre Estado-sociedade e define com objetividade o que cabe ao SUS garantir na efetivação desse direito. A integralidade da atenção tem como referência o critério epidemiológico de organização dos serviços (artigo 7º, da lei nº 8.080/90) e populacional (artigos 35 e 37, da lei 8.080/90), definindo as prioridades a serem adotadas pelos entes federativos, as quais devem ser consubstanciadas em plano que norteie todas as atividades do sistema (artigo 36, da lei nº 8.080/90) e não permita eventuais desvios de finalidade na utilização dos recursos.

A regionalização envolve necessariamente a base territorial sobre a qual se organizam ações e serviços em rede de forma a produzir economia, diminuir vazios

assistenciais, expandir os serviços, melhorar o acesso, evitar duplicidade e repetição desnecessária de exames e procedimentos, ou seja, melhorar a eficiência e racionalidade do sistema. O estabelecimento da rede fortalece a interconexão dos serviços, do aparato tecnológico e humano, da interdependência entre os entes que, em sua diversidade, se complementam sem perder suas características.

Apesar das inovações no campo normativo, a implantação do SUS ainda constitui desafio de grandes proporções que pressupõe competência técnica e habilidade política para compor interesses. A heterogeneidade do contexto político e sanitário nacional, as distintas capacidades de pressão da população, a cultura sanitária acumulada, a vontade política dos governantes tornaram desigual a reorganização do sistema e a garantia de acesso equitativa dos serviços e ações pelo país, suscitando questões como: Foi possível descentralizar totalmente a política de saúde? De que descentralização se está falando?

É inegável que houve processo de descentralização dos serviços de atenção básica à saúde que hoje se encontram dispersos em todo o território nacional sob responsabilidade municipal, porém quando se analisa esse movimento em relação aos serviços de maior complexidade, ambulatorial ou hospitalar, observa-se a persistência de grandes desigualdades na distribuição dos mesmos e a concentração desses serviços sob a responsabilidade da gestão estadual, do setor privado ou ainda para entidades contratadas pelo Estado para gerência e administração de serviços de saúde.

Neste estudo entende-se a descentralização enquanto desconcentração da execução de ações e serviços de saúde do nível estadual para o municipal, numa progressiva transferência de responsabilidades e funções que devem ser assumidas a qualquer custo pelos municípios. A dinâmica desconcentradora exige que serviços de atenção básica disponíveis nos municípios ampliem o leque de atenção à população incorporando ao seu cotidiano procedimentos diagnóstico e cuidado de agravos multicomplexos, como o HIV, trabalhado nesta tese, assumindo a função de coordenadores e ordenadores da atenção à saúde. A incorporação dessas funções nem sempre resultam em ampliação da atenção à saúde, pois grande parte dos serviços disponíveis nos municípios funciona de forma precária permitindo entrever fragilidades no manejo de alguns agravos.

O município, como a base do processo descentralizador não pode ser responsabilizado sozinho pela integralidade, individual e coletiva, do atendimento à população de seu território. Muitos destes, apesar de autônomos, não dispõem de

capacidade financeira, técnica ou de recursos humanos para compor no próprio território toda a rede de serviços e ações de saúde necessária para assegurar o acesso e a atenção conforme a necessidade de cada caso. Ademais, a proposta de construção de redes nos marcos das regiões de saúde de forma a assegurar integralidade do cuidado a todos os cidadãos é desafio que envolve, entre outras questões, a definição do desenho da rede, a distribuição dos equipamentos sociais e serviços de saúde disponíveis no território. A estruturação das regiões de saúde pode potencializar a organização das redes de saúde, pois além de apresentarem coesão política e institucional da dimensão nacional à local, devem refletir autossuficiência em ações e serviços (KUSCHNIR, LIMA, BAPTISTA E MACHADO, 2011), contudo esse não é um movimento linear, pois é permeado de relações de poder e interesses conflitantes.

A construção de redes traz implícito a necessidade de ajustar o olhar não somente em relação ao modelo de saúde predominante, mas também em relação ao usuário, às suas necessidades. Essa tarefa em seu cerne exige o fortalecimento do papel da atenção básica de forma a assegurar que esta seja a modalidade de atenção com maior nível de descentralização e capilaridade, além de dotar tais espaços de capacidade instalada para que a equipe consiga ser resolutiva; coordene o cuidado; e, consiga efetivamente ordenar as redes de saúde (BRASIL, Portaria nº 2436 de 2017, art. 3º).

Apesar das tentativas, a rede como preconizada “Seja no SUS, na saúde suplementar, o sistema de saúde ainda é fortemente centrado em médicos e hospitais” (COELHO, 2008, p. 112), sinalizando os desafios que a criação de modelos que alterem essa relação impõem. O demandante dos serviços de saúde constrói sua própria maneira de caminhar no sistema, muitas vezes construindo outras portas de entrada que não a atenção básica. Assim, é inaceitável que as pessoas saiam dos espaços da saúde - centros de saúde, serviços de pronto atendimento, centros especializados - sem que sua necessidade de saúde seja minimamente identificada e devidamente encaminhada.

Considerando o objeto de interesse desta tese, destaca-se que essa é uma realidade que pode ser observada em várias ações programáticas e, na especificidade deste estudo, a análise de tais questões tomará como ponto de partida as nuances do cuidado voltado para as pessoas que vivem com HIV e suas transformações no decorrer do tempo.

Por fim, entende-se que a concretização do direito à saúde, envolve o enfrentamento das distorções estruturais do sistema de saúde brasileiro e, no caso específico do Amazonas, sua inserção na lógica abrangente de proteção social, além de

novo modelo de desenvolvimento econômico e social. A descentralização e regionalização são aspectos fundantes desse processo e infletem em várias ações programáticas, dentre elas nas ações e serviços voltados para aqueles que vivem com HIV, aspecto a ser detalhado, no item subsequente.

1.3. A face da Aids aqui é a face do próprio Brasil: Os fios que tecem o cuidado e a construção da rede de atenção à pessoa que vive com HIV.

No decorrer da história observa-se que muitas enfermidades ao apresentarem suas manifestações iniciais e ter suas causas e alternativas de tratamento ainda indefinidas foram vistas como incuráveis e associadas, em sua maioria, a castigo. Outras doenças, definidas como contagiosas ou classificadas como transmissíveis, tiveram seu tratamento associado ao afastamento do doente de suas famílias e à submissão dos mesmos a processos cruéis de isolamento e quarentena. Tais visões de mundo, associadas à morte inevitável, envolviam a doença e o “doente” em névoa de preconceitos e discriminação que marcou a ferro os expostos a tais enfermidades, designando-os como “portadores”.

Essa visão da doença como punição tem longa história e contribuiu para construir estigmas com os quais ainda hoje se depara. A crônica do HIV e da Aids, traz em seu cerne relatos do estigma e marginalização vivenciados por aqueles que apresentavam a síndrome da imunodeficiência, classificando-os como “grupos de risco¹⁷” potenciais para contrair ou transmitir a infecção.

A rápida disseminação da epidemia suscitou múltiplas práticas - solidariedade, preconceito, xenofobia, homofobia – que assim como o HIV e a Aids passaram a lutar para sobreviver e se consolidar como verdade. O olhar atento sobre a trajetória do HIV permite inferir que o *status* de pandemia que ora se apresenta, em seus primórdios foi

¹⁷ O Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos em 1982 definiu quatro grupos de risco para o adoecimento pela Aids: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de Heroína. A partir de 1983 um novo conceito passa a instrumentalizar as práticas preventivas de enfrentamento à doença: comportamento de risco. Ou seja, não é mais o pertencimento a um determinado grupo de risco que amplia a possibilidade de exposição ao agravo, mas a reprodução de determinados comportamentos considerados de risco. Em 1990, a análise da vulnerabilidade à infecção passa a ser o novo instrumento para compreender e intervir sobre a epidemia. (AYRES, José Ricardo de C. M. et al. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e promoção da Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza... et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª edição. São Paulo HUCITEC, 2012).

marcado pela inação e reduzido interesse do Estado em intervir nos primeiros casos da síndrome.

A despeito de todos os indícios, somente na década de 1980, após inúmeras controvérsias, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, causada pelo HIV, foi reconhecida enquanto questão grave de saúde pública. A construção do conhecimento em torno da área foi permeado por inúmeros equívocos, inclusive no que concerne à descrição do HIV como vírus mordaz e cruel que atacaria determinados segmentos sociais - homossexuais masculinos, haitianos, hemofílicos e heroínômanos - conforme descrito por Francisco Inácio Bastos (2006).

O reduzido número de informações, dados e estudos sobre o HIV e a Aids no início da epidemia foi campo profícuo à proliferação de metáforas traduzidas na obra de Susan Sotang (1989) e confirmada por outros autores.

A definição da Aids como doença letal foi interiorizada de maneira profunda e contribuiu para exacerbar temores relacionados à morte já latentes no imaginário ocidental notadamente expressos nas atitudes de mascaramento, do silêncio, do esquivamento, da evitação do tema. Da reação ao medo deriva a reação ao medo do contágio e o exagerado medo do contágio tem desencadeado reações de pânico desproporcionais à possibilidade concreta de transmissão (PAULILO, 1999, 13).

O potencial de letalidade da Aids pressionou o poder público a se posicionar frente a questão, evidenciando que o “perigo”, a “ameaça” à organização social vigente, a denúncia constante dos casos na mídia impulsionou respostas políticas. Os efeitos políticos desencadeados emergem lado a lado com os avanços alcançados no campo da medicina - o aperfeiçoamento do diagnóstico e das formas de tratamento, o bloqueio da progressão viral, a melhora da qualidade de vida daqueles que convivem com a retrovírose - os quais norteiam as reivindicações dos grupos organizados que orbitam em torno do tema e dão materialidade às ações implementadas pelo poder público.

Frente a dimensão da epidemia, à rapidez de sua expansão no mundo globalizado, a intervenção do Estado em relação à Aids deixou a desejar e passa a ser amplamente questionada. A população atingida pelo agravo e seus apoiadores, em esforço sem precedentes, recusaram-se a calar frente a aparente indiferença do poder público e às concepções que relacionam diretamente a Aids a determinados grupos de risco, evidenciando que

[...] aquilo que cada cultura classifica como crença, tabu, sexualidade, poder, saúde, estigma e religiosidade pode marcar e determinar os caminhos da história natural de uma epidemia, além de, como no caso epidemia de HIV/AIDS, ser também responsável pelo desenvolvimento de uma diversidade de iniciativas tidas como sem precedente no enfrentamento da doença (GALVÃO, 2000, p. 18).

No Brasil, a chegada da epidemia no decorrer dos anos 1980 se dá inicialmente através de casos importados, os quais rapidamente são substituídos por casos autóctones registrados no sudeste do país e que, gradativamente, se expandem no território. A predominância inicial do discurso que apontava a Aids como doença exclusiva de determinados grupos populacionais teve reflexos duradouros nas ações de prevenção do HIV e contribuíram, não somente para a estigmatização de pessoas a partir de suas práticas sexuais, comportamentos e atitudes, mas, sobretudo para que milhares de indivíduos negligenciassem a prevenção em relação a transmissão do vírus e fossem infectadas.

[...] numa encruzilhada de equívocos, temores e frustrações que tanto dificultavam a busca de soluções mais criativas para o enfrentamento da doença como tornavam ainda mais dolorosa a experiência da moléstia, principalmente para o doente (NASCIMENTO, 2005, p. 107).

As epidemias, em particular o HIV, tem múltiplas facetas - social, econômica, política, cultural, médica, sexual - que não podem ser consideradas de forma isolada, pois interagem entre si e se autodeterminam. Esse entendimento é essencial para pensar a epidemia hoje. Inicialmente o entendimento da disseminação do HIV foi associado diretamente à concepção de risco individual e marcado pela estigmatização e discriminação centrada nos grupos de risco, porém ficou comprovado que a infecção escapava às categorias epidemiológicas predefinidas e se difundia aleatoriamente em todos os grupos e segmentos populacionais. Ocorre, assim, o deslocamento da noção de risco individual para a percepção do conjunto de aspectos interdependentes de compreensão da vida desses sujeitos e a clareza de “como a desigualdade e injustiça, o preconceito e a discriminação, a opressão, exploração e violência da sociedade aceleram a disseminação da epidemia em países pelo mundo afora” (PARKER, 2000, p. 103).

O hiato crescente entre as condições de existência dos distintos sujeitos sociais na sociedade capitalista mantém, reproduz e amplia as desigualdades, em particular aquelas que se manifestam no processo saúde-doença, estratificando “cidadãos de primeira, segunda e terceira” classes (AGUDELO, 1997). As conquistas construídas no

enfrentamento do HIV e da Aids, o compromisso de assegurar o acesso à saúde e a preservação da vida das pessoas que vivem com o vírus se deram no fogo cruzado entre os interesses de grupos privados, em especial a indústria farmacêutica, e os interesses coletivos da população.

Assim como a tuberculose, a sífilis e a hanseníase outrora, o HIV traz à tona velhos fantasmas que, com novo figurino e cenário, trazem à cena sujeitos indesejáveis e inoportunos (CARVALHEIRO, 1992) que reivindicam ser reconhecidos e ter suas necessidades de saúde incorporadas pelo Estado.

Na transição para o governo democrático, o HIV e a Aids emergem na realidade nacional e, assim como em outras experiências, suscita intensa mobilização social. Inicialmente, a resposta nacional foi marcada por um misto de preconceito e poucas ações concretas, dentre as quais se pontua a notificação obrigatória dos casos confirmados, conforme preconizado na Portaria nº 542/1986¹⁸, instrumento essencial para o monitoramento do comportamento e evolução da epidemia no país, além de possibilitar o uso crítico e estratégico das informações de modo a melhorar a qualidade da intervenção da política de saúde.

A resposta nacional à Aids se deu lado a lado com a implementação do SUS e, apesar das dificuldades vivenciadas pelo país no decorrer da década de 1990 e das severas restrições à política de saúde com a redução do orçamento e o número de funcionários do então Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, suspensão da maioria das iniciativas do governo anterior e a não implementação de novas propostas (NASCIMENTO, 2005, p. 101), houve avanços no combate à epidemia.

Os avanços globais no combate à epidemia, em especial na articulação e colaboração entre vários organismos internacionais definiu a Aids como prioridade em saúde pública, tema estratégico e primou pelo envolvimento e intensa colaboração entre o Ministério da Saúde, as organizações da sociedade civil e os organismos internacionais, evidenciando propostas que emergiram e se consolidaram na intersecção entre processos globais, nacionais e locais. Como fruto dessa articulação, já em 1989,

¹⁸ Hoje, através da Portaria nº1271, de 06 de junho de 2014 torna-se obrigatório a notificação da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

foi divulgada a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids¹⁹.

No decorrer dos anos 1990, agências multilaterais, em particular o Banco Mundial, assumem papel estratégico na definição de orientações para o setor da saúde e, em especial nas ações de combate a Aids. O Projeto de Controle da Aids/DST, conhecido como AIDS I, desenvolvido no período de 1994 a 1998, no Brasil, mobilizou U\$250 milhões em recursos financiados pelo Banco Mundial (U\$160 milhões) e pelo governo federal brasileiro (U\$ 90 milhões). No final de 1998, o projeto AIDS II, também financiado pelo Banco Mundial, assegurou, a partir de avaliação positiva das ações desenvolvidas no primeiro projeto, um aporte financeiro de U\$300 milhões para o programa brasileiro, sendo U\$165 milhões do Banco Mundial e U\$135 milhões do Governo Federal (PARKER, GALVÃO, BESSA, 1999).

O reforço no financiamento da ação programática alavancou as ações de enfrentamento da epidemia e consolidou a parceria entre a União e as organizações da sociedade civil que atuavam na questão. Estas, “[...] sem abandonar a posição crítica em relação às políticas governamentais de controle da Aids, mudaram a estratégia, substituindo o confronto por uma ação propositiva e corresponsável com o Ministério da Saúde” (NASCIMENTO, 2005, p.104).

Fica evidente que o avanço do HIV e também que o reforço financeiro nessa ação programática testou a forma como o “sistema internacional pode responder a uma emergência percebida na área de saúde” (PARKER, 2000, p. 118) e encontra-se relacionado ao processo de globalização e desenvolvimento capitalista que se impôs como uma “fábrica de perversidades” onde

O desemprego crescente torna-se crônico. A pobreza aumenta e as classes médias perdem em qualidade de vida. O salário médio tende a baixar. A fome e o desabrigo se generalizam em todos os continentes. Novas enfermidades como a SIDA se instalam e velhas doenças, supostamente extirpadas, fazem seu retorno triunfal. A mortalidade infantil permanece, a despeito dos progressos médicos e da informação. A educação de qualidade é cada vez mais inacessível. Alastram-se e aprofundam-se males espirituais e morais, como os egoísmos, os cinismos, a corrupção (SANTOS, 2008, p. 10).

¹⁹ A Declaração dos Direitos Fundamentais dos Direitos da Pessoa Portadora do Vírus da Aids preconiza que esses sujeitos devem ter assegurado o direito à informação, à assistência, ao tratamento, ao sigilo sobre sua condição e, em especial resguarda-os de qualquer tipo de discriminação. Em 02 de junho de 2014, a Lei nº 12.984, definiu o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids.

Ao tempo que se deu a entrada de recursos internacionais no país, simultaneamente ocorre agenda restritiva que prejudicou a implementação do SUS, no início da década de 1990. Os recursos incorporados destinados às intervenções frente a Aids vieram carimbados com visão de mundo que gradativamente moldou a visão da epidemia e, por conseguinte, as respostas sociais a ela, deixando claro que

[...] a mesma constelação institucional que nos deu as políticas relativas à dívida externa na década de 1970 e o ajuste estrutural na década de 80, lidera, hoje, a luta global contra uma epidemia que suas próprias políticas anteriores tanto contribuíram para estruturar (PARKER, 2000, p. 125).

No Brasil, a epidemia de HIV, na percepção de Parker, Galvão & Bessa (1999), apesar de inicialmente parecer atingir determinados grupos populacionais, posteriormente, apresenta padrões de infecção diversos e variados, combinando transmissão sexual (homossexual e bissexual); transmissão sanguínea via uso de drogas injetáveis; além de taxas crescentes de transmissão heterossexual. A complexidade do quadro epidemiológico do HIV no país indica a coexistência de múltiplas epidemias, as quais, em determinadas regiões, muitas vezes, se entrecruzam e se sobrepõem.

Marcada por avanços e recuos na política de saúde nacional, seguindo as diretrizes dos órgãos multilaterais, considerando o quão dispendioso era o tratamento de uma pessoa vivendo com o HIV e sob o peso da negociação de “empréstimos atrelados à política de ajuste”, o Brasil é convidado a escolher entre as políticas de “prevenção primária, de um lado, o tratamento e assistência, de outro” (PARKER, 2000).

Ainda inspirados pela leitura de Richard Parker, constata-se que nos 1980, a discussão sobre a Aids se deu em meio ao debate sobre a saúde enquanto direito de cidadania e responsabilidade do Estado. Naquela ocasião, o acesso à saúde se dava de forma restrita, a “realidade da epidemia é a realidade da sociedade brasileira como um todo”, uma realidade em que obter diagnóstico conclusivo de infecção pelo HIV era extremamente complexo mesmo quando o que “certa vez pareceu ser uma doença basicamente de homossexuais passou a afligir uma população maior” (PARKER, 1994, p.29). Pressionados, os serviços de saúde que há muito não conseguiam resolver problemas básicos de saúde da população, deparam-se com a necessidade de responder à doença que “tem rompido as barreiras de classe e status, cobrando o maior preço dos setores mais pobres da sociedade brasileira” (PARKER, 1994, p. 31).

Às demandas já impostas por tantas outras questões não resolvidas na saúde nacional – malária, hanseníase, tuberculose, doença de Chagas - acrescentam-se demandas impostas pela disseminação de uma doença nova, a Aids, sob a qual havia poucas informações e que acentuou os entraves já existentes no precário sistema de saúde público. Em meio às restrições impostas pela crise econômica, pela inércia autoritária oficial, pela fragilidade do financiamento, organizações da sociedade civil saem do subterrâneo e passam a dialogar criticamente com o governo, tirando as pessoas acometidas pelo vírus da condição de invisibilidade a que estavam submetidas e requerendo a criação de estruturas de assistência para esse segmento.

Os avanços construídos no decorrer dos anos 1980, alguns registrados nos marcos da Constituição de 1988 como a proibição da comercialização de sangue e derivados, mesmo que permeados por inúmeras inconsistências e contradições, como as primeiras campanhas nacionais, foram expressivos para aquele momento histórico. Contudo, na década de 1990, apesar dos avanços no reconhecimento da saúde como política pública assecuratória de direitos, esta não foi efetivada como preconizava a Constituição, pois “abrimos nossa economia para o global e nos subordinamos novamente aos de fora” (BENJAMIN et al., 1998) e, em meio a “tempos neoliberais” a resposta à epidemia, “passou a ser substituída, cada vez mais, por uma perspectiva muito diferentes, que, em sua expressão mais crua, representa pouco mais que um cálculo de custo/benefício econômico” (PARKER, 2000, p. 129).

Como maior financiador dos programas internacionais para controle da Aids, o Banco Mundial, passou a recomendar que o excepcionalismo na resposta à epidemia deveria ceder lugar à normalidade (MATTOS et al, 2001), criticando a iniciativa brasileira de distribuição gratuita de zidovudina (AZT) para os casos notificados, violação de patente e produção no país do medicamento. A cooperação internacional envolvia tanto a adoção de intervenções tecnológicas quanto de fármacos, mercado altamente concentrado e que movimenta o maior volume de recursos do mundo.

Segundo Richard Parker, a decisão brasileira em manter e aperfeiçoar a iniciativa de distribuição gratuita de antirretrovirais configurou-se como ponto de discórdia para a negociação de convênios relacionados à prevenção e controle da epidemia, já que havia sido classificada pelo Banco como economicamente irracional e insustentável. Na relação de forças com as críticas internacionais, o Ministério da Saúde cedeu à “condição do Banco de que nenhuma parcela do empréstimo, finalmente concedido, (...) seria destinada a tratamento ou assistência” (PARKER, 2000, p. 132). O

apoio financeiro internacional, norteados pelas diretrizes de focalização e privatização, teve parte redirecionada para o “apoio substantivo a organizações da sociedade civil envolvidas com atividades de educação e prevenção, assim como estruturas de participação e controle social” (CORRÊA, 2016, p. 10).

A partir de 1996, a despeito da oposição internacional, o país passa a garantir, de forma universal e gratuita na rede pública de saúde, os antiretrovirais²⁰, demonstrando que “a visibilidade e o reconhecimento da questão social implica em tensões e conflitos” (SILVA, 2014, p. 156), que se convertem em impasses políticos, sociais e, em particular econômicos, uma vez que, por “intermédio do dinheiro, o contágio das lógicas redutoras, típicas do processo de globalização, leva a toda parte um nexo contábil, que avassala tudo” (SANTOS, 2008, p. 17).

Considerando o final da década de noventa, as respostas a Aids por meio de políticas públicas no Brasil podem ser divididas em:

- a) De 1982 a 1985, ocorre a notificação dos primeiros casos de Aids Brasil e tem início, de forma ainda muito tímida, a mobilização dos segmentos inicialmente mais afetados;
- b) De 1986 a 1990, ocorre a expansão da epidemia no país e a mobilização das organizações não governamentais voltadas para a questão cresce em todo o país e pressionam o Estado. É criado o Programa Nacional de Aids.
- c) De 1990 a 1992, em um cenário de profunda crise política no país, o Programa Nacional de Aids vive uma fase de estagnação.
- d) De 1992 a 1993, há a reorganização do Programa Nacional de Aids e a retomada da articulação do Estado com as organizações não governamentais que militam na área.
- e) De 1994 até a presente data, observa-se o papel do aporte de recursos financeiros do Banco Mundial e o compromisso do Estado brasileiro, através do governo federal, em tornar universal o acesso a assistência e tratamento do HIV/Aids no Brasil (PARKER, GALVÃO & BESSA, 2000).

Concorda-se com Parker de que esforços e as estratégias nacionais articuladas com estratégias mundiais trouxeram avanços inegáveis no âmbito do HIV, porém as respostas de nível local à epidemia foram as mais vigorosas e eficientes (PARKER, 2000). Contudo, o suposto controle da epidemia não se confirmou; os óbitos por Aids continuam a apresentar tendência constante e a identificação de casos novos persistiu. A partir de 2011, os gestores mundiais da epidemia indicam que o HIV e a Aids ainda persistem como emergência global e

²⁰ A Lei Federal nº 9313, de 13 de novembro de 1996, assegurou o acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral para pessoas vivendo com HIV/Aids.

[...] representam um dos maiores desafios ao desenvolvimento, ao progresso e à estabilidade de nossas respectivas sociedades e do mundo como um todo e requerem uma resposta global excepcional e abrangente que leve em consideração que muitas vezes a disseminação do HIV/VIH é tanto uma consequência como uma causa da pobreza (ONU, 2011, p. 3).

Para tanto seria necessário, fortalecer os sistemas de saúde, em especial de atenção básica para responder, em conjunto com os demais níveis de atenção, às demandas impostas pelo vírus.

Reconhecemos a importância do fortalecimento dos sistemas de saúde, em especial a atenção básica à saúde e a necessidade da integração da resposta ao HIV/VIH à mesma, e observamos que sistemas precários de saúde, que já enfrentam muitos desafios, incluindo a falta e a retenção de profissionais de saúde qualificados, estão entre as maiores barreiras ao acesso aos serviços relacionados ao HIV/VIH/AIDS/SIDA (ONU, 2011, p. 8).

Desde a implementação do SUS é inegável o avanço no processo de descentralização da saúde e a gradativa adesão de estados e municípios às várias formas de habilitação ao sistema com a expansão dos serviços de atenção básica à saúde, em particular a Estratégia Saúde da Família. A construção da rede de cuidados para as pessoas que vivem com HIV, em tempos em que se induzia Estados e municípios a se responsabilizar pela saúde de seus cidadãos (BRASIL, 1998), decerto foi tarefa árdua e de grande proporção. Em tempos de descentralização com ênfase na municipalização dos serviços de saúde, a atenção à população acometida por retrovírose se concentrou, inicialmente, em centros de referência especializados e pela permanência tanto de recursos quanto de unidades hospitalares centralizadas sob gestão do estado e da União. Alguns desses estabelecimentos, estrategicamente situados em territórios selecionados, em particular nas capitais e metrópoles mantinham frágil articulação com outros serviços de saúde disponíveis no território.

É no final da década de 80 que se inicia o fomento para a estruturação de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), assim denominados na época, considerados modalidade alternativa de serviços de saúde, devendo oferecer sorologia anti-HIV gratuita, confidencial e anônima, além de prover educação e aconselhamento para os indivíduos sob risco de infecção pelo HIV (BRASIL, 2010, p. 11).

A implementação dos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTAs em todo o país, integrava as estratégias nacionais no campo da prevenção, as quais almejavam ampliar o acesso da população brasileira ao diagnóstico da condição sorológica, com

foco prioritário nos segmentos populacionais mais vulneráveis. Esses serviços foram de suma importância, não somente para realizar diagnóstico precoce de pessoas ou ainda atender pessoas que buscavam realizar diagnóstico para HIV, mas, sobretudo como espaços privilegiados onde a população acessava insumos (preservativos) e, principalmente informações fundamentadas sobre a questão.

Nos anos 90, os CTA se tornam referência para o acesso universal à testagem e aconselhamento em DST/aids, indicando a expansão da oferta do teste e de orientações de prevenção do HIV e outras DST, destinadas à população em geral e a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2010, p. 11).

Outras questões também impulsionaram a revitalização dos serviços, como “a descentralização da gestão da saúde, que possibilitou a implantação de novos CTAs por iniciativa de estados e municípios” (BRASIL, 2010, p. 9). Tendo em vista o movimento mais geral da sociedade e os interesses internacionais que entrecruzam a questão do HIV, destaca-se que, com recursos oriundos do Banco Mundial,

Entre 1995 e 1998, o Ministério da Saúde induz a implantação de novos serviços por meio do financiamento de projetos de estados e municípios, principalmente onde a epidemia é mais importante, ou seja, as regiões Sudeste e Sul (BRASIL, 2010, p. 14).

Os CTAs, plenamente articulados com os serviços de atenção básica, dentre seus objetivos, deveriam subsidiar tecnicamente tais serviços de forma à “implementação das ações de aconselhamento, diagnóstico e prevenção das DST, Aids, Sífilis e Hepatites B e C nos serviços da rede” (BRASIL, 2010, p. 18). Essa articulação era condição essencial para ampliação das ações e serviços de prevenção e, naquela ocasião, para contribuir para o controle da transmissão vertical e das coinfeções HIV/ Hepatites e HIV/ Tuberculose (BRASIL, 2010, p. 28).

Apesar dos esforços na implantação de ações e serviços que atendessem as pessoas vivendo com HIV, a precariedade da garantia de acesso desses sujeitos aos serviços de saúde e a não priorização da questão pelas autoridades de saúde se mantinha, confirmando a “Crônica de um desastre anunciado²¹”. Na construção do cuidado em saúde para as pessoas que vivem com HIV foram criados vários serviços

²¹ O Boletim da ABIA nº 18, de janeiro de 1993, sob o título de “Crônica de um desastre anunciado” denuncia a apatia das respostas governamentais à epidemia e o temor frente ao aumento do número de indivíduos diagnosticados com HIV.

específicos para atendimento desse público - Hospital Dia, Serviços de Assistência Especializada, Centros de Testagem e Aconselhamento e Atendimento Domiciliar Terapêutico (BRASIL, 1999, p. 9). Os SAEs constituem ponto de atenção à saúde de suma importância implantado na década de 1990, conforme os Planos Operativos Anuais estaduais e municipais, no contexto do Projeto BRA001/94. Estes

[...] foram inicialmente concebidos com a perspectiva de se constituir Serviços, inseridos no SUS, que oferecessem grande resolutividade diagnóstico-terapêutica em nível ambulatorial. A qualidade do atendimento seria assegurada pela assistência integral, prestada por equipes de saúde multidisciplinares, aos pacientes e seus familiares (BRASIL, 1998 s/página).

O avanço na construção da rede de serviços voltados para a atenção em saúde majoritariamente foram financiados com recursos internacionais. Os avanços na construção da intervenção pública voltada para as pessoas que vivem com HIV se deram com antagonismos e conflitos, pois se entende que tanto na formulação quanto na implementação das políticas sociais, em especial a política de saúde,

Interagem redes de interesses, de demandas, de representações e de valores permanentemente em disputa, tendo por base sólidos interesses econômicos já configurados ao longo do tempo, quer no interior do próprio setor da saúde, quer no que diz respeito às necessidades de investimento em determinadas áreas sociais tidas como prioritárias em determinados momentos para se levar avante determinados projetos econômicos da sociedade (COHN, 2012, p. 244).

A expansão da epidemia no país se deu de forma simultânea ao agravamento dos contrastes e problemas crônicos já existentes e, em particular devido à política econômica de ajuste fiscal adotada sob orientação e vigilância constante de organismos multilaterais. Como resultado,

Multidões de pobres são continuamente jogadas nas ruas (...), pelo desemprego, pelo encarecimento da moradia, pelas doenças, pela velhice sem amparo. São populações vistas como 'descartáveis'. (...) declínio econômico e social das camadas médias tradicionais (...) os jovens dificilmente encontram lugar no núcleo dinâmico do sistema de produção, independentemente de sua qualificação (...) os maduros são expulsos de seus empregos pelo encolhimento dos postos de trabalho (LUZ, 2000, p. 303).

Todos esses aspectos confluíram para a ampliação das demandas por serviços de saúde públicos e, por conseguinte, pela sobrecarga dos mesmos mediante o corte nos gastos com as políticas sociais e pela tendência à apropriação do fundo público pelo

capital (BEHRING, 2009). A vitória do projeto vinculado ao mercado e permeado por diretrizes de ajuste fiscal e de “encolhimento do Estado” nos anos 1990, enfatizou a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central (BRAVO & MATOS, 2001).

Na saúde, constata-se que a disseminação do HIV para todos os estados brasileiros, inclusive para municípios pequenos de todas as regiões foi acompanhada pela recomendação de que os municípios incorporassem o combate à epidemia dentre suas ações de saúde prioritárias. Ao mesmo tempo e, apesar das controvérsias em torno da questão, o Ministério da Saúde indica a pauperização, a interiorização e a feminização como tendências da epidemia brasileira, categorias que muitas vezes, no entendimento de Richard Parker & Kenneth Rochel de Camargo Jr. (1999, p. 31), “são reproduzidas de maneira simplista, o que pode mascarar a real complexidade social dos processos de vulnerabilização”. Nesse sentido, ainda de acordo com os autores, seria necessário

Um refinamento das ferramentas teórico-conceituais que permita, por exemplo, estabelecer relações consistentes entre desigualdade geral e pobreza, desigualdade e polarização, pobreza e miséria, exploração extrema e exclusão social ou ainda exclusão social e integração perversa, nos ajudaria a ultrapassar as generalizações superficiais que frequentemente caracterizam as discussões sobre aids e pobreza, de modo a desenvolver referenciais analíticos mais complexos e potencialmente mais úteis, com os quais se possa conduzir tanto a investigação quanto a intervenção no futuro (PARKER & CAMARGO JR, 1999, p. 31).

É nesse espaço que a epidemia avançou e se instalou em cidades pequenas onde os governantes detêm, nos termos de Milton Santos (2011) “um poder apenas formal, dada a inexistência, de meios financeiros e decisórios” que permitam fazer com que sua voz seja ouvida; em cidades onde o acesso à “educação feita mercadoria reproduz e amplia as desigualdades, sem extirpar as mazelas da ignorância”; em cidades onde a defesa do direito ao trabalho e à remuneração condigna deixaram de ser permitidos; em cidades onde as mulheres, cujo discurso tolerado não tem, entretanto, merecido a resposta institucional adequada (SANTOS, 2011).

É esse entendimento que permite decifrar a tendência da epidemia de HIV e como esta atinge especificamente o Estado do Amazonas, assim como as respostas estruturadas pelo Estado para dirimir a questão, uma vez que estas traduzem “um certo modo de produzir o cuidar enquanto ato de saúde” (MEHRY, 2003). Assim, a expansão das ações de prevenção e assistência às pessoas que vivem com HIV no país e numa

região como a Amazônia não surgiu mediante "uma canção de amor, que usualmente chamamos de solidariedade" (ABIA 1990), pelo contrário, elas são fruto do processo lento e penoso que trouxe à tona a "catástrofe da saúde pública neste país", luxo para alguns enquanto para a grande maioria, empobrecida e desassistida, houve sempre menos recursos para enfrentar doenças "sem importância", epidemias que atingem "grupos isolados", "epidemias tradicionais", "epidemias de pobres".

Assim, os dilemas que envolvem a epidemia e como esses se expressam no local, no cotidiano dos serviços de saúde e na vida real daqueles que convivem com o vírus ou com a síndrome requisitam ajuste no olhar de forma a dar visibilidade às múltiplas facetas que envolvem o tema, em especial na realidade do estado do Amazonas, especificamente nas cidades de Tabatinga e Benjamin Constant, questões enfrentadas nesta tese.

CAPÍTULO 2 - DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO AMAZONAS: aspectos endógenos e exógenos à construção de redes de atenção

A configuração geográfica do estado do Amazonas impõe múltiplos desafios à implementação de ações de saúde, em particular à descentralização, regionalização e conformação de redes de atenção que assegurem a equidade no acesso as ações e serviços. Nesse sentido, considera-se essencial entender a dinâmica urbana e as cidades na Amazônia, compreendendo os mecanismos pelos quais municípios como Tabatinga e Benjamin Constant, alvo deste estudo, interagem globalmente com outros territórios, em particular com Manaus, com vistas a assegurar o acesso à saúde a seus munícipes.

Segundo estudos desenvolvidos no NEPECAB, para interpretar as cidades da Amazônia é necessário considerar a natureza e seus recursos, além de analisar as articulações, a intensidade, a frequência e a velocidade dos fluxos materiais e imateriais que partem de uma logística de entrada e saída de pessoas e mercadorias dos centros urbanos (OLIVEIRA & SCHOR, 2011).

Assim, em obediência ao que regeu a Constituição de 1988, em seu artigo 25 que trata da lógica de territorialização, incorporada ao SUS²² definiu que todos os estados devem definir regiões de saúde de forma a avançar em direção à universalidade e integralidade das ações. O processo de descentralização e regionalização na saúde foi amplamente fomentado pelo governo federal que se empenhou na definição de recortes territoriais que dinamizassem os processos administrativos e, em especial a transferência de recursos para os níveis estaduais e municipais.

Esse processo, norteado por normas operacionais, transferiu para os municípios responsabilidades, atribuições e recursos financeiros para que assumissem a gestão do sistema em seu território. Este capítulo discute como os municípios do Amazonas, como unidades centrais no processo de descentralização, assumiram crescentes responsabilidades na organização dos serviços e ações de saúde em seus territórios.

²² A Constituição de 1988 definiu que aos Estados competia por meio de lei complementar instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas, microrregiões, constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum (art. 25, Constituição de 1988).

Na realidade de um estado onde, na leitura de Jose Aldemir de Oliveira (2014), as relações sociais predominantes foram sempre marcadas por interesses exógenos ao lugar e articulados a interesses endógenos pouco comprometidos com as populações locais, este capítulo analisa como se deu a descentralização e regionalização da política de saúde com ênfase nos municípios do Alto Solimões, especificamente Benjamin Constant e Tabatinga.

No Amazonas, os municípios apresentavam, à época da implementação do SUS, reduzida ou nenhuma capacidade de gestão e infraestrutura de saúde, o que sem dúvida constituiu obstáculo à descentralização, pois a suposta autonomia administrativa local se dava em conjuntura que pouco herdara de políticas anteriores e com recursos restritos. Como responsabilizar-se pela oferta de serviços e ações de saúde sem ter uma infraestrutura instalada para que se possa fazê-lo? Este tem sido o dilema que marca a implantação de ações e serviços de saúde no Amazonas.

Entende-se que as ações de saúde pública são produzidas coletivamente e, portanto, apresentam materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor em cada momento. Nesse sentido, refletir sobre o funcionamento dos serviços e sua organização a partir de uma base territorial permite sinalizar os efeitos nocivos que as desigualdades expressas na política de saúde têm sobre a vida da população, esteja ela inserida em uma cidade como Benjamin Constant ou Tabatinga ou em uma metrópole como Manaus.

Este capítulo se detém sobre tais questões, enfatizando como os processos de descentralização e regionalização da saúde ocorrem na realidade do Amazonas, problematizando as relações que se estabelecem na região de saúde do Alto Solimões, em particular nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga, espaço de reflexões deste estudo.

2.1 Tempos próprios na construção da atenção à saúde no Amazonas

A análise das cidades amazônicas, sejam elas ribeirinhas ou aquelas inseridas no meio da floresta deve considerar como ponto de partida o rico sistema natural no qual se encontram envoltas. No entanto, há de se ultrapassar o mito da natureza intocada, do mundo selvagem como incompatível com a ação humana (DIEGUES, 2002) e

concentrar esforços analíticos no que lhe crescem os homens. Ou seja, é preciso analisar a existência real dos sujeitos que vivem nas cidades amazônicas e como suas vidas são condicionadas pela inserção da região na dinâmica mundial (OLIVEIRA & SCHOR, 2008).

Assegurar visibilidade às cidades amazônicas pressupõe, necessariamente, entender que a produção destas se dá a partir de processo contraditório que envolve a destruição das formas espaciais existentes, a criação das resistências e a reconstrução de formas e conteúdos espaciais dotados de novas dimensões e significados (OLIVEIRA, 2000). Pensar a realidade do Amazonas, a especificidade da política de saúde, a partir da inserção da região em contexto externo a ela, revela que cada momento histórico traduz ações e serviços de saúde que refletem essa dinâmica e como se desenvolveu no estado de modo simultâneo ao surgimento e consolidação da rede urbana (CORRÊA, 2006).

O desenvolvimento dos núcleos urbanos na Amazônia, na leitura de Roberto Lobato Corrêa (2006), esteve inicialmente articulado aos interesses militares, civis e religiosos que grassavam a região. Com o extrativismo da borracha, porém, a rede urbana local ganha novos contornos econômicos e espaciais, inserindo definitivamente a região na divisão internacional do trabalho.

No período da borracha, foram criadas as condições que possibilitaram a internalização das atividades econômicas nos lugares mais centrais da Amazônia, por meio da introdução da navegação a vapor, em 1853, e da abertura do rio Amazonas à navegação internacional, em 1867, representando determinações exógenas. Tais determinações produziram novos espaços para atender às necessidades das relações sociais de produção que passaram a existir a partir de então (OLIVEIRA, 2014, p. 187).

Esforços foram muitos para assegurar nova configuração ao lugar e alçar a Amazônia à imagem urbana moderna e área de interesse do capital estrangeiro. Com a produção da borracha a preocupação com o saneamento, embelezamento e modernidade das cidades configuraram o tripé das propostas governamentais e os núcleos urbanos já existentes desenvolveram-se, principalmente aqueles que realizavam atividades relacionadas à borracha – sede de seringais, pontos de comércio, pontos de concentração da produção (CORRÊA, 2006, p. 207).

Em Manaus, a modernidade chegou e substituiu, na leitura de Edneia Mascarenhas Dias (1999), a madeira pelo ferro, o barro pela alvenaria, a palha pela telha, o igarapé pela avenida, a carroça pelos bondes elétricos, a iluminação a gás pela

luz elétrica. Os interesses privados que nortearam a higienização e o embelezamento da capital pressupunham a ordenação do espaço urbano, a alteração do modo de vida da população empobrecida que passa a ser deslocada para áreas afastadas do centro próspero. Tais interesses omitiam o outro lado do fausto que pressionou e excluiu a população local, afastou a pobreza e a doença, ou seja, afastou os elementos que podiam perturbar a visão harmoniosa e próspera construída pela elite local.

Entende-se que a política de saúde desenvolvida no Estado até então era precária, merecendo destaque na realidade local a criação do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural²³, em 1920; a criação do Serviço Especial Saúde Pública - SESP²⁴ (denominado Fundação Serviços de Saúde Pública - FESP, a partir de 1969), em 1942; a criação da Secretaria de Educação, Cultura e Saúde nos anos 1950 (SCHWEICKARDT, 2011).

É possível inferir a precariedade das condições de saúde da população no estado, tanto na capital quanto no interior, mediante o número reduzido de estabelecimentos de saúde especializados e a descontinuidade em ações preventivas. Manaus, aos poucos fora se transformando de pequena aldeia em grande urbe, nos moldes das cidades europeias (DIAS, 1999). Contudo, a modernidade não chegou para todos, pois aqueles que residiam (residem) afastados do centro conviviam (convivem) com enfermidades e miséria, marcados pela fome e indigência.

A expansão do extrativismo da borracha e a intensificação das relações entre os distintos núcleos urbanos existentes no estado potencializou a concentração tanto de atividades quanto de pessoas em Manaus.

Quantos partiram, quantos chegaram, quantos morreram, a crônica não registrou. Contudo, o que existe pode dar uma ideia dessa massa crítica de homens, mulheres e curumins que largaram os seus lares em busca de salvação no exílio amazônico (BENCHIMOL, 1992, p. 113).

Apesar da precariedade dos registros das doenças no Amazonas, depreende-se a partir de alguns estudos (LOUREIRO, 2008; BATISTA, 1946) que o quadro epidemiológico local foi influenciado pela própria dinâmica de construção das cidades e dos interesses dominantes na região. Subsistiu no estado duas realidades distintas, diversas e estranhas entre si: a moderna capital da borracha e cidades em condições de

²³ A partir do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural foram criados postos rurais e itinerantes nas principais calhas de rios do Amazonas

²⁴ O Serviço Especial de Saúde Pública criou uma infraestrutura de serviços de saúde e saneamento em diferentes regiões da Amazônia

miserável marginalidade urbana, com uma população relegada à fome, desnutrição, falta de habitação condigna e de mínimas condições de saúde, indicando que ao longo do tempo a Amazônia foi marcada por curtos períodos de crescimento que não alcançaram a todos e foram seguidos por longos intervalos de estagnação (BECKER, 2013).

No período áureo da borracha a rede urbana se expandiu, conforme análise de Roberto Lobato Corrêa (2006), no entanto, com a decadência do extrativismo constata-se a estagnação econômica da região, a redução da população nas pequenas cidades do estado e o recuo no crescimento da rede urbana, fazendo com que a Amazônia retornasse à condição de região-problema, nos termos de José Aldemir de Oliveira (2014). Mediante a inércia local, ao governo federal coube pensar a Amazônia e desenvolvê-la, tarefa expressa através das preocupações com o “vazio demográfico”, com a necessidade de povoar a região, de promover o cultivo racional e o intercâmbio com países vizinhos, de integrá-la ao país.

As estratégias de desenvolvimento e “ocupação” da região ganharam solidez, principalmente, a partir da década de 1960, quando, com apoio do governo federal se tem a incorporação da região ao processo de expansão capitalista do país, em particular com a criação da Zona Franca de Manaus. No entanto,

A ocupação do ‘vazio’ não significou melhoria das condições de vida das populações que já estavam na Amazônia ou dos pobres que chegam, ao contrário, muitas vezes criou formas de relação que excluía antigos modos de vida. Na maioria dos casos, não foram criadas alternativas que dessem conta de garantir as mínimas condições de vida ao grande contingente de população que migrou para a região (OLIVEIRA, 2014, p. 191).

No que se refere à política de saúde local, apesar do reforço trazido pelo SESP, as ações por longo período resguardaram o caráter episódico das campanhas realizadas sob orientação do governo federal. Na década de 1960, com a implantação da Zona Franca de Manaus, a economia local sai da quase exclusividade do extrativismo para a industrialização.

Uma grande modificação estrutural ocorreu no povoamento regional que se localizou ao longo das rodovias e não mais ao longo da rede fluvial, como no passado, e no crescimento demográfico, sobretudo urbano. Processou-se na região uma penosa mobilidade espacial, com forte migração e contínua expropriação da terra e, assim, ligada a um processo de urbanização (BECKER, 2005, p. 73).

Com a maior taxa de urbanização do país, na Amazônia, na leitura de Bertha Becker (2005), houve um processo de “urbanização da floresta”, fenômeno que se deu ao mesmo tempo em que, na década de 1960, a opção nacional pelo modelo “médico-assistencial privatista” se tornou hegemônico (FAGNANI, 2005; LUZ, 1979) e as ações de saúde pública não constituíam em si prioridade nacional. O Amazonas apresenta urbanização concentrada na cidade de Manaus, refletindo o papel do Estado na criação de um número crescente de instituições vinculadas às novas atividades implantadas no local (CORRÊA, 2006).

O crescimento das cidades refletiu na política de saúde do estado o que pode ser visualizado a partir do estudo de Maria Auxiliadora Bessa Barroso e Raul Diniz Souza Amorim (2017), sobre a realidade local da malária. Em 1960 tem-se a atuação da FESP em 24 municípios do estado desenvolvendo intervenções relacionadas ao abastecimento de água, a assistência à gestante e à criança de 0 a 4 anos e o controle das doenças transmissíveis (BARROSO & AMORIM, 2017, p. 58). Manaus, por sua vez, em 1970, apresentava rede de serviços mais extensa, com a presença de unidades especializadas. Em 1975, impulsionados pelo crescimento da demanda por serviços de saúde se organizou a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SCHWEICKARDT & MARTINS, 2017).

A realidade do Amazonas não deve ser distinta de outros estados da Amazônia, houve a ampliação da rede de serviços de saúde na capital, os demais municípios, porém, apresentavam condições de acesso aos serviços sofríveis, com a persistência de múltiplas doenças, que na realidade local correspondiam, dentre outras, a malária, leishmaniose, tuberculose e hanseníase.

A baixa capacidade política, administrativa e financeira instalada no estado, especialmente fora de Manaus, limitava ‘o grau de autonomia e inovação dos municípios e sua capacidade de articular suas demandas na gestão dos serviços de saúde’ (SCHWEICKARDT et al., 2015, p. 110).

À época da implantação do SUS, ainda inspirados pela leitura de Schweickardt et al. (2015), o Amazonas manteve as atividades de saúde predominantemente na capital e, apesar da diretriz descentralizadora, a Secretaria de Estado da Saúde permaneceu como gestora principal da saúde do estado em descompasso com a implementação do sistema. As inovações trazidas com o SUS foram lentamente incorporadas à gestão

estadual da saúde e somente em 2000 os municípios do Amazonas começam a assumir a gestão local e implantar a atenção básica.

Em 2000 a realidade nacional indicava que a participação dos municípios na produção dos serviços de atenção básica já estava quase que totalmente municipalizada; os serviços hospitalares, ao contrário, continuam sendo majoritariamente prestados por organizações privadas ou filantrópicas que, em conjunto, respondiam em 2001 por 61% dos atendimentos desse nível de atenção na rede (ARRETCHE & MARQUES, 2007, p. 183).

A complexidade da realidade da saúde no estado, porém, era outra e pode ser apreendida a partir de informações sobre o processo de habilitação dos municípios ao SUS, que no ano 2000 encontravam-se, em sua maioria, habilitados apenas na gestão da atenção básica.

[...] dos 62 (sessenta e dois) municípios do Estado, 47 (quarenta e sete) foram habilitados de acordo com a Norma Operacional Básica nº 01/96, sendo 45 (quarenta e cinco) na Condição de Gestão Plena da Atenção Básica e 2 (dois) na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. Quanto ao restante dos municípios, 8 (oito) estão aguardando a aprovação na CIT, sendo que 7 (sete) estão pleiteando a Gestão Plena da Atenção Básica e 1 (um) a Gestão Plena do Sistema Municipal. 7 (sete) municípios não estão habilitados (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2000- 2001, s/página).

Fica evidente que a dinâmica de descentralização da saúde no Amazonas foi morosa e que em 2000 ainda haviam municípios que não estavam habilitados em nenhuma modalidade de gestão, comprovando que o “SUS-Municipal” não chegou para todos e que, nos termos da NOB 96,

[...] os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado (BRASIL, 2011, p. 151).

Além disso no mesmo período, uma das diretrizes políticas demarcadas no Plano Estadual de Saúde 2000-2001 se referia à necessidade de “habilitação do Estado na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual”, o que permite inferir que a implementação do SUS tinha que acontecer simultaneamente nos mais distintos locais e regiões do Brasil, contudo, há lugares, como no Amazonas, em que este processo se deu em tempo próprio, comprovando sua heterogeneidade.

Este descompasso em relação a implementação do sistema nacional, as dificuldades com as quais os municípios se depararam, estão intimamente relacionadas à forma como o Estado brasileiro incorporou a região às suas políticas, conforme tratado anteriormente. Assim, se em outras regiões, os estados e municípios, que já apresentavam capacidade instalada, principalmente hospitalar, conseguiram se habilitar ao SUS no decorrer dos anos 1990, no Amazonas essa não foi a realidade.

Em 2003, o Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, explicitava a realidade das condições de gestão ainda vigentes no estado.

I – ESTADO

Habilitado na condição de Gestão Parcial segundo a NOB/96.

Encontra-se no Ministério da Saúde o Pleito do Estado do Amazonas para habilitação na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, segundo a NOAS-SUS 01/02.

II – MUNICÍPIOS

Municípios habilitados na Gestão Plena do sistema municipal, de acordo com a NOB/96: Benjamin Constant e Manacapuru

Municípios habilitados na Gestão Plena do sistema municipal de acordo com a NOAS/SUS 01/02: Coari, Fonte Boa, Humaitá, Maués, Parintins, Presidente Figueiredo

Municípios habilitados na Gestão Plena da atenção básica de acordo com a NOAS/SUS 01/02: Manaus, Autazes, Barcelos, Itacoatiara, São Sebastião do Uatumã, Tabatinga

Municípios habilitados na Gestão Plena da atenção básica de acordo com a NOB/96: Alvarães, Amaturá, Anamá, Anorí, Apuí, Atalaia do Norte, Barreirinha, Beruri Boa Vista do Ramos, Boca do Acre, Borba, Caapiranga, Canutama, Carauari, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Codajás, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna, Iranduba, Itamarati, Itapiranga, Japurá, Juruá, Jutai, Lábrea, Manaquirí, Manicoré, Maraã, Nhamundá, Nova Olinda do Norte, Novo Airão, Novo Aripuanã, Pauini, Rio Preto da Eva, Santa Isabel do Rio Negro, Santo Antônio do Içá, São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, Silves, Tapauá, Tefé, Tonantins, Uarini, Urucará, Urucurituba (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2003, s/página).

Além de traduzir momentos distintos vivenciados pelos municípios, note-se que a coexistência de vários níveis de gestão no estado, sem dúvida deve ter imposto certa complexidade para que o gestor estadual da saúde exercesse seu papel de coordenação do sistema.

Aqueles estados e municípios habilitados ao sistema, decerto passaram a receber transferências de recursos, de acordo com o nível de gestão e vinculados à produção, o que, por conseguinte, manteve e/ou ampliou as desigualdades na prestação dos serviços de saúde. No Amazonas, em 2003, ainda haviam 50 municípios habilitados na Gestão Plena da atenção básica de acordo com a NOB/96, ou seja, municípios que deveriam ser

responsáveis pelos procedimentos cobertos pelo Piso da Atenção Básica²⁵, além de serviços de vigilância sanitária e epidemiológica, dentre outras.

Reafirma-se o entendimento que “as cidades são criadas por processos econômicos e definidas por suas relações com outras cidades da rede de que participam” (BECKER, 2013, p. 39) e que há administrações municipais que apresentam maior densidade econômica, populacional e política o que, lhes assegura mais independência e autonomia frente aos demais níveis de governo. Na realidade do Amazonas, chama atenção que ainda em 2003, a maior parte dos municípios, ou seja, 80,65% ainda eram responsáveis apenas pelas ações de atenção básica e somente a menor parte dos municípios respondia pela gestão plena.

Para entender esse cenário é preciso considerar aspectos específicos à realidade do estado - a reduzida densidade demográfica; grande dispersão da população nos municípios; distâncias entre as cidades; baixo grau de desenvolvimento das atividades e dos serviços urbanos – que muitas vezes se perdem nos critérios homogeneizantes para repasse dos recursos aos municípios.

Chama atenção também informação contida no Relatório Anual de Gestão 2003, da Secretaria de Estado da Saúde quanto aos serviços de atenção básica implantados nos municípios do estado.

- PACS – implantado em 100% dos municípios do Estado.
- P.S.F. - implantado em 49 municípios do Estado.
- E.S.B. – implantadas em 24 municípios do Estado. (AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2003, s/página).

Destaca-se que o PACS²⁶ estaria implantado em todos os municípios amazonenses. Este programa, em funcionamento desde 1990 e regulamentado em 1997, foi entendido inicialmente como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família, sendo desenvolvido por Agentes Comunitários de Saúde sob supervisão de Enfermeiro (BRASIL, 2001). As informações trazidas no Relatório Anual de Gestão 2003, suscitam reflexões: o PACS implantado em todos os municípios do estado podem efetivamente configurar a gestão da atenção básica? Quais os limites da intervenção dos PACS? Em que medida esta estratégia contribuiu para configurar uma atenção básica

²⁵ O PAB previa, dentre outras questões, o Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

²⁶ Cada ACS deveria atender entre 400 a 750 pessoas, de acordo com a realidade local. Cada enfermeiro deveria capacitar e supervisionar até 30 ACS.

ordenadora do sistema? Esta modalidade de intervenção vigente na maioria dos municípios do Amazonas não compreenderia uma política pobre focalizada na pobreza?

Essas são questões que não poderão ser respondidas nos limites deste estudo, no entanto permitem entrever que a realidade da política de saúde desenvolvida no Amazonas, há tempos apresenta-se de forma complexa e que aqui, “O território mostra diferenças de densidades quanto às coisas, aos objetos, aos homens, ao movimento das coisas, dos homens, das informações, do dinheiro e também, quanto às ações” (SANTOS & SILVEIRA, 2001, p. 260) e, porque não dizer quanto à saúde.

Considerando a necessidade de regionalização do desenvolvimento do estado, o Amazonas definiu nos termos na Constituição Estadual,

ART. 26. Para efeito do que trata o art. 130, desta Constituição, o espaço territorial do Estado do Amazonas se integrará de nove sub-regiões, especificadas a seguir: I – 1.^a Sub-Região - Região do Alto Solimões (...); II – 2.^a Sub-Região - Região do Triângulo Jutai/Solimões/Juruá (...); III – 3.^a Sub-Região - Região do Purus (...); IV – 4.^a Sub-Região - Região do Juruá (...); V - 5.^a Sub-Região - Região do Madeira (...); VI – 6.^a Sub-Região - Região do Alto Rio Negro (...); VII - 7.^a Sub-Região - Região do Rio Negro/(...); VIII – 8.^a Sub-Região - Região do Médio Amazonas (...); IX – 9.^a Sub-Região - Região do Baixo Amazonas (...) (AMAZONAS, 1989, p. 165).

A divisão territorial preconizada na legislação estadual se refere à divisão político-administrativa e considerou “estudos relativos aos fluxos interregionais para identificação dos centros polarizadores a que se vinculam” (AMAZONAS, 1989, p. 165). Contudo, observa-se que na política de saúde, a partir do processo de regionalização preconizado na NOAS 01/2002²⁷, propõe-se uma organização territorial nos termos do Plano Diretor de Regionalização do estado do Amazonas, de 2003, o qual preconizou a necessidade de

[...] definição de rede de serviço hierarquizados, além do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referências e contra referência intermunicipais que possibilitem garantir a integralidade da assistência e o acesso universal da população aos serviços de saúde, de modo a atender as suas necessidades com eficiência e racionalidade, o mais próximo do local de residência do cidadão, diminuindo dessa forma, a demanda referenciada para Manaus (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização, 2003, p. 29).

²⁷ Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002, instituída pela Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002.

A regionalização proposta considerou a definição de micro e macrorregiões a partir das quais se construiu o desenho inicial da regionalização da saúde no estado. Chama atenção a existência de somente uma macrorregião definida para o estado, vinculada à capital, Manaus, único município com capacidade instalada para realizar procedimentos da Média e Alta Complexidade em saúde, além de

[...] 10 Regiões de saúde: Alto Solimões; Triângulo- Jutaí/Solimões/Juruá; Baixo Amazonas; Médio Amazonas; Purus, Juruá; Madeira; Alto Rio Negro; Rio Negro e Solimões; Centro Regional; e
19 Microrregiões com 19 municípios pólo: Tabatinga; São Paulo de Olivença; Fonte Boa; Tefé; Parintins; Maués; Itacoatiara; Boca do Acre; Lábrea; Eirunepé; Humaitá; Manicoré; São Gabriel da Cachoeira; Barcelos; Manacapuru; Careiro; Autazes; Coari e Manaus (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização 2003, p. 57).

Note-se que o desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização, em 2003, adotou como ponto de partida a divisão territorial preconizada na constituição do estado, porém avançou no sentido de adequar essa divisão à dinâmica da política de saúde e às experiências intersetoriais da gestão estadual. Para tanto se realizou

[...] um estudo detalhado da malha fluvial, acessibilidade e cultura de deslocamento, situação de meio de comunicação, abastecimento de energia elétrica, bens e serviços essenciais existentes, importância estratégica do município em relação aos demais na mesorregião considerando outros fatores como a grande heterogeneidade dos municípios, no que se refere ao perfil epidemiológico, condições sanitárias, capacidade instalada com base na rede cadastrada nos sistemas de informação SIA/SIH/SUS e nas características geográficas e ambientais do espaço territorial (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização, 2003, p. 29).

Na ocasião da construção do Plano Diretor de Regionalização, em 2003, o estado apresentava rede municipal dispersa e municípios, excetuando a capital, com baixa população e pouca dinamicidade.

Tabela 1- Distribuição da População por Tamanho dos Municípios - Amazonas, 2000 e 2010

Classes de tamanho da população dos municípios	Nº de Municípios Censo 2000	%	Nº de Municípios Censo 2010	%
Até 10.000	9	15%	6	10%
De 10.001 a 20.000	25	40%	25	40%
De 20.001 a 50.000	22	35%	23	37%
De 50.001 a 100.000	5	8%	6	10%
De 100.001 a 1.000.000	0	0%	1	2%
Mais de 1.000.000	1	2%	1	2%
Total geral	62	100%	62	100%

Fonte: IBGE, Censo 2000 e 2010.

Fica evidente que entre o Censo de 2000 e 2010, no que concerne ao porte dos municípios, houve poucas mudanças e a realidade do estado continua composta por um município, a capital, com mais de 1 milhão de habitantes, chegando em 2010 com uma população de 1.802.014 habitantes; por um município com mais de 100 mil habitantes, Parintins e os demais municípios majoritariamente compostos por população de até 50 mil habitantes. Estes municípios com população de até 50 mil habitantes correspondiam a 90% dos municípios do estado no censo de 2000 e 87% municípios no censo de 2010, caracterizando uma realidade estadual de municípios nos quais “poucos ou infreqüentes serviços atendem uma população pobre, situada até a centenas de quilômetros de distância” (BECKER, 2013, p. 46).

Estes dados quando confrontados com a informação de que, em 2013 o Produto Interno Bruto do Amazonas foi de R\$ 83.293.127, sendo que 82,3% desse valor estava concentrado na Região Metropolitana de Manaus e apenas, aproximadamente, 18% desse valor correspondia aos demais municípios do estado (AMAZONAS, 2013), evidenciam que as desigualdades se manifestam não apenas entre regiões, mas inclusive entre os municípios do estado e que tais “disparidades geográficas em termo de riqueza e de poder aumentam, dando à cidade o perfil de universo metropolitano de crônico desenvolvimento geográfico desigual” (HARVEY, 2006, p. 201).

Considerando-se que os serviços de saúde estão concentrados principalmente nas sedes municipais, entende-se que estas cidades apesar de apresentarem especificidades de acordo com sua localização, à margem dos rios ou à margem das estradas, configuram-se, em geral, como pequenos núcleos com infraestrutura incipiente e quase sempre com pouquíssimas ou nenhuma atividade econômica. Mesmo assim, de acordo com José Aldemir de Oliveira (2006), é possível identificar o “revigoramento de alguns núcleos existentes” e, principalmente são as cidades que asseguram o “suporte de serviços à população, visto que, embora as condições gerais de infraestrutura de serviços na Amazônia sejam precárias, a pouca existente ainda está concentrada nas cidades” (OLIVEIRA, 2006, p. 28).

No estado do Amazonas, a responsabilidade dos municípios de prover a assistência à saúde de seus cidadãos, em especial os serviços de atenção básica, exigia investimentos na ampliação e até mesmo construção de infraestrutura para atender a população, pois a herança de intervenções anteriores era, muitas vezes, inexistente. O

Plano Diretor de Regionalização propôs divisão territorial da saúde, intrincada, baseada em regiões, microrregiões e macrorregião. A definição das dezenove (19) microrregiões considerou:

[...] ter um município com capacidade instalada para realizar serviços de maior complexidade que o módulo assistencial, dispondo de infraestrutura mínima para realizar; Estar composta por municípios de fácil acessibilidade para o município Pólo; Parâmetro geográfico: calha de rio e divisão territorial; Observar a cultura de deslocamento bem como a distância e tempo de deslocamento para o Pólo, considerando os meios de transporte intermunicipais disponíveis – tipo e frequência; Importância estratégica do município; Meios de comunicação; Acesso a bens e serviços essenciais (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização, 2003, p. 29).

Cada microrregião tinha em sua estrutura, municípios que compunham módulos assistenciais. Para cada nível territorial estavam previstas responsabilidades pela prestação de inúmeros serviços. A região de saúde do Alto Solimões, área de interesse do estudo, na ocasião do PDR era composta por sete municípios (Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Tabatinga, Amaturá, Santo Antônio do Içá, Tonantins, São Paulo de Olivença), pois os municípios de Fonte Boa e Jutai, que hoje integram a região, estavam vinculados, naquela ocasião, à região de saúde do Triângulo/Jutai/Solimões/Juruá.

Ainda analisando o PDR 2003, constata-se que a região de saúde do Alto Solimões possuía duas microrregiões e dois municípios polos, Tabatinga e São Paulo de Olivença. Estes municípios, conforme preconiza o documento, deveriam ser responsáveis por serviços de

a) Assistência Ambulatorial: Implemento nos Municípios Pólos, com oferta de assistência ambulatorial nas seguintes especialidades: Urgência e Emergência, Cardiologia, Ortopedia, Oftalmologia, Cirurgia Geral, e Psiquiatria; Serviços laboratoriais; Radiologia simples; Ultrassonografia; Centro de odontologia referenciada; Fisioterapia motora e respiratória; Hemoterapia; Ações de Vigilância Sanitária de média complexidade; Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental; Gestação de alto risco; Assistência à saúde mental – CAPS.

b) Assistência Hospitalar: Atendimento hospitalar nas especialidades: cirurgia geral, ortopedia, cardiologia, oftalmologia (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização, 2003, p. 29).

A análise das responsabilidades dos municípios se dá em cenário onde o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2023, de 2004, havia definido uma única

modalidade de habilitação de municípios, a Gestão Plena de Sistema Municipal. Nesse sentido os municípios não poderiam mais se eximir da prestação de serviços de saúde à sua população, pois cessara qualquer outra modalidade de habilitação anterior e se supunha

[...] que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, conforme o Anexo desta Portaria, sem prejuízo das competências definidas na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, Portaria nº 2023, de setembro de 2004, Art. 1).

Note-se que no mesmo período o Relatório Anual de Gestão 2004, da Secretaria de Estado de Saúde traduz a realidade da atenção básica do Amazonas.

Mesmo com a implementação da estratégia do Programa de Saúde da Família, implantado em 2004 em 71% dos municípios do Amazonas, ainda encontramos sérios problemas de qualidade na atenção básica ou primária, pois muitos municípios (...) gastam recursos significativos com serviços assistenciais de baixo poder resolutivo, que encarecem o sistema e não atendem às necessidades reais de saúde da população.

O Estado permanece ainda executando algumas ações de atenção básica em unidades próprias, (...), sem receber para tanto, algum tipo de financiamento por outras esferas, causando uma distorção do papel do gestor na área assistencial, gerando ônus com serviços que não fazem parte de sua responsabilidade de gestão, bem como dificultando o processo de organização e hierarquização da rede assistencial no município de Manaus.

Em relação a atenção básica, nota-se que a maioria dos municípios amazonenses, apesar do aporte de recursos transferidos pela União, não tem conseguido atingir resultados expressivos nos indicadores de saúde, inclusive nos que adotaram a estratégia Saúde da Família (AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão 2004, páginas 8, 9 e 11).

As informações permitem inferir que a adesão dos municípios do estado ao SUS se materializou na expansão da Estratégia Saúde da Família como atenção básica. Esta estratégia de acesso à saúde visa a “reversão do modelo assistencial vigente”, tomando como objeto de atenção a família, no local onde vive e a partir de suas relações intra e extrafamiliares. Para tanto, essa modalidade de atendimento devia tomar como pressuposto a concepção ampliada do processo saúde-doença e adotar também ações de vigilância e de promoção à saúde, conforme preconizado pelo ministério da Saúde (BRASIL, 1997). Dentre as dificuldades do Amazonas em implantar tais serviços estava a questão dos recursos humanos, pois as equipes deveriam ser “compostas, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes

Comunitários de Saúde (ACS)” (BRASIL, 1997, p. 13), profissionais que nem sempre estavam disponíveis nos municípios.

Os municípios enfrentavam (e ainda enfrentam) muita dificuldade em conseguir profissionais de saúde dispostos a se fixar em regiões distantes, como a em estudo e com infraestrutura precária, como evidencia documento oficial.

[...] dificuldades como a fixação de profissionais de saúde no interior, recursos financeiros insuficientes, preocupações quanto ao cumprimento de normas emanadas das esferas superiores, com reduzido espaço de iniciativa local, entre outros fatores limitam a atuação dos gestores municipais, contribuindo para o quadro atual (AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2004, p. 11).

A falta de infraestrutura e equipamentos urbanos nas cidades revela relação desigual que confinou inúmeros municípios do Amazonas à realidade de precária infraestrutura de serviços urbanos de saúde, educação, segurança pública e, onde inexistem alternativas produtivas capazes de dinamizar a economia local e que se traduzam em melhores condições de vida para a população.

No que concerne aos avanços na implementação do SUS, à construção de rede de saúde resolutiva capaz de assegurar atenção integral à população, identifica-se, a partir do Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2004-2005, que o processo de regionalização no estado foi estruturado “com base na cultura de deslocamento da população”. O documento em questão, naquela ocasião já destacava que “A referência para a assistência dos níveis secundário e terciário é o ponto estrangulamento” do processo de regionalização, pois a concentração de recursos de alta densidade tecnológica na macrorregião, Manaus, associada à reduzida disponibilidade de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico nos municípios comprometia a integralidade do cuidado em saúde.

Em 2004, o Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, evidenciou o quão pouco se havia avançado em relação à proposta de regionalização e estruturação da saúde nos municípios de modo a manter nesses territórios prestação de serviços ambulatoriais, de urgência e emergência e ainda alguns atendimentos especializados.

Mesmo com a definição do desenho da regionalização, e com os esforços de investimentos tanto por parte do estado quanto dos municípios, pouco se conseguiu implementar em relação às ações capazes de permitir aos municípios pólos os atendimentos de média complexidade com suficiência para a população própria, sem falar da referenciada.

Desse elenco de especialidades os municípios de (...) São Paulo de Olivença (...) não apresentaram produção ambulatorial nem consulta especializada, enquanto os municípios de Tabatinga (...) apresentaram consultas em cardiologia, cirurgia geral e ortopedia. (...). Na especialidade psiquiatria, nenhum apresentou consulta.

A assistência aos cidadãos da integralidade da atenção na média complexidade (m2) nos municípios pólos, onde deveriam estar ofertando para a sua população e a referenciada por outros municípios o elenco desses procedimentos em relação as atividades ambulatoriais, de internação hospitalar e de apoio diagnóstico e terapia não foi implementada em 2004 na sua totalidade (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão 2004, p. 11, 30, 40).

As dificuldades sinalizadas pelo órgão gestor em relação aos incipientes avanços registrados no processo de regionalização abrangem a escassez de recursos humanos qualificados, passa pela dificuldade de entendimento dos gestores municipais quanto a complexidade que envolve a alocação dos recursos na área, até a inexistência histórica de experiências de gestão compartilhada no estado.

Fica evidente que a simples delimitação de regiões de saúde, microrregiões, macrorregiões não foi suficiente para imprimir uma regionalização efetiva na política de saúde estadual e que, apesar de existir documento formal que norteia o processo de regionalização, no Amazonas, a rede de serviços de saúde era insuficiente, desarticulada e sua expansão ocorreu de forma “errante”, nos termos de Ademar Arthur Chioro dos Reis et al (2017). O autor reflete sobre os entraves, não especificamente sobre o Amazonas, mas no geral, para instituir processo de regionalização viva na saúde, sinalizando para os riscos de, muitas vezes, expandir ou não determinado serviço sem o trabalho anterior de planejamento e pactuação regional necessários à sustentabilidade do sistema e de utilização dos espaços de discussão e pactuação como a Comissão Intergestores Regional de forma protocolar, sem a imprescindível articulação e integração de todos os entes envolvidos.

A falta de serviços de saúde de média e alta complexidade nas microrregiões de saúde do Amazonas há muito pressiona o gestor estadual com demanda pela realização de interconsultas e procedimentos em Manaus, único centro macrorregional do estado. Em 2005, segundo informação que consta no Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde, quanto à regionalização da saúde no Amazonas, esta “permanece até o momento pouco viável no estado, que não conta com nenhuma microrregião qualificada pelo Ministério da Saúde” (AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2005, p. 9).

Naquela ocasião foram indicadas medidas adotadas pela gestão estadual com vistas a responder à necessidade de construir um processo de regionalização mais adequado à realidade local. Dentre estas pontuamos,

[...] investimentos de obras e equipamentos na rede tanto na capital como no interior; realização de concurso público; assessoramento técnico, capacitações, oficinas de trabalho, que objetivam fortalecer a capacidade técnico/gerencial das secretarias municipais; Elaboração de Projeto para implantação do Sistema de Regulação de Serviços Assistenciais do SUS no Amazonas; Apoio aos municípios em GPSM, mantendo o custeio das unidades públicas que realizam a assistência especializada e internação hospitalar; Definição na PPI do valor da contrapartida estadual para financiamento do Tratamento Fora do Domicílio – TFD intermunicipal (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2005, p. 10).

Note-se que ao mesmo tempo em que se reconhece as limitações do processo de regionalização no estado, o Relatório Anual de Gestão 2005, indica uma alteração no desenho regional realizada “em oficina para avaliação da Programação Pactuada e Integrada - PPI de 2004”. Na ocasião, “por solicitação dos gestores municipais, retornou-se à configuração pactuada em 2002”, sendo definido no Amazonas um desenho com 01 macrorregião, Manaus, 09 regiões de saúde e 15 microrregiões. Considerando a área de interesse do estudo, no novo desenho, São Paulo de Olivença é substituído por Santo Antônio do Içá como município polo.

Destaca-se que o Relatório Anual de Gestão 2005 registra que o estado ainda não tinha conseguido se adequar à Portaria nº 2.023/04 - MS/GM de 23 de setembro de 2004 e ainda apresentava municípios que ofereciam ações e serviços mínimos de atenção básica permitindo entrever que as dificuldades vivenciadas pelos municípios do Amazonas para cumprir as determinações da NOAS 01/2002 eram inúmeras e envolviam desde a impossibilidade de “estruturarem serviços de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria”, até a “carência de profissionais qualificados no quadro das Secretarias Municipais de Saúde”. Havia a necessidade da gestão estadual da saúde assegurar apoio efetivo aos municípios, pois a construção do SUS, sua legitimidade, estava diretamente relacionada “à capacidade de fazer junto, de criar espaços permanentes de diálogo, com criatividade e autonomia dos envolvidos” (REIS, 2017, p. 1050). Em realidade como a do Amazonas com municípios com baixa capacidade de investimento é certo que estes só conseguirão avançar na perspectiva da universalidade, equidade e integralidade através do processo de regionalização, ou seja, juntos.

É inegável que o processo de descentralização e regionalização é ambicioso e complexo por envolver a construção de novos arranjos institucionais que considerem as distintas capacidades de cada ente federativo. No Amazonas, a proposta de regionalização da saúde deve ultrapassar o requisito formal preconizado pelo Ministério da Saúde e avançar no estabelecimento de relações de cooperação entre os municípios entre si. Essa é uma dificuldade registrada em documentos oficiais como no Relatório Anual de Gestão 2005.

Fica evidente que na implantação do SUS vários arranjos espaciais foram utilizados, os quais podem ser entendidos a partir da leitura de Milton Santos para quem “O mundo encontra-se organizado em subespaços articulados dentro de uma lógica global” (SANTOS, 1988). Assim, uma cidade pode manter contato e relações com cidades vizinhas ou ainda com cidades aparentemente muito distantes. Essa é uma dinâmica que também pode ser observada na política de saúde, onde cidadãos podem acessar serviços não somente em seu município de residência, mas em outros municípios da região de saúde, do próprio estado ou ainda de outros estados.

Considerando a realidade local e as informações registradas no Plano Estadual de Saúde 2006-2007, constata-se que até 2005, o Amazonas apresentava 25 municípios certificados na Gestão da Vigilância em Saúde, indicando que as dificuldades de descentralizar essa atividade também foram muitas. Com a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que abrange as diferentes dimensões do Pacto pela Saúde, o governo federal reforçou a necessidade de que estados e municípios reorganizassem não somente os fixos de atenção à saúde, mas também os fluxos a serem pactuados pelos gestores da saúde de forma a assegurar a universalidade e integralidade do cuidado a todos os cidadãos.

No Pacto pela Saúde 2006, a regionalização é o eixo estruturante de uma de suas três dimensões – o Pacto de Gestão do SUS – devendo, portanto, orientar o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde, nas quais as ações e serviços devem ser organizados de forma a garantir o direito da população à saúde e a potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2001, p 14).

Entre avanços e recuos e impulsionados pela clareza de que cabe à gestão estadual encaminhar o processo de regionalização em seu território, em 2006, o Plano Estadual de Saúde apresenta novo desenho regional para a saúde do Amazonas com

[...] a atualização do desenho de 09 para 10 Regiões de Saúde intraestadual e de 15 para 16 microrregiões, mantendo 1 Centro Macrorregional (Manaus), adequando o PDR/PDI para criação de 5 Macrorregiões de Saúde, a serem implantadas de forma gradativa, em conjunto com os municípios, instituindo os respectivos Colegiados de Gestão (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2006-2007, p. 89).

Chama atenção que as informações que constam no Plano divergem com as informações do Relatório Anual de Gestão 2006, no qual se constatou que

O desenho regional vigente possui as seguintes características: 01 Macrorregião: Centro Macrorregional Manaus; 09 Regiões: Alto Solimões; Triângulo: Jutai/ Solimões/ Juruá; Rio Negro/ Solimões; Centro Regional; Baixo Amazonas; Médio Amazonas; Purus; Madeira; Juruá; 15 Microrregiões (Pólos): Tabatinga; Santo Antônio do Içá; Fonte Boa; Tefé; Coari; Manacapuru; Manaus; Parintins; Maués; Itacoatiara; Boca do Acre; Lábrea; Humaitá; Manicoré; Eirunepé (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão, 2006, p. 40).

Entende-se que as cinco macrorregiões mencionadas no Plano, as quais seriam implantadas gradativamente, estão relacionadas às cinco macrorregiões previstas no Complexo Regulador do Estado do Amazonas que naquele período estava em discussão.

[...] propõe a configuração de Cinco Macrorregiões, (Macrorregional Manaus com 17 municípios e previsão de implantação até junho/2007, macrorregional Tabatinga – 07 municípios, com implantação até dezembro de 2007; macrorregional Itacoatiara – 15 municípios, com implantação até dezembro de 2007, macrorregional Manacapuru – 11 municípios, com implantação até junho de 2008, macrorregional Tefé 12 municípios, implantação até junho de 2008). (...) O projeto contém na estimativa de custos um investimento de R\$ 5.497.291,00 e de custeio na ordem de R\$ 16.652.489,23 (AMAZONAS, Resumo Executivo. Reunião CIB/AM N° 169ª, 2006).

É questionável que, naquela ocasião, os 62 municípios do estado sejam considerados como municípios polo (AMAZONAS, 2006, p. 40), pois como homogeneizar realidades tão distintas e em quadro onde se reconhece inúmeras dificuldades enfrentadas para que o Amazonas conseguisse implementar as ações do Pacto pela Saúde? Como os municípios poderiam ser considerados polo e ao mesmo tempo reconhecer as fragilidades existentes nestes territórios para expandir o primeiro nível de atenção? As questões demonstram as dificuldades para a implantação da regionalização e são apontadas em documentos oficiais.

Algumas dificuldades para implementar o aumento de equipes são operacionais do âmbito municipal, haja vista a escassez de recursos humanos disponíveis associado a precariedade do vínculo, a dificuldade de garantia de equiparação salarial por municípios de menor arrecadação, (...), tem contribuído para o tímido processo de expansão (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão, 2006, p. 41).

A situação da saúde no Amazonas apresenta tantas particularidades que ainda em 2005, a CIB/AM, considerando a necessidade assegurar a integralidade do acesso à saúde, aprova em resoluções - Resolução CIB/AM N° 38, de 25 de julho de 2005 e Resolução CIB/AM N° 054, de 26 de outubro de 2005 - a utilização de recursos para mutirões de cirurgias eletivas, dentre outros.

3) Reserva Técnica sob Gestão Estadual para realização de Mutirão de Cirurgias Reparadoras em Manaus ----- R\$ 200.000,00; 4) Reserva Técnica sob Gestão Estadual para realização de Mutirão de Cirurgias eletivas de média complexidade no Estado, com a obrigatoriedade de destinação de 50% deste valor para as equipes volantes do interior, cujo valor resultante será dividido de forma igualitária aos 14 Pólos do Interior do Estado ----- R\$ 1.138.492,70; 5) Reserva Técnica sob Gestão Estadual para realização de exames não realizados pela rede de serviços, segundo a Tabela do SUS em Manaus ----- R\$ 500.000,00; 6) Reserva Técnica sob Gestão Estadual para reforço dos casos de Tratamento Fora de Domicílio – TFD Estadual ----- R\$ 400.000,00; 7) Reserva Técnica sob Gestão Estadual para a realização de Cirurgias Cardíacas em Adultos em Manaus ----- R\$ 1.000.000,00 (AMAZONAS. Resolução CIB/AM N° 054, de 26 de outubro de 2005).

Mediante as desigualdades no acesso à saúde e a não implantação de serviços de média e alta complexidade em outros municípios do estado, a utilização do recurso dos mutirões tornou-se prática corrente na realidade do Amazonas. Veja-se relato registrado em reunião da CIB/AM de 2003.

[...] informou também que o município de Tefé recebeu a visita da equipe do mutirão de cirurgias da SUSAM que realizou cerca de quarenta cirurgias, assim como endoscopias, apesar de entre os pacientes catalogados não haverem sido contemplados muitos atendidos pelos médicos que atendem na ponta, cujas cirurgias estão sendo proteladas há algum tempo. Disse que esse questionamento foi levantado pelos profissionais que atuam na Atenção Básica, porque esse mutirão ocorreu à revelia do município. Registrou que a Secretaria Municipal de Saúde e a Prefeitura Municipal não receberam nenhuma comunicação oficial, sendo que as providências para essa visita foram tratadas somente entre a Direção da Unidade e o Estado (AMAZONAS. Resumo Executivo, 161ª reunião da CIB/AM, N° 115ª ordinária, realizada em 27 de março de 2003).

As informações permitem entrever que a prática dos mutirões apresenta inúmeros vieses e que, devido a demora para que tais procedimentos cheguem aos

municípios ou mesmo para que os pacientes que demandam tais atendimentos sejam devidamente encaminhados para a Macrorregional Manaus, muitos desistem ou não são mais encontrados nos endereços outrora fornecidos aos profissionais de saúde, o que permite entender a dificuldade que o estado enfrentou na definição formal de fluxos de referência, conforme amplamente registrado nos Planos Estaduais de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão.

Chama atenção também as divergências entre membros da CIB/AM quanto a realização de tais mutirões, seu cronograma de realização e recursos envolvidos.

[...] o município (...) enviou em 31.07.06 o projeto para a realização de cirurgias eletivas e, apesar de haver prazo estipulado para a apresentação na CIB de até 30 dias, foram decorridos 60 dias sem que o assunto esteja em pauta. Solicitou informações sobre esse assunto e providência da CIB/AM. (AMAZONAS. Resumo Executivo, 166ª reunião da CIB/AM (120ª ordinária), realizada em 28 de agosto de 2006).

Fica evidente que a condução da política de saúde no estado configura campo eivado de relações de poder e disputas entre múltiplos interesses, como evidencia fala de membro da CIB ao informar que a análise de determinado processo pela Comissão, “não contemplava sua solicitação, tendo em vista que na sua opinião o Estado precisava apresentar a parte destinada ao interior, a cota para cada município” (AMAZONAS. Resumo Executivo, 166ª reunião da CIB/AM, 120ª ordinária, realizada em 28 de agosto de 2006). Este posicionamento sinaliza que os gestores da política de saúde, seu fortalecimento é condição precípua para a condução desta de forma transparente e equânime.

É necessário interrogar se as práticas vigentes na saúde do estado, naquela ocasião, se coadunavam com a perspectiva de construção do novo modelo de atenção à saúde proposto pelo Ministério da Saúde. Em que medida, tais práticas estavam contribuindo para uma efetiva descentralização e regionalização na saúde do Amazonas? A força da autoridade da gestão estadual da saúde favorecia a consulta, o diálogo com os municípios?

Nesse sentido, reflete-se que os gestores da saúde, membros dos múltiplos espaços de negociação - Conselhos, CIR, CIB, CIT - têm papel estratégico na condução de seus rumos. A postura adotada pelos gestores dos distintos níveis de gestão não deve ser de subserviência ou vassalar frente aos interesses político-partidários que inegavelmente grassam as políticas setoriais brasileiras. A cena política da saúde é permeada de conflitos e contradições e os processos de descentralização e

regionalização retratam fielmente essa dinâmica, pois os sujeitos que integram esses lugares, sejam gestores, profissionais, sociedade civil, podem atuar, nas palavras de Madel Luz (2000, p. 306), “como correias de transmissão”, ora “levando para dentro” ora “trazendo para fora do Estado” e os municípios podem exercer uma força de “baixo para cima” de forma a assegurar uma descentralização, que no Amazonas assume, prioritariamente, o caráter de desconcentração de serviços, e regionalização mais adequada à realidade local instituindo um fluxo ascendente no planejamento regional.

Em 2006, por ocasião do IV Congresso das Secretarias Municipais de Saúde da região Norte, realizado em Manaus, é construída a Carta de Manaus, documento no qual os gestores reiteram todas as dificuldades enfrentadas para a gestão do SUS na região e requerem a adoção do “fator amazônico” como parâmetro adicional para o financiamento da saúde dos amazônidas. Segundo Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (2008), o atendimento a esta demanda, apesar de remontar à década de 1990 e ter sido debatida amplamente em Conferências Nacionais de Saúde pouco avançou. Esta consistia na

[...] elevação dos tetos financeiros e dos padrões assistenciais da região da Amazônia Legal para próximo daquele encontrado nas regiões e nos pólos mais dinâmicos da economia brasileira, especialmente, no que se refere aos recursos aplicados na atenção especializada (OLIVEIRA, 2008, p. 125).

No Relatório Anual de Gestão de 2007, da Secretaria de Estado da Saúde, é possível constatar o movimento de discussão e negociação entre estado e municípios com vistas a adequação do Amazonas em relação as propostas do Pacto pela Saúde, de 2006. Estão registradas no documento a realização de Oficinas, Cursos, criação de Câmaras Técnicas, discussões no Conselho Estadual e na CIB. Dentre as dificuldades para que o estado implementasse o Pacto Pela Saúde estão registradas,

[...] insuficiência de serviços de média/alta complexidade; Carência de RH, problemas de fixação de profissionais especialmente no interior do estado e respectiva qualificação; Inexistência de Sistema Formal de Referência; Estrutura de financiamento inadequada (grandes áreas e grandes distâncias); O grande volume de TFD com significativo custos aos gestores; Ausência da prática de monitoramento e avaliação; Sérios problemas de saneamento que interferem na saúde da população; Centralização de tecnologia na capital; Regiões de fronteiras; Enormes extensões territoriais com baixa densidade demográfica; Dificuldade no estabelecimento de regiões de saúde (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão, 2007, p. 19-20).

Em face a tantas dificuldades elencadas no documento oficial, como estaria o processo de regionalização no estado? Em outubro de 2008, a CIT aprovou o Termo de Compromisso de Gestão Estadual-TCGE/AM, com o status do estado em relação ao Pacto pela Saúde, naquela ocasião.

Tabela 2- Eixos do Pacto pela Saúde no Amazonas, 2008

Eixos/ responsabilidades	Realiza	%	Não realiza	%	Total
Eixo 1: Responsabilidades Gerais	10	44	15	56	25
Eixo 2: Regionalização	2	28,57	5	71,43	7
Eixo 3: Planejamento e Programação	4	50	4	50	8
Eixo 4: Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	16	45,71	19	54,29	35
Eixo 5: Gestão do Trabalho	2	33,33	4	66,67	6
Eixo 6: Educação na Saúde	1	14,29	6	85,71	7
Eixo 7: Controle Social	6	75	2	25	8
TOTAL	41	43,75	55	56,25	96

Fonte: Relatório Anual de Gestão. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, 2008.

Conforme a tabela, o eixo 2 se refere à regionalização e pode-se constatar que 71,43% das ações que envolviam este eixo não haviam sido realizadas por ocasião da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Estadual. Nesse cenário algumas pactuações são definidas pela gestão estadual e municípios.

Manaus passa a ter Comando Único da rede assistencial própria que presta serviços especializados, deixando, portanto, a condição de prestador desses serviços para o Estado. (...). Quanto aos demais municípios do interior, não houve formalização de adesão ao Pacto em 2008, permanecendo a situação de 10 municípios habilitados em Gestão Plena pela NOB ou NOAS/SUS (Benjamin Constant, Coari, Fonte Boa, Humaitá, Itacoatiara, Manacapuru, Maués, Parintins, Presidente Figueiredo, Tefé) e os 51 restantes respondendo apenas pela Gestão da Atenção Primária a Saúde, e o Estado como gestor dos serviços de Média e Alta Complexidade. (...). Até dezembro de 2008, 27 municípios estavam certificados, (...) nas Ações de Vigilância em Saúde (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão, 2008, p. 26-27).

Note-se que, mesmo com a assinatura do Termo de Compromisso, não há modificação substantiva na descentralização e regionalização dos serviços, pois persiste o quadro majoritário de municípios responsáveis apenas pela gestão da atenção básica e o Estado como gestor da média e alta complexidade, evidenciando que somente quando nos debruçamos sobre a “essência dos processos é que notamos que a reprodução não é o novo totalmente, ela o contém mantendo algo de velho” (ORTIGOZA, 2001).

Considerando o Pacto pela Vida, o estado pactuou ações prioritárias a serem desenvolvidas a partir de então, dentre as quais pontua-se:

III - redução da mortalidade infantil e materna;
IV- fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids;
V - promoção da saúde;
VI - fortalecimento da atenção básica (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2008, p. 28).

Definiu também, a partir do perfil epidemiológico do estado, intervenções prioritárias que exigiriam plena articulação entre Vigilância em Saúde e Atenção básica.

I – Expandir a certificação dos municípios nas ações de Vigilância à Saúde;
III – Reduzir o coeficiente anual de incidência de Tuberculose Pulmonar em bacilíferos por 100.000 habitantes;
VI – Reduzir a taxa de incidência de DST/AIDS; (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2008, p. 28).

Entende-se que essas prioridades se relacionam com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, definidos em 2000 pela ONU e que o estudo de Danielle Celentano e Adalberto Veríssimo (2007) deixou evidente que no Amazonas, em 2000, os dados de mortalidade infantil de crianças até 5 anos de vida foram de 51 óbitos para cada mil nascidos vivos. Em 2004, segundo o mesmo estudo: os óbitos maternos chegaram a 69 por 100 mil habitantes; a taxa de incidência de Aids no estado era de 15,4 casos para cada 100 mil habitantes; os óbitos por malária no estado eram superiores a 20 para cada 100 mil habitantes; a taxa de incidência de tuberculose alcançou o patamar de 72 casos para cada 100 mil habitantes. Diante desse quadro, priorizar essas intervenções era condição precípua para a política de saúde estadual.

Em 2009, é aprovado outro desenho regional para a saúde do Amazonas. Naquela ocasião, a Secretaria de Estado da Saúde destaca algumas características que demarcam a realidade dos municípios de pequeno porte no estado e eram condicionantes para o quadro de regionalização da saúde.

[...] 64% dos municípios possuem população rural maior que urbana, geralmente de difícil acesso, com custo elevado de cobertura de saúde para essa população; Grandes distâncias com zona rural dispersa nas margens dos rios e baixa densidade demográfica; A grande maioria dos municípios possui baixo poder econômico, com forte dependência dos repasses federais para as ações sociais, de modo que há alta concentração da renda do Estado na capital; Alta rotatividade de profissionais; Presença de grupos indígenas na composição da população residente que demandam serviços de saúde específicos (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2010-2011, p. 24).

A fixação de profissionais nas áreas delimitadas constitui elemento-chave para implantação e funcionamento das ações e serviços de saúde e a acessibilidade aos serviços de saúde possui estreita relação com a possibilidade de deslocamento da população, que no Amazonas, se dá predominantemente por via fluvial uma vez que o valor do transporte aéreo no estado inviabiliza sua utilização pela maioria e o transporte rodoviário esbarra na precariedade das estradas e rodovias. Contudo, algumas informações elencadas como desafios ao processo de descentralização e regionalização da saúde no Amazonas assemelham-se à realidade das intervenções de combate à malária no estado retratadas no estudo de Barroso & Amorim (2017).

[...] apenas nas sedes municipais há aglomerados populacionais importantes; o restante da população encontra-se no interior dos afluentes e trechos do Rio Negro, (...). Quanto aos recursos econômicos, baseia-se exclusivamente no extrativismo vegetal. (...) Pesca de subsistência. (...) O pessoal, sem *know how*, ia encontrando obstáculos e os vencendo oportunamente: secas nos pequenos afluentes, trechos encachoeirados e itinerários muito longos; tipos inadequados de embarcação. (...) predomina o tipo rancheiro (estiva). Em menor, escala existe o comércio misto, onde são vendidos inclusive medicamentos (BARROSO & AMORIM, 2017, p. 211-228).

Os dados do estudo de Barroso & Amorim retratam a realidade da década de 1960 e que desde a década de 1940, quando da presença do Serviço Especial de Saúde Pública na região, já havia preocupações relacionadas ao “saneamento da Amazônia” e à assistência médico-sanitária. Já em 1940, no Discurso do Rio Amazonas, proferido por Getúlio Vargas no Teatro Amazonas, ficou evidenciado o problema nacional que a região representava e quão importante era retirá-la da condição de atraso em prol do “todo nacional”.

Das políticas desenvolvimentistas subsidiadas pelo Acordo de Washington e sob as quais a região se desenvolveria a longo prazo, inclusive na área da saúde, a leitura de Adélia Engrácia de Oliveira (1983) permite entrever que, dentre outros, restou à região a “morte, por penúria e doenças, de milhares de soldados da borracha”; as tentativas de “integração do índio à sociedade nacional, deculturando-o para transformá-lo em cidadão “útil”; o estímulo à propriedade latifundiária a partir da “ocupação através da pata do boi”; o convite para que as grandes empresas assumissem a “tarefa de desenvolver”; uma troca de endemias e a integração da doença.

No Amazonas vivencia-se marcas da difusão diferencial do meio técnico-científico-informacional e das heranças do passado, evidenciando um crescimento desigual e combinado nos termos de Milton Santos (2006). Assim, apesar do “poder de

mando” do gestor federal tender à homogeneização, a realidade do Amazonas e as especificidades do lugar são marcada pela heterogeneidade e diversidade de realidades, indicando que

O território tanto quanto o lugar é esquizofrênico, porque de um lado acolhem os vetores da globalização, que neles se instalam para impor sua nova ordem, e, de outro lado, neles se produz uma contraordem, porque há uma produção acelerada de pobres, excluídos, marginalizados (SANTOS, 2008, p. 55 -56).

Nesse sentido, o Amazonas apresenta grandes desigualdades entre seus municípios e decerto que há tendência à especialização do território que se subdivide e diferencia de acordo com os interesses produtivos que nele se impõem. Manaus, no caso específico da política de saúde, em 2009 configurava-se formalmente como referência em procedimentos de média e alta complexidade para todos os municípios do estado. Cidades médias como Tabatinga, situada em área onde a divisão do trabalho é menos densa, passam a acumular, no caso específico da política de saúde, múltiplas funções.

A Resolução CIB/AM N° 066/2009, definiu desenho regional composto por 7 regiões de saúde e 15 microrregiões, estrutura que foi questionada pelo Ministério da Saúde que teve dúvidas quanto ao

[...] nosso novo Desenho que foi aprovado em outubro do ano passado, então Grupo Técnico da PPI e o Grupo Técnico de Regionalização, se reuniram e chegaram a uma proposta, que é de alteração da redação da resolução n°. 066-CIB/09, e remeter ao Ministério da Saúde novamente, no parágrafo que diz: ‘Manter Manaus como Sede das duas novas Regionais criadas’, na verdade Manaus vai ficar como sede física dessas duas novas regionais e Manaus é o município sede da Região do entorno (AMAZONAS, Resumo Executivo CIB AM/ Reunião N° 211, N° 161 Ordinária, realizada em 31 de maio de 2010).

Considerando a necessidade de, nos termos do Ministério da Saúde, “explicitar melhor o desenho regional do Amazonas”, a proposta foi ajustada em maio de 2010 através da Resolução CIB/AM n° 114/2010, mantendo o número de regiões e ampliando as microrregionais que passaram a ser 16. Em consonância com a necessidade de implantação de espaços de planejamento e co-gestão nos quais fossem assegurado a participação de todos os gestores dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde (BRASIL, 2006), a mesma resolução que readequou o desenho regional previu a implantação de (sete) Colegiados de Gestão Regional no estado.

Quadro 1. Regionalização da Saúde, Colegiados de Gestão Regional - Amazonas, 2010

Macrorregião	Região de Saúde	Nº Microrregiões	Município sede do CGR	Nº de municípios
Manaus	Alto Solimões	2	Tabatinga	7
	Triângulo (Japurá, Juruá, Jutai)	4	Tefé	12
	Rio Negro e Solimões	1	Manacapuru	6
	Médio Amazonas	1	Itacoatiara	6
	Baixo Amazonas	2	Parintins	5
	Entorno de Manaus	1	Manaus	9
	Amazonas	5	Manaus	17
	Total microrregiões	16	Total Municípios	62

Fonte: Adaptado pela autora a partir da Resolução CIB/AM nº 114/2010 de 31 de maio de 2010.

Na portaria mencionada, Manaus, além de se manter como único centro macrorregional do estado, ainda aparece como município sede para duas regiões - Entorno e Amazonas. Essas duas regiões, juntas, têm um total de 26 municípios e, apesar de terem Manaus como município de referência para as duas regionais e sede dos dois Colegiados de Gestão Regional, ficou consensuado pelos gestores que

[...] o município de Manaus funcionará como sede física do CGR da referida regional, por atender melhor o critério de acessibilidade dos municípios integrantes da mesma, porém sem que Manaus pertença ao Colegiado (CGR) da regional Amazonas (AMAZONAS. Resolução CIB/AM nº 114/2010).

Outra peculiaridade do desenho regional preconizado em 2010 consiste na presença de região descontínua, Amazonas, na qual os municípios de Guajará e Ipixuna aparecem tendo como referência a regional Manaus. Chama atenção que, segundo a Associação Amazonense dos Municípios e registros no próprio Plano Estadual de Saúde vigente no período, a distância entre Manaus e Guajará é de 1.476 km (em linha reta) e 3.171 km (fluvial). Na ocasião para fazer esse deslocamento o cidadão teria duas opções: por via aérea se deslocar de Manaus para Cruzeiro do Sul, no Acre e de lá, por via terrestre, percorrer mais 45 minutos de percurso até o destino; por via fluvial, viajar 21 dias de barco de Manaus até Guajará. Entre Manaus e Ipixuna, a distância é de 1.367 km (em linha reta) e 2.936 km (fluvial). Para se deslocar de Manaus para Ipixuna há duas opções: por via aérea se deslocar de Manaus para Cruzeiro do Sul, no Acre e de lá, por via fluvial percorrer mais 02 dias de viagem ou fretar aeronave para voo de 50 minutos; por via fluvial o deslocamento de Manaus para Ipixuna chega a 23 dias, durante a cheia.

Tais informações permitem entrever as dificuldades expressas no sistema de referência de cidadãos desses municípios para atendimento de saúde em Manaus. Tais dificuldades já haviam sido registradas no Plano Estadual de Saúde 2006-2007, conforme sinalizado anteriormente, porém ainda persistem, pois, a estrutura regional para a saúde definida em 2010, continua a reafirmar a persistência da concentração dos serviços de alta densidade tecnológica, indicando que discutir a questão metropolitana, a regionalização da saúde constitui desafio a ser enfrentado no Amazonas.

Ademais, a concentração dos serviços de média e alta complexidade em Manaus, em si não asseguravam (ou asseguram) o atendimento pleno à população, conforme registro,

Embora a rede assistencial do estado seja ampla, ainda não garante o acesso a determinados serviços à população no que se refere às especialidades cirurgia pediátrica, renal, neurocirurgia, queimados, oftalmologia, auditiva e trauma-ortopédico. Para apoio diagnóstico o sistema estadual de saúde utiliza grande parte dos serviços da rede privada, principalmente nos exames de tomografia computadorizada, ressonância magnética, ecocardiograma, duplex scan, teste ergométrico e estudos urodinâmicos (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde, 2010-2011, p. 44).

Como seria possível o centro Macrorregional, Manaus, conseguir dar conta, em 2010, de todos os serviços de saúde de maior complexidade, em um estado que apresentava, naquela ocasião, população de 3.480.937 habitantes (IBGE, 2010)? Note-se que, o Amazonas ao mesmo tempo que concentrou serviços na capital, registrou no Relatório Anual de Gestão de 2010, um total de “64 unidades de saúde no interior, além do Laboratório de Fronteira, em Tabatinga e de uma Farmácia Popular, em Humaitá” (AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2010, p. 43).

A expansão desses serviços havia sido estimulada pelo Ministério da Saúde no bojo da Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, preconizada na Portaria GM/MS No. 1.044 de 2004, devendo para tanto considerar alguns critérios:

I - ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica; II - estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes; III - possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES; e IV - estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70% (BRASIL, Portaria GM/MS Nº 1044, de 01 de junho de 2004, Art. 2º).

Entende-se que tais unidades, em uma realidade de cobertura e resolutividade satisfatória da atenção básica, têm o potencial para se configurar como retaguarda,

principalmente no que concerne a prestação de serviços complementares àquele nível de atenção.

a) especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica); b) saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas; c) pequenas cirurgias, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes; e d) urgência e emergência, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes e como integrante do sistema regional. (BRASIL, Portaria GM/MS Nº 1044, de 01 de junho de 2004, Art. 4º).

Destaca-se que a implantação de unidades que deem conta desse rol mínimo de atividades assume papel importante na realidade do Amazonas. Em 2017, Maria Alicia Domínguez Ugá e Elaine Machado Lopes (2017) analisaram a realidade dos Hospitais de Pequeno Porte no Brasil e destacaram que o crescimento dessas unidades pode ser identificado principalmente a partir dos anos 1990, e que, na ocasião do estudo das autoras (2003-2005), estes serviços se tornaram predominantes no sistema de saúde nacional, crescendo em ritmo mais acentuado do que a rede hospitalar pública. Note-se, em 2010, os municípios que tinham unidades que dispunham de 30 leitos ou menos, no Amazonas.

Quadro 2. Leitos sob responsabilidade estadual nos municípios - Amazonas, 2010

Região de saúde	Município Pólo	Município	Nº de leitos
Alto Solimões	Tabatinga	Amaturá	15
		Santo Antônio do Içá	12
		Tonantins	8
Triângulo	Tefé	Maraã	18
		Uarini	19
		Alvarães	18
		Juruá	16
		Japurá	4
		Itamarati	18
		Envira	22
		Jutaí	19
Rio Negro e Solimões	Manacapuru	Anamá	14
		Anori	23
		Beruri	12
		Caapiranga	13
		Novo Airão	17
Entorno de Manaus	Manaus	Careiro Castanho	20
		Careiro da Várzea	0
		Manaquiri	10
		Nova Olinda	14
		Rio Preto da Eva	25
		Iranduba	19
Baixo Amazonas	Parintins	Barreirinha	16
		Nhamundá	20
		Boa vista do Ramos	21

Médio Amazonas	Itacoatiara	São Sebastião do Uatumã	24
		Urucará	30
		Itapiranga	29
		Silves	14
		Urucurituba	21
Amazonas	Barcelos	Barcelos	28
		Santa Izabel do Rio Negro	20
	Lábrea	Canutama	16
	Boca do Acre	Pauini	16
	Manicoré	Novo Aripuanã	29
	Eirunepé	Ipixuna	20
Guajará		13	
Total de leitos			653 leitos

Fonte: AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, Relatório Anual de Gestão 2010.

Em 2010, o estado possuía 4.790 leitos, dos quais 2.020 estavam na capital e 1.871 no interior e, desses 653 leitos encontravam-se distribuídos em 37 municípios, em unidades de pequeno porte com 30 leitos ou menos. Entende-se que essas unidades assumem papel estratégico para que o estado possa avançar em direção à integralidade do cuidado na saúde, pois

[...] são estratégicos, ainda, pois os hospitais de pequeno porte têm um grande potencial de: (i) agregar resolubilidade à assistência prestada pelas unidades de atenção básica da rede existente (acesso a leitos de internação e procedimentos de baixa complexidade); (ii) garantir continuidade da assistência prestada entre os diferentes níveis de complexidade, em um sistema de referência e contra referência para os serviços hospitalares; e (iii) estimular a fixação dos profissionais de saúde na rede municipal (UGÁ & LOPEZ, 2007, p. 927).

As unidades de pequeno porte devem atuar de forma articulada com os serviços de atenção básica, rompendo a histórica cisão entre tais serviços. Contudo é importante destacar que para que estas unidades funcionem como retaguarda da atenção básica - e não como serviços que desenvolvem ações que se sobrepõem à atenção básica, numa concorrência explícita de atribuições - é necessário que em seu planejamento e organização estas tenham condições de disponibilizar os procedimentos técnicos de diagnóstico e tratamento distintos daquela. Esses serviços, quando implantados dessa forma, tendem a assegurar uma estrutura mais complexa à realidade local, uma vez que seria impossível um único município, na realidade do Amazonas, concentrar serviços de todos os níveis de complexidade.

Será que a dispersão desses serviços em conjunto com a expansão da atenção básica têm contribuído para a consolidar a descentralização e regionalização da saúde

no Amazonas? O Relatório Anual de Gestão 2010 sinaliza a necessidade de repensar a atenção básica e sua resolutividade no estado.

[...] haja vista as dificuldades relatadas pelos gestores municipais em manter as Equipes de Saúde da Família nos moldes hoje preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, sendo que os recursos repassados pelo Governo Federal são insuficientes para o custeio, sobrecarregando os municípios com os custos operacionais da Estratégia Saúde da Família (AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2010, p. 98).

A necessidade de garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde de forma integral e equânime e de cumprir as diretrizes do pacto gerou legislações complementares que reforçam a necessidade de que o SUS seja

[...] constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, Decreto nº 7.508, de 28/06/2011, artigo 3º).

O Amazonas envidou esforços na construção do processo de regionalização na saúde revendo as regiões de saúde outrora definidas de forma a assegurar que estas se configurem a partir do agrupamento de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transporte (BRASIL, 2011)²⁸, além de apresentarem um determinado perfil epidemiológico, capacidade assistencial resolutiva, compartilhamento de redes e fluxos assistenciais e instituíam relações solidárias e cooperativas assecutatórias da integralidade da atenção.

Durante esta pesquisa, nos trabalhos de campo e entrevistas ficou evidente que

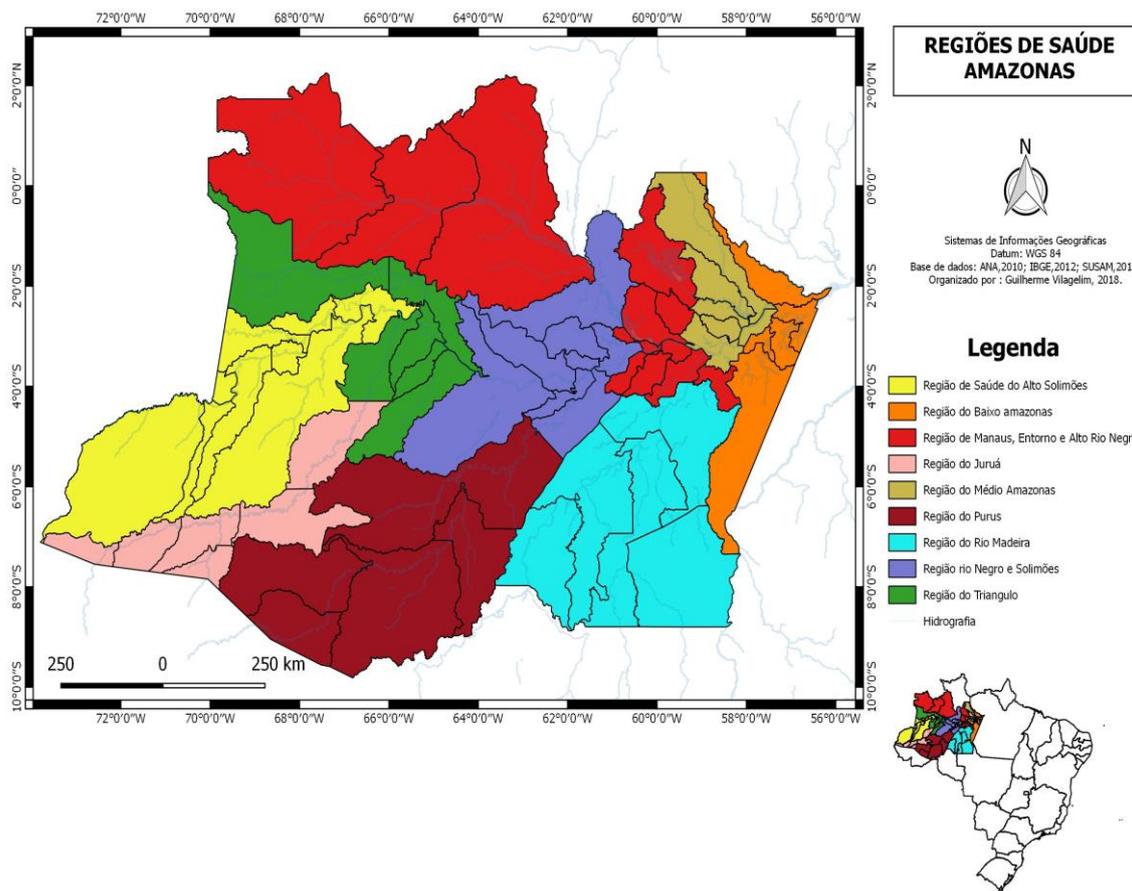
[...] implantar a Regionalização no Amazonas, constitui um dos maiores desafios para a gestão estadual, considerando as características locais regionais inerentes a Região Amazônica, as quais dificultam a conformação de redes de atenção à saúde e a fixação de profissionais, principalmente especialistas no interior do estado, levando à concentração de serviços e tecnologias na capital do estado, o que contribui para a insatisfação e desassistência da população que vive nos 61 municípios do interior (TÉCNICO A, Secretaria de Estado da Saúde).

²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011.

Note-se que estamos falando da regionalização de uma política setorial específica, a política de saúde e que o Amazonas apresenta infraestrutura urbana rarefeita e descontínua, com concentração das atividades produtivas e investimentos na capital e em alguns poucos polos regionais, o que resultou na persistência de grandes desigualdades internas, não somente em relação à capacidade instalada, mas sobretudo, quanto aos investimentos públicos. Como resultado dessa dinâmica o estado apresenta grandes vazios assistenciais em saúde, que aliados ao reduzido dinamismo econômico dos municípios, à precariedade da rede de transporte e comunicação, obstam a expansão do sistema de saúde e a definição de fluxos intermunicipais (ALBUQUERQUE, 2006). Neste sentido, se estabelece a regionalização da saúde do estado do Amazonas em que se inclui a região de saúde do Alto Solimões que será analisada em seguida.

2.2 Benjamin Constant e Tabatinga: cidades de responsabilidade territorial na região de saúde do Alto Solimões

Em 2011, através da resolução nº 059, de 20 de junho de 2011- CIB/AM definiu-se a estrutura de regionalização da saúde vigente no Estado, a qual posteriormente sofreu adequações através das resoluções nº 138/2011 e 07/2016 que vigora até a data de encerramento da pesquisa em 2018.



Mapa 1- Regiões de Saúde - Amazonas

Fonte: Amazonas. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2019.

Note-se que o estado passa a ter a partir de então nove (09) regiões de saúde: Alto Solimões; Manaus, Entorno e Alto Rio Negro (denominação aprovada na Resolução CIB/AM Nº 07/2016); Rio Negro/Solimões; Rio Madeira; Juruá; Purus; Triângulo; Médio Amazonas; Baixo Amazonas. Persiste no desenho regional do estado uma (01) única macrorregional, Manaus, e 18 microrregiões. A complexidade do cenário multifacetado do Amazonas pode ser visualizada a partir da estruturação das regiões de saúde.

Quadro 3. Síntese da Regionalização da Saúde - Amazonas

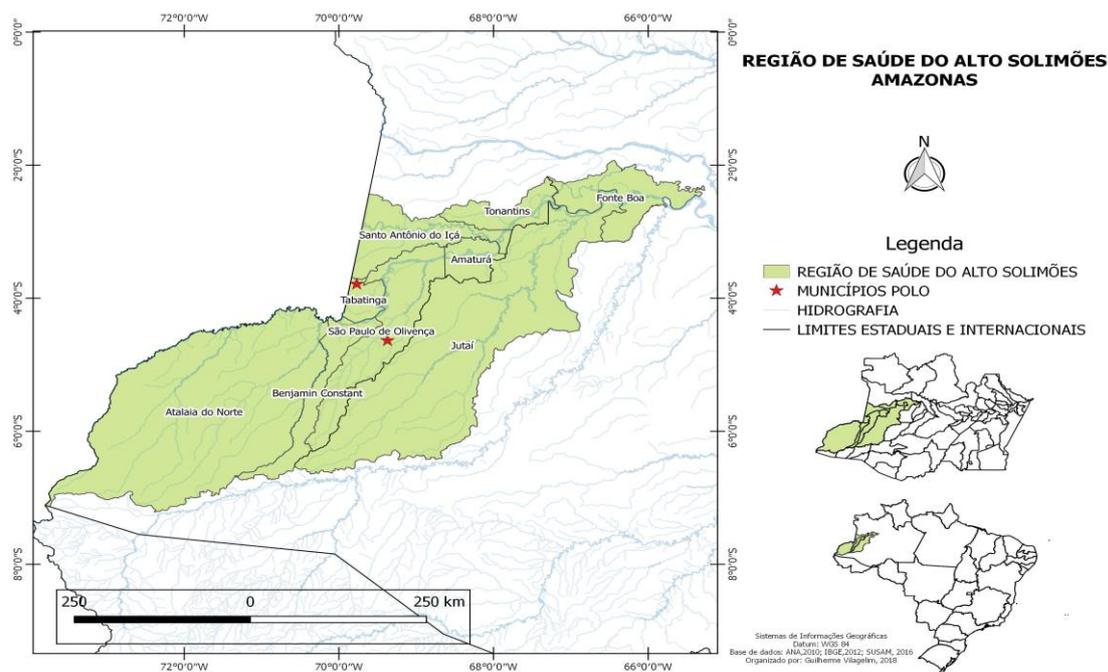
Região de Saúde	Município de Referência	Nº microrregiões	População Estimada 2015	Municípios por região de saúde	Nº de Distritos Sanitários Especiais Indígenas
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	Manaus	2	2.424.986	12	2
Rio Negro e Solimões	Manacapuru	2	283.904	8	2
Rio Madeira	Humaitá	2	188.610	5	2
Médio Amazonas	Itacoatiara	1	166.240	6	1

Baixo Amazonas	Parintins	2	240.242	5	1
Purus	Lábrea	2	129.421	5	1
Juruá	Eirunepé	3	131.556	6	1
Triângulo	Tefé	1	127.856	6	1
Alto Solimões	Tabatinga	3	245.521	9	3
Total	9	18	3.938.336	62	14

Fonte: AMAZONAS, Resolução nº 059, de 20 de junho de 2011- CIB/Am.

Observa-se que apesar dos esforços o desenho da regionalização da saúde no estado ainda apresenta região descontínua, pois os municípios de São Gabriel, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos encontram-se incorporados à região de saúde de Manaus e Entorno por não se apresentarem “autossuficientes na oferta de serviços de Média Complexidade e não realizam procedimentos de Alta Complexidade” (AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2019, p.182).

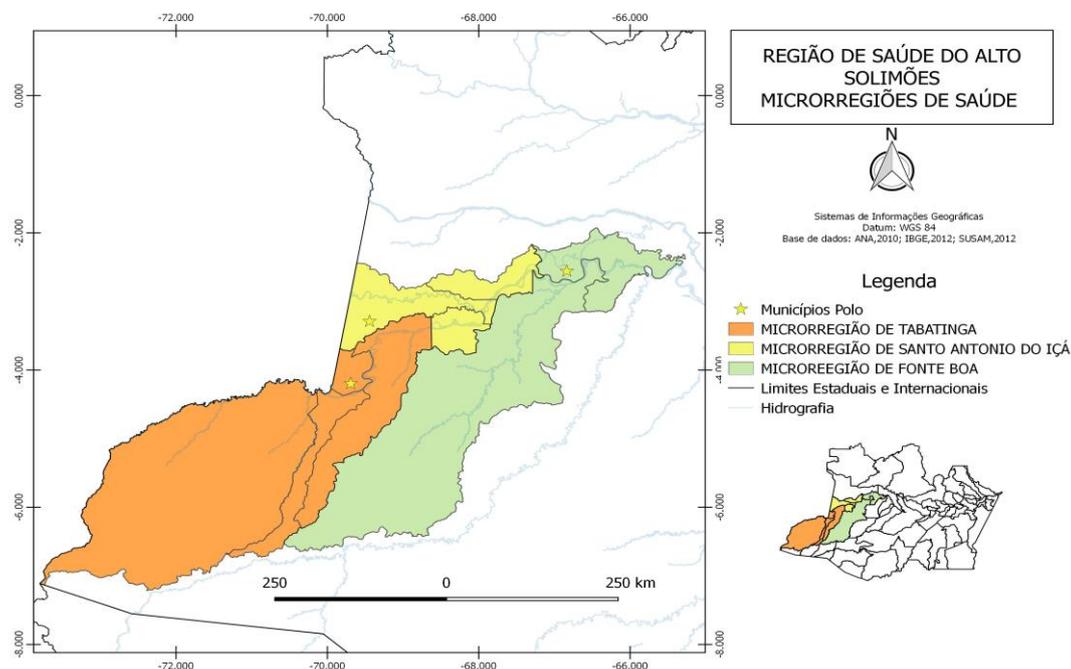
Considerando o objetivo da pesquisa, destaca-se que a região do Alto Solimões, especificamente, apresenta uma área total de 214.217,80 km² e hoje apresenta nove (09) municípios. Tabatinga constitui o município polo da região de saúde que em 2015 apresentava população estimada de 245.521 habitantes.



Mapa 2- Região de Saúde do Alto Solimões

Fonte: AMAZONAS, Resolução CIB/ AM nº 059, de 20 de junho de 2011.

A Região de Saúde do Alto Solimões incorporou os municípios de Jutai e Fonte Boa que até então integravam a região de saúde do Triângulo e passou a contar com três microrregiões.



Mapa 3- Região de Saúde do Alto Solimões - Microrregiões

Fonte: AMAZONAS, Resolução CIB/AM, N° 059/2011, de 20 de junho de 2011.

A região está localizada na fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, tendo quatro municípios que fazem parte da região de fronteira: Tabatinga, Benjamin Constant, Atalaia do Norte e Santo Antônio do Içá. O processo de regionalização da saúde no estado ainda guarda entraves no que concerne a

[...] questão do financiamento, uma vez que desconsiderava os custos amazônicos de fazer saúde em um território extenso e com população dispersa, com perfil epidemiológico que figura com uma tripla carga de doenças, ou seja, as infecciosas, as crônicas e as relacionadas ao crescente aumento das causas externas (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano de Saúde Estadual 2016-2019, p. 179).

Esta é uma demanda de longa data que envolve necessariamente investimento financeiro nos serviços de saúde da região e a construção de política que leve em conta as especificidades e desafios de regionalizar a saúde na Amazônia. Para tanto seria necessário reconhecer que

São muitas Amazônias que recortam este vasto território. Mas, mesmo dentro de cada macropaisagem regional reproduzem-se especificidades que colocam novos desafios para o planejamento regional e para as políticas públicas, em especial para a alocação de recursos e consolidação do SUS. As escalas de análise precisam estar circunscritas a territórios vivos que são produzidos socioculturalmente e produzem modos de vida diferenciados (OLIVEIRA, 2008, p. 81).

Durante a pesquisa relato chama atenção quanto ao processo de regionalização definido no estado.

[...] estamos vivendo um momento de rediscussão da proposta de reorganização porque entendemos que a regionalização não é apenas um agrupamento de municípios, ela precisa ter uma coerência, uma harmonia e de fato ela funcionar como um território onde você possa disponibilizar de um determinado serviço que atenda aquele conjunto de municípios né e isso nós precisamos avançar bastante ainda no nosso estado, atualmente nós temos uma proposta de rediscussão e provavelmente vai haver um novo arranjo organizativo (TÉCNICO B, Secretaria de Estado da Saúde).

Entende-se que o processo de regionalização é dinâmico e encontra-se em constante construção e que, na realidade do Amazonas, devido a capacidade instalada dos municípios, as limitações no acesso a serviços de maior complexidade, este exige um movimento contínuo de discussão. As dificuldades enfrentadas para descentralizar a política de saúde no Amazonas encontram-se pontuadas no Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2019.

[...] o lento processo de descentralização da gestão da saúde para os municípios, onde apenas 6% dos municípios do estado formalizaram sua adesão ao Pacto Pela Saúde e cerca de 80% dos municípios respondem apenas pela atenção primária em saúde, ficando a responsabilidade da atenção especializada para a gestão estadual, o que requer sério esforço da SES/AM para executar os serviços nos diversos municípios e ainda cumprir suas responsabilidade de coordenador e indutor do sistema de saúde do estado (AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016-2019, p. 179).

Compreender a hierarquização entre frações do estado pressupõe considerar, dentre outros, a capacidade instalada dos municípios; a dificuldade de fixação de profissionais especializados; a predominância do transporte fluvial e aéreo no estado e as dificuldades de acesso à rede de comunicação, como elementos que obstam a logística no estado e “justificam” a tendência à centralização dos serviços de maior complexidade em Manaus. Contudo, ao mesmo tempo, se entende que essa forma de organização se produz e reproduz a partir de uma hierarquia de espaços e lugares e se

legítima a partir de relações de dominação/subordinação que tem como elemento articulador o interesse de acumulação (CARLOS, 2007).

Em uma das entrevistas realizadas se registrou que

O Amazonas é um estado onde a questão da descentralização não avançou tanto como em outros estados, tanto a questão da descentralização como da regionalização. O estado, historicamente, ele sempre foi o grande coordenador e executor das questões da saúde, principalmente da atenção especializada e da atenção de média complexidade. Ao longo do tempo, nos municípios e até mesmo na capital, Manaus, o estado sempre teve uma presença muito forte de execução (TECNICO B, Secretaria de Estado da Saúde).

Esse entendimento evidencia, em relação à política de saúde, há inegável concentração de esforços de expansão da modernidade estadual na região de saúde de Manaus. Contudo, o Estado é o gestor da saúde e sua atividade deve residir em democratizar o acesso aos serviços e ações de saúde no Amazonas como um todo, não somente em um município ou região específica. Esse processo, quando considerada a descentralização e regionalização da saúde, evidencia a tendência a uma política reforçadora das desigualdades regionais que se materializa na concentração de serviços de média e alta complexidade na capital a partir da capacidade instalada na mesma, demonstrando que

As desigualdades relacionadas aos usos do território impõem limitações para as políticas de saúde e para a expansão do sistema, porque resultam em situações de grande concentração e rarefação espacial das tecnologias, dos recursos e equipamentos assistenciais do SUS (ALBUQUERQUE, 2015, p. 04).

Nesse sentido, é interessante os dados sobre equipamentos de saúde existentes no Amazonas:

Quadro 4 - Equipamentos selecionados existentes por Região de Saúde, Dez/2015

Regiões de Saúde	Equipamentos existentes				
	Mamógrafo	Raio X	Tomógrafo Computadorizado	Ressonância Magnética	Ultrassom
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	36	663	31	18	264
Rio Negro e Solimões	7	22	-	-	16
Rio Madeira	4	21	-	-	10
Médio Amazonas	2	16	-	-	11
Baixo Amazonas	1	30	1	-	16

Regional Purus	-	18	-	-	6
Regional Juruá	1	16	-	-	7
Triângulo	4	20	-	-	19
Alto Solimões	5	21	-	-	18
Total	60	827	32	18	367

Fonte: AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2019.

Os dados do quadro permitem inferir que equipamentos básicos para realizar diagnóstico ainda são escassos em alguns municípios do Amazonas. Note-se, por exemplo, a ausência de mamógrafos na região de saúde do Purus que possui 5 (cinco) municípios; na região do Alto Solimões há cinco mamógrafos, 21 equipamentos de raio X e 18 aparelhos de ultrassonografia e nenhum equipamento de Tomografia e Ressonância Magnética. Como explicar que em realidade como do Alto Solimões onde, devido as especificidades do lugar, a taxa de óbito por causas externas, em particular os acidentes e violências cresce, não se tenha disponibilidade de tais equipamentos que se concentram quase que exclusivamente na região de saúde englobada por Manaus?

Essa concentração permite inferir que a oferta de tais serviços resguarda, resquícios da intrincada relação público-privado que persiste na saúde nacional há longa data. Na trajetória de implementação do SUS constata-se que a expansão da atenção básica, o aumento de unidades hospitalares de pequeno porte se deu de forma articulada com a reduzida ampliação (ou será estagnação do crescimento?) de unidades públicas, ambulatoriais e hospitalares, de alta complexidade, com capacidade diagnóstica e terapêutica e, ainda, com a reprodução da contratação de serviços de alta complexidade junto ao setor privado.

Em 2012, no esforço de configurar redes de atenção no estado, foi implantado em Tabatinga o Complexo Regulador do Alto Solimões. A criação do complexo regulador por si só não resolveu o problema de acesso da população aos serviços especializados de saúde conforme indicam documentos oficiais.

Identificamos que especialidades como Urologia, Endocrinologia, Neuropediatria e Proctologia apresentam estrangulamento. Essas quatro especialidades em conjunto respondem por 57% da nossa fila de espera. Temos uma fila hoje de 20.186 (vinte mil cento e oitenta e seis) onde Urologia e Endocrinologia Neuropediatria e Proctologia com 11.532 (onze mil quinhentos e trinta e dois) solicitações nessa fila de espera, sendo esta a razão que nos motivou a trazer ao colegiado esta apresentação. Em 2010 o Complexo Regulador através de sua coordenação teve uma necessidade de contratação de novos prestadores. Após duas licitações fracassadas, o Hospital Português (neurologia e neurocirurgia) e Hospital Nilton Lins (endocrinologia, cirurgia geral, urologia e Proctologia) iniciaram a prestação

de serviços em 2011. (...). Na especialidade Neuropediatria nenhum prestador apresentou proposta, a questão da fila de Neuropediatria tende a crescer não tendo profissional suficiente não conseguindo atender parte da demanda com esta contratação (AMAZONAS, Resumo Executivo. Reunião CIB/AM N° 235ª reunião, 184º ordinária, realizada em 30 de julho de 2012).

[...] alegam que o Hospital Santa Júlia não está fazendo cirurgia, só ambulatorio, isso só vai acumulando fila de pacientes, que está em 185 (cento e oitenta e cinco) pacientes. O que me deixa mais preocupado é que nesse período o Hospital Santa Júlia parou os atendimentos, foi constatado pela Associação de Renais Crônicos que muitos pacientes ficaram sem atendimento, por isso esse assunto não pode passar para o mês que vem (AMAZONAS, Resumo Executivo. Reunião CIB/AM N° 275ª reunião, 224º ordinária, realizada em 29 de agosto de 2016).

Fica evidente os gargalos no acesso aos serviços especializados, os quais majoritariamente são realizados por prestadores de serviços contratados pelo SUS, como demonstra a informação em destaque. Chama atenção também que tais serviços se encontram concentrados em Manaus o que implica diretamente na necessidade de que a população demandante precise se deslocar em direção à capital para acessá-los. A oferta insuficiente de algumas modalidades de serviços, como ficou evidenciado na informação em destaque e no quadro anterior, faz com que os gestores municipais tenham muita dificuldade para assegurar o acesso da população sob sua responsabilidade a tais serviços. Quais as dificuldades para assegurar o acesso à assistência especializada?

Dentre as dificuldades estão o reduzido número de vagas, o número de profissionais especializados, a dependência do setor privado e a capacidade de pagamento de tais serviços pelo estado. Contudo, fica comprovado que a configuração formal das regiões de saúde no Amazonas não se confirmou como possibilidade efetiva de acesso à atenção especializada no estado, uma vez que Manaus, historicamente, se manteve como único centro Macrorregional. O que falta para que esse cenário se modifique?

A capacidade instalada nos municípios, a necessidade de melhoria de seus quadros técnicos, as dificuldades de contratação e fixação de recursos humanos, as particularidades da comunicação e transporte no estado, o financiamento, dentre outros são aspectos reiteradamente apontados como determinantes para a reprodução dessa realidade. No entanto, questiona-se o porquê esse cenário não se modifica ao longo do tempo. Quais os interesses que obstam essas questões?

Algumas intervenções da gestão estadual são indicadas como importantes para melhorar esse cenário.

Muitas ações têm sido realizadas para aumentar os procedimentos ambulatoriais no interior, como as Ações de Saúde Itinerante e o Atendimento em Telessaúde, apesar da realização destas ações estratégicas, ainda não foi possível o alcance da meta pactuada. (...). Manaus concentra os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e devido os investimentos em regulação e no “Programa Fila Zero” que no final de 2013 e em 2014 visou a contratação de serviços privados, aditamento de contratos existentes, remanejamento de profissionais para ampliar a oferta de consultas e exames (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão, 2014, p.45).

O Ministério da Saúde tem reforçado a necessidade de fortalecimento da atenção básica como porta de entrada do sistema, ordenadora do acesso e grande articuladora das redes de atenção. A atuação da Central de Regulação, nesse sentido, “deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los” (BRASIL, 2016, p. 6). As ações reguladoras do acesso podem ser potencializadas através de estratégias como o Telessaúde adotadas pela gestão estadual da saúde no Amazonas. Contudo, há de se entender que a existência de núcleos de telessaúde, por si só, não vão resolver a questão do acesso, pois esta deve estar articulada com a maior capacidade dos serviços de atenção básica de forma que seja encaminhada para serviços especializados apenas a população que tiver esgotado as possibilidades de assistência no primeiro nível de atenção.

[..] a maior resolutividade depende da estrutura dos serviços e do processo de atenção (incluindo o acesso de primeiro contato), e pode ser fortalecida ao aliarmos ao processo regulatório atividades educacionais, uso de protocolos clínicos para AB e maior oferta de recursos de maior densidade tecnológica, tanto diagnósticos como terapêutico (BRASIL, 2016, p. 7).

Compartilha-se o entendimento de que, de fato, é preciso definir critérios para regular o acesso a serviços especializados de alta densidade tecnológica, considerando a responsabilidade sanitária dos entes federativos, a economia de escala, a resolutividade do serviço que solicita o atendimento. Contudo, é preciso estar atento que na política setorial de saúde, muitas vezes, a maior ou menor demora no diagnóstico e no acesso à assistência vai determinar a vida ou a morte de pessoas. Assim, é preciso que haja limite para a espera por determinados serviços, a fila de espera deve ser única e mais transparente de forma que as instâncias de controle social possam acompanhar seu andamento e denunciar eventuais irregularidades.

Note-se que os Planos Estaduais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão registram as dificuldades enfrentadas na descentralização e regionalização da saúde no estado e destacam estratégias que há longo tempo são reproduzidas, os mutirões, as remoções aéreas, o Tratamento fora do domicílio. Destaca-se alguns dados de 2015.

[...] foram encaminhados 2.755 pacientes para TFD. (...). Realizados 38.683 atendimentos de saúde itinerante em 56 municípios do Amazonas, com os seguintes resultados: - 19.717 consultas oftalmológicas; - 11.691 entregas de óculos; - 1.441 cirurgias de cataratas; - 1.437 cirurgias gerais; - 4.312 consultas médicas especializadas; - 161 cirurgias de lábio leporino. (...). Realizadas 774 remoções de urgência com serviço aeromédico de UTI do interior para capital (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2015, p. 37-39).

Considerando que as coisas acontecem efetivamente no lugar, cotidianamente gestores municipais são pressionados por demanda reprimida por serviços de média e alta complexidade que eles individualmente não têm condições de assumir, pois tais serviços são, em geral, mais dispendiosos. Ademais, o deslocamento de munícipes para atendimento em saúde na capital ou mesmo em outros estados é complexo, envolvendo necessidade de acomodações, transporte, alimentação, dentre outros que grande parte da população não tem como prover sem apoio do município, como é possível depreender de relato ocorrido no âmbito da CIR Alto Solimões, “em relação à urgência o custo de transportar os pacientes é alto, normalmente o deslocamento necessita de um técnico e um acompanhante familiar” (AMAZONAS, CIR Alto Solimões, Resumo 4ª Reunião, realizada em 02 de abril de 2012).

A perspectiva de constituição de redes de atenção à saúde a partir das regiões de saúde constitui possibilidade de enfrentamento dessa realidade. Algumas iniciativas devem ser registradas na construção do desenho das redes de atenção à saúde na realidade do Amazonas, como a expansão da atenção básica. Em 2015, segundo consta no Relatório Anual de Gestão, a atenção básica apresentou uma cobertura de 68,98% número que foi justificado devido a redução dos repasses do governo federal para a ação, o que inibiu os municípios de ampliar esse nível de atenção. A necessidade de retomar a expansão desses serviços é destacada em reunião da CIR, “os municípios precisam da média e alta complexidade, mas para que se tenha uma saúde melhor na região é necessário que os gestores locais invistam na Atenção Básica” (AMAZONAS, CIR Alto Solimões, Resumo 4ª Reunião, realizada em 02 de abril de 2012).

Investimentos foram feitos e potencializados pelo Projeto de Desenvolvimento Regional no Amazonas para a Zona Franca Verde-PRODERAM²⁹ e pelo Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde-QUALISUS-Rede³⁰ na configuração da Rede de Urgência e Emergência e da Rede Cegonha no estado, e em particular no Alto Solimões.

Segundo informação obtida no decorrer da pesquisa

O Alto Solimões é uma das regiões que ao longo desses últimos anos mais tem recebido investimento do estado e tem sido palco de uma série de projetos justamente para que aconteça de fato uma rede de serviço. Que evite que os usuários, pacientes venham tanto para Manaus. A ideia é que possa dar o maior nível de autonomia ali para os usuários, inclusive por tratar-se de uma região distante, então é complicado (TÉCNICO B, Secretaria de Estado da Saúde).

Dotar a região de saúde do Alto Solimões de capacidade instalada para operar a rede regionalizada de atenção à saúde circunscrita ao território da região, apresenta ao mesmo tempo desafio e possibilidade concreta, pois é no lugar que, “fragmentos da rede ganham uma dimensão única e socialmente concreta, graças a ocorrência, na contiguidade, de fenômenos sociais agregados, baseados num acontecer solidário, que é fruto da diversidade e de um acontecer repetitivo, que não exclui a surpresa” (SANTOS, 2006, p. 182).

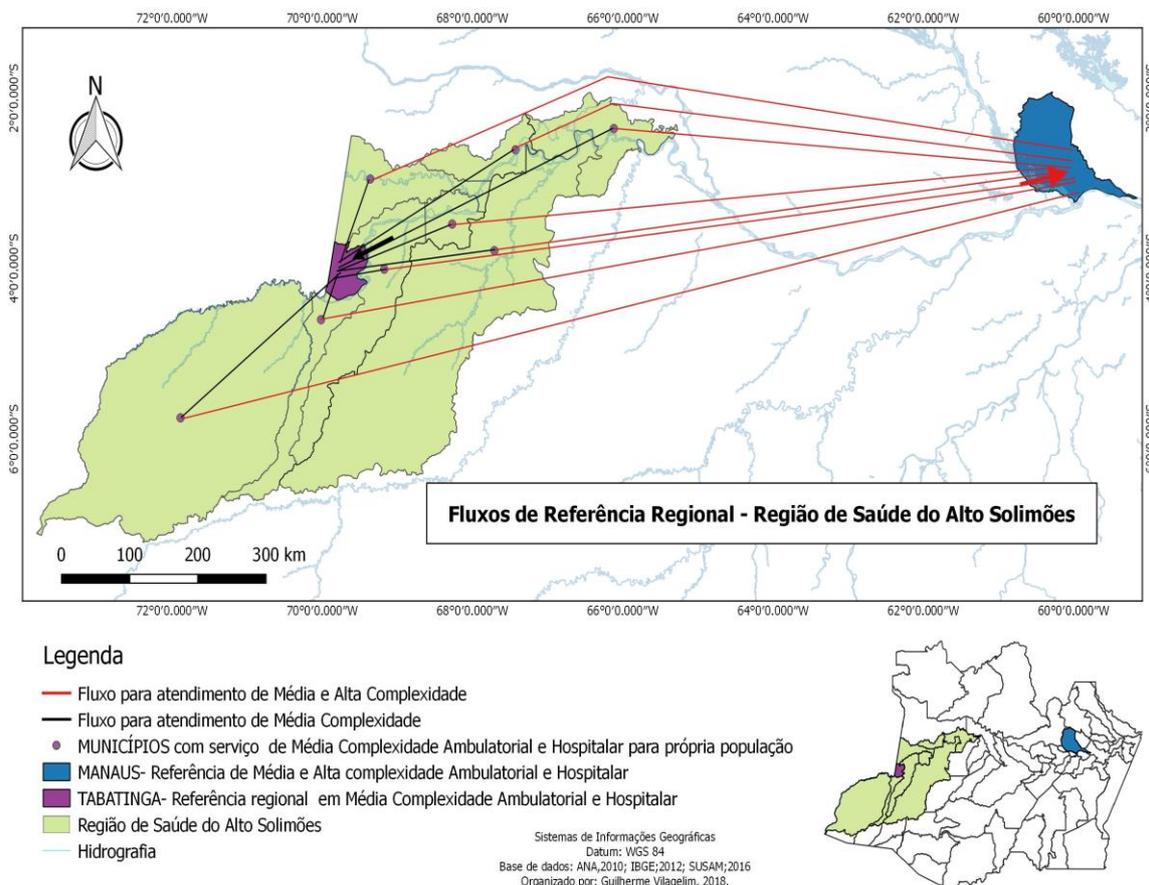
A configuração da rede regionalizada dotada de capacidade instalada para atender aos municípios da região do Alto Solimões em suas demandas por saúde traz implícito o movimento dialético e contraditório impulsionado pelo Estado e a partir do qual, ao mesmo tempo em que se cria formalmente a possibilidade de estruturação destas, restringe-se essa possibilidade através da mobilização de múltiplos mecanismos de poder, normativos ou orçamentários, que distribuem no território os conteúdos técnicos e funcionais, necessários à consecução desse objetivo.

Tabatinga na proposta vigente de regionalização e organização das redes de atenção à saúde no Amazonas, configura-se como município de referência na região de

²⁹ Projeto desenvolvido pelo governo do estado do Amazonas, dentro da proposta do Zona Franca Verde, com apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, que visa executar políticas regionais integradas nas áreas de desenvolvimento sustentável, saneamento e saúde.

³⁰ O Projeto QualiSUS-Rede é um projeto formalizado a partir de Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial, com a finalidade de contribuir para a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil. Destina-se à implantação de quinze experiências de redes de atenção à saúde (RAS) nos vários estados brasileiros

saúde do Alto Solimões. Sua definição como tal considerou a maior capacidade instalada no município e a maior disponibilidade de profissionais especializados.



Mapa 4- Fluxos de Referência Regional - Região de Saúde do Alto Solimões, 2016

Fonte: AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2019.

Na dinâmica da região de saúde e considerando a tipologia construída a partir de estudos - (OLIVEIRA e SCHOR, 2007; SCHOR e OLIVEIRA, 2011) a partir do papel que determinadas cidades assumem na dinâmica da rede urbana, entende-se que Tabatinga pode ser caracterizada como cidade média e Benjamin Constant, por sua vez, constitui uma cidade pequena. As duas cidades podem ser tipificadas como de “responsabilidade territorial”, pois “exercem diversas funções urbanas e contém arranjos institucionais que são importantes não só para o município da qual são sede, mas para as cidades e municípios ao seu redor” (SCHOR et al., 2016, p. 23). Na área da saúde, o município de Tabatinga exerce certa liderança frente aos demais municípios da região configurando-se como sede de referência assistencial e da CIR Alto Solimões que teve sua 1ª reunião ordinária realizada em 19 de janeiro de 2012.

Apesar da heterogeneidade de capacidade instalada de cada município da região do Alto Solimões em relação aos serviços de saúde, cada fixo de atenção em saúde existente nos municípios, assume papel importante a partir dos fluxos definidos no processo de regionalização.

Os elementos fixos, fixados em cada lugar, permitem ações que modificam o próprio lugar, fluxos novos ou renovados que recriam as condições ambientais e as condições sociais, e redefinem cada lugar. Os fluxos são um resultado direto ou indireto das ações e atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que, também, se modificam (SANTOS, 2006, p. 38).

Nesse sentido, as ações desencadeadas no processo de regionalização, os fluxos de referência propostos a partir do traçado da rede regionalizada de atenção à saúde, apresentam racionalidade que, muitas vezes escapa ao cidadão comum, pois, nas palavras de Milton Santos (2006), tendem a estar permeadas de artificialidade e com finalidade estranha ao lugar e aos seus habitantes. Nesse sentido, os fixos de atenção que configuram a rede regionalizada de saúde, prescindem da ação humana, pois sem esta sua existência perde sentido. Hoje, na política de saúde, considerando o processo de regionalização e a construção de redes, espaços como a CIR Alto Solimões, ganham relevo e requerem diferentes ações em virtude do conteúdo técnico e político que implicam.

É nesses espaços que situações conflituosas envolvendo a saúde na região do Alto Solimões vem à tona e as respostas a tais situações podem tanto harmonizar interesses quanto privilegiar este ou aquele. Na leitura de Milton Santos (2006), em tais espaços interesses locais podem se tornar hegemônicos e mobilizar o conjunto dos municípios em torno de reivindicações mais abrangente, adaptadas às contingências da existência comum, no espaço da horizontalidade. Será que os municípios têm usado plenamente esse espaço para potencializar à saúde na região do Alto Solimões? Sim e não. Há, sem dúvida nenhuma, esforços na implementação de políticas, especialmente por parte dos gestores e trabalhadores de saúde envolvidos no processo, de outro lado há inúmeras dificuldades que vão dos repasse dos recursos, à capacidade gestora e mesmo à vontade política.

Apesar dos investimentos realizados na região do Alto Solimões, chama atenção informação obtida no decorrer da pesquisa.

[...]há dificuldade. Bastante dificuldade. Não basta você criar estruturas e colocar equipamentos. A nossa grande dificuldade é fixação de profissionais para o interior. É complicado você levar serviços mais complexos ali quando você tem essa dificuldade, (...) nós temos situações das questões internacionais que por ser um município de fronteira internacional recebe um fluxo não programado de pessoas (TÉCNICO B, Secretaria de Estado da Saúde).

No lugar, ou seja, na região de saúde do Alto Solimões, mediante cotidiano marcado pela presença de vários países, municípios, instituições, populações, etnias cooperação e conflito tendem a ser constantes sinalizando que estes

[...] são a base da vida em comum. Porque cada qual exerce uma ação própria, a vida social se individualiza; e porque a contiguidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade (SANTOS, 2006, p. 218).

É, portanto, no lugar, na região de saúde, que as normas relacionadas à saúde, às responsabilidades de cada ente, os fluxos de referência podem enfrentar o que está posto e propor uma racionalidade mais adequada ao lugar. A possibilidade de construção de novas horizontalidades está posta no SUS, em seus espaços de negociação e pactuação, de forma que os vários entes federativos podem fazer frente à perversa tendência à concentração de serviços de saúde em detrimento do todo.

No Alto Solimões, a separação entre as cidades de Tabatinga e Letícia é praticamente livre, não há barreira física que as separe, a circulação e interação entre a população é intensa, as trocas comerciais também, contribuindo para um intenso ir e vir diário. A estas cidades articulam-se os demais municípios da região (PIETER, 2005) e, apesar de serem consideradas estratégicas, é inegável que

A faixa de fronteira configura-se como uma região pouco desenvolvida, historicamente abandonada pelo Estado e marcada pela dificuldade de acesso a bens e serviços públicos, pela falta de coesão social e pela inobservância de condições de cidadania (GADELHA, 2007, p. S208).

Será que essa tendência se reproduz na realidade dos municípios investigados? Como vivem os cidadãos de Benjamin Constant e Tabatinga?

Quadro 5 - Informações socioeconômicas - Benjamin Constant e Tabatinga – Amazonas, 2010

Municípios	Benjamin Constant	Tabatinga
População - Censo 2010	33.411	52.272
Percentual de pessoas residentes em domicílios com acesso à abastecimento de água (2010)	48,15	43,81
Percentual de pessoas residentes em domicílios com acesso à esgotamento sanitário (2010)	12,33	21,6
Proporção de pessoas com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 70,00 (2010)	28,08	25,83
Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade (2010)	21,89	14,38
Percentual de ocupados que são empregados com carteira de trabalho assinada (exceto domésticos) ou militares/funcionários públicos estatutários	12,56	23,65

Fonte: Organizado pela autora a partir da Base de Indicadores das Regiões de Saúde, acesso em 10/10/2017.

Os dados do quadro em análise permitem entrever a realidade socioeconômica nos municípios estudados e, em particular traduzem a realidade do Amazonas que em 2013, tinha 31 municípios situados abaixo da linha de pobreza (AMAZONAS, 2013). Chama atenção informação emitida pela Secretaria de Estado de Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação.

O Produto Interno Bruto do Amazonas, em 2014, foi de R\$ 86.668.643.770, contra R\$ 83.051.232.957 em 2013. O maior PIB registrado dos municípios foi Manaus com R\$ 67.572.523 mil, seguido por Coari e Itacoatiara com R\$ 3.097.593 mil e R\$ 1.508.254 mil respectivamente. No sentido contrário, os menores PIB's são Japurá com R\$ 57.439 mil, Amaturá com R\$ 62.808 mil e Itamarati com R\$ 73.107 mil (AMAZONAS, PIB 2014, s/data e página).

Quando se considera o estado do Amazonas depreende-se que, assim como o PIB do estado está concentrado majoritariamente em Manaus, a realidade das demais políticas setoriais, dentre as quais a de saúde tende a acompanhar o mesmo processo. Considerando que tanto a implantação de uma política setorial quanto sua posterior descentralização e regionalização se dá a partir de condições dadas no território, sendo relevante considerar a realidade da saúde no estado onde há concentração do PIB e apenas 02 (dois) municípios apresentam população superior a 100.000 habitantes, Manaus e Parintins, como já referido anteriormente (IBGE, 2010).

Para muitos as dificuldades na prestação dos serviços de saúde em realidade como a do Amazonas podem aparecer de forma confusa e obscura, parcelizada e nem sempre percebível, para outros pode até mesmo ser invisível, contudo, há de refletir que o Amazonas tem sofrido de um caso extremo de primazia metropolitana, com poucas

cidades de porte médio e com uma região metropolitana que se estende por quilômetros do centro (BROWDER & GODFREY, 2006).

Essa tendência constitui aquilo que Milton Santos denominou de “modernização perversa do território brasileiro”, que expressa a concentração de atividades em cidades com maior potencial econômico com possibilidade de se transformarem em metrópoles corporativas e fragmentadas (SANTOS, 1990) e que agrava as desigualdades socioespaciais, com o empobrecimento crescente das demais cidades. Essa dinâmica de atuação do Estado na modernização perversa do território brasileiro se reproduz nas desigualdades socioespaciais do estado do Amazonas e tem reflexos na reprodução da descentralização e regionalização dos serviços e ações de saúde.

No caso específico dos municípios em estudo, merece destaque que mais de 50% da população não reside em domicílios com acesso ao abastecimento de água e mais de 70% da população local não dispõe de estrutura de esgotamento sanitário. Esses números incidem diretamente nas condições de saúde da população retratada no percentual de mortalidade proporcional por doenças diarreicas agudas em menores de 5 anos, que no período de 2011 a 2013, chegou a 17,24% em Benjamin Constant e 14,29% em Tabatinga; na taxa de incidência de Hepatite A que no período de 2012 a 2014, no município de Benjamin Constant chegou 62,12 casos por 100 mil habitantes, alertando para o quanto as condições de existência da população incidem diretamente na saúde. Em Tabatinga, no período de 2010 a 2012 a taxa de incidência de dengue chegou a 365,35 casos por 100 mil habitantes (DATASUS, acesso em 10/10/2017).

Doenças como diarreias, hepatite A, dengue e outras, podem atingir a população de todos os níveis sociais, contudo seu impacto tende a ser maior em populações empobrecidas que residem em áreas com abastecimento de água inadequado e infraestrutura precária, como os municípios em estudo. Estes, compartilham características comuns a outros municípios brasileiros que se caracterizam “tanto pela distância física em relação ao centro como pela distância social revelada nas precárias condições de acesso à moradia e aos bens e serviços da cidade por parte de seus moradores” (MOURA, 2016, p. 43).

O quadro anterior também permite refletir que a pobreza pode ser associada a vários aspectos – privação de recursos materiais, fome, baixa qualidade de moradia – mas em geral, as medidas de pobreza estão associadas a falta de recursos para o provimento de necessidades básicas. Nesse sentido, é possível inferir que aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população dos municípios em estudo pode estar vivenciando

condições de alta privação pois sobrevivem com R\$ 70,00 de per capita, medida utilizada para definir famílias em situação de extrema pobreza. Por outro lado, os municípios estudados também apresentam número importante da população considerada analfabeta, além de reduzido percentual de trabalhadores vinculados ao mercado informal de trabalho o que aumenta a vulnerabilidade desses segmentos populacionais.

Coadunando-se com estudos anteriores (PIETER,2005; SILVA NETO, 2010) os municípios de Tabatinga e Benjamin Constant constituem importante centralidade médico-hospitalar, apresentando concentração dos estabelecimentos e profissionais de saúde no Alto Solimões. Estes são polo de atração de pessoas da região e dos países vizinhos a procura de serviços, dinâmica que produz intensa mobilidade e múltiplos contatos entre as pessoas que residem na região.

[...] como a fronteira consiste em uma zona de contato entre territórios distintos, os municípios pertencentes a essa faixa acabam por apresentar um intenso fluxo material e imaterial, configurando lugares de marcante circulação de mercadorias, lícitas e ilícitas (VIANA et al, 2007, S128).

A região do Alto Solimões é marcada pela presença constante de pessoas em trânsito, sejam por relações comerciais, turismo ou de trabalho, além de imigrantes.

A cidade de Tabatinga (...) destaca-se como ponto de maior movimentação migratória, concentrando uma porcentagem significativa de migrantes colombianos e peruanos e se apresentando também como porta de entrada no território brasileiro. Há problemas similares vivenciados pelos três países nessa área específica. O narcotráfico impera na tríplice fronteira com proporções diferentes em cada uma das três cidades. O desemprego e o trabalho informal também são característicos do trio (OLIVEIRA, 2006, p. 186).

No Amazonas, especificamente no caso da política de saúde, observa-se a persistência de grandes desigualdades, os ganhos de escala que supostamente seriam obtidos com a instalação de serviços em municípios mais dinâmicos para a economia regional, opõem-se frontalmente a alocação equânime dos recursos, pois as distâncias geográficas, a complexidade do transporte fluvial e o custo dos grandes deslocamentos inviabiliza a universalidade e integralidade do acesso à saúde, principalmente de média e alta complexidade que majoritariamente se concentram na capital.

Destaca-se os serviços de saúde sob gestão estadual disponíveis na região de saúde do Alto Solimões.

Quadro 6- Serviços de Saúde Hospitalares - Região de Saúde Alto Solimões

Municípios Região de Saúde	Unidades Hospitalares	Total de leitos de internação SUS (Dezembro/2015)
Amaturá	Hospital Frei Roberto São Severino	19
Atalaia do Norte	Hospital São Sebastião	30
Benjamin Constant	Unidade Hospitalar de Benjamin Constant	34
Fonte Boa	Hospital Regional Manoel Paes Lemos Ramos	58
Jutaí	Unidade Hospitalar de Jutaí	19
Santo Antônio do Içá	Hospital Monsenhor Adalberto Marzzi	24
São Paulo de Olivença	Hospital Santa Izabel	20
Tabatinga	UPA 24hs; Maternidade Cecília Villacrez Ruiz Hospital de Guarnição de Tabatinga	54
Tonantins	Hospital Frei Francisco	33

Fonte: Organizado pela autora a partir de AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde – 2016-2019; Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Ministério da Saúde, acesso em 05/11/2017.

As unidades hospitalares na região do Alto Solimões encontram-se sob gestão, gerencia ou convênio com o Estado. Por ser área fronteiriça a atividade militar é constante na região e, em relação ao papel dos militares na rede de saúde local, em Tabatinga, funciona o Hospital de Guarnição que, conveniado com o Estado, mas sob gestão do Exército Brasileiro realiza atendimentos ambulatoriais, de urgência e emergência

No Alto Solimões foi implantado a primeira experiência consorciada da saúde pública do Amazonas, o Consórcio Alto Solimões Saúde e Vida, nos termos da Lei Estadual Nº 3.626 de 1º de junho de 2011. Fazem parte do Consórcio, além do governo estadual, os municípios de Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutaí, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins. O Consórcio tem como objetivo

I. A gestão associada de serviços públicos; II. A prestação de serviços de saúde, bem como a possibilidade do fornecimento de bens à administração direta ou indireta dos entes consorciados; §1.º O CONSÓRCIO DE SAÚDE ENTRE ENTES PÚBLICOS DO ALTO SOLIMÕES poderá desenvolver as ações e os serviços de saúde, obedecidos aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde - SUS (AMAZONAS. Estatuto do consórcio de saúde entre entes públicos do Alto Solimões: Alto Solimões saúde e vida – ASAVIDA, Artigo 5º).

Destaca-se que os consórcios intermunicipais de saúde, nos moldes da experiência do Alto Solimões, constituem

Uma iniciativa autônoma de municípios localizados em áreas geográficas contíguas que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica à população das municipalidades participantes (TEIXEIRA, MAC DOWELL & BUGARIN, 2003, p. 254).

A experiência consorciada pressupõe participação efetiva dos gestores municipais, aspecto que é destacado por membro da CIR Alto Solimões,

Tudo que é aprovado no Consócio é aprovado em assembleias, e a assembleia dos consórcios é composta pelos Prefeitos, então eles precisam se reunir para que as coisas caminhem, caso não tenha essa reunião não funcionará (AMAZONAS, CIR Alto Solimões, Ata 2ª Reunião, realizada em 06 de fevereiro de 2012).

A experiência consorciada em saúde pressupõe necessariamente o compromisso dos gestores dos municípios participantes, o qual não pode estar condicionado à interesses político partidários comuns, mas sobretudo ao desenvolvimento de ação coordenada e articulada em prol da melhoria da assistência à saúde na região. Este não é o compromisso de membros isolados, mas pressupõe que todos os envolvidos, prefeitos, Secretários municipais de Saúde, estejam comprometidos com o processo de regionalização da saúde e êxito da experiência consorciada. É preciso fortalecer tanto os mecanismos político-institucionais quanto as instâncias de deliberação e pactuação da saúde regional, pois são nesses espaços que os entraves ao processo são apresentados e reencaminhados.

Informação obtida por ocasião da pesquisa revela as dificuldades da experiência consorciada no Alto Solimões.

O Alto Solimões teve a primeira experiência de consórcio de saúde, só que este consórcio infelizmente por razões de outras coisas, (...), ele não avançou, mas era uma ferramenta que o estado contava, contava bastante para agilizar, inclusive a contratação de pessoal, aquisição de medicamentos lá. Houve dificuldades pelos próprios gestores de entender o mecanismo de como funciona o consórcio, então muitas vezes fica esperando a demanda do próprio estado, quando o próprio município podia demandar algumas situações e é uma experiência que infelizmente ficou devendo (TÉCNICO B, Secretaria de Estado da Saúde).

A fala permite inferir que por mais simples que pareçam os lugares, como os municípios de Tabatinga e Benjamin Constant, eles são extremamente complexos e expressam as necessidades da população que, no caso da saúde não podem ser reduzidas a presença de profissionais, mas sobretudo a condições dignas de sobrevivência.

Em Tabatinga, o Laboratório de Fronteira-LAFRON e o Hospital de Guarnição atuam oficialmente como referência intraregional, contudo houve poucos avanços no que concerne a oferta e referência de serviços especializados no âmbito da região de saúde, como está registrado em reuniões da CIR Alto Solimões e em ata de reunião do Consórcio.

Em relação à Urgência e Emergência no município de Tabatinga existe o Hospital de Guarnição de Tabatinga que tem convênio com o Sistema Único de Saúde - SUS, mas não está suprimindo as necessidades do município (AMAZONAS, CIR Alto Solimões, Ata 4ª Reunião Ordinária, realizada em 02 de abril de 2012).

[...] todos os prefeitos têm problemas com médicos especialistas, e esta é uma alternativa para juntos trazer os especialistas para atendimento nos municípios, seja em tabatinga ou outro deliberado, mas que atenda a demanda local. É mais fácil trazer o paciente de Atalaia do Norte para Tabatinga do que levá-lo a Manaus, porque é uma calamidade o Tratamento Fora de Domicílio - TFD, não temos condições de bancar. Então acredito que este é um fato que podemos melhorar (AMAZONAS, Ata da Assembleia Geral Extraordinária do Consórcio de Saúde entre Entes Públicos do Alto Solimões – Alto Solimões Saúde e Vida – ASAVIDA, 04 de janeiro de 2017).

As informações acima, em momentos distintos (2012 e 2017), permitem entrever que as referências extraregionais tanto para a região de saúde do Alto Solimões quanto para as demais regiões do estado, todas estão concentradas em Manaus. Estas informações permitem refletir que na raiz da distribuição dos recursos está a desigualdade social que se concretiza em desigualdade socioespacial.

A cada momento, cada lugar recebe determinados vetores e deixa de acolher muitos outros. É assim que se forma e mantém a sua individualidade. O movimento do espaço é resultante deste movimento dos lugares. Visto pela ótica do espaço como um todo, esse movimento dos lugares é discreto, heterogêneo e conjunto, "desigual e combinado" (SANTOS, 2006, p. 87).

O cenário retratado suscita inúmeras preocupações, pois evidencia que Tabatinga se configura como referência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar para os demais municípios da região de saúde, porém como tem se dado essa assistência? Note-se alguns registros nesse sentido.

[...] a situação que diz respeito aos encaminhamentos de pacientes graves para Manaus em caráter de urgência e emergência, ficou acordado que o fluxo daria das unidades de saúde dos municípios de Benjamin Constant e Atalaia do Norte para o Hospital de Guarnição de Tabatinga e esse hospital

faria o contato com o Salvaero – Salvamento Aeronáutico ou com o hospital da especialidade do paciente daquele momento para fazer a remoção, uma vez que o avião vem até Tabatinga e retorna. No momento atual através de um manifesto do próprio diretor do Hospital de Guarnição de Tabatinga (...) deixou claro através de um telefonema que não tem mais condições de receber esses pacientes uma vez que o Hospital de Guarnição de Tabatinga está sem especialista (AMAZONAS. Resumo Executivo. Reunião CIR Alto Solimões, 6ª reunião ordinária, realizada em 06 de agosto de 2012).

A dura realidade da saúde nos municípios do Alto Solimões é traduzida por membro da CIR, em relação a presença de médicos, “continuamos trabalhando com médicos nos municípios sem CRM, infelizmente não conseguimos até o presente momento médicos com CRM, essa é a dificuldade e pedimos uma solução para isso” (Resumo Executivo. Reunião CIR Alto Solimões, 6ª reunião ordinária, realizada em 06 de agosto de 2012).

As dificuldades enfrentadas pelos municípios vão muito além da construção de documento definidor de fluxos de referência, mas sobretudo de dar vida a esses fluxos no cotidiano da política de saúde desenvolvida no lugar. Além disso, é preciso que os gestores, técnicos, população entendam que a política de saúde exercida no lugar é entrecortada por “verticalidades” e traduzem direção proposta, muitas vezes de forma arbitrária, pelo Ministério da Saúde, pelo Exército brasileiro, pela Secretaria de Estado de Saúde, pelos Conselhos profissionais, por organismos multilaterais que tendem à homogeneização.

No entanto, os municípios que compõem a região de saúde podem se fortalecer horizontalmente através das ações desenvolvidas no lugar, indicando que “Os mesmos interesses criam uma solidariedade ativa, manifestada em formas de expressão comum, gerando, desse modo, uma ação política” (SANTOS, 2006, p. 195) a ser desenvolvida com a ocupação efetiva de espaços como a CIR, o grupo gestor do Consórcio, o Conselho de Saúde, a CIB, dentre outros. Entende-se, assim, que as verticalidades traduzem relações de obediência e submissão a determinadas “recomendações” e que é possível no âmbito do lugar gerar contrafinalidades localmente referenciadas e de forma a fortalecer a solidariedade entre os municípios da região de saúde e ampliar sua capacidade de gestão da rede regionalizada.

Por ocasião do estudo, relatos obtidos traduzem especificidades quanto a própria composição da região do Alto Solimões.

[...] a questão está em Jutá e Fonte Boa que compõem esta regional, porém é muito mais acessível e custo benefício remover o paciente para Manaus, a

removê-los para Tabatinga ou Santo Antônio do Içá (TÉCNICO A, Secretaria de Estado da Saúde).

Essa regionalização acaba não sendo tão eficiente porque há uma logística muito complicada, uma demora muito grande. Teoricamente Jutai, Fonte Boa, nós somos uma referência (...) regional, porém o município de Tefé está mais próximo dessas duas cidades geograficamente, então é um município que não vai se direcionar para cá. A gente vê as vezes uma redistribuição no papel. Porém na prática a redistribuição é outra (Gestor Municipal, Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga).

O transporte fluvial é o modal predominante para transporte sanitário e recebimento de insumos de saúde para as duas cidades estudadas o que pode ser visto na fala de pesquisado quanto ao fluxos de referência.

Com relação a consulta e exames eletivos pode se considerar a possibilidade, mas no Amazonas ainda não existem transportes sanitários para tais serviços o que também seria um custo muito alto e pouco resolutivo, pois assim como o alto Solimões as regionais ainda não possuem uma gama de serviços de média e alta complexidade que reduza a demanda à capital do estado (TÉCNICO A, Secretaria de Estado da Saúde).

Em reunião da CIR Alto Solimões e da CIB/AM a dificuldade de logística na região é evidenciada.

Existe uma preocupação em relação ao transporte biológico, hoje a região tem problemas sérios em relação a isso, a empresa aérea que faz linha para a região não faz esse transporte, alguns municípios estão com um custo elevado tendo que fretar aeronave para mandar esse material biológico para Manaus (AMAZONAS. CIR Alto Solimões. 5ª Reunião Ordinária, realizada em 04 de maio de 2012).

A CEMA está com uma situação grave devido à troca da empresa que faz a logística e essa nova empresa está com uma dificuldade da migração do sistema. A PRODAM também está envolvida. (...) Além do reabastecimento que estava grave ao longo do ano, tivemos esse problema específico, também houve um caso com a medicação DST/AIDS (AMAZONAS, CIB/AM, Resumo Executivo, 275ª Reunião 224ª Ordinária, realizada em 29 de agosto de 2016).

As dificuldades de logística podem de forma apressada ser apontadas como solução à construção de mais estruturas de saúde. Todavia, como mencionado anteriormente, não basta implantar estruturas de saúde ou definir processo de regionalização protocolar sem a plena participação dos entes envolvidos. É preciso que estes fixos de atenção, quando implantados, sejam assumidos por entes federativos que entendam que somente através do compartilhamento de responsabilidades, da

construção de uma regionalização “viva”, os municípios terão condições de assumir o cuidado em saúde em suas múltiplas dimensões.

As regiões de saúde detêm o potencial para criar relações solidárias, não apenas no nível discursivo, mas sobretudo através de participação ativa de gestores municipais nos espaços de gestão dos interesses da região de saúde de forma a construir relações mais integradas entre os municípios. Como restou evidente na pesquisa, não é possível apenas esperar pelo gestor estadual ou federal, ou ficar a tecer comentários inócuos acerca das dificuldades em fixar profissionais especializados, disponibilidade de contratar fornecedores de medicamentos e outros insumos devido as dificuldades de logística, transporte e comunicação na região.

Está claro que a decisão em alocar recursos e definir a instalação ou não de estruturas em determinados territórios tende a atender, na verdade, a preceitos políticos. É preciso que os gestores municipais da política de saúde, seus técnicos, conheçam essa dinâmica e reconheçam a multiplicidade de relações e situações a que estão expostas as regiões de fronteira e em particular os municípios estudados. É preciso que reconheçam também que todas as decisões envolvendo a região de saúde do Alto Solimões são discutidas, deliberadas e pactuadas na CIR e que estes devem alçar a região da condição do lugar da obediência e do fazer, para o lugar de propostas fundamentadas em amplo conhecimento da realidade local, de seus desafios e de suas possibilidades.

Para além dos aspectos anteriormente mencionados, acresce-se o desafio que as populações indígenas localizadas na região e que transitam em áreas que extrapolam o domínio territorial brasileiro e, muitas vezes migram para o Brasil impõem aos serviços de saúde locais. No Alto Solimões

A população indígena também é uma população que ali tem um componente forte, quase 30% da população do Alto Solimões. É uma população que requer políticas diferenciadas, então tudo isso forma um cenário muito complicado, um pouquinho mais complicado do que nas outras regiões de saúde por conta dessas questões (TÉCNICO B, Secretaria de Estado da Saúde).

A presença da população indígena exige articulação direta entre os serviços municipais e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Há estudos que dão conta do movimento migratório de indígenas peruanos para municípios do Amazonas indicando que estes

[...] não têm qualificação profissional; o nível de estudos é baixo; pertencem a etnias indígenas peruanas; migram com toda a família em busca de

qualquer tipo de trabalho e de melhores condições de vida; a média de filhos é em torno de três; submetem-se a qualquer situação que lhes proporcionem algum ganho para o sustento da família; são muito explorados (OLIVEIRA, 2006, p. 188).

Na região de saúde do Alto Solimões devido a importante presença indígena, atuam de forma articulada aos serviços municipais e estaduais, três Distritos Sanitários Especiais Indígenas: DSEI Alto Rio Solimões, DSEI Vale do Javari e DSEI Rio Médio Solimões e Afluentes. Há no DSEI Alto Solimões, 189 aldeias, nas quais vivem uma população de 58.304 indígenas. A etnia Ticuna é a mais populosa em torno de 85% e as demais etnias são: Kokama, Kaixana, Maku, Kambeba, Kanamari e Whitoto (BRASIL. SESAI, MS, Plano Distrital, 2012-2015).

A fragilidade econômica local e a complexa intensidade de interações transfronteiriças que se materializam nos municípios de Tabatinga e Benjamin Constant impõem múltiplos desafios à saúde local. Note-se alguns aspectos importantes nos municípios estudados

Quadro 7- Aspectos epidemiológicos - Benjamin Constant e Tabatinga – 2010 a 2014

Municípios	Esperança de vida ao nascer (2010)	Taxa de mortalidade infantil - menores de 1 ano (em 1.000 nascidos vivos) (2011-2013)	Taxa de mortalidade por causas externas (em 100 mil habitantes) (2011-2013)	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (em 100 mil habitantes) (2011-2013)	Total de internações por doenças do aparelho circulatório (em 100 mil habitantes) (2014)
Benj.Constant	70,78	25,28	54,36	50,55	46,71
Tabatinga	71,12	21,8	88,17	74,09	83,77

Fonte: Organizado pela autora a partir da Base de Indicadores das Regiões de Saúde, acesso em 10/10/2017.

Os dados do quadro acima permitem visualizar a esperança de vida da população dos municípios estudados, indicando as condições de saúde dos sujeitos sociais. O aumento da expectativa de vida traz outros desafios para as políticas públicas, em especial no que se refere aos índices de doenças crônicas e cardiovasculares. Os dados coadunam-se com o entendimento de que o Brasil experimenta um modelo de transição epidemiológica distinto dos modelos vivenciados em países desenvolvidos, pois apresenta, além do crescimento de doenças crônicas e degenerativas, a persistência de doenças infecto parasitárias, o ressurgimento de doenças antes sob controle como a malária e a dengue e de doenças transmissíveis (LUNA, 2002; SERVO, 2014).

Outro indicador é a taxa de mortalidade infantil, importante mensurador das condições de saúde do lugar, pois as crianças nessa faixa etária são muito sensíveis às condições sanitárias. Nesse sentido constata-se que a taxa de mortalidade infantil nos dois municípios é bem superior à nacional que compreendia em 2013, total de 15,02 óbitos a cada 1000 nascidos vivos. O Fundo das Nações Unidas para a Infância, na publicação Situação Mundial da Infância 2008, no Caderno Brasil-UNICEF (2008), sinalizou preocupação com a região norte, onde 55,1% das crianças de até 6 anos residiam em famílias consideradas pobres.

Depreende-se também dos dados do quadro em análise que as causas externas, violências e acidentes, tem posição de destaque no cenário epidemiológico dos municípios pesquisados. O crescimento da taxa de mortalidade por causas externas constitui fenômeno multifacetado que exige esforço intersetorial e articulado de várias políticas, pois, em grande parte, essa questão encontra-se relacionada às condições de vida e às oportunidades disponíveis nas cidades.

Observa-se que, com exceção do índice de mortalidade infantil, todos os demais são maiores no municípios de Tabatinga, isso pode decorrer do fato de que o município recebe demandas de saúde de vários municípios, países vizinhos, além das comunidades indígenas. A garantia de acesso dos usuários a todos os níveis de assistência é princípio constitucional e doutrinário do SUS e seu cumprimento deve ser objetivo a ser alcançado por todos os gestores de saúde. Contudo,

O Amazonas encontra-se entre os estados com a menor taxa de médicos por habitantes, agravado pelo fato de 95% se encontrarem na capital, sendo que os médicos existentes no interior são essencialmente generalistas, caracterizando desassistência na atenção especializada inclusive nas urgências (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2019, p. 188).

Como tem sido os repasses de recursos para os municípios de Benjamin Constant e Tabatinga?

Quadro 8- Repasses financeiros por blocos de Financiamento - Benjamin Constant e Tabatinga - 2016

Município	Benjamin Constant	Tabatinga
Atenção Básica	3.096.374,45	6.620.500,06
Média e Alta Complexidade	1.083.864,78	1.578.750,00
Assistência Farmacêutica	188.921,85	294.891,35
Gestão SUS	-----	50.000,00

Vigilância em Saúde	513.411,86	793.284,69
Investimentos	680.640,00	170.000,00
Total	5.563.212,94	9.507.426,10

Fonte: Organizado pela autora a partir do Portal da Transparência/ Saúde com mais Transparência (acesso em 10/10/2017).

O quadro acima permite visualizar os valores repassados pelo Ministério da Saúde para os municípios estudados. Tais recursos, aliados a valores repassados pelo Estado e investidos pelos próprios municípios, garantem a organização da rede de serviços de saúde local. Contudo, há de se destacar que tais repasses tendem a diminuir a cada ano e mesmo serem suspensos em decorrência do processo de contrarreforma do estado brasileiro que caminha a passos largos.

Fica evidente que a política de saúde constitui campo de disputas e que o financiamento é aspecto central dessas lutas, pois a saúde é área de investimento estratégico e de alta lucratividade. Tensionada entre ideias antagônicas - anseios da reforma sanitária, a constituição do recém-nascido SUS e a emergência do Estado mínimo – “o foco nos pobres” foi apontado como a única política social possível no país. Cada vez mais, condicionado pelo financiamento de organismos internacionais, o Ministério da Saúde passa a adotar suas orientações na implantação de várias ações programáticas (HIV/Aids, Saúde da Família, Vigilância Sanitária, REFORSUS, etc). Pressionado pelo aporte financeiro do Banco Mundial e pelas ideias disseminadas pela instituição os ideais políticos emancipatórios da reforma sanitária perdem espaço para o discurso hegemônico que dentre outros, se legitima a partir de “encontros de bastidores e negociações pouco transparentes” (PAIM, 2008) e apregoa a necessidade de minimizar o Estado como condição do ajuste estrutural; defende a descentralização como sinônimo de desresponsabilização do Estado; a focalização precária da atenção básica e a privatização dos serviços existentes.

Entendendo que esta é uma dinâmica global com amplos reflexos no lugar, destaca-se que os municípios estudados também passaram a ser alvo da atenção de organismos internacionais, em especial na área da saúde onde o

O PNUD atua na implementação do Plano Integrado do UNAIDS para a região do Alto Solimões (AM) (...), com ações de fortalecimento da governança, visando à elaboração e execução de plano de ações conjuntos (intersetorial e intermunicipal) para a resposta ao HIV/Aids (UNAIDS, s/data, p. 55).

Essa iniciativa se justificou

Devido às iniquidades encontradas no Estado, em especial nas zonas fronteiriças da Amazônia, o AmazonAids teve suas ações inicialmente focadas em três municípios da tríplice fronteira do Alto Solimões (Atalaia do Norte, Benjamin Constant e Tabatinga). A partir de 2012, as ações se expandiram para mais quatro municípios: Amaturá, Tonantins, Santo Antônio do Içá e São Paulo de Olivença. Esses municípios registram altas taxas de incidência e mortalidade causadas pela aids. As ações propostas incluem a expansão do diagnóstico rápido de HIV/Aids e acesso ao tratamento antirretroviral (UNAIDS s/data, p. 35).

Note-se que os serviços de saúde disponíveis na região do Alto Solimões e, em especial em Benjamin Constant e Tabatinga, são predominantemente públicos. A fácil transição na área de fronteira, separada por posto policial quase imperceptível por quem ali trafega, permite entender a mobilidade intensa de cidadãos colombianos e peruanos nas cidades de Tabatinga e Benjamin Constant. Essa dinâmica traz inúmeros desafios aos serviços de saúde locais, pois

Nos municípios amazonenses de fronteiras internacionais, muitas vezes é realizado o atendimento da população estrangeira pelo SUS, sem a devida transferência de recursos para tanto, onerando ainda mais o já escasso orçamento da saúde da SES e SMS (AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2019, p. 189).

Cada país tem especificidades na condução de seus sistemas de saúde. Enquanto no Brasil a saúde é entendida como direito de cidadania e ocupa papel de destaque na agenda do Estado, na Colômbia predomina sistema de saúde baseado no modelo de seguro social e no Peru, o sistema de saúde é segmentado. Note-se especificidades entre os sistemas nacionais de saúde do Brasil, da Colômbia e do Peru.

Quadro 9- Comparação entre os sistemas de Saúde - Brasil, Colômbia e Peru

Componentes	Brasil	Colômbia	Peru
Financiamento	O SUS tem como fonte de financiamento os recursos federais, dos Estados e Município.	O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde é subdividido em dois regimes: contributivo e subsidiado. As fontes de financiamento são os recursos federais oriundos da arrecadação de impostos e das cotas de contribuição.	Os recursos federais financiam o Seguro Integral de Saúde do Ministério da Saúde; as contribuições de segurados financiam o Seguro Social da Saúde e das Forças Armadas e Policiais do Peru, enquanto o setor privado é financiado pelo desembolso direto dos segurados
Relação entre financiamento e prestação de serviços (forma de participação do Estado na oferta e demanda)	A gestão é descentralizada. Repasse de recursos fundo a fundo ou por pagamento de serviços diretamente aos prestadores. A oferta de serviços é pública com demanda complementar contratada do setor privado.	O governo federal disponibiliza orçamento para financiar a saúde e cada Departamento certificado para a gestão do sistema. As Empresas Promotoras de Saúde administram a assistência contratando Instituições Prestadoras de Serviço públicas e privadas.	A gestão dos sistemas públicos de saúde é centralizada na esfera federal do governo. As redes de serviços são paralelas e autônomas na estrutura e funcionamento. O setor privado é contratado pelos seguros públicos para atender a demanda complementar.
Acesso	Acesso universal a todos os serviços sem distinguir usuário.	Seguro financiado com recursos públicos garante o Plano Obrigatório de Saúde para todo assegurado do regime contributivo ou subsidiado. O governo assume a cobertura de assistência da parcela da população que não se encontra afiliada.	A rede do Ministério da Saúde atende a população de baixa renda; a rede dos seguros de saúde atende a determinadas categorias profissionais; os seguros privados atendem por desembolso direto. O acesso depende de afiliação que garante o Plano Essencial de Assistência à Saúde
Cobertura assistencial pública	Cobertura integral assegurada a todo cidadão em todos os níveis de atenção à saúde (promoção, proteção e recuperação).	Plano Obrigatório de Saúde assegurado a todos os cidadãos. As ações não-POS e a assistência dos não afiliados são assumidas pelo governo departamental.	Prevê a cobertura de assistência integral às doenças prioritárias através do Plano Essencial de Assistência à Saúde

Fonte: Adaptado pela autora a partir de SILVA NETO, 2010.

Apesar das particularidades dos sistemas de saúde de cada país, há intensa mobilidade de pessoas entre os países da tríplice fronteira em busca de serviços de saúde.

[...] Brasileiros de Tabatinga vão buscar diagnóstico em Letícia (CO), ou se consultar com um oftalmologista colombiano; mulheres grávidas de Benjamin Constant vão ter seus filhos no Centro de Saúde de Islândia (PE); colombianos de Letícia vão buscar medicamentos gratuitos, ou se consultar nos postos de saúde gratuitamente em Tabatinga. Todos sabiamente procuram dentro de suas possibilidades o melhor atendimento num país ou no outro indistintamente. Os serviços tentam se adequar à esta situação ainda que isso torne o planejamento quase impossível, e as verbas ainda mais restritas (PIETER, 2005, p. 281).

Fica evidente em estudos de Peiter, 2005 e Silva Neto, 2010 como as zonas fronteiriças encontram-se demarcadas por desigualdades, em particular na saúde e que, efetivamente, a população transita nos dois sentidos à procura de serviços que possam resolver sua demanda. Em realidade demarcada por crescente desigualdades, os territórios continuam reproduzindo perversidades, “criando cidadãos desiguais, não apenas pelo seu lugar na produção, mas também em função do lugar onde vivem” (SANTOS, 2011, p. 187), seja no Brasil, no Peru ou na Colômbia.

Na realidade de Tabatinga, a Unidade Básica de Saúde mais próxima da fronteira atende demanda importante de população de outros países.

Na verdade o estrangeiro ele tem livre acesso, tanto à urgência e emergência, quanto a atenção básica. O que dificulta para gente é que nós recebemos um aporte de recurso direcionado pra 60.000,00 habitantes, onde nós temos um quantitativo bem mais alto. Foi feito um estudo, na Universidade Estadual e verificou-se que a Unidade Básica do Santa Rosa, nós temos 52% dos usuários estrangeiros (Gestor Municipal. Secretaria municipal de Saúde de Tabatinga).

As regiões de saúde inseridas em áreas fronteiriças, como o Alto Solimões, prescindem de olhar diferenciado, pois seu processo de planejamento não pode considerar apenas os municípios que integram a região, mas contar com população móvel, instável que continuamente pressiona os serviços locais de saúde. Ou seja, é preciso olhar para a região de forma mais abrangente, sua população, as especificidades locais e avançar na construção de regionalização que fortaleça a pactuação política de responsabilidades não somente entre municípios da região, mas entre os países da tríplice fronteira.

Porém, há de se entender que a complexidade das condições de vida nesses territórios não será resolvida apenas por intervenções na saúde, pois muitos processos de adoecimento têm sua origem em processos que ocorrem fora do sistema de saúde. Em tempos onde se divulga incessantemente a “escassez de recursos”, o SUS necessário à construção de sociedade mais justa, definido em seus princípios legais, se

metamorfoseou, nos municípios estudados, no sistema de saúde possível. Ou seja, um sistema onde há disponibilidade de serviços de atenção básica, porém quando surge a necessidade de atendimento especializado observa-se que muitos não conseguem acessar ações e serviços em seu lugar de moradia, pressionando as gestões municipais com demandas intermunicipais.

Tais questões, que no cotidiano dos serviços se traduzem em desafios práticos e possíveis dilemas, estão relacionados ao planejamento e a gestão do sistema de saúde, constituindo problemas concretos que merecem ser pensados com vistas a aprimorar as intervenções.

Ademais, esse cenário complexo e multifacetado da saúde nos municípios estudados, indica que tanto cidadãos brasileiros quanto os de outros países, encontram-se aprisionados em uma realidade local, “pobres de recursos, são prisioneiros do lugar, isto é, dos preços e das carências locais. Para estes, a rede urbana é uma realidade onírica, pertence ao domínio do sonho insatisfeito” (SANTOS, 2011. p. 192). As condições do sistema de saúde local, regional, estadual, nacional condiciona o valor de cada pessoa de acordo com seu lugar no mundo denunciando que para alguns poucos cabe alta densidade tecnológica, hotelaria moderna e asséptica, para a grande maioria, no entanto, serviços precários, ausência de profissionais, diagnóstico tardio, filas intermináveis.

A necessidade de leitura mais ampla da realidade, o aprimoramento do olhar com vistas a evitar distorções é condição precípua para subsidiar o planejamento em saúde, aspecto a ser considerado nos municípios estudados.

Nós precisamos que os próprios gestores municipais amadureçam, nós temos sérios problemas de subfinanciamento, nós temos deficiência de recurso, dificuldade de fixação profissionais principalmente de área especializada, mas nós temos graves problemas de gestão, nós temos gestores muito despreparados. E essa capacidade de planejamento esses municípios, eles não priorizam. A gente até entende, eles priorizam muito a questão assistencial, eles querem fazer porque estão sendo cobrados ali toda hora então eles querem e tem que dar o jeito na consulta, dar o remédio e tal, mas se você olhar a maioria dessas secretárias nem estrutura de planejamento tem. A estrutura de gestão é muito pequenina isso quando existe, as vezes é um para fazer tudo, fazer o plano, relatório, cuidar da atenção básica, cuidar da vigilância, notificar, fazer tudo, então é muito complicado e os gestores, infelizmente, eles ainda não priorizam ainda muito essa questão do planejamento (TÉCNICO B, Secretaria de Estado da Saúde).

O SUS ainda está em movimento e ao mesmo tempo que apresenta indícios de degradação é possível constatar sinais de seu crescimento e, principalmente de

resistência ao seu desmonte (CAMPOS, 2007). Os gestores municipais da saúde detêm atenção majoritária nas necessidades mais imediatas em saúde, pois as demandas se dão no lugar. Contudo, há de se atentar que a gestão da política de saúde pressupõe desenvolvimento simultâneo de trabalhos distintos e em distintas escalas. Assim, é preciso investir na capacidade gestora dos municípios e que estes gestores acreditem que

A defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida (CAMPOS, 2007, p.306).

A descentralização, a regionalização e a constituição de redes de atenção constituem importantes estratégias de gestão pública que precisam ser fortalecidas. Para além dos avanços e percalços encontrados em sua operacionalização as reflexões realizadas em torno de tais questões permitem entrever que o instituído no SUS não é obra do acaso. Pelo contrário, é resultante de organização real que reflete disputa entre interesses, diretrizes e valores dominantes em certo momento histórico. Para avançar nesse processo é preciso também que haja investimentos não somente na atividade fim, mas também na atividade de planejamento municipal e regional em saúde, uma vez que a lógica indutiva do governo federal ainda prevê, em muitos casos, a submissão de projetos e propostas como condição para disputar recursos, além de estimular o setor saúde a desenvolver ações planejadas de forma articuladas com outras políticas setoriais, o que indubitavelmente exige capacidade gestora e de planejamento.

Na realidade do Amazonas e do Alto Solimões, em particular, observa-se que são múltiplas as situações para que, efetivamente, o município de Tabatinga se configure como referência regional em saúde. Essa é tarefa árdua e coletiva, pois o município, sozinho, não pode ser responsabilizado pela prestação da saúde na região. É preciso corresponsabilidade de todos os municípios da região, estado e governo federal

A região de saúde e a possibilidade que esta tem de avançar na configuração de redes regionalizadas, encontra-se demarcada pela atuação de diferentes agentes e instituições que interagem, mudam, criam e recriam processos de gestão com implicações políticas, econômicas, culturais e sociais que vão além da política setorial de saúde em si. Nesse sentido, entende-se que as relações estabelecidas na implantação do SUS e em especial das redes de atenção à saúde, mesmo em um estado com como o

Amazonas evidencia que “o desenvolvimento geograficamente desigual é uma parte essencial da espacialidade capitalista” (SOJA, 1993, p. 193).

Configurar redes de atenção à saúde na realidade do Amazonas exige, dentre outras questões, conciliar interesses e objetivos diversos, como explicitou pesquisado.

Nós estamos em face de construção do planejamento integrado. Ele é muito complicado porque ele pressupõe que você vai fazer ações em nível federal e em nível estadual, em nível municipal e em nível regional para objetivos comuns, diretrizes comuns. (...). O Ministério da Saúde dá a diretriz para determinada agenda nacional, o estado tem a sua agenda. É preciso casar essas agendas com determinadas coisas que precisam ser incluídas, (...), é o olhar da necessidade local. Eles precisam ter instrumentalização melhor para perceber essa realidade. As vezes até percebe, mas na hora de colocar no plano, na hora de fazer a discussão de fazer o argumento, eles têm bastante dificuldades (TÉCNICO B. Secretaria de Estado da Saúde).

Depreende-se, a partir da fala, que o governo federal continua desenvolvendo seu papel de protagonista da política de saúde, induzindo sistematicamente os demais entes federativos a construir a partir de diretrizes nacionais propostas ajustadas à realidade do lugar. O gestor estadual da saúde assume papel de suma importância nesse movimento pois seus técnicos devem compartilhar e multiplicar informações que alcancem os recônditos do Amazonas. Essa informação, majoritariamente, expressa a realidade de um “acontecer hierárquico” pelo qual informações exógenas ao lugar, emitidas em lugares distantes, nacionais ou internacionais, chegam e se metamorfoseiam em trabalho na saúde local.

Mediante à dinâmica assumida no planejamento em saúde nacional, conforme expressou a fala do pesquisado, é preciso atentar para os riscos que a fragilidade no processo de planejamento traz, podendo traduzir visão distorcida da realidade e dos interesses da região de saúde do Alto Solimões, uma visão desenraizada do lugar, das condições de vida e necessidades de sua gente. O planejamento de saúde não pode se conformar, na percepção de Wagner Costa Ribeiro em prefácio do livro de Milton Santos, um País distorcido (2002), com um olhar pequeno, “preguiçoso” técnica, política e eticamente.

Apesar dos avanços expresso por técnicos e gestores quanto à regionalização da saúde no estado, pouco se mudou no sentido de desconcentrar serviços e ações de média e alta complexidade. Enquanto municípios como Benjamin Constant e Tabatinga desenvolvem esforços para assegurar serviços de atenção básica, Manaus concentra serviços de média e alta complexidade tecnológica em saúde, além de abrigar os

maiores prestadores privados de serviços para o SUS no estado. As regiões de saúde, após várias propostas, são nove e, nem sempre cumprem ao critério da acessibilidade entre os municípios, como se dá na realidade do Alto Solimões, região que tem, devido às especificidades locais, mobilizado investimentos na construção de uma possível rede regionalizada.

Tabatinga, assume grande responsabilidade na região de saúde, configurando-se como município de referência e, mesmo apresentando maior capacidade instalada em saúde, enfrenta cotidianamente problemas relacionados a gargalos no sistema de referência estadual. As denúncias na mídia³¹ relacionadas à saúde no Amazonas são notórias e permitem inferir as feições complexas que a universalização da saúde como direito de todos no estado tem assumido. Na região de saúde do Alto Solimões, assim como em outras regiões, a saúde como direito não chegou para todos. Resta aos gestores da saúde no Alto Solimões, em particular dos municípios de Tabatinga e Benjamin Constant, imprimir nova direcionalidade à construção de redes regionalizadas em seu território.

Assim, considera-se que nos municípios estudados há desconcentração da execução de atividades de saúde, sem que, muitas vezes, estes tenham condições de dar conta da multiplicidade de ações e serviços previstos. A atenção básica tem papel ímpar no acolhimento das demandas de saúde dos lugares e na dinamização das redes de atenção, o item subsequente fará breve incursão sobre a realidade desses serviços nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga.

2.3 Os serviços de atenção básica à saúde em Benjamin Constant e Tabatinga: (des) caminhos na coordenação do cuidado

Considerada no marco normativo nacional como “direito de todos” e conquista do processo de redemocratização do país, a saúde, sua expressão real e cotidiana, se apresenta bem distinta da norma e a organização dos serviços, apesar de

³¹ Fiscalização aponta que situação da rede pública de saúde do Amazonas é alarmante (a Crítica, 04/08/2017); Remédios de até R\$16 mil eram desviados de hospitais no Amazonas (G1 AM, 16/03/2017); Ex-secretários de Saúde do Amazonas são presos suspeitos de desvio de verba e propina (G1 AM, 13/12/2017); Servidores da saúde protestam em frente ao governo do AM por melhorias trabalhistas (G1 AM, 24/01/2018); Indígenas denunciam descaso com saúde na região do Vale do Javari (Repórter Amazônia, 24/01/2018).

todos os avanços alcançados na implementação do SUS, ainda resguardam práticas assistenciais e curativas que evidenciam as dificuldades enfrentadas para construir um modelo de atenção adequado ao atual momento histórico.

Como restou evidente, a diretriz descentralizadora fortaleceu o município como esfera com plena autonomia político-administrativa e responsável por fazer a política e prover serviços essenciais. Essa determinação se mostrou extremamente complexa e a possibilidade de garantir acesso universal e equânime à saúde não se configurou realidade em muitas regiões de saúde. Apesar de alguns esforços de superação das desigualdades em saúde na escala macro, através da destinação de recursos específicos para regiões com menor oferta e cobertura de ações e serviços, como a Amazônia, os resultados continuam insatisfatórios e não parecem traduzir orientação estratégica ou política que atenuem desigualdades regionais. A visão fragmentada do território e a rigidez na distribuição da oferta de serviços tende a perpetuar as desigualdades de alocação de recursos, na utilização dos serviços e nos indicadores de saúde.

Tais assimetrias foram sinalizadas pelo IBGE na Pesquisa de Assistência Médico Sanitária em 2009.

Quadro 10 - Estabelecimentos de Saúde, Regiões e Brasil, 2009

Brasil e Grandes Regiões	Estabelecimentos de Saúde			
	Com Internação	Sem internação	Apoio à diagnose e terapia	Total
Norte	618	4850	837	6305
Nordeste	2126	22295	3813	28234
Sudeste	2265	24541	8545	35351
Sul	1108	10581	4265	15954
Centro-Oeste	758	5634	1834	8226
Brasil	6875	67901	19294	94070

Fonte: IBGE, 2009.

Os dados sinalizam descompasso entre a evolução das bases político institucionais do sistema de saúde brasileiro e sua configuração concreta no território. Evidencia-se que a região norte apresenta o menor número de estabelecimentos de

saúde do país, sendo que os estabelecimentos predominantes na região são os serviços sem internação, ou seja, Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios de especialidades. As disparidades entre regiões vão além da política de saúde, pois na verdade, fazem parte da tendência nacional onde constata-se que a reprodução de sistema em que a distribuição territorial da infraestrutura de recursos reforça as desigualdades no acesso aos serviços e na quantidade e qualidade da atenção recebida pela população (TEIXEIRA, 1999, p.291).

Nesse sentido, a ausência ou precariedade da infraestrutura do lugar, em especial no que se refere à saúde, condiciona as possibilidades de acesso da população a esse direito. Como avançar na construção de um sistema universal e equitativo que assegure integralidade do cuidado a todos os cidadãos em país onde os serviços mais complexos encontram-se desconectados da maior parte dos municípios? Assim, importa analisar como nos municípios estudados se apresenta a estrutura dos serviços de atenção básica.

Em realidade marcada por diferentes capacidades técnicas e gerenciais dos municípios, pela ausência de infraestrutura, poucos recursos, dificuldade em fixar recursos humanos especializados e pelo crescimento das responsabilidades em relação a política de saúde muitos municípios do Amazonas limitaram-se à prestação dos serviços de atenção básica à saúde.

Tais serviços, na arquitetura das redes de atenção, assumem papel estratégico na saúde desenvolvida no âmbito municipal, configurando-se, nos termos da Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, como alicerce da atenção à saúde, principal porta de entrada do sistema, ordenadora e centro comunicacional das redes.

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, artigo 2º, p. 68).

O entendimento da atenção primária ou básica, como consensuado no Brasil³², enquanto estratégia para organização da rede de atenção à saúde é factível e correta, apesar do estudo de Eugenio Mendes (2013, p. 102), recomendar que “um ciclo que se denomine de atenção primária à saúde ao invés de atenção básica vai além de uma

³² A Política Nacional de Atenção Básica - Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017 - considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes.

opção semântica porque propõe uma nova forma de estruturar a APS como uma estratégia de organização do SUS”. Para o autor, portanto, esse novo ciclo da atenção primária fora desencadeado a partir do

[...] Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS, que faz uma clara opção por uma APS como estratégica de reordenamento do SUS (243). Esse Decreto Presidencial coloca a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde (Art. 5º), diz que a APS é uma porta de entrada da RAS (Art.9º), define que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas deve ser referenciado pela APS (Art. 10) e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Art. 11). (MENDES, 2012, 102).

O SUS mantém o termo atenção básica, preconizando-a como fundamento do sistema e definindo, nos termos da Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Saúde da Família e outras propostas equivalentes a esta, como sua estratégia prioritária (artigo 4º), definindo que todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica sejam denominados Unidade Básica de Saúde (artigo 6º). Este entendimento tende a homogeneizar os serviços nesse nível de atenção, pelo qual já transitaram os Centros de Saúde, as Unidades básicas de Saúde, o Programa Agente Comunitário de Saúde, o Programa Saúde da Família, a Estratégia Saúde da Família. Esses serviços devem atuar a partir de diretrizes como

a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade (BRASIL, Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, artigo 3º, p. 68).

O fortalecimento da rede de atenção básica em conjunto com a rede de urgência e emergência constituem aspectos estratégicos com vistas a ampliação do acesso à saúde. Inicialmente o SUS se expandiu impulsionado pela pressão produzida sobre os municípios para que estes estruturassem serviços de saúde em seus territórios, com ênfase na implantação da atenção básica.

No Amazonas estes serviços se materializaram na experiência dos PACS e na estratégia Saúde da Família. Se à primeira vista essa expansão pode, em alguma medida, ser associada ao princípio da universalidade, ao olhar mais aprofundado depreende-se que este foi um processo que se deu de forma contraditória, pois ao mesmo em que a atenção básica se expandiu e, no Amazonas, atingiu todos os municípios, esta se deu inicialmente de forma focalizada e fragmentada através dos PACS, em particular em sua

versão rural, posteriormente, através das equipes de Saúde da Família, de unidades hospitalares de pequeno porte e da experiência consorciada.

Será que os municípios pesquisados têm conseguido organizar uma rede de serviços de atenção básica de saúde? Alguns dados cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB, com relação as equipes de Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Equipes de Saúde bucal e Núcleos de apoio à Saúde da Família nos municípios estudados merecem destaque.

Quadro 11- Serviços de atenção básica credenciados pelo Ministério da Saúde - Amazonas, Benjamin Constant e Tabatinga, janeiro de 2017

Unidade Federativa	Equipes de saúde da Família	Agentes Comunitários de Saúde	Equipe de Saúde Bucal – Modalidad e I	Equipe de Saúde Bucal – Modalidad e II	Núcleo de apoio à Saúde da Família – NASF Tipo I	Núcleo de apoio à Saúde da Família – NASF Tipo II
Benjamin Constant	7	97	2	0	0	0
Tabatinga	13	144	8	0	1	0

Fonte: Organizado pela autora. A partir de dados do MS/SAS/DAB e IBGE, 2017.

Os dados apresentados no quadro acima permitem inferir que nos municípios estudados tem havido esforços no sentido da ampliação de serviços de atenção básica. Tabatinga, como cidade média apresenta, em relação à Benjamin Constant, maior número de serviços de atenção básica, contando inclusive com Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Considerando o potencial desses serviços, entende-se que apesar dos questionamentos acerca da implantação de uma “medicina pobre para os pobres” (TESTA, 1985; 1992), a atenção básica se espalhou pelo país e suscitou inúmeras reflexões acerca do modelo de atenção à saúde pensado naquele momento como pirâmide. Nos termos de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (1997), a proposta piramidal não se configurou como realidade para a população que busca e constrói percursos diferentes daquele inicialmente prescritos. Não desconsiderando os limites enfrentados pelos serviços de atenção básica no Brasil, em particular ao que concerne a sua capacidade de resolutividade, entende-se que estes desempenham papel estratégico no SUS, mas não podem ser responsabilizados isoladamente pelo acolhimento e bom andamento dos fluxos de referência e contra referência.

A atenção básica, dentre as possíveis portas de entrada do sistema, assume papel estratégico, manter o vínculo com os usuários de forma a assegurar a longitudinalidade do cuidado, ou seja, a disponibilidade de uma “fonte regular de atenção” (STARFIELD, 2002) a ser utilizada por estes ao longo do tempo. Esta proposta coaduna-se com a construção de redes de atenção à saúde e rompe com a perspectiva piramidal, entendendo que todos os pontos de atenção são importantes e configuram-se como nós que interligam uma grande malha de serviços através de relações horizontais (MENDES, 2011).

Considerando os municípios estudados e o papel que assumem na região de saúde foi realizado levantamento para identificar o aparato institucional da atenção básica à saúde disponível.

Quadro 12- Serviços de atenção básica à saúde - Benjamin Constant e Tabatinga

Município	Unidade Básica de Saúde	Unidade Básica de Saúde da Família	Nº de pessoas no território da equipe ³³
Benjamin Constant	UBS Enferm. Leontina da Silva	UBSF Umarizal	2.957
		UBSF Javarizinho	2.971
	Centro de Saúde Benjamin Constant	UBSF Colônia	2.622
	UBS Alcino Castelo Branco	UBSF Cidade Nova	2.237
		UBS Coimbra II	1.137
		UBSF Com. Rurais II	1.453
	UBS Sebastião Cruz Plácido	UBSF Coimbra I	3.835
	UBS Prim Assis	UBSF Bom Jardim	2.923
		UBSF Com. Rurais I	1.275
Tabatinga	UBS Santa Rosa	Santa Rosa -Gm3	4.252
		Rui Barbosa	3.919
	UBS Tancredo Neves	Comunicações I	2.645
		Comunicações II	2.522
		Tancredo Neves	2.020
	UBS Claudio de Souza Rodrigues	Vilaverde	2.493
	UBS Nova Esperança	Vila Paraiso	4.186
	UBS Ibirapuera	Ibirapuera	2.608
	UBS Brilhante	Brilhante	2.039
		Porto Brás	2.283
	UBS Dídimo de Souza Pires	Centro	1.828
		D. Pedro	2.824
São Francisco		2.655	
Programa Agentes Comunitários de Saúde Rural			1.088

Fonte: Organizado pela autora a partir das Pesquisa de Campo, 2015 e 2016.

³³ Informações coletadas durante Pesquisa de Campo realizada em outubro de 2016.

Destaca-se que além desses serviços o município de Tabatinga dispõe da Casa da Saúde Municipal Conceição Alencar Xavier e do Laboratório Municipal que funciona dentro da UBS Dídimo de Souza Pires. Considerando que no Brasil há desigualdade na distribuição dos médicos e entendendo que esta dificuldade reflete na qualidade da assistência à saúde, se buscou informações sobre a presença desses profissionais nas unidades de saúde dos municípios estudados.

Quadro 13- Profissionais de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Cobertura Populacional - Benjamin Constant e Tabatinga - 2016

Município	Nº de Médicos	Nº de Enfermeiros	Nº de Odontólogos	Nº de equipes de saúde da Família- 2016	Cobertura populacional – 2016 (porcentagem)
Benj. Constant	21	25	5	6	53,18%
Tabatinga	103	86	26	13	63,90%

Fonte: Organizado pela autora a partir da SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Atualizado em: 01/10/2017.

Note-se que o quadro se refere a profissionais que atuam na atenção básica, ou seja, equipes que têm “território definido” sob o qual assumem “responsabilidade sanitária”. Esses serviços devem ter seus processos de trabalho marcados pela multidisciplinaridade das equipes que devem ter a capacidade de cobrir a população adstrita, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde presentes no território (BRASIL, 2017).

Como ficou demonstrado no item anterior, a implantação da atenção básica no Amazonas foi permeada por inúmeras dificuldades e no Plano Estadual de Saúde 2016-2019 está registrado que

Um dos maiores obstáculos para a implantação das equipes e, conseqüentemente, o aumento da cobertura, deve-se à dificuldade de contratação e fixação do profissional médico nos municípios, principalmente, nos mais longínquos da capital do Estado, outro é o subfinanciamento da ESF pelos entes federados (AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde, 2016-2019, p. 100).

Os municípios estudados, por ocasião da pesquisa, estavam habilitados nos termos da NOAS 01/2002. Benjamin Constant encontrava-se habilitado na Gestão Plena

do Sistema Municipal e Tabatinga na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada³⁴, distinção que a Portaria nº 384, de 04 de abril de 2003, em seu artigo 1º extinguiu.

Por ocasião da pesquisa e em visita às unidades de saúde da zona urbana dos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga houve preocupação em buscar informações quanto ao funcionamento desses serviços. Constatou-se que, em geral, nos dois municípios, as unidades funcionam no horário de 07 às 12 e de 14 às 17 horas, de segunda a sexta feira. Alguns relatos remetem à estrutura física das unidades de atenção básica nos municípios estudados.

[...]todas as salas são compartilhadas (Profissional K, Tabatinga)

A estrutura é para as duas equipes, mas aqui são três equipes, e ainda está em processo de mudança. Eu divido a sala com o enfermeiro (...), não tem nenhum tipo de problema, tem dia que ele atende, tem dia que tem visita, então não tem problema (Profissional I, Tabatinga).

[...] falta de alguns mecanismos que afetam nosso trabalho como os ar condicionados, uma sala climatizada (...), a gente continua utilizando essa parte que é mais antiga aqui, (...) o prédio se torna muito pequeno, (...) essa sala aqui hoje onde eu trabalho, é a sala onde funcionava a sala dos agentes de saúde e eu acabei dando uma reformulada aqui para eu ir me adaptando para atender os pacientes e eles passaram para uma sala improvisada lá nesse novo prédio, porém sem ar condicionado, sem nada, mas eles estão lá executando alguns dos trabalhos deles (...) você vê, sendo sala de médico ou enfermeiro, você necessita de uma pia para lavar as mãos e aqui não tem nenhuma (Profissional B, Benjamin Constant)

As falas permitem entrever a diversidade de condições estruturais dos serviços nos dois municípios. Apesar de alguns profissionais entrevistados relatarem que a estrutura física da unidade onde trabalham é “[...] boa. Adequada” (Profissional E, Benjamin Constant), a pesquisa de campo constatou que a realidade majoritária é de serviços com estrutura compartilhada não somente entre os vários profissionais da equipe, mas por várias equipes. Os agentes comunitários de saúde, por sua vez, ocupam em alguns casos, espaços improvisados ou mesmo, como se identificou em relato, “[...] eles ficam naquela área externa” (Profissional G, Tabatinga). A fragilidade da estrutura

³⁴ Os municípios habilitados devem ofertar ações prevista para a atenção básica e de: a) controle da tuberculose e eliminação da hanseníase; b) controle da hipertensão e diabetes; c) ações de saúde bucal; d) saúde da criança; e) saúde da mulher; além de ações relacionadas especificamente à atenção ampliada: a) atendimento médico de urgência com observação; b) assistência domiciliar por profissional de nível superior, c) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos; d) cirurgias ambulatoriais especializadas; e) ações especializadas em odontologia; f) teste imunológico de gravidez e eletrocardiograma. (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003)

onde esses profissionais desenvolvem seus trabalhos, em alguns casos, é limitada e restringe a possibilidade de atuação.

As unidades básicas de saúde dos municípios estudados dispõem também de sala de vacinação, farmácia, sala de curativo, sala de nebulização voltadas para o atendimento da população. Na realização desses atendimentos, em alguns casos, há relatos que retratam que o espaço físico apresenta limitações, pois

[...] nessa mesma sala onde funciona a sala de triagem, funciona a sala de curativo, funciona a sala de nebulização e a sala de medicamentos, coisa que segundo o protocolo do ministério da saúde não pode, de jeito nenhum, porque existe curativos contaminados que fazemos aqui, tem pacientes que chegam para fazer inalação também não pode ser junto e que fica todo mundo suscetível, então a gente tenta (Profissional B, Benjamin Constant)

A sala de triagem é usada como sala de curativos, não tem uma específica para esterilização também (Profissional B, Tabatinga)

Mesmo reconhecendo que algumas unidades apresentam boa estrutura física evidencia-se nos municípios estudados problemas na adequação da estrutura de alguns serviços os quais se caracterizam como espaços exíguos de estrutura precária, espaços alugados e que se configuram como provisórios.

Como dimensão estruturante na organização e dinamização das redes e na própria consolidação do SUS no lugar, os serviços de atenção básica devem apresentar estrutura física compatível com o desenvolvimento das ações que lhe estão destinadas e constituem responsabilidade comum a todas as esferas de governo, “III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade” (BRASIL, 2017, artigo 7º).

A estrutura física condiciona o tipo de atividade que os profissionais realizam. Algumas unidades conseguem realizar atividades com grupos, pois há espaço disponível, outras fazem adaptações como demonstra nas falas: “*Tem a sala de reunião dos ACS, mas na verdade é de atividade coletiva*” (Profissional L, Tabatinga) ou ainda, “*Nós acabamos utilizando essa área externa que é fechada, essa área da frente e a lateral*” (Profissional B, Tabatinga).

Os relatos de alguns profissionais retratam dificuldades para realizar atividades coletivas,

O que impossibilita muita das vezes a gente fazer esse trabalho coletivo com a população, que são palestras, fazer alguma atividade com as crianças porque se torna muito grande e o espaço é o mínimo possível e se você fizer uma atividade dessa acaba que ocasionado um estresse no paciente, pelo calor excessivo, um ar condicionado pequeno (Profissional B, Benjamin Constant).

A precariedade e mesmo a inexistência de espaços onde as equipes possam desenvolver atividades coletivas muito menos incorporar Práticas Integrativas e Complementares, parece ser realidade nos municípios estudados o que, decerto contribui para que as atividades que envolvam o empoderamento coletivo da população sejam reduzidas e mesmo o estímulo à participação social fique limitado. A legislação atual preconiza que as unidades de atenção básica tenham, além das áreas comuns, ambientes como

[...] consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo (BRASIL, Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, p. 70).

Esta é a estrutura condizente com o desenvolvimento de ações caracterizadas, nos termos de Eugenio Mendes (2012), como clínica ampliada e onde se ofertem tecnologias relacionadas às mudanças de comportamentos e de estilos de vida em relação à saúde.

Como possível porta de entrada no SUS e espaço que prima pelo acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis e sujeitos a fatores de risco no território sob sua responsabilidade, os serviços de atenção básica, devem apresentar condições para atendimento individualizado e privativo, além de desenvolver atividades coletivas e de promoção e educação em saúde. Nesse sentido, além da estrutura física, a composição das equipes é aspecto a ser considerado, como sinalizam os relatos.

A minha equipe não está completa, não temos médico, apenas eu que sou enfermeiro. Estamos sem odontólogo. No momento estamos com cinco ACS e sem agentes de endemias, cadastrado na minha equipe não tem técnico de enfermagem. Nós temos uma médica para suprir a necessidade de duas equipes, (...). Mesmo coisa acontece com os enfermeiros, eu já trabalhei aqui praticamente uns três meses sozinho, pelas duas equipes, então acaba que a demanda era muito grande (Profissional B, Benjamin Constant)

Só temos médico, enfermeira. Tem uma odontóloga, mas não sei informar se ela é da minha equipe. Eu tenho 6 ACS. (...). Na minha equipe tem uma técnica de enfermagem, mas não tem nenhum de endemia. Tem uma pessoa que é da outra equipe, agente comunitário, ele fez treinamento e faz os atendimentos (Profissional D, Benjamin Constant)

Até o momento está completa a equipe, tem um médico, uma enfermeira, um odontólogo. São 12 ACS, 1 agente de endemias, auxiliar de consultório odontológico, e técnico de enfermagem (Profissional I, Tabatinga)

Tem 12 agentes de saúde, médico, enfermeiro, um ACE e tem um técnico de enfermagem também. Tem um odontólogo que atende as duas equipes (Profissional G, Tabatinga)

Os relatos em destaque evidenciam a existência de equipes completas e equipes incompletas, com ausência de médicos, odontólogos e agentes comunitários de saúde. Tendo em referência que as “consultas médicas de curta duração” não asseguram resolutividade do cuidado às condições crônicas, Eugenio Mendes (2012, p. 93), sinaliza que a “solução verdadeira passa pela formação de uma equipe de trabalho multiprofissional que distribui as tarefas, segundo as vantagens comparativas de cada profissional”. Ou seja, a reorientação do modelo de atenção, o acolhimento e construção de vínculos com a população do território pressupõe a presença de vários profissionais aptos a desenvolver esse trabalho de forma contínua e sistemática, não apenas como mera exigência técnica ou medida burocrática, mas como medida de justiça social e cumprimento do direito à saúde.

Considerando que nos municípios estudados também há profissionais que atuam diretamente com a população rural, se buscou informações acerca da especificidade desse trabalho.

A equipe sou eu enfermeira e um médico, mas no momento minha estratégia está sem médico. (...). Eu tenho (acompanho) 16 comunidades, cada uma devia ter um agente de saúde, mas (...) no total eu tenho 4 comunidades que não tem agentes e nem quem apoie. No total tenho apenas 10 agentes e alguns deles cobrem duas áreas que são próximas (Profissional G, Benjamin Constant).

Na equipe sou eu, enfermeira e 14 agentes (Profissional C, Tabatinga).

Constatou-se que em ambos os municípios existem unidades de saúde de referência para a população rural e que, em geral esse núcleo de atendimento é composto por enfermeiro de referência que coordena Agentes Comunitários de Saúde inseridos em várias comunidades.

A pesquisa identificou que boa parte dos profissionais que atuam nos serviços de atenção básica são contratados, conforme expressam alguns relatos - “*Eu sou contratada,*” “*Sou contratada há uns quatro anos*”, “*Sou contratado e vou fazer cinco anos em janeiro*”, “*Aqui eu sou contratada*”, “*Sou contratada pela prefeitura*”. A partir desse cenário e mesmo considerando que nos dois municípios também há profissionais que apresentam relação de trabalho estável - “*Sou efetiva da secretaria*”, “*Sou estatutária há 2 anos e 7 meses*” - questiona-se se a precariedade das relações de trabalho a que se encontram impostos muito profissionais incide na qualidade da saúde prestada no município.

Sem dúvida esta é questão complexa e multifacetada que pode ser iluminada pela alta rotatividade dos profissionais, pela presença de equipes reduzidas para atendimento de população superdimensionada, pela dificuldade das equipes em potencializar a participação da comunidade em ações de promoção, educação em saúde e controle social. Identificou-se também, por ocasião da pesquisa, dificuldade dos profissionais em lidar com demandas relacionadas à saúde mental, ao uso de drogas e álcool ou mesmo violência. Há limitações de profissionais com o manuseio dos sistemas e produção de informações sobre o território.

Diante do exposto, fica claro que concentrar todo o processo de cuidado em saúde apenas no médico e no enfermeiro é insuficiente para assegurar o atendimento às demandas de saúde da população. No cotidiano dos serviços de atenção básica com equipes de saúde completas ou não é imprescindível convocar outros profissionais disponíveis na rede para contribuir com seu olhar, pois o real traz cotidianamente,

[...] novas e velhas questões relacionadas aos determinantes sociais da saúde são trazidas e atualizadas ao debate (...), exigindo respostas institucionais das políticas de saúde e do SUS, tornando o sistema mais complexo, embora ainda fragmentado (FIRPO et al., 2015, p. 28).

Há muito a conjuntura nacional não se mostra favorável a avanços consistentes na implementação do SUS prescrito, reproduzindo silenciosamente desigualdades em saúde, como fica evidenciado quando se reflete sobre a qualidade da atenção em saúde provida em prol da população nos municípios estudados.

A gente não tem o atendimento tão grande das comunidades porque eles não tem recursos para se deslocar de lá para cá, tem famílias em situações precárias, o que a gente faz é cobrar dos agentes de saúde, principalmente às gestantes (Profissional G, Benjamin Constant)

Eles vem no barco geralmente do agente de saúde, então pra eles virem pra cá te, que ter o retorno deles de gasolina (...)só que não estão liberando mais(...) e eles não tem condições de vir pra trazer pacientes. Eles pedem para os pacientes virem para cá quando eles têm familiares, então dormem e são atendidos. Todos os dias nosso cronograma de agendamento é reservado cinco vagas para as pessoas das comunidades (Profissional C, Tabatinga).

Fica evidente a complexidade de planejar o cuidado em saúde seja para a população das comunidades rurais ou das áreas urbanas. Nos municípios de Tabatinga e Benjamin Constant muitos atendimentos têm sido viabilizados sob a forma de mutirões, como indica o relato.

Levamos 10 dias para realizar essa campanha, porque a gente ia e voltava, tinha dias que a gente fazia 2 ou 3 comunidades (Profissional C, Tabatinga).

[...] ia a equipe do NASF, a odontologia, a equipe multiprofissional e todo mundo lá atendia, a farmácia levava remédios, fazia atividades com as crianças, fazia de tudo um pouco, (...) estendia o atendimento o dia todo, e então retornava. O atendimento era na comunidade mesmo, na escola ou então numa casa de reunião, na igreja porque lá não tem postinho de saúde. Nas comunidades, não tem nada fixo (...)quando a gente vai para a comunidade a gente fica lá no local deles (Profissional C, Tabatinga).

No decorrer da pesquisa o município de Tabatinga recebeu uma Unidade de Saúde Fluvial e identificou-se que Benjamin Constant estava com processo em curso para aquisição de estrutura similar. Há grande expectativa dos profissionais em relação ao uso da unidade fluvial como recurso para potencializar a atenção à saúde nas comunidades rurais.

A gente vai ter é um barco que está sendo preparado para atender, uma unidade fluvial, a proposta é que seja montada uma equipe que quiser participar desse projeto, aí a gente vai para as comunidades fazer o atendimento nas comunidades (Profissional G, Benjamin Constant).

Agora está para sair a UBS fluvial, eu vou ser enfermeira de lá e vai estar uma equipe completo com médico, técnico. (...). Está bem bonito, tem a recepção, os consultórios, o laboratório. É tudo pequeno mais é bonitinho (...). É uma conquista, está bem estruturado, está bem bonitinho. (Profissional C, Tabatinga).

Destaca-se que a utilização de unidades de saúde fluvial, como a adquirida em Tabatinga, atende a necessidade específica da região Amazônica, no sentido de

possibilitar intervenção junto às populações espalhadas no território e que, muitas vezes, não são alcançadas pela política de saúde.

Tendo em vista a realidade dos serviços de atenção básica destinado a populações dos municípios estudados, se reflete: se o significado de “básico” remete àquilo que está na base, ou seja, é fundamental, a saúde básica também deve ser entendida como dimensão primordial, basilar da vida do ser humano. Nesse sentido, como otimizar o acesso à saúde enquanto necessidade básica de todos os cidadãos, inclusive àqueles que residem nas vilas, comunidades e aldeias do Amazonas e, em particular em Benjamin Constant e Tabatinga? Como avançar nessa direção em realidade onde a população rural para buscar à saúde precisa usar recursos próprios, pois

Tem famílias onde ninguém tem condições e nenhum faz acompanhamento (Profissional C, Tabatinga).

Eles ficam esperando os agentes de saúde. Só que a capacidade de atendimento deles é limitada, não tem como identificar um agravo em uma gestante, tem uma limitação aí que a gente sabe qual é (Profissional G, Benjamin Constant).

Essa população quando consegue chegar à cidade desconhece os fluxos de atenção e, em particular os fluxos que estes adotam, procurando o serviço do hospital que historicamente atendia sua demanda de saúde. Ao procurar este serviço, essa população é encaminhada para as unidades básicas de saúde, como relata profissional

Também acontece de algumas pessoas vindo do interior e não saberem aonde ir para ser atendido, então do hospital são encaminhadas essas pessoas e a gente já explica onde vai ser o próximo atendimento (Profissional C, Benjamin Constant).

Para essa população a quem o Estado destinou tão pouco em relação ao direito devido, orientações de agendamento de consulta, cartão nacional de saúde, prontuário eletrônico, exames, retorno e procedimentos se assemelham mais a obstáculos irracionais no acesso ao serviço que estes precisam do que rotinas institucionalizadas. Oriundos de lugares onde, na leitura de Milton Santos (2008, p. 39), os tempos são lentos, adaptados às infraestruturas incompletas ou herdadas do passado, essa população, ao chegar à sede do município, muitas vezes, depara-se com profissionais em férias, licenças, cursos, o que os impulsiona a buscar atendimento no Hospital, na UPA, pressionando os serviços de urgência e emergência pelo atendimento que lhes é devido.

Sua presença na cidade não pode ser visualizada como problema, mas como demanda real que deve ser considerada pelo município no planejamento de suas ações. Assim, os eventuais questionamentos relacionados a gastos com combustível por parte dos agentes comunitários que muitas vezes trazem usuários com os próprios recursos para a sede municipal, ou ainda dos próprios usuários quanto a necessidades que o deslocamento impõe (alimentação, transporte na cidade, abrigo) e que estes não têm condições de prover, deve ser entendido como necessidades reais que envolvem assegurar acesso à saúde no Amazonas e, em particular em Benjamin Constant e Tabatinga. A presença destes deve remeter a possibilidade efetiva de potencializar o acesso à saúde enquanto direito e enquanto necessidade primária diretamente relacionada à preservação da condição humana (PEREIRA, 2002). Direito que é devido, deve ser reconhecido e assegurado como tal, não como favor ou benesse. Por quanto tempo mais deixaremos à própria sorte, à doença e à morte as populações das comunidades rurais do Amazonas?

Fica evidente, que o trabalho em saúde exige arranjos que ampliem os vínculos entre as equipes e os usuários. Tal perspectiva requer abertura e articulação dos campos disciplinares, permitindo ultrapassar a estrutura tradicional vigente, o modelo médico hegemônico, o isolamento profissional, visualizado em relato obtido por ocasião da pesquisa – *“Tem uma odontóloga, mas não sei informar se ela é da minha equipe”* (Profissional D, Benjamin Constant).

Como assumir o papel de “centro de comunicação” do sistema de saúde sem que os profissionais que atuam em espaços compartilhados estabeleçam interação e articulação com vistas a identificar formas de melhorar as condições de saúde de seus demandantes? Ao atuar de forma articulada os profissionais que compõem as equipes de atenção básica podem traçar estratégias mediante situações como a expressa em relato.

Eu não tenho médico aqui na Unidade e tem o médico da outra equipe, aí conversei com ele e ele aceitou atender as gestantes da comunidade, então ele agenda para elas e elas vem bem certinho (Profissional C, Tabatinga).

A caminhada em direção à fugidia e central concepção de integralidade em saúde não pode se dar de forma solitária, isolada e personalizada em determinados profissionais ou categorias, é preciso potencializar estratégias de resistência à tendência individualizante e corporativista que espreita os espaços da saúde e atuar coletivamente, como equipe. Somente esta postura construirá avanços em direção ao cuidado solidário

e compartilhado não somente entre os profissionais, mas entre serviços de saúde distintos em suas especificidades.

É importante reconhecer também, que a precariedade de infraestrutura dos serviços, a incompletude das equipes, a precária prestação de serviços e ações de saúde para a população rural são alguns dos resultados de um processo mais geral, demarcado pela reforma do estado brasileiro e pela tendência regressiva do financiamento da saúde que travancou a implementação do SUS histórico e, nos termos de Eduardo Fagnani (2017, p. 18), tende a fechar vias à frente e impedir a realização de quaisquer projetos de transformação no futuro. Nesse interim, restam direitos para alguns, cidade para alguns, saúde para alguns....

Mesmo reconhecendo as limitações e problemas do sistema de saúde marcado pela desigualdade no acesso, constata-se também que o SUS está aí, talvez não o SUS desejável e sim, o possível, mas um sistema que, na região do Alto Solimões, atende parcela majoritária da população e cuja ausência produziria, nos termos de Gastão Wagner (2016), a “barbárie sanitária”. A defesa do SUS exige reconhecer que, no cotidiano dos serviços de saúde volta e meia se depara com relatos de usuários que traduzem que, nem sempre, a produção do cuidado está comprometida com suas demandas de saúde ou mesmo a práticas isoladas, assépticas que não expressam corresponsabilidade face a vida da população.

Essa realidade, permite refletir, a partir da leitura de Emerson Merhy (2004), que a atuação profissional na saúde pressupõe a mobilização de saberes e modos de agir, demarcados pela especificidade de cada campo profissional – o médico, o enfermeiro, o odontólogo, o agente comunitário de saúde. Constatou-se, no decorrer da investigação, que os profissionais entrevistados, além da graduação já possuem ou estão fazendo uma formação complementar – *“Tenho especialização em saúde da família”, “Sou especialista em urgência e emergência”, “Tenho especialização de UTI e estou concluindo obstetrícia”, “Estou fazendo a minha pós-graduação em saúde indígena”*. Face à complexidade da realidade onde os serviços de atenção básica encontram-se inseridos, quanto maior o conjunto de saberes mobilizados na produção do cuidado em saúde, maior a possibilidade de se compreender os problemas de saúde da população e maior a capacidade de enfrentá-los adequadamente.

Assim, é essencial que os profissionais inseridos nos serviços cultivem a ação integralizada e unificada em torno do usuário. Esta tarefa pressupõe, serviços e equipes potentes, com capacidade para promover o percurso do usuário na rede e desenvolver

intervenções oportunas em relação à saúde da população. A pesquisa buscou informações acerca de como se dá o acesso ao atendimento nos serviços de atenção básica. Note-se alguns relatos relacionados a esse aspecto.

[...] é demanda espontânea. A única coisa que eu agendo para dar mais atenção é o preventivo, para poder melhor conversar com elas, (...) tiro um dia só para elas, porque tem gente que tem medo, não sabe como é, nunca fez então isso demora (Profissional A, Benjamin Constant).

[...] fazemos a classificação de risco no momento da triagem. São os enfermeiros e os técnicos que fazem, nós já somos capacitados para isso. Nós trazemos os pacientes para a sala de triagem, fazemos toda a medição e aferição da PA, temperatura e perguntamos sua queixa principal. Mediante a informação dele nós o direcionamos a consulta de enfermagem ou a consulta médica (Profissional B, Benjamin Constant).

[...] todos os dias tem agendamento, tanto para o enfermeiro quanto para o médico, mas além do agendamento nós deixamos algumas vagas para a demanda espontânea (Profissional L, Tabatinga).

Todo os dias a gente agenda, a gente faz o acolhimento por ordem de chegada. De segunda a quinta, é agendamento para consulta médica, criança de 0 à 5 anos são agendados na recepção, hiperdia, início de pré natal (Profissional K, Tabatinga).

Considerando que os serviços de atenção básica devem se configurar como porta de entrada no sistema de saúde e assegurar resolutividade no cuidado voltado para a população, nos municípios estudados, os relatos traduzem, de modo geral, um modelo de atendimento onde predominam consultas com ênfase nas ações prioritárias do Ministério da Saúde (hiperdia, crescimento e desenvolvimento e pré-natal) realizadas, principalmente, a partir de demanda que chega à unidade e que passa pela classificação de risco, triagem ou acolhimento e é atendida a partir de limite de vagas,

[...] para mim, 30 ao todo, de manhã 15 e tarde 15 também, para o médico a mesma coisa, mais ou menos isso, 30 durante o dia. Para o odontólogo tem um limite, até por causa dos materiais, até onde eu sei, eles agendam até no máximo 8 pacientes, manhã e tarde (Profissional L, Tabatinga).

[...] tem um limites de fichas, porque isso também tá preconizado (...), que eles tem que atender quinze fichas por turno que acontece (Profissional B, Benjamin Constant).

É preciso reconhecer, no entanto, que parece haver preocupação e certa flexibilidade na agenda, com vistas a assegurar o acesso da população que se caracteriza como “demanda espontânea”. Evidencia-se, porém, que a tendência à agenda definida se sobrepõe como exposto nos relatos.

[...] todos os dias só que aqui é específico, agenda na segunda-feira para no outro dia ser atendido, na terça é o CD (crescimento e desenvolvimento), na quarta é o hipertenso, sempre de um dia para o outro (Profissional G, Tabatinga).

Apesar dos profissionais afirmarem o acolhimento como prática nas unidades básicas de saúde, contraditoriamente, os processos de trabalho definidos parece contradizer esta postura, pois a entrada da unidade de saúde ainda se encontra centrada na oferta de procedimentos, consulta, vacina, inalação, curativo e teste rápido executados por profissionais disponíveis na equipe. Ou seja, o usuário deve se adequar às ofertas disponibilizadas pelo serviço. Esta tendência carece de fortalecimento de vínculo e vai de encontro à perspectiva de mudança no modelo assistencial, indicando que, “ao que parece, não há real desburocratização do acesso aos serviços” (FRANCO & MERHY, 2003, p. 103).

As condições atuais de atendimento, não parecem traduzir modelo de atenção centrado no cuidado contínuo das demandas da população, situação agravada, na realidade dos municípios estudados, pela dificuldade de acesso aos exames diagnósticos, aspecto importante para que as equipes possam monitorar as condições de saúde da população sob sua responsabilidade e não somente atendê-los quando doentes.

[...] o médico pediu uns resultados de exames, tem uma demora, não tem como prever exatamente quando vai ficar pronto. Então quando fica pronto o paciente vem aqui marcar (Profissional H, Tabatinga).

[...] no município a questão de exames demora muito, o ideal pra gente seria que retornasse logo, (...), no laboratório é um mês à um mês e meio, (...), ele só retorna quando este exame estiver pronto ou se ele tiver um dinheirinho a mais e vai fazer em particular (Profissional L, Tabatinga).

[...] se ela estiver com os exames prontos, (...), faz um e não faz os outros, quando vê passou o mês e ela ficou com uma lacuna, e não fez pré natal dentro daquele mês (Profissional D, Benjamin Constant).

[...] os exames de preventivos (...), a logística é péssima, a gente faz a coleta, as vezes demora 6 meses para chegar aqui e quando chega. Se a paciente precisa de um tratamento específico, ela vai a óbito e o exame não chega (Profissional B, Benjamin Constant).

As dificuldades da população dos municípios estudados em relação ao acesso ao diagnóstico envolvem todos os níveis do sistema, especialmente nos serviços de atenção básica como ficou evidenciado no relato dos profissionais. Esta dificuldade, já evidenciada em estudos de Eugenio Mendes (2012), no cotidiano dos serviços se materializa na oferta insuficiente de exames, na baixa qualidade do transporte das amostras, na demora no resultado, dentre outros. Segundo o autor, o fortalecimento do

sistema de apoio diagnóstico é condição essencial para que os serviços de atenção básica possam imprimir resolutividade ao seu atendimento e para que a população acredite que nestes espaços, sua demanda de saúde pode ser efetivamente atendida.

Reconhece-se, a partir da leitura de Mendes (2012), que o enfrentamento das condições crônicas pressupõe ação reativa e contínua, definida a partir de plano de cuidados permanente construído em conjunto com o usuário. Não será a mera construção de estruturas físicas que imprimirá nova direcionalidade ao modelo de atenção à saúde, pois estas não garantem, por si só, que a relação que se estabelece entre usuários e profissionais se dê a partir de novo patamar ou se estas simplesmente reproduzem práticas estereotipadas. Assim, práticas como a triagem, classificação de risco ou mesmo o acolhimento, realizados de maneira fria e sem atentar para sua finalidade podem levar à práticas coercitivas e restritivas traduzidas em posicionamento de pesquisado.

[...] o paciente que realmente está bem doente, bem mal, ele não vai chegar 10:00 horas da manhã, ele vai vir cedo mesmo para pegar uma ficha para atendimento (Profissional B, Benjamin Constant).

Estes, bem mais que recursos discursivos ou questão semântica, quando realizados com o devido compromisso político com a população adstrita, podem traduzir o nível de comprometimento das equipes com os demandantes de seus serviços, com suas demandas de saúde. Sem o comprometimento dos múltiplos profissionais que transitam nos serviços de atenção básica estes recursos ficam esvaziados de sentido.

Como estratégias para assegurar a longitudinalidade do cuidado, observou-se no decorrer do estudo que algumas proposições presentes nas falas dos entrevistados - “*retorno programado, agendado*”, “*deixamos vagas reserva*” ou ainda “*o retorno já vai anotado na caderneta dela*” podem indicar estratégias para assegurar o retorno dos usuários para acompanhamento. Depreende-se, a partir dessa dinâmica, que a continuidade dos cuidados prestados pela atenção básica tem relação direta na qualidade das práticas preventivas e no estabelecimento de diagnósticos precoces, como assinalado por Fausto et al. (2014).

Nesse sentido, destaca-se a preocupação geral nas unidades de atenção básica dos municípios estudados, em relação às gestantes como grupo prioritário para atendimento.

[...] dia de terça-feira à tarde, porque como é muito documento, papel para preencher, eu deixo uma tarde inteira só pra gestantes fazerem cadastro. As outras consultas ficam na segunda-feira com a enfermeira e na quinta com o médico. Mas se precisar em um outro dia elas podem voltar, não necessariamente tem que ser só naquele dia (Profissional L, Tabatinga).

[...] uma gestante, ela vem de demanda espontânea por que o agente de saúde trouxe. Caso ela não viesse a gente ia atrás, porque eu já tenho um vínculo com ela. Os agentes de saúde, eles fazem visita, os que conhecem a área, eles são colaborativos, e eu peço: você poderia chamar a gestante ou verificar para mim, qual é a situação, eles verificam e a paciente vem. E elas sabem da importância do pré-natal (Profissional D, Benjamin Constant).

Mesmo que a responsabilidade sanitária dos serviços de atenção básica se dê sobre a comunidade adstrita ao território, persiste o foco em determinadas ações, como o pré-natal. Este constitui uma das ações programáticas a qual os profissionais encontram-se atentos, postura condizente com o desafio de reduzir a mortalidade materno infantil no estado. A proximidade da equipe de saúde da população adstrita e dos serviços de atenção básica próximo ao seu lugar de moradia, constituem elementos que contribuem para a captação precoce da gestante e, por conseguinte da ampliação do pré-natal. A qualidade do atendimento dispensado à população, em particular no caso das gestantes, pode ser analisada também a partir de dado quantitativo, o número de consultas realizadas durante o pré-natal.

O pré-natal tem um retorno do início da gestação, de 30 em 30 dias, a partir do sétimo mês, eu sempre agendo para os 15 dias e no nono mês, duas vezes na semana, conforme o protocolo (Profissional A, Benjamin Constant).

[...] uma grávida, o cartão dela vai dizer se houve um acompanhamento adequado e organizado, no cartão tem espaço para marcar as consultas, inclusive após o parto. Eu sempre digo para as minhas pacientes gestantes, não estão se sentindo bem, podem ir direto para o hospital (Profissional D, Benjamin Constant).

Como parece ser do conhecimento dos pesquisados, o número de consultas realizadas pelas gestantes, aliado à existência de gestantes sem pré-natal na área de unidades de atenção básica, constituem indicadores potentes para mensurar eventuais problemas no acesso e acompanhamento dessa população. Ademais, a realização de um pré-natal forte, decerto que contribui para o fortalecimento do vínculo da equipe de saúde com a população sob sua responsabilidade.

No caso das comunidades rurais dos municípios estudados o acompanhamento do pré-natal envolve múltiplas especificidades.

[...] tem, a comunidade Santo Antônio, lá temos um agente de saúde daqui e outro da SESAI. Tem indígenas morando em comunidades não indígenas. Eles casam com branco. Tem uma gestante na comunidade São Raimundo 2, ela é casada com um branco e ela é indígena, mas a gente pega e faz o acompanhamento normal (Profissional G, Benjamin Constant).

O local de residência afeta o acesso aos serviços de saúde, uma vez que estes tendem a ser fixados de forma seletiva, tanto do ponto de vista geográfico como social. Assim, é essencial que os municípios, em particular os estudados, adotem como pressuposto de sua prática que a saúde se desenvolve no “território usado” por cada um, mas há “lugares e usos” que muitos cidadãos, como a população rural e a indígena, não conseguem ter. Dessa maneira é imprescindível que os profissionais de saúde inseridos nos serviços de atenção básica tenham o olhar sensível para essa questão e consolidem estratégias diferenciadas para atendimento dessa população, considerando suas especificidades e necessidades.

Entende-se claramente, que muitas das estratégias utilizadas na atenção em saúde para a população de comunidades rurais ou indígenas não assumem perspectiva de eliminar efetivamente as barreiras a que essa população está exposta em relação à saúde, mas a reduzi-las e mesmo conviver com estas. Contudo, a clareza dessa relação desigual e injusta a que essa população é submetida, por sua vez, supõe também reconhecer que esse cidadão residente nos mais longínquos recantos do Alto Solimões, “lá no seu lugar, com toda escassez em meio da qual ele vive, ele ainda não morreu, porque ele é um tremendo construtor de solidariedades de toda ordem, por mais surpreendente e fora de propósito que isto possa parecer” (SOUZA, 2003, p. 66).

Na realidade das gestantes que residem em comunidades rurais dos municípios pesquisados destaca-se relato elucidativo.

[...] elas não conseguem fazer acompanhamento na maternidade, não conseguem fazer visita de vinculação. Elas vêm para cá e tem o bebê, ficam espalhadas por Tabatinga, (...) quando tem família aqui que eu fico sabendo dá para fazer acompanhamento, mas elas ficam em vários bairros, (...). O Melhor em Casa, sempre está lá para fazer os curativos quando é cesárea ou então um agente de saúde da área em que ela ficou aciona outro posto, para a enfermeira, fazer assistência mesmo que a seja de outra área (Profissional C, Tabatinga).

Nas unidades básicas de saúde, em especial em Tabatinga, constata-se o reconhecimento quanto a importância do pré-natal e o olhar atento em relação a práticas introduzidas pela Rede Cegonha, relacionadas à vinculação da gestante à maternidade.

[...] a vinculação é uma coisa que vem pra ajudar muito, eu vejo como favorável. A gente tem um calendário de agendamentos das grávidas a qual a gente encaminha para conhecer a unidade, conhecer todo o fluxograma da unidade, pra saber como ocorre, pra onde vai, (...). Então é todo um ciclo bem fechado e tem funcionado (Profissional A, Tabatinga).

[...] antes elas iam muito assustadas porque não sabiam o que iam fazer e tal e na verdade essa vinculação só deu a elas, como eu posso dizer, mais segurança, de elas chegarem lá com segurança, aquele medo que existia sai. Quando elas chegam a gente fala que aqui tem uma visita que elas fazem próximo ao parto delas, elas visitam a unidade, conhecem tudo e assim elas ficam familiarizadas (Profissional L, Tabatinga).

[...] eu me preocupo muito com isso e eu cobro muito (Profissional A, Benjamin Constant).

O processo de vinculação das gestantes, regulamentada pela Rede Cegonha fomenta a corresponsabilidade entre os serviços de atenção básica e as Maternidades, instituição responsável pela assistência ao parto. A humanização da assistência às gestantes pressupõe mudanças nos modelos assistenciais em saúde e, em especial a construção de novas práticas a serem desenvolvidas nos serviços. A humanização diz respeito não somente às gestantes, mas a todos os cidadãos no exercício pleno de seus direitos e, no caso da saúde, perpassa necessariamente a qualidade da assistência prestada, bem como os princípios da integralidade e equidade.

Por ocasião do estudo e considerando a especificidade da região de saúde do Alto Solimões, buscou-se informações quanto ao atendimento dispensado à população oriunda de países circunvizinhos. Constatou-se que há unidades de saúde que relatam atender esse segmento.

[...] na verdade, aparece bastante. Peruanos tem bastante e geralmente pessoas do interior mesmo e geralmente quando vem é com "bomba" (Profissional L, Tabatinga).

[...] sim, temos bastantes peruanos. (...), a maior dificuldade é que eles estão esse mês na área e depois não. A gente está com um caso de uma gestante, (...) peruana, mas a gente ainda não conseguiu encontrar (Profissional I, Tabatinga).

[...] há uma dificuldade pelo fato de não possuírem o cartão do SUS, sem o cartão do SUS a farmácia não libera medicamento porque precisa de um documento. (...) eles trabalham com alimentação de sistema. A consulta é feita, a referência desse paciente também é feita, mas para marcar vai precisar do cartão do SUS. Esse é um grande problema, não tem como marcar, não tem como entregar remédio e dar certo esse atendimento do paciente (Profissional B, Tabatinga).

Os relatos informam que a população dos países transfronteiriços pressionam o sistema local de saúde à procura de assistência em saúde, seja ela nas unidades básicas de saúde, no Hospital, na UPA. Depreende-se que, essa população, por não possuir residência fixa no Brasil tem dificuldade em acessar alguns serviços, principalmente aqueles relacionados à exames diagnósticos mais complexos. A atenção dispensada a estes tende a ser episódica e centrada em condições agudas, pois parte dessa população já chega aos serviços doente e em busca de uma solução em curto prazo para sua queixa.

A presença dessa população, por vezes pode se dar em meio a conflitos, como indica o relato de um profissional.

[...] as vezes até na UPA mesmo, não gostam de atender peruano, entendeu? Até gestante peruana, são rejeitadas, (...) eu trabalho lá, tem médicos que rejeitam, ah é peruana? Essa é a dificuldade. Aqui a gente não faz isso, a gente atende todo mundo, o problema é que eles são um pouco difíceis para entender as coisas. Quando vem, eles já vêm para parir e pegar só a carteirinha, (...). É até muito estressante (Profissional L, Tabatinga).

A população estrangeira realiza acompanhamento de saúde irregular por falta de recursos para custear tratamento em seu país de origem. As dificuldades enfrentadas por essas populações são reconhecidas pelos profissionais ao indicar que

A dificuldade não é pelos trâmites da unidade, mas é do próprio paciente. Ele vem a primeira vez em busca, é encaminhado para fazer os exames todos. Ele retorna para base onde mora e aí a gente acaba que perde aquele vínculo. Muitas vezes ele já nem retorna para lá, ele já vai para outra localidade. Essa é a dificuldade no paciente. Mas tem paciente que vem daquela localidade, vai fazer aquele tratamento e depois retorna. Tem muitos casos assim, pacientes que vem de áreas indígenas e (...) estrangeiros, que é mais difícil ainda pois eles estão lá e vem para cá (Profissional A, Tabatinga).

Tendo em vista que os serviços de atenção básica e, em particular as equipes da estratégia Saúde da Família, devem assegurar o cuidado em saúde para toda a comunidade, facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos, coordenando a trajetória da população na rede de atenção à saúde, como fazê-lo com populações em constante mobilidade no território e com as quais a intervenção mantém um caráter episódico?

Por fim, destaca-se que, nos municípios estudados, há esforços na construção de uma rede municipal de serviços de atenção básica à saúde. No entanto, estes serviços

ainda apresentavam, por ocasião da pesquisa, problemas relacionados à precariedade de estrutura física, equipes incompletas, fragilidades no acesso aos exames diagnósticos. As unidades de saúde apesar de alguns relatos relacionados à flexibilidade, em sua maioria, mantêm rotina centrada na oferta de serviços à população - consultas, procedimentos - apresentando agenda que tem como eixo norteador programas definidos a priori como prioritários.

As comunidades rurais dos municípios estudados apresentam atendimento episódico e irregular, centrado na realização eventual de mutirões que não permitem a continuidade da atenção à saúde daqueles cidadãos. A população de países vizinhos, pela especificidade de seus sistemas de saúde, busca com frequência atendimento das unidades de atenção básica dos municípios estudados. A presença desses sujeitos nos serviços de saúde dos municípios se dá, muitas vezes, em meio a conflitos e tensões.

Considerando o papel que a atenção básica assume como ordenadora do cuidado nas redes regionalizadas de saúde, entende-se que ainda há muito o que avançar para que estes serviços consigam se aproximar dessa imagem-objetivo nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga. No capítulo subsequente, será analisado como os municípios delimitados para a investigação, tem se organizado para assegurar a prestação de atendimento a grupos vulneráveis em seu território, em especial as pessoas que vivem com HIV a partir da perspectiva da construção de redes regionalizadas de atenção à saúde onde esses sujeitos caminhem.

CAPÍTULO 3 – AS TEIAS E TRAMAS DO CUIDADO À PESSOA QUE VIVE COM HIV: a realidade de Benjamin Constant e Tabatinga no Amazonas

Em mais de três décadas dos primeiros casos de Aids no país, observa-se que a epidemia se expandiu rapidamente por todos os estados, requerendo que estes estruturarem serviços que articulados configurem linhas de cuidado integral e integrados na assistência às pessoas que vivem com HIV ou encontram-se vulnerabilizadas pela Aids, sob pena de não se assegurar o acesso da população às ações a que têm direito. A articulação entre as três esferas de governo é condição essencial para a organização de linhas de cuidados integrais voltada para o segmento populacional acometido pela retrovírose e que precisa, muitas vezes, assistência de saúde em serviços com distintos níveis de complexidade, além de intervenções multiprofissionais e interdisciplinares.

O HIV avança no decorrer dos anos 1980 e 1990 e transpõe fronteiras³⁵, alcançando todas as regiões, estados e municípios brasileiros, chegando ao Amazonas e, em particular aos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga, no Alto Solimões. O avanço da epidemia nos lugares evidencia o quão complexas são as condições que permitem sua disseminação e que as intervenções nacionais, consideradas inovadoras frente ao tema, emergiram no bojo do processo de construção e implementação do SUS e das múltiplas ações preconizadas como essenciais para assegurar organicidade ao sistema e imprimir uma nova direção às práticas desenvolvidas. Este capítulo, vai do mundo ao lugar, no esforço para refletir sobre essas questões e analisar as respostas à epidemia desenvolvidas a partir da realidade do Amazonas, com ênfase nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga, na região do Alto Solimões.

3.1 Transpondo fronteiras do mundo ao lugar: caminhos da epidemia e redes de assistência

A consolidação da assistência às pessoas que vivem com HIV pressupõe esforço coletivo para assegurar a descentralização desde a elaboração de políticas mundiais de

³⁵ Segundo Jonatham Mann et al (1993), o HIV cruza, não somente fronteiras físicas, mas sobretudo, fronteiras sociais, culturais, econômicas e políticas.

saúde que chegam aos vários países e no caso do Brasil, aos estados e destes aos municípios. No caso específico desta tese a análise se concentra em particular no estado do Amazonas, em especial na região de saúde do Alto Solimões, nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga, com ênfase nas ações e serviços desenvolvidos no lugar com vistas a assegurar assistência às pessoas que vivem com HIV.

A magnitude da epidemia no mundo, bem como as metáforas e o medo que a envolvem, foram determinantes para que a resposta mundial à infecção fosse definida dentre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em 2000. A resposta nacional, por sua vez, ocorre nos anos 1980, de forma simultânea ao processo de redemocratização no país e ganha força em torno das discussões que nortearam a construção do SUS e a defesa da saúde como direito o que decerto favoreceu “o desenho e a implementação de ações qualificadas na prevenção do HIV e na assistência às pessoas com AIDS” (CORRÊA, 2016, p.10).

É inegável que o Brasil envidou esforços para responder à epidemia e investiu no desenvolvimento de ações para a promoção, prevenção e assistência em saúde. A resposta nacional ao HIV e à Aids foi impulsionada na década de 1990 por investimentos internacionais, como já assinalado em outros estudos e já referidos nesta tese, que previam dentre outros aspectos “apoio substantivo a organizações da sociedade civil envolvidas com atividades de educação e prevenção, assim como estruturas de participação e controle social” (CORRÊA, 2016, p. 10). Várias organizações tornaram-se parceiras do estado, não apenas monitorando as ações de saúde implementadas, mas sobretudo, pensando criticamente tais ações de forma que estas resguardassem o respeito pelos direitos humanos.

A organização dos serviços de atenção à saúde voltados para pessoas que vivem com o HIV ou encontram-se afetadas pela Aids têm na provisão equitativa da assistência e tratamento ponto nevrálgico, suscitando discussões sobre a possibilidade desses serviços estar ou não disponíveis nos inúmeros lugares e regiões do país uma vez que o vírus não reconhece fronteiras. A portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013, do Ministério da Saúde, classificou, em seu artigo 2º, os distintos serviços de atenção para esse segmento populacional no país:

I - Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): serviços de saúde que realizam ações de testagem e prevenção das DST, Aids e hepatites virais, destinadas, prioritariamente, a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade e à população em geral;

II - Serviço de Atenção Especializada (SAE): unidade ambulatorial voltada a atenção integral às pessoas com DST/HIV/Aids;

III - Centro de Referência e Treinamento (CRT): unidade de referência na atenção integral às pessoas com DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, na multiplicação dos conhecimentos, informações técnicas, capacitação das equipes de saúde e assistência em diversas subespecialidades composta por equipe multiprofissional expandida;

IV - Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT): assistência multiprofissional prestada às pessoas com HIV/Aids, em nível domiciliar, englobando desde atendimento de curta duração, semelhante ao nível ambulatorial até a assistência voltada a pacientes que necessitam de atenção constante e de cuidados específicos de baixa complexidade ou em caráter paliativo, com características de média duração e programação eletiva; e

V - Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM): estabelecimento integrante de serviços de saúde públicos, filantrópicos ou privados sem fins lucrativos que realizam ações voltadas para a assistência farmacêutica, inclusive dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários sob terapia antirretroviral (TARV), sem prejuízo à dispensação de outros medicamentos, como aqueles para infecções oportunistas e efeitos adversos aos antirretrovirais (ARV), ou produtos estratégicos para as DST/Aids, tais como os insumos de prevenção (preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e kit para redução de danos). (BRASIL, Portaria conjunta Nº 1, de 16 de janeiro de 2013, art. 2º)

No Amazonas, seguindo as diretrizes nacionais, os serviços de atenção às pessoas que vivem com HIV ou encontram-se vulnerabilizadas pela Aids, foram desenvolvidos inicialmente em centros de especialidades e, posteriormente, destaca-se o papel assumido pelos SAEs, em particular aqueles sob a responsabilidade dos municípios. Esses serviços configuram-se como espaços estratégicos para realização de ações de triagem, diagnóstico, assistência e prevenção ao HIV, em particular na realidade nacional onde há múltiplas epidemias espalhadas.

No Brasil tem se destacado que a taxa de detecção de Aids tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com 18,5 casos/100 mil habitantes em 2016. A região norte, no entanto, tem apresentado tendência linear de crescimento da taxa de detecção que, em 2016, chegou a 24,8 casos por 100 mil habitantes. O Amazonas, por sua vez, também em 2016, apresentou taxa de detecção de 30,0 casos por 100 mil habitantes, ou seja, taxa superior à nacional e à regional. Enquanto o país apresentou, em 2016, um coeficiente padronizado de mortalidade por Aids de 5,2 óbitos por 100 mil habitantes, a Região Norte apresentou média superior à nacional com 7,1 óbitos por 100 mil habitantes e o Amazonas apresentou um coeficiente de mortalidade de 8,7 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo ano (BRASIL, Ministério da Saúde, 2016-2017).

Por que a epidemia que se espalha no Amazonas vai na contramão da tendência nacional? O cenário suscita muitas questões: será que as taxas crescentes de detecção estão associadas às melhorias do diagnóstico no estado? As gestantes HIV têm sido

identificadas precocemente de forma a reduzir a transmissão vertical? Quais os elementos que estão envolvidos nos índices crescentes de mortalidade por Aids no estado?

É fato que o HIV e a Aids ainda constituem problema de saúde pública que exige compromissos de distintos atores e mobilização de múltiplos esforços em torno de alguns objetivos.

1. Reduzir a transmissão sexual em 50%.
2. Reduzir a transmissão entre usuários de drogas injetáveis em 50%.
3. Eliminar novas infecções entre crianças e reduzir substancialmente o número de mães morrendo por causas relacionadas à aids.
4. Disponibilizar a terapia antirretroviral para 15 milhões de pessoas.
5. Reduzir o número de pessoas vivendo com HIV que morrem devido à tuberculose em 50%.
6. Acabar com a lacuna nos recursos globais para a aids e alcançar o investimento global anual de 22 bilhões a 24 bilhões de dólares em países de rendas baixa e média.
7. Eliminar as desigualdades de gênero e o abuso e a violência baseados em gênero e ampliar a capacidade de mulheres e meninas de protegerem a si mesmas do HIV.
8. Eliminar o estigma e a discriminação contra pessoas vivendo e afetadas pelo HIV, pela promoção de leis e políticas que garantam a completa realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.
9. Eliminar restrições para que pessoas vivendo com HIV possam entrar, sair ou estabelecer residência.
10. Eliminar sistemas paralelos para serviços relacionados ao HIV para fortalecer a integração da resposta à Aids nos esforços globais em saúde e desenvolvimento (UNAIDS, s/data. p. 9).

O nível de complexidade no cuidado às pessoas que vivem com HIV tem se modificado nas últimas décadas, os avanços na área do tratamento são inegáveis, levando alguns a divulgar o possível “fim da Aids”, ideia amplamente questionável na percepção de Richard Parker (PARKER, 2016), pois como falar de fim da epidemia quando esta continua assumindo feição perversa e complexa em realidades como a do Amazonas?

Nesse sentido, é preciso estar atento que não há uma única maneira de conhecer a epidemia de Aids e que “o que conhecemos como Aids”, nas palavras de Jane Galvão (2000), é resultado de distintas dimensões (social, política, ideológica, econômica, cultural) que interagem constantemente e constroem uma imagem da Aids particular em cada tempo e lugar. A imagem da Aids, por sua vez, “é necessariamente uma visão ideológica, uma visão feita dos diversos discursos que possuímos, e é dentro desses discursos que a realidade da epidemia também é construída” (PARKER, 2016, p. 3).

O entendimento do lugar e do tempo, é condição primeira para que se possa entender que não há somente uma “história natural do HIV”, há uma história da epidemia em cada lugar, em cada país, em cada região, conforme sinalizou Herbert Daniel (1991, p. 23) que “Cada cultura constrói sua Aids própria e específica. Bem como as respostas a ela”. Quais as respostas que o Amazonas deu à epidemia? E os municípios de Benjamin Constant e Tabatinga, como se inserem no cenário de respostas à epidemia?

Temos hoje um modelo de intervenção³⁶ junto às pessoas que vivem com HIV centrado na terapia medicamentosa, na intervenção biomédica e orientado por diretrizes internacionais que ganham cada vez mais espaço na política de saúde nacional, agindo como produtores e articuladores de ideias. Em seu nascedouro, as políticas de saúde nacionais voltadas para a atenção às pessoas acometidas pelo HIV e fragilizadas pela Aids foram impulsionadas por um sistema de saúde universal, gratuito e sob responsabilidade de financiamento do estado. As conquistas desse período são inegáveis: a aprovação da Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS, em 1989; a aprovação em 1996, da Lei nº 9.313 que assegura a distribuição gratuita de medicamentos às pessoas vivendo com o HIV ou com diagnóstico de Aids; A exigência e notificação da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, através da Portaria nº1271, de 06 de junho de 2014. No entanto, em pouco mais de três décadas dos primeiros casos notificados no Amazonas ainda há muito que avançar na atenção a esses sujeitos.

Como já exposto anteriormente, sob os ditames da política neoliberal, as alterações na implantação do SUS foram apresentadas como necessárias, pois sua implementação realizara-se de forma parcial, sendo preciso dar “continuidade, melhorar

³⁶ O modelo de intervenção vigente no Brasil é preconizado em documentos como: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV/Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2017; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional. Brasília : Ministério da Saúde, 2017; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para profissionais médicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2017; dentre outros.

e aprofundar” essa dinâmica, em particular através de processo de “descentralização rápido e decisivo”, superando o “gradualismo sem fim” das habilitações que exigiam “pré-condições de competência muito elevadas para os municípios”. Era necessário, portanto, que cada município montasse um Sistema de Atendimento de Saúde, integrado, hierarquizado e regionalizado para seus cidadãos, a partir da base municipal (BRASIL, 1998, p. 15).

Fica visível a proposta de focalização da atenção à saúde, presente nas ideias neoliberalizantes de Bresser Pereira, na defesa da criação de um subsistema centrado nos cuidados básicos³⁷, sob responsabilidade direta do município e de outro subsistema vinculado aos interesses privatistas (BRASIL, 1998, p. 15).

A ênfase na atenção primária ou como se convencionou no Brasil, a atenção básica, materializou-se na meta prioritária de implantação “das estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde como caminhos possíveis no processo da reorganização da atenção básica em saúde” (BRASIL, 1997, p.5). Contudo é importante destacar também que, enquanto espaço contraditório, a implantação desses serviços também apresentou “resultados positivos nos indicadores de saúde da população coberta” (SOARES, 2011).

Ademais, a articulação dos serviços de atenção básica com as ações de vigilância em saúde (controle da tuberculose, hanseníase, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, HIV e Aids, dentre outros) tem apresentado experiências pertinentes na realidade dos municípios. Considerando o objetivo do estudo, como se organizaram os serviços de atenção às pessoas que vivem com HIV? As ações e serviços de saúde voltadas para as pessoas que vivem com HIV tem acompanhado a dinâmica de descentralização, regionalização e construção de redes de atenção à saúde? Qual o papel da atenção básica na configuração da atual resposta à epidemia?

No que concerne aos objetivos desse estudo, observa-se que ao lado da própria constituição da saúde enquanto direito de cidadania e à implementação do SUS, o HIV e a Aids chegam ao Brasil e passa a se difundir rapidamente, não esperando a plena implementação do sistema. Comprova-se a lição global, evidenciada por Jonatham Mann et al (1993, p. 3), de que esta chegaria “à maioria das comunidades humanas, senão a todas elas: a geografia pode dificultar, mas não protegerá contra a entrada e

³⁷ A recomendação de adoção de ‘cuidados primários de saúde’ remonta à Declaração de Alma Ata de 1978, onde tais cuidados foram definidos como ‘essenciais’ para o sistema, consistindo no ‘primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde.’

disseminação do HIV”, ou seja, a Aids chegaria aos vários lugares da Amazônia, em especial ao Amazonas como veremos no item a seguir.

3.2 A AIDS chega no Amazonas: caminhos e descaminhos na construção da atenção às pessoa que vivem com HIV

Entendida como fenômeno global marcado por intensa dinamicidade, volatilidade e instabilidade (MANN, 1993), a Aids chegou ao Brasil, inicialmente como “mal de folhetim”, nos termos de Jane Galvão (2000), e em meio a concepções importadas que a caracterizaram como “câncer gay”. Aqui, os primeiros “doentes”, muitos não notificados, depararam-se com um sistema de atenção à saúde que vinculava o atendimento à apresentação da carteira de trabalho e que indicava claros sinais de esgotamento.

Os quebra-quebras de ambulatórios e os conflitos nas filas de espera dos serviços de saúde exprimiram essa insatisfação desde o início dos anos 70. A situação se tomou mais explosiva no fim da conjuntura do 'milagre', constituindo-se em sintoma de sua derrota e em prelúdio da morte das políticas de saúde desse período. Despencaram as verbas de saúde pública, e a atenção médica da Previdência Social caminhou para a falência. A imagem da medicina como solução miraculosa para as más condições de vida começou a ser socialmente percebida como miragem a ser publicamente denunciada e desmascarada (LUZ, 1991, p. 82).

Em meio ao caos da política de saúde nacional e às tantas insatisfações amplamente denunciadas pela população, Herbert Daniel (1991), sinaliza que a imprensa não precisaria mais esperar a primeira vítima, “A manchete chegou, finalmente, exatamente no ano de 1983”, revelando que³⁸

Como toda epidemia, a de Aids revela, na forma de uma crise na saúde pública, fraturas sociais. Tal país, tal epidemia. Como retrato social, nenhuma epidemia é só um problema médico, mas também histórico, político, ideológico (ABIA, Boletim 2, 1988, p.2)

No Amazonas, o primeiro caso de Aids foi notificado em 1986, ano em que a doença se tornou de notificação compulsória. De acordo com dados e informações de

³⁸ Cabe destacar que os números de casos de AIDS estão sendo constantemente revistos e foram alterados em boletins epidemiológicos posteriores. Neste caso, segundo informações de Jane Galvão (2002), o primeiro caso identificado como tendo ocorrido em 1980 só foi notificado anos depois. (GALVÃO, Jane 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002).

Leila C. F. da Silva (2003) e Kadri & Schweickardt (2016), à Fundação Alfredo Matta, protagonista na atenção às pessoas vivendo com HIV ou fragilizadas pela Aids, coube a responsabilidade de organizar as bases iniciais do programa de controle de Aids no estado, envolvendo instituições como o então Instituto de Medicina Tropical de Manaus, Secretaria Estadual de Saúde, Hemocentro do Amazonas e Laboratório Central.

Em 1989, as sorologias para HIV eram realizadas em “dois laboratórios capacitados (...): HEMOAM³⁹, destinado aos doadores de sangue e o IDTVAM⁴⁰, para os casos clínicos suspeitos e atendendo a demanda espontânea ” (SILVA, 2003, p. 22). Posteriormente, mediante a necessidade de ampliar o atendimento hospitalar àqueles acometidos pela síndrome que, até então, era realizado no Hospital Universitário Getúlio Vargas, foi construído no âmbito da Fundação de Medicina Tropical, ala para internação de soropositivos. A Coordenação Estadual do programa de DST, HIV/Aids foi transferido para a Fundação de Medicina Tropical, onde se encontra até hoje.

O artigo ‘Aids no Amazonas: retrospectiva histórica e situação atual’ evidencia os reduzidos avanços alcançados, na atenção aos soropositivos no Amazonas até o final dos anos 1990.

[...] a garantia do tratamento hospitalar e ambulatorial para o paciente sintomático e o assintomático, no Instituto de Medicina Tropical do Amazonas (IMT- AM), de forma precária, porquanto a instituição não conta, sequer com uma equipe multiprofissional para dar conta das inúmeras ações que envolvem o acontecimento AIDS (BENZAKEN et al, 1998, II.10.1).

A precariedade da garantia de acesso desses sujeitos aos serviços de saúde e a não priorização da questão pelas autoridades locais de saúde foi divulgado.

No Amazonas, porém, além de convivermos com o atraso na resposta que a sociedade exige para deter a epidemia, ainda nos vemos às voltas com vaidades políticas que se descompromissam com o referido projeto. (BENZAKEN et al, 1998, II.10.2)

Em 1996, o vírus já havia sido notificado em 16 municípios do estado (BENZAKEN et al, 1998). Conforme demonstrou o estudo de SILVA et al. (2009), no Amazonas, 90% dos casos notificados de HIV, concentravam-se em Manaus, sinalizando que aqui, a epidemia reproduzia a própria dinâmica de organização do espaço e o mosaico de desigualdades presentes no estado.

³⁹ Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas.

⁴⁰ Instituto de Dermatologia Tropical e Venerologia “Alfredo da Matta”.

No decorrer da década de 1960 e 1970, conforme evidencia Benchimol (2011), a região Amazônica tinha sido alvo de grandes projetos de integração através da construção de eixos rodoviários: Belém – Brasília (BR-010); Cuiabá – Santarém (BR – 163); Cuiabá- Porto Velho – Rio Branco (BR- 364); Porto Velho – Manaus (BR- 319); Manaus- Caracaraí – Boa Vista (BR – 174). À integração da região ao restante do país através dos eixos rodoviários, aliam-se os programas de colonização e assentamento do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária desenhando novo panorama econômico para a região e fomenta intenso fluxo migratório tanto inter quanto intrarregional. Contudo, para além da capacidade de absorção de novos grupos humanos, “o mero aumento populacional per se não significa desenvolvimento” (BENCHIMOL, 2011, p. 92).

Em meio à “dialética esquizofrênica” que apologizava a defesa da Amazônia e a necessidade de manejo florestal, ainda nos termos de Samuel Benchimol (2011), a população interiorana, impossibilitada de subsistir explorando os recursos naturais, tendeu a ser expulsa para Manaus, passando a “engrossar as favelas e as vilas-misérias das periferias e baixadas” ou ainda “se voltam para a economia informal e subterrânea do descaminho, do contrabando e do narcotráfico”.

Nem mesmo o advento da Zona Franca, criada em 1957 e regulamentada em 1960, teve a capacidade de alavancar a economia local bruscamente, pois, esta “sempre esteve em fase de crise crônica” e, mesmo perante a “estrutura moderna” do Polo Industrial de Manaus, manteve o “constrangedor cinturão cinzento” que concentrou em volta da cidade um exército industrial de reserva que crescia (e cresce) a cada dia.

O deslocamento desses milhares de indivíduos para as cidades responde, quase sempre, a uma preocupação pela melhoria das condições de vida. Os novos meios de comunicação são em grande parte responsáveis por essa revolução. A estrada, o avião aproximando as áreas de crescimento, facilitam o contato e a propagação das novidades. O rádio teve um papel muito importante, pois o conhecimento da existência de outros lugares com melhores condições de vida fica ao alcance dos iletrados. (SANTOS & SILVEIRA, 2006, p. 41)

Em busca de melhores condições de vida muitos se dirigiam a Manaus e, em meio à tão apregoada “grandeza da Amazônia” e aos interesses da dinâmica capitalista, constata-se realidade de concentração de riqueza e poder nas mãos de alguns poucos enquanto,

[..] populações inteiras seletivamente vulneráveis à violência da redução dos níveis funcionais, ao desemprego, ao colapso dos serviços, à degradação dos padrões de vida e à perda de recursos e qualidades ambientais. (...) oportunidades econômicas numas poucas localidades seletivamente escolhidas e no âmbito de uns poucos estratos restritos da população (HARVEY, 2006, p. 115).

Ademais, há de se reconhecer que a implantação do Polo Industrial de Manaus assim como o próprio processo de industrialização nacional se deu em momento que, segundo Maria Laura Silveira (2006, p. 51), “as indústrias podiam ser instaladas com uma tecnologia superada - não raro máquinas que haviam sido utilizadas antes em países industrializados mais avançados - buscando a substituição de importações”. Essa tendência demarcou a inserção do país na dinâmica capitalista, configurando-o, nos termos de Milton Santos (1975), como um país “subdesenvolvido industrializado”, onde por trás de uma suposta “modernidade” cresce exponencialmente a pobreza, impulsionada pela maneira como o capital atua no território.

Na realidade do Amazonas e, em particular da Zona Franca de Manaus, apoiados na leitura de Elenise Scherer (2005) e Isabel Valle (2000), o desemprego não é novidade dos anos 1980-1990, pois este traz em seu cerne a necessidade de internacionalização da produção capitalista estimulada pelo protecionismo estatal, baixos salários, precária regulamentação trabalhista e farta mão de obra barata. Na cidade que abriga o Polo Industrial de Manaus cresce

[..] expressiva massa de vendedores ambulantes, biscateiros, lavadores e vigias de carros, engraxates, crianças vendedoras de bala e outros tipos de guloseimas. Enfim, aqueles que ficaram excluídos do mercado formal de trabalho inventaram novas estratégias de sobrevivência (SCHERER, 2005, 41).

A este grupo de trabalhadores informais juntam-se, o grupo crescente de trabalhadores do PIM, que vivenciaram no final dos anos 1980-1990 a “baixa na carteira⁴¹” em massa e passaram a conviver com alto grau de insegurança, sendo empurrados para o mercado informal ou outras estratégias de sobrevivência.

É, pois, nesse cenário que a Aids chega ao Amazonas, confirmando nos termos da ABIA (Boletim 3, 1988, p. 6), que “os caminhos da doença são fruto de condições

⁴¹ A baixa na carteira para Elenise Scherer significa o encerramento do contrato de trabalho.

sociais, econômicas e culturais específicas” e que, em particular em Manaus, a difusão da epidemia apresentou um padrão,

O padrão observado no primeiro período (1986 a 1990) foi caracterizado por progressão lenta da epidemia. O padrão da epidemia no período seguinte (1991 a 1995) expressou-se por crescimento moderado, com aumento relativo do número de casos e na intensidade da transmissão, ampliação significativa dos espaços sociais de ocorrência da infecção. E no último período de estudo (1996 a 2000), o padrão da infecção pelo HIV/Aids na Cidade de Manaus caracterizou-se por forte incremento da epidemia, com um aumento expressivo do número de casos e das taxas de incidência, com grande ampliação dos espaços sociais de ocorrência da infecção (SILVA, 2009, p. 549).

De forma lenta e progressiva a epidemia avançou pelos municípios, configurando um mosaico de subepidemias marcadas por

[...] modificações profundas no seu escopo: de marcadamente regional e basicamente restrita a determinados segmentos populacionais em seu início, passou a crescentemente nacional ao longo do período, trazendo novos desafios às políticas públicas e à ação da sociedade civil (SZWARCOWALD et al., 2000, p. 14).

Em face às imagens distorcidas e a complexidade que constitui a epidemia há um silêncio inconcebível evidenciado nos Boletins Epidemiológicos que indicam a vulnerabilidade feminina⁴² frente ao HIV e à Aids e ratificam claramente a

[...] incapacidade das políticas públicas e dos programas governamentais em responder adequadamente à rápida disseminação da epidemia de HIV/AIDS entre as mulheres brasileiras não pode ser dissociada da falta de responsabilidade que perpassa o desenvolvimento de programas integrados de saúde da mulher no Brasil (PARKER & GALVÃO, 1996, p. 10)

Anteriormente a Aids foi designada erroneamente como doença característica de homossexuais e promíscuos. Tardiamente porém, constata-se o crescente número de casos entre mulheres, gestantes ou não, indicando que o risco a que esse segmento se encontrava exposto foi “silenciado” e secundarizado até os anos 1990, quando a OPAS e a OMS passaram a reconhecer uma mudança no perfil da epidemia. Fica claro que a tentativa de atribuir à Aids o estatuto de “doença dos outros” constituía equívoco e que era necessário repensar ações relacionadas à contracepção, ao planejamento familiar,

⁴² A UNAIDS, no Guia de Terminologia da AIDS de 2017, recomenda que não se use mais o termo feminização da epidemia, utilizado no passado para dar ênfase ao aumento no impacto que a epidemia de HIV teve entre as mulheres, pois se trata de um termo vago e potencialmente estigmatizante, razão pela qual seu uso deve ser evitado.

pré-natal, infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros (BARBOSA & VILLELA, 1996).

Face a esse cenário a ABIA registrava seu repúdio às campanhas preventivas que não evidenciavam que “de cinco leitos de Aids, cinco são ocupados por mulheres usuárias de drogas” ou ainda que os “casos infantis também vêm crescendo” e que, mesmo assim,

[...] como em todas as iniciativas oficiais no Brasil sobre a Aids, o grande esquecido é o infectado pelo HIV ou o doente de Aids. Além de não ter direito à palavra, não lhe é dado o direito de ser informado, nem é contemplado nas estratégias de prevenção e controle. Oficialmente, já está morto, já que a fórmula que dirige toda a política governamental sobre Aids faz coincidir infecção pelo HIV = morte (ABIA, Boletim nº 5, 1988, p. 1).

Conforme evidenciou Brito A.M. et al (2001), a epidemia se disseminara pelo país, tomando como ponto de partida o eixo Rio-São Paulo, atingindo inicialmente as metrópoles regionais e posteriormente os municípios de médio e pequeno porte. No Amazonas, a Aids apresenta “Anos próprios⁴³” indicando uma tendência ascendente no número de casos notificados, que em 2005 eram de 638 e em 2015 atingem 1.230 casos. Os dados indicam que o Amazonas foi de uma taxa de detecção de 19,7 casos notificados por 100.000 habitantes em 2005, para uma taxa de 31,2 casos de aids notificados por 100.000 habitantes em 2015 (BRASIL, Ministério da Saúde. Indicadores e Dados básicos da Aids nos municípios brasileiros. Acesso em 25 de janeiro de 2018).

Aqui, o suposto “Fim da epidemia” (PARKER, 2016) mostra-se uma falácia, pois no Amazonas não parece que a epidemia está chegando ao fim.

[...] trinta e cinco municípios relataram casos de AIDS em 2001, 41 em 2004, 45 em 2006, 49 em 2008 e 49 em 2010. Em 2012, 52 (83,4%) de 62 municípios do estado do Amazonas relataram pelo menos um caso de AIDS. Considerando que todos os municípios relataram igualmente, Manaus é a cidade mais afetada, com 86,7% dos casos de AIDS, seguidos por Parintins (2,3%), Itacoatiara (1,5%) e Tabatinga (0,1%) (OLIVEIRA et al. 2015, p. 73)

Acompanhando a tendência nacional, no Amazonas a dinâmica da disseminação espacial da epidemia tem se intensificado entre municípios pequenos, em sua maioria com estrutura de atenção à saúde bastante limitada, conforme ficou evidente no capítulo

⁴³ Os “Anos próprios da epidemia” no Amazonas, são retratados por OLIVEIRA, R. et al. Epidemia de HIV/AIDS no Estado do Amazonas: características e tendências de 2001 a 2012. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.48 supl.1 Uberaba junho 2015.

anterior. Considerando que no Brasil, “quase metade (49%) de indivíduos infectados pelo HIV no Brasil não apresentam teste de HIV até infecção tardia” (OLIVEIRA et al. 2015, p. 76), que se dirá na realidade do Amazonas? Se o estado apresentava, em 2005, uma taxa de mortalidade correspondente a 4,5 óbitos por aids a cada 100.000 habitantes, esta taxa, em 2016, alcançou 8,7 óbitos por aids a cada 100.000 habitantes (BRASIL, Ministério da Saúde. Indicadores e Dados básicos da Aids nos municípios brasileiros. Acesso em 25 de janeiro de 2018). Nesse cenário,

Em relação às causas subjacentes da morte, as infecções relacionadas à AIDS representaram 77% dos casos de 2001 a 2005. As infecções relacionadas à AIDS, incluindo a tuberculose, aumentaram até o ano de 2005 e declinaram após esse ano. De 2006 a 2012, as infecções relacionadas à AIDS foram substituídas por um aumento nas causas não especificadas relacionadas à AIDS como a principal causa de morte. Com base em autópsias realizadas em 129 pacientes com AIDS no hospital de referência em Manaus de 1996 a 2003, a tuberculose também foi a principal causa de óbito (28%), seguida de pneumonia bacteriana (17%) (OLIVEIRA et al. 2015, p. 73).

Fica claro as contradições entre o discurso vigente que apregoa o fim da epidemia, a estabilização do número de casos e a realidade do Amazonas, permitindo entrever que a “visão dourada” e o suposto sucesso no combate à epidemia “não tem nada a ver com a realidade da AIDS que as pessoas vivendo com o HIV vivenciam” (PARKER, 2016, p. 4).

No estado do Amazonas, tanto o número de casos de Aids como as mortes por Aids relatadas a cada ano mais do que duplicaram nos últimos 11 anos, produzindo um aumento maior do que os casos relatados a nível nacional. (...) a epidemia de HIV / AIDS do Amazonas se moveu (...), com maior incidência de doença entre os homens. (...) os casos de AIDS em homens com idade igual ou superior a 13 anos cresceram tanto entre HSH quanto homens heterossexuais. (...) a epidemia de HIV / AIDS entre jovens HSH com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos está crescendo. (...) as diferenças nos casos de AIDS entre homens e mulheres são mais pronunciadas entre os mais jovens (13-19 anos). Esta observação pode indicar que as mulheres estão sendo infectadas com HIV em idades anteriores aos homens (OLIVEIRA et al. 2015, p. 75)

Considerando os objetivos desse estudo e que a dispersão do HIV por municípios de pequeno porte no estado “acrescenta dificuldades ao seu controle, dado o isolamento geográfico, as barreiras logísticas e a população cultural e étnica diversificada” (OLIVEIRA et al. 2015, p. 74), constatou-se que no Amazonas, como mencionado anteriormente, as ações voltadas para as pessoas que viviam com HIV, inicialmente, se concentraram em Manaus e, em particular na Fundação de Medicina

Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, unidade de referência para atendimento da questão no estado. Aqui, assim como no restante do país, as intervenções do estado foram marcadas por vasta retórica, vagas intenções e ações absolutamente insatisfatórias do ponto de vista daqueles que foram abandonados à própria sorte.

Os Planos Estaduais de Saúde do Amazonas têm registrado, no decorrer do tempo, preocupação em relação ao crescimento do número de casos de Aids notificados no estado.

[...] é muito preocupante a observação de que o número de 227 pessoas portadores do vírus HIV (casos soropositivos em 1998) é muito alto, sugerindo falta de prevenção, necessidade da Vigilância Epidemiológica e busca ativa mais efetiva de casos (AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Plano Estadual de Saúde 2000-2001, s/página).

No Estado do Amazonas desde o ano de 1986 até 2003 foram diagnosticados 2.121 casos HIV/Aids, do total 2.052 casos correspondem aos maiores de 13 anos e 69 casos entre menores de 13 anos de idade (AMAZONAS, Plano Estadual de Saúde 2004-2005, s/página).

[...] Dos 62 municípios, em 41 já foi registrado pelo menos um caso de Aids até o ano de 2005. (...). Com relação aos óbitos por Aids, dos 2.960 pacientes notificados até 2005, tem-se informação de 989 óbitos, representando 33,4% do total de casos. A taxa de mortalidade em 2005 é de 4,4 por 100.000 habitantes, o que é sugestivo de uma tendência de mortalidade crescente (AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Plano Estadual de Saúde 2006-2007, p. 53).

No decorrer do período de 2002 a 2008, verificou-se (...) um aumento no número de casos de Aids, no Amazonas, mantendo-a como um agravamento de grande preocupação pelo sistema de saúde (AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Plano Estadual de Saúde 2010-2011, p. 75).

[...] situações crônicas de doenças transmissíveis como a (...) Aids permanecem desafiando o sistema de saúde pública do Estado, e demandando maior esforço da atenção primária à saúde para o seu controle (AMAZONAS, Plano Estadual de Saúde 2012-2015, p. 38).

Note-se que as intervenções desenvolvidas no estado seguiram as orientações e diretrizes do Ministério da Saúde, as quais, em grande parte foram potencializadas pelos empréstimos do Banco Mundial materializados nos projetos Aids I e Aids II. Apesar de, naquela ocasião, as propostas definidas pelo Brasil divergirem das recomendações do Banco Mundial quanto a distribuição gratuita de antirretrovirais, os empréstimos foram concedidos. Contudo, como destaca Ruben Araújo de Matos et al (2001), o Banco Mundial não oferecia apenas recursos financeiros, mas sobretudo ideias de como os países deveriam se organizar em vista das propostas mais “adequadas” recomendadas pelo órgão. No caso da resposta à Aids e em vista da adoção de uma política de saúde universalista no Brasil, o Banco Mundial sinalizava preocupação com os custos de manutenção de sistema de atendimento não contributivo e universal em longo prazo.

Com a assinatura do AIDS I, nos termos da ABIA, o Ministério da Saúde pretendia superar “os 10 anos de imobilismo e irresponsabilidade governamental que permitiram a desenfreada propagação do HIV em nosso país” e alertava, na ocasião que, os milhões de dólares captados por si só não seriam suficientes, pois

Tanto a complexidade do problema, quanto a atual conjuntura política e econômica, e o lastimável estado do Sistema Unificado de Saúde (SUS) deixam prever que só a duras penas será possível garantir a operacionalização do projeto, concretizar seus objetivos e, possivelmente, reverter o quadro da epidemia (ABIA, Boletim nº 19, 1993, p. 2).

Mesmo com todas as questões que permeiam os convênios com o Banco Mundial, as quais não são objeto deste estudo, entende-se que esta iniciativa contribuiu para reduzir a precariedade crônica da assistência às pessoas que vivem com HIV no Brasil. As iniciativas versaram, dentre tantos outros aspectos, pelo credenciamento de hospitais, pela inclusão de procedimentos relacionados ao tratamento da Aids no âmbito hospitalar, pela definição de critérios mínimos de infraestrutura e de equipe multidisciplinar para funcionamento de serviços, implantação de serviços de atendimento ambulatorial, unidades dispensadoras de medicamentos antirretrovirais. Ou seja, pela criação de uma estrutura formal para dar vida à resposta frente ao HIV e à Aids no Brasil.

Os CTAs que vinham sendo implantados desde os primeiros anos da epidemia receberam reforços e os SAEs constituíram uma das inovações de serviços a serem incluídos no Planos Operativos Anuais dos estados e municípios a partir de 1994. Inicialmente, implantados em unidades de saúde já existentes, como a Fundação de Medicina Tropical no Amazonas, o recurso do Banco Mundial vinha com restrições relacionadas “compra de medicamentos e para a remuneração de profissionais”. As propostas enviadas pelos Estados e Municípios foram feitas a “toque de caixa e no sufoco” e em geral divergiam quando de sua execução, pois efetivamente, não se sabia “se 300 milhões de dólares serão ou não suficientes para um controle satisfatório da epidemia durante os próximos três anos”, pois não havia no país estudos que evidenciassem de fato a realidade da epidemia (BRASIL, 1998).

Cabe refletir que, na ocasião do projeto AIDS I, o governo federal encontrava-se em plena ampliação de seu papel na condução e coordenação da saúde em plano nacional e avançando nas medidas de descentralização e implementação do SUS com a NOB 93 e com a NOB 96. Essa dinâmica, nos termos de Eduardo Fagnani (1999), se

dava em meio às tentativas infrutíferas de estabilização da economia e a um processo de “dissociação entre os objetivos econômicos e sociais” que parecia ter chegado a seu auge. O que marcou a década de 1990 “é a convergência da exclusão social com a supressão de direitos e a fragilização da capacidade de intervenção do Estado via políticas sociais” (FAGNANI, 1999, p. 174). Em tal cenário, se à primeira vista os recursos destinados ao AIDS I, pareciam muito, “gastá-los corretamente pode ser mais difícil ainda”, tendo em vista a intrincada gincana de repasses que configurava o financiamento da saúde no país (ABIA, Boletim n° 19, 1993, p. 2).

No empréstimo relacionado ao AIDS II, o Banco Mundial reiterou sua posição quanto ao não financiamento de medicamentos e preocupação quanto ao papel do Estado frente às demandas relacionada à Aids.

Infelizmente, os recursos são limitados e os governos não podem, nem querem, onerar as despesas públicas de saúde em medida suficiente para compensar a subida dos custos, de modo que, tanto num caso como no outro, a epidemia pode ter um impacto ainda mais pronunciado sobre o sector da saúde, e a maioria da população que não estiver infectada pelo vírus pode ter cada vez mais dificuldade em obter tratamento (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 13).

Se o AIDS I, na percepção da ABIA, remeteu à “uma vontade de intervenção que um programa detalhado, baseado num estudo preciso do problema” (ABIA, Boletim n° 19, 1993, p. 6), o segundo projeto - AIDS II, Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR, envolvia articulação global relacionada ao HIV e à Aids, previa a articulação com organismos internacionais multi e bilaterais como o Programa das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura-UNESCO, o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas-UNDCP e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS-UNAIDS.

O AIDS II estabeleceu articulação direta com o SUS com vistas a fortalecer a “descentralização das ações relacionadas às pessoas vivendo com HIV e aids e o fortalecimento das instituições”. Os recursos da cooperação internacional, no Brasil, contemplaram um total de

[...] 1.402, Termos de Cooperação e/ou Contrato de Financiamento de Atividades, com OG, ONG, Universidades e outras organizações da sociedade civil, distribuídas pelas diversas unidades da federação. Do número total de 1.402 Subprojetos, 937 correspondem a financiamentos via UNESCO e 465 a financiamentos via UNDCP (BRASIL, 2001, p. 42).

O Amazonas nessa articulação, foi contemplado com recursos para 20 projetos, sendo 09 da UNDCP⁴⁴ e 11 da UNESCO⁴⁵. Consta-se que tais recursos sem dúvida potencializaram as ações desenvolvidas no país no âmbito das respostas ao HIV e à Aids, aprimorando e ampliando as ações de promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais, prevenção das DST/Aids, atenção à saúde desses sujeitos e o fortalecimento de instituições públicas e privadas que atuam na área.

Quadro 14- Caminhos da resposta à Aids - 1998 a 2001

Componentes	Eixos trabalhados	Ações que estimularam a descentralização das ações
<p>Promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/aids, prevenção da transmissão das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas</p>	<p>Campanha de massa e ações de impacto. Promoção de práticas seguras por meio de educação e prevenção entre populações específicas e outros grupos vulneráveis. Serviço de prevenção centros de testagem anônima. Serviço de prevenção disque saúde. Distribuição de insumos de Prevenção. Promoção e garantia de direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/Aids. Articulação com organizações da sociedade civil e acompanhamento de projetos de prevenção e assistência relacionados às DST/aids.</p>	<p>Descentralização para as Coordenações locais, a partir de 2000, da produção e distribuição de materiais de informação, Educação e Comunicação. No ano de 2000, procedeu-se à descentralização das concorrências públicas no âmbito dos projetos de ONG locais que atuam no âmbito do HIV e Aids. Integração entre diferentes áreas técnicas e programas da saúde- Saúde da Mulher; Saúde da Família, saúde do adolescente Desenvolvimento de projetos em parceria com as Secretarias Estaduais de Educação e Saúde em todos os estados, voltados para a formação de professores e alunos como agentes multiplicadores; Apoio a projetos de implantação de CTAs;</p>
<p>Diagnóstico, Tratamento e Assistência às pessoas portadoras de DST, HIV e Aids</p>	<p>Diagnóstico e acompanhamento laboratorial e fortalecimento da rede de laboratórios para controle da qualidade e pesquisa. Assistência e tratamento dos portadores de DST, HIV e aids e implementação do sistema logístico de medicamentos.</p>	<p>Promoção da descentralização da aquisição de insumos laboratoriais para realização de testes de CD4/CD8 e de carga viral. Distribuição de 300.000 testes rápidos anti-HIV e 300.000 testes de sífilis para os estados e municípios; Implantação de Grupos de Investigação de Sífilis Congênita. Reavaliação do perfil dos serviços de alternativas assistenciais, - HC, HD, SAE, ADT - no intuito de melhor definir as estratégias e necessidades desses serviços em nível nacional. Implantação do SICLOM em 111 unidades</p>

⁴⁴ Os projetos financiados pela UNDCP correspondem ao Projeto AD/BRA/99/E02 Prevenção às DST/HIV/aids e ao uso indevido de drogas, no montante de 33,6 milhões de dólares.

⁴⁵ Os projetos financiados pela UNESCO correspondem ao Projeto 914/BRA-59 Treinamento, Pesquisa e Apoio Institucional no âmbito do Programa AIDS II, no montante de 49,8 milhões de dólares.

Desenvolvimento Institucional e Gestão do Projeto	Vigilância epidemiológica das DST/HIV/aids. Treinamento de profissionais de instituições públicas e privadas que atuam na prevenção e controle das DST e aids. Pesquisa e vacina. Gestão do Projeto	Realização de supervisões às coordenações estaduais e municipais, no sentido de auxiliar a incorporação de novas tecnologias, a descentralização das ações de vigilância epidemiológica do HIV/aids, a capacitação para manutenção da consistência do banco de dados e posterior análise.
---	--	---

Fonte: Organizado pela autora a partir dos dados do Relatório de Implementação e Avaliação – dezembro de 1998 a maio de 2001 - Aids II.

As informações sistematizadas no quadro permitem inferir os avanços vivenciados na resposta brasileira no âmbito do HIV e da Aids. Decerto que tais avanços e mesmo a captação de tais recursos não se deram sem gerar tensões em conflitos, pois, a Aids não era a única questão grave de saúde pública que estava presente na realidade nacional e, em tempos neoliberais questionava-se como tantos recursos foram aplicados em uma intervenção de saúde? Contudo, há de se reconhecer que a expansão de tais atividades, permitiu o acesso da população ao diagnóstico e a assistência à saúde e que

[...] foi necessária uma luta muito grande para que essa questão entrasse na agenda dos serviços públicos. (...). A situação, hoje, está longe de estar resolvida, mas já se pode observar avanços expressivos nessa direção. (...). Há que se atender aos que mais necessitam, aos mais pobres e há que se acreditar - agora mais do que nunca - que a AIDS está a caminho da cura; ganhar tempo é fundamental (SOUZA, 1997, s/página).

No movimento que impulsionou a descentralização da resposta nacional à epidemia, contata-se que na realidade do Amazonas, conforme Romina do S. M. Oliveira et al. (2016, p.77), optou-se por um modelo de atendimento centralizado, o qual “representava obstáculos ao acesso ao tratamento para pacientes do interior do estado”, em particular aqueles mais empobrecidos e com baixa mobilidade espacial. Assim, apesar de há muito a Aids ter se instaurado na terra e se feito presente nas paragens amazônicas, comprovando que o “planeta é soropositivo⁴⁶”, como se apresentava o cenário de atendimento a esse segmento populacional no estado?

Em 2002, o Ministério da Saúde, considerando inúmeras questões - a necessidade de descentralização e desconcentração de responsabilidades e ações; necessidade de recursos específicos para o financiamento do combate à epidemia, dada a complexidade de ações a serem permanentemente desenvolvidas e ofertadas; importância do aprimoramento dos mecanismos de participação da Sociedade Civil;

⁴⁶ Esta expressão foi utilizada em ABIA. Boletim nº 8, 1989.

necessidade de definição de critérios de inclusão dos gestores estaduais e municipais, bem como das responsabilidades e metas a serem pactuadas; importância de que tais critérios associem exigências do processo de descentralização do SUS com aquelas próprias da abordagem da epidemia - implanta uma política de incentivo para o controle das DST/Aids no país. Esta política definia claramente a responsabilidade de estados e municípios em relação ao tema instituindo o sistema de transferência de recursos fundo a fundo para estados e municípios por meio do Plano de Ações e Metas em HIV/Aids e outras DST. Este documento deveria ser submetido ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), detalhando

[...] o diagnóstico da epidemia no território do município, as formas de integração entre órgãos e setores municipais e das ações programáticas em saúde no combate à epidemia e o detalhamento das metas, ações e programação a serem implementadas no município (BRASIL, Portaria nº 2313, de 19 de dezembro de 2002, p. 6)

O Amazonas aderiu à política de incentivos do governo federal, recebendo recursos para o desenvolvimento de ações relacionadas ao HIV, Aids e outras ISTs, conforme previsto em legislação pertinente.

Quadro 15- Valores de Referência - Política de Incentivo âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST - Amazonas

Portarias	Valores Definidos
Portaria N.º 2313, de 19 de dezembro de 2002	Manaus – R\$ 475.895,47 Tabatinga - R\$ 147.786,00 Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas - R\$ 639.187,12 Valor de referência - fórmula infantil - R\$ 24.667,79
Portaria nº 2.129/GM, de 6 de novembro de 2003	Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas - R\$ 808.444,21 Manaus - R\$ 632.940,98 Tabatinga - R\$ 196.555,38
Portaria nº 1.824/GM, de 2 de setembro de 2004	Amazonas - R\$139.583,91 (Esse é um recurso adicional destinados a estados, ao Distrito Federal e a municípios, qualificados para o recebimento de incentivo para o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/Aids.
Portaria nº 2.190/GM de 9 de novembro de 2005.	Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas - R\$ 808.444,21 Manaus - R\$ 632.940,98 Tabatinga - R\$ 196.555,38 Valor adicional OSC (Acordo de Empréstimo BIRD 4713/BR) - R\$150.000,00
Portaria nº 2.802/GM, de 18 de novembro de 2008	Valor de referência - fórmula infantil - R\$75.289,50

Fonte: Organizado pela autora a partir de Pesquisa documental, 2017.

Considerando que as ações relacionadas ao HIV, Aids e outras ISTs integram o conjunto das ações relacionadas à Vigilância em Saúde e tendo em vista o Pacto pela

Saúde de 2006, o governo federal passa a trabalhar no sentido de redimensionar o financiamento dessas ações. Em 2009 definiu, através da Portaria Nº 3.252, de 22 de dezembro, que a partir de então todos os estados e municípios deveriam aderir ao Pacto; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e como diretriz do SUS; cogestão; revisão das responsabilidades sanitárias definidas nos eixos do Pacto de Gestão; fortalecimento do processo de participação social e das estratégias de mobilização social (BRASIL, Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, artigo 3º). Em 2011, em legislação complementar - Portaria nº 2.849, de 2 de dezembro de 2011 - o Ministério da Saúde definiu que as ações de vigilância em saúde e dentre elas aquelas relacionadas ao HIV e à Aids seriam financiadas através do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, o qual previa que

II - a partir de 2012, o Programa de Trabalho 10.302.1444.20AC - Incentivo Financeiro a Estados, Distrito Federal e Municípios para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, correspondente ao montante de R\$ 30.000.000,00 (trinta milhões de reais) a serem transferidos em três parcelas, nos meses de janeiro, maio e setembro (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.849, de 2 de dezembro de 2011, Artigo 6º).

Por meio da Portaria nº 1378, de 09 de julho de 2013, as ações relacionadas ao incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais (I - Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as DST/AIDS e Hepatites Virais; II - Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; e III - Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV) foram unificadas. Em agosto do mesmo ano, 2013, a Portaria Nº 1.708, regulamentou o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, definindo compromissos para estados e municípios que aderissem ao programa, expressos em indicadores e metas relacionadas ao HIV e à Aids: Meta: realizar pelo menos 2 (dois) testes de sífilis por gestante. Indicador: número de testes de sífilis por gestante. Meta: aumentar em 15% (quinze por cento) o número de testes de HIV realizados. Indicador: número de testes de HIV realizados (BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.708, 16 de agosto de 2013).

Com a revisão da forma de financiamento das ações relacionadas ao HIV, Aids e outras ISTs, o repasse do governo federal para o Amazonas ficou definido nos termos da Portaria nº3.276 de 26 de dezembro de 2013. Esta legislação preconizou que a Secretaria de Estado da Saúde deveria definir, na Comissão Intergestora Bipartite, a

partir de informações relacionadas ao número de casos de Aids; de hepatites B e C; de Sífilis congênita, a distribuição dos recursos entre os municípios prioritários no estado considerando os seguintes aspectos: carga de doenças; município de região metropolitana; município de referência de região de saúde; município cuja população seja superior a 100 mil habitantes. Para o Amazonas, ficou definido um repasse anual de recursos no valor de R\$ 2.876.461,00 (BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº3.276 de 26 de dezembro de 2013).

Em 2014, a Resolução CIB/AM nº 18, de 24 de fevereiro de 2014, aprovou o Plano Anual de Metas do estado e encaminhou proposta para a distribuição dos recursos, que foi aprovada pelo Ministério da Saúde, nos termos da Portaria nº 966 de 19 de maio de 2014, conforme detalhamento.

Quadro 16- Incentivo Financeiro a Estados e Municípios para ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - Amazonas, 2014

Nº	Município	Valor Anual	Valor Mensal
1	Atalaia do Norte	50.000,00	4.166,66
2	Benjamim Constant	50.000,00	4.166,66
3	Itacoatiara	100.000,00	8.333,33
4	Manacapuru	100.000,00	8.333,33
5	Manaus	632.942,00	52.745,16
6	Parintins	130.000,00	10.833,33
7	São Paulo de Olivença	50.000,00	4.166,66
8	Tabatinga	100.000,0	8.333,33
9	Tefé	100.000,0	8.333,33
10	SES - Amazonas	1.563.519,00	130.293,25
	Total	2.876.461,00	239.705,04

Fonte: Portaria nº 966 de 19 de maio de 2014

Essa distribuição de recursos não se deu sem tensões, uma vez que, posteriormente, em reunião da CIB/AM foi discutido a possível desabilitação de alguns municípios, dentre os quais municípios do Alto Solimões, que haviam sido contemplados com recursos mas não haviam apresentado prestação de contas através de Relatório de Gestão com detalhamento da execução orçamentária.

[...] tem que ser pactuado em CIB para que não venham depois requerer este recurso e isso está justificado em documento, será feito uma resolução encaminhada para o Ministério da Saúde que sairá através de uma portaria da União desabilitando os dois municípios e estará sendo repassado o recurso deles para outros dois municípios da mesma região que é do Alto Solimões. A PAS é construída em conjunto com instituições governamentais e não governamentais, então Atalaia do Norte recebia R\$ 50.000,00 e São Paulo de Olivença R\$ 50.000,00 e desde 2014 eles não prestam contas, como não acompanhamos as ações deles, não fizeram o relatório de gestão e por isso esses municípios devem encaminhar seus pacientes de DST/AIDS para os

municípios de Benjamin Constant e Tabatinga, mas isso precisa ser repactuado para enviar ao Ministério da Saúde (AMAZONAS. Resumo Executivo CIB/AM. Reunião realizada em 28 de março de 2016, s/página.).

Diante da desabilitação de São Paulo de Olivença e Atalaia do Norte, os recursos que eram alocados nos dois municípios foram redirecionados para Tabatinga e Benjamin Constant.

Quadro 17- Incentivo Financeiro a Estados e Municípios para ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - Amazonas, 2016

Nº	Município	Valor Anual	Valor Mensal
1	Benjamin Constant	100.000,00	8.333,33
2	Itacoatiara	100.000,00	8.333,33
3	Manacapuru	100.000,00	8.333,33
4	Manaus	632.942,00	52.745,16
5	Parintins	130.000,00	10.833,33
6	Tabatinga	150.000,0	12.500,00
7	Tefé	100.000,0	8.333,33
8	SES - Amazonas	1.563.519,00	130.293,25
Total		2.876.461,00	239.705,04

Fonte: Resolução CIB/AM, Nº 19, de 25 de abril de 2016.

A preocupação em manter a sustentabilidade das ações relacionadas ao HIV, Aids e demais ISTs envolve necessariamente, dentro do processo de descentralização e regionalização da saúde, a delegação de responsabilidades crescentes a estados e municípios, no que diz respeito à saúde dos cidadãos, bem como à assistência médico-sanitária e à organização dos respectivos sistemas estaduais, regionais e municipais de saúde. Frente ao alastramento da epidemia para os municípios e, em particular para os de pequeno porte, a proposta descentralizadora da política de incentivos envolvia a “desconcentração de responsabilidades e ações” entre as instâncias federativas.

Os recursos oriundos dessa política de incentivos, induziu os estados e municípios a expandir as ações relacionadas ao HIV e à Aids, o “desenvolvimento e capacitação de centros regionais qualificados tanto na prestação de serviços quanto nas ações de promoção, prevenção e articulação com a Sociedade Civil” (Portaria nº 2314, de 20 de dezembro de 2002). O Plano de Ações e Metas além conter uma caracterização da epidemia das instâncias federativas, previam que estados e municípios desenvolvessem ações e atividades de promoção da saúde, prevenção e assistência, dentre outras.

Quadro 18- Ações a serem contempladas no Plano de Ações e Metas

Ações	Atividades
Diagnóstico e aconselhamento de indivíduos expostos a HIV	A. Atendimento individual e ou em grupo de populações com risco acrescido para HIV/Aids e outras DST; B. Aconselhamento pré e pós teste HIV C. Encaminhamento para realização de teste HIV D. Diagnóstico precoce do HIV acompanhado de aconselhamento para a população em geral, especialmente para gestantes, crianças, pessoas com DST, UDI, portadores de Tuberculose, portadores de Hepatites virais e populações com exposição sexual de alto risco;
Atenção à saúde dos indivíduos HIV +	E. Realização de consultas e encaminhamentos de acordo com orientações e normas técnicas da CN-DST/Aids/SPS/MS F. Busca de faltosos
Diagnóstico precoce e tratamento das DST e das complicações mais comuns em DSTs/Aids	G. Avaliação e exame de sintomáticos H. Realização e encaminhamento para exames laboratoriais complementares I. Instituição de tratamentos das DST e das complicações em DST/Aids, de acordo com o nível de complexidade da rede básica e considerando as abordagens sindrômica e etiológica J. Encaminhamentos dos casos não passíveis de resolução nesse nível K. Aquisição e dispensação de medicamento de acordo com a pactuação das instâncias do SUS L. Acompanhamento dos tratamentos
Atendimento de intercorrências	M. Atendimento de urgências e ou encaminhamento segundo fluxos definidos entre municípios e estado N. Atendimento e ou encaminhamento de acidentes ocupacionais com material biológico
Medidas preventivas	O. Identificação de populações e/ou situações de risco para DST/Aids, na área de abrangência da unidade P. Distribuição de insumos de prevenção: preservativos, agulhas e seringas e material de informação e comunicação Q. Realização de ações educativas: grupos de sala de espera, atividades extra-muros de prevenção e outras atividades similares R. Participação em campanhas educativas S. Aconselhamento em DST/HIV/Aids T. Prevenção de acidentes do trabalho com produtos biológicos
Vigilância epidemiológica	U. Notificação de gestantes HIV+, crianças expostas ao HIV e casos de sífilis congênita V. Notificação dos casos de Aids e vigilância do HIV conforme normatização e pactuação vigente W. Alimentação de bancos de dados epidemiológicos acordados pelos três níveis de governo

Fonte: Portaria n.º 2313, de 19 de dezembro de 2002

A despeito de todos os conflitos e tensões que envolvem a distribuição de recursos transferidos para o estado, entende-se que o movimento indutor desencadeado pelo Ministério da Saúde através da Política de incentivo às ações relacionadas ao HIV, à Aids e outras ISTs ampliou a autonomia do estado e municípios e deu relevo à realidade local no Plano Anual de Metas, pois este pressupunha o planejamento ascendente, do local para o nacional. As transferências fundo a fundo, por sua vez, dentro de rubrica específica ou verba carimbada, como comumente denominado, assegurou maior transparência ao uso do recurso.

Além disso, o governo federal ao mesmo tempo em que redimensionava o financiamento das ações relacionadas ao HIV, à Aids e outras ISTs, também passou a estimular a articulação com outras ações programáticas em saúde desenvolvidas na atenção básica, com ênfase na saúde da mulher, saúde do homem e saúde da criança e adolescente.

Quadro 19- Iniciativas articuladas com as ações relacionadas ao HIV, Aids e Hepatites B e C

Legislação	Articulação com ações relacionadas ao HIV, Aids e demais ISTs
Portaria n.º 2104/GM Em 19 de novembro de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Projeto Nascer-Maternidades	Prevê a realização de: 1. testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido); 2. testes para sífilis; 3. administração de inibidor de lactação (quando indicado); 4. profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes com diagnóstico positivo para infecção pelo HIV. 5. Profilaxia da sífilis conforme as normas do Ministério da Saúde
Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.	Prevê atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual e promoção dos cuidados profiláticos e tratamento para a violência sexual desse público, de ambos os sexos.
Portaria nº1.944, de 27 de agosto de 2009 Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Institui o Pré-Natal do Parceiro como uma importante porta de entrada para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, dentre outros.
Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha.	Prevê a prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; Preconiza a inclusão dos testes rápidos para HIV e Sífilis dentre os exames a serem realizados por ocasião do pré-natal; Ofertar teste rápido de sífilis e HIV nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);
Comitê de investigação de Transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites - 2014	Implantar nas Unidades Federativas e municípios comitês de investigação de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C.
Plano Nacional para o Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil - 2017	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose.

Fonte: Organizado pela autora a partir de Pesquisa documental, 2017.

Fica evidente que o HIV e a Aids transitam entre várias ações programáticas na saúde e que a articulação entre essas ações é condição para ampliar o acesso ao diagnóstico e a assistência a esse segmento populacional. Nesse sentido, não condiz uma ação isolada, mas uma ação descentralizada e articulada não somente dentro da política de saúde, mas também com outras políticas setoriais como a assistência social, a educação, a previdência, dentre outras. O modelo pactuado por convênio que caracterizou as primeiras intervenções relacionadas ao tema (credenciamento de

A implantação desses serviços são importantes, sem dúvida, porém insuficientes frente a dinâmica da epidemia no estado, pois se o diagnóstico precoce do HIV e o início da terapia antirretroviral pode levar a “reduções dramáticas na incidência de infecção pelo HIV”, a precariedade de infraestrutura de saúde em alguns municípios, a dificuldade de fixação de recursos humanos, a dificuldade de acessar exames essenciais no monitoramento da infecção (carga viral e CD4), tem contribuído com os números crescentes de óbitos relacionados a Aids no estado que não tem conseguido dispersar ações e serviços para atenção a essa questão no mesmo ritmo que a epidemia se expande. Se a epidemia chega a municípios de pequeno porte como o são a maioria dos do Amazonas, os municípios estão conseguindo inserir intervenções em suas agendas? Um relato traduz a realidade do estado.

No geral a gente está com teste rápido, sífilis e HIV em todo o interior do estado. Quando é diagnosticado um caso de IST é tratada no município. Se for HIV e o município tiver SAE, nós temos poucos municípios com SAE, é tratado lá, senão a maioria acaba vindo para Manaus (Coordenação Estadual IST, HIV, Aids e Hepatites Virais).

Com o reduzido número de SAEs dispersos no estado, como evidenciado no Mapa anterior, parcela majoritária dos casos se desloca para Manaus como confirmado no relato. O impacto da chegada do HIV e da Aids em realidades como a do Amazonas, marcadas por municípios pequenos, pouco dinâmicos e com reduzidas alternativas econômicas tem grande repercussão na vida das pessoas que vivem com HIV, pois nesses lugares o acesso a ações e serviços de saúde são reduzidos o que pode incidir diretamente sobre suas condições de vida e saúde. Essa realidade quando contraposta com a histórica centralização dos serviços de saúde em Manaus, especialmente aqueles especializados, no caso do HIV e da Aids, fez com que os serviços se concentrassem no âmbito da Fundação de Medicina Tropical e, em menor medida nos SAEs implantados sob a responsabilidade do município.

Como resultado da centralização das ações e serviços de saúde, temos um cenário da epidemia que concentra parcela majoritária dos casos notificados em Manaus. Note-se que esta realidade se encontra relacionada também à dificuldade de acessar o diagnóstico do HIV que no estado foi desconcentrado nos anos 2000, em particular com a iniciativa de implantação do diagnóstico por testagem rápida, inicialmente vinculado aos CTAs, às Maternidades através do Projeto Nascer e ações de atenção às vítimas de violência.

Em 2005, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 34, regulamenta a utilização de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais, ou seja, “em serviços de saúde e maternidades, como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV” e ainda em “serviços de saúde localizados em áreas de difícil acesso e maternidades, em parturientes que não tenham sido testadas para o anti-HIV no pré-natal”.

A regulamentação do uso dos testes rápidos, exigiu estudo anterior do qual o Amazonas fez parte.

A partir de novembro de 2004, ensaios com teste rápido foram implantados em 12 municípios do Amazonas, com previsão de ampliação para mais 48 municípios, no ano de 2005. Outros estados da região Norte se beneficiarão do teste rápido para diagnóstico do HIV, principalmente, os municípios de fronteira. O acesso da população ao teste anti-HIV é sem dúvida uma medida estratégica para o controle da epidemia (BRASIL, 2005, p. 22).

Mesmo com a expansão gradativa dos serviços, em particular do diagnóstico, para os demais municípios do estado os casos notificados continuam concentrados na capital.

Tabela 3- Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico – Manaus

Casos de AIDS	1980-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Total	2.932	539	592	602	830	933	941	906	890	1.135	1.271	1.075	1.065	433	14.144
Homens	2.029	353	372	399	529	632	665	619	623	792	941	791	778	327	9.850
Mulheres	903	186	220	203	300	301	276	287	267	343	330	282	285	93	4.276
Menores de 5 anos	85	11	22	21	24	18	25	20	13	11	21	12	10	5	298
Entre 15 e 24 anos	560	92	107	102	114	169	160	180	156	223	292	227	235	104	2.721

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2017, SISCEL de 2000 a junho/2017 e SIM de 2000 a 2016; (3). Dados preliminares para os últimos 5 anos. (Acesso em 10 de janeiro de 2018)

Entende-se que a concentração dos casos de Aids em Manaus deve considerar que grande parte das pessoas notificadas não reside necessariamente na cidade, apesar de que nesta e nos municípios de seu entorno estão a maior parte da população do estado e a quase totalidade dos serviços especializados. Historicamente a população do estado na impossibilidade de acessar ações e serviços de saúde em seus territórios de

origem têm buscado em Manaus a resolução para suas demandas, conforme registrado nos Planos Estaduais de Saúde.

Com referência a assistência de média complexidade computa-se o total de 11.847.060 procedimentos ambulatoriais, destes 10.520.055 efetivados em Manaus, representando 88,80% do total realizado. As Microrregiões totalizam 1.327 procedimentos (11,20%), o que significa altíssima concentração na capital e severo déficit nos municípios interioranos, não se pode assegurar que a população não residente na capital é assistida em Manaus uma vez que não há registro da origem dos pacientes (AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Plano Estadual de Saúde 2004-2005, s/página).

No Estado do Amazonas, sabe-se que inexistem um sistema formal de referência e contra referência entre os níveis de complexidade. O acesso aos serviços mais complexos se dá através de encaminhamentos médicos e solicitações de exames complementares, onde a população, além de não ser informada do local e data de atendimento, entra como demanda espontânea na disputa por vagas nos serviços de média e alta complexidade, com autorizações centralizadas na Policlínica Codajás (AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Plano Estadual de Saúde 2006-2007, p. 92).

No caso do atendimento para pessoas que vivem com HIV a Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado, por sua história voltada para atenção a essa população, inclusive credenciada para a prestação de múltiplos serviços – centro de testagem e aconselhamento, ambulatório, hospital-dia, pronto atendimento, unidade hospitalar, serviços de diagnóstico laboratorial, unidades dispensadora de ARV - concentrou majoritariamente esse atendimento no estado. Por ocasião da pesquisa, constatou-se que, segundo dados do Ministério da Saúde, Manaus apresentou, em 2016, uma taxa de detecção de 50,9 casos de aids por 100.000 habitantes e uma taxa bruta de mortalidade por Aids equivalente a 13,6 óbitos por causa básica Aids por 100.000 habitantes (MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Acesso em 10 de janeiro de 2018).

Os dados e informações remetem à constatação de que o modelo de intervenção na epidemia não pode mais se restringir a determinadas cidades ou somente a centros de referência e que horizontalizar as ações e serviços relacionados ao HIV e à Aids, alinhando-os às estratégias da atenção básica é condição *sine qua non* para ampliar o acesso, resolutividade e sustentabilidade da resposta nacional, tornando-a mais coerente com o atual momento. Nesse sentido, o movimento de desconcentração de responsabilidades, em relação à epidemia, para os serviços de atenção básica ganha força e avança e, no cenário nacional são definidos, a partir de 2014, estados e

municípios prioritários para ampla cooperação interfederativa, Rio Grande do Sul, Amazonas e Santa Catarina.

A cooperação interfederativa se deu pelas dificuldades do Amazonas fazer frente à epidemia. Em decorrência, o Ministério da Saúde instituiu o Acordo de Cooperação nº 04, assinado em 18 de junho de 2014 junto à Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas. O objetivo dessa iniciativa foi responder de forma articulada entre os três entes federativos e com ampla participação da sociedade civil,

[...] à situação epidemiológica das IST, do HIV/aids e das hepatites virais, no que se refere à mortalidade por aids, coinfeções TB e hepatites virais, com foco nas ações de prevenção para populações vulneráveis, aumento da capacidade e eficiência dos serviços de saúde, expansão da oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido e aprimoramento da gestão (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014, s/ página).

Esta mobilização de esforços se justificou mediante as dificuldades de muitos municípios, em particular aqueles que apresentavam o maior número de casos notificados, atenderem efetivamente as demandas de sua população relacionados ao HIV e à Aids. Foram definidos, em cada estado, municípios prioritários para as ações da cooperação interfederativa. No Amazonas foram definidos como prioritários os municípios de Manaus, Parintins, Tabatinga e Benjamin Constant. No próximo item, considerando o objeto deste estudo, analisaremos a realidade dos municípios de Tabatinga e Benjamin Constant em relação aos serviços e ações de saúde relacionados ao HIV e à Aids.

3.3 Descentralizar e regionalizar ações e serviços: estratégias de assistência às pessoas que vivem com HIV no Alto Solimões

A ênfase nos processos de descentralização e de regionalização das ações e serviços de saúde, como detalhado anteriormente, não são recentes, porém, a partir dos anos 2000, ganham maior evidência em particular com a necessidade de constituição de redes de atenção à saúde que tenham a atenção básica como dimensão ordenadora do cuidado. Essa dinâmica, fortemente condicionada pela realidade das políticas públicas nacionais, impõe novos desafios ao Programa de ISTs, HIV, Aids e Hepatites Virais, principalmente no nível local, onde as demandas se apresentam e ganham materialidade no cotidiano dos serviços.

As ações relacionadas ao HIV e à Aids não se encontram isoladas das demais ações programáticas desenvolvidas no âmbito da política de saúde e, apesar de estarem definidas no conjunto de ações relacionadas à Vigilância em Saúde, encontram-se intimamente articuladas às ações assistenciais desenvolvidas nos serviços, sendo imprescindível então, consolidar e ampliar as conquistas já realizadas e introduzir, nos termos de Maria Inês de Souza Bravo et al (2006), “a questão da AIDS em todo o SUS”, pois a “AIDS não é apenas um retrato da nossa época. É, de maneira aguda, um dos mecanismos íntimos de revelação da história da nossa época” (ABIA, Boletim nº 10, 1990, p. 1).

A resposta nacional à Aids, subsidiada a partir de importante aporte de recursos teve como referência o conhecimento produzido em nível global sobre a epidemia. Desde seu nascedouro, a resposta nacional requisitou e articulou ações em distintas dimensões (diagnóstico, assistência, prevenção, promoção, educação em saúde) e cuidados nos vários níveis de atenção (ambulatorial, domiciliar, hospitalar, hospital-dia). As inovações pensadas como intervenções no âmbito da epidemia, os avanços na consolidação e expansão da intervenção nacional, são fruto e resultado do próprio SUS enquanto política pública assecuratória de direitos.

No entanto, há de se reconhecer também que mesmo com os avanços, há vários entraves a serem enfrentados para que efetivamente o país se aproxime da universalidade, integralidade e descentralização das ações para esse segmento. As dificuldades das pessoas que vivem com HIV são as dificuldades da população em geral em relação à saúde. Tanto a pessoa que vive com HIV quanto o cidadão que não convive com o vírus vivencia dificuldades relacionadas ao acesso à internação, aprimoramento do sistema de referência e contrareferência, insuficiência de profissionais para atender a demanda, dificuldade de acesso aos exames de média e alta complexidade.

Nesse sentido, entende-se que o enfrentamento da epidemia no Amazonas e, em particular nos dois municípios estudados, envolve bem mais que a implantação de novos serviços especializados, mas sobretudo, o fortalecimento efetivo da descentralização e regionalização da saúde no estado, com o devido reforço ao papel da atenção básica como coordenadora das redes e da assistência a esses sujeitos. Como será que as ações e serviços de atenção à saúde voltada para as pessoas que vivem com HIV e Aids têm sido implantadas em Benjamin Constant e Tabatinga? Como se configura o cenário da Aids nesses municípios?

Tabela 4- Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico - Benjamin Constant e Tabatinga- Amazonas

Benjamin Constant	Casos de AIDS	1980-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
	Total	7	3	5	2	6	6	18	10	9	9	12	3	0	0	90
	Homens	6	2	4	1	4	4	9	8	8	8	6	3	0	0	63
	Mulheres	1	1	1	1	2	2	9	2	1	1	6	0	0	0	27
	Menores de 5 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Entre 15 e 24 anos	4	0	2	1	3	1	4	1	1	4	1	0	0	0	22
Tabatinga	Casos de AIDS	1980-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
	Total	35	14	12	11	20	22	17	24	10	38	22	6	3	2	236
	Homens	23	9	10	8	16	15	11	14	7	24	17	4	2	2	162
	Mulheres	12	5	2	3	4	7	6	10	3	14	5	2	1	0	74
	Menores de 5 anos	3	1	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	8
	Entre 15 e 24 anos	8	7	6	3	4	5	4	10	3	8	5	1	0	0	64

Fonte: MS/SVS/Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2017, SISCEL de 2000 a junho/2017 e SIM de 2000 a 2016; (3). Dados preliminares para os últimos 5 anos.

É importante reconhecer que os municípios estudados, por estarem situados em área transfronteiriça, apresentam “grande dificuldade para definir as tendências da epidemia (...), porque há importantes problemas na notificação e registro de dados sobre a doença” (BRASIL, 2003, p.30). Reconhecendo tais dificuldades, verifica-se, a partir dos dados da tabela acima, que a notificação de casos de Aids nos municípios estudados não é recente e que “O primeiro caso de aids em Tabatinga foi notificado em 1994” (BRASIL, 2003). Porém, considerando as particularidades da região de fronteira, a intensa mobilidade entre países é importante reconhecer que a epidemia também é realidade nos países circunvizinhos.

Em Letícia, município colombiano vizinho, a Secretaria do Departamento de Saúde, relatou 41 casos de infecção pelo HIV entre 1989 e 1999. Doze (29%) dos casos detectados no hospital de Leticia eram de brasileiros e sete peruanos (BRASIL, 2003, p.77).

A intensidade dos fluxos entre as cidades do Alto Solimões e a vulnerabilidade a que estão expostos os residentes nessa região, não somente ao HIV, mas às infecções sexualmente transmissíveis de modo geral, já foram apresentados em vários estudos

(SILVA NETO, 2010 e 2011; PEITER, 2005) ressaltando questões como a precariedade das condições de vida, de saúde, com destaque para a existência de “redes sexuais que cruzam nacionalidades e etnias” (BRASIL, 2003) e para

[...] o elevado crescimento populacional de Tabatinga, graças ao elevado afluxo de migrantes nas duas últimas décadas; a afluência de uma população com alta mobilidade como os comerciantes, madeireiros, turistas e aventureiros; o relativo grau de interconectividade deste verdadeiro nóculo em plena selva amazônica (reunindo três nacionalidades), além da confluência de rotas de contrabando e narcotráfico na região (PEITER, 2005, p. 192).

Por ocasião da pesquisa “Aids nas Fronteiras do Brasil” (2003), realizada pelo Ministério da Saúde, constatou-se que em Tabatinga já havia serviços relacionados ao HIV em funcionamento.

[...] não se observa a implementação completa do CTA. (...). Os esforços e iniciativas de implantação das ações concentram-se na coordenação, que recebeu pouca capacitação técnica e gerencial, além de não contar com equipe suficiente para implementar integralmente o programa, com todos os seus componentes, entre eles as ações de prevenção voltadas para a comunidade (BRASIL, 2003, p.81).

Desde 2000, com o início do processo de descentralização do diagnóstico do HIV no estado foi implantado no município de Tabatinga um “pequeno Centro de aconselhamento e testagem” (BRASIL, 2003) e em Benjamin Constant,

[...] em outubro de 2004, foi quando a administração na época pegou os profissionais, pra capacitar para implantar o programa no município. Então assim, Benjamin foi um dos pioneiros no Rio Solimões a implantar o programa de DST/Aids (...) e desde aí os testes eram só de HIV e sífilis, no pré-natal só para as gestantes (Coordenador IST, HIV, Aids e Hepatites, Benjamin Constant).

A fala em destaque, quando contraposta com os dados da tabela anterior evidencia que mesmo que em menor número, os casos de Aids notificados em Benjamin Constant tiveram início no mesmo período que os de Tabatinga. Apesar da clareza que a notificação tardia ou mesmo a subnotificação é comum nas regiões de fronteira, destaca-se que em 1993, foi registrado o primeiro caso de Aids em Benjamin Constant. A partir das primeiras notificações observa-se o crescimento da Aids na região do Alto Solimões, potencializada pela dinâmica de um lugar onde a Avenida da Amizade e o Rio Solimões, consistem efetivamente na única “fronteira” existente frente ao ir e vir da

população, seja dos peruanos e colombianos em direção ao Brasil ou dos brasileiros em direção à Colômbia e ao Peru e mesmo no trânsito entre a população dos vários municípios da região.

A intensa mobilidade na tríplice fronteira suscita preocupações relacionadas ao trânsito de agentes infecciosos como o HIV. Essa preocupação se acentua principalmente em relação aos migrantes e refugiados, que nos municípios estudados transitam com frequência, pois esta é uma população marcada por extrema vulnerabilidade social e econômica e para sobreviver, muitas vezes, tende a se submeter, por dinheiro, a práticas sexuais com distintos parceiros em sua trajetória. Marcados pela ausência de direitos os migrantes e refugiados, em geral, carecem de informações sobre formas de prevenção ao HIV e, em especial como ter acesso a insumos como preservativos e mesmo como acessar os serviços locais de saúde. Esta população, segundo alerta da ABIA,

[...] frequentemente são obrigadas a viver em áreas pobres e sem privacidade. Suas condições de trabalho são ruins e elas ganham pouco, especialmente se forem migrantes ilegais. Às vezes, precisam trabalhar como profissionais do sexo para obter dinheiro. Migrantes pobres, como empregadas domésticas, podem ser muito vulneráveis a violência e ao abuso sexual (ABIA, Boletim Ação Anti-AIDS nº 45, 2000, s/ página).

Aliam-se ao cenário de vulnerabilidade da tríplice fronteira, a ausência de alternativas de renda e trabalho que empurra parte da população para atividades do circuito informal ou mesmo para atividades ilegais relacionadas ao narcotráfico. Bruno C. Machado e Amélia R. B. Nogueira (2016), ressaltaram que no Alto Solimões, em geral, há poucas oportunidades econômicas, a produção agrícola é incipiente, as possibilidades de acesso ao emprego formal são reduzidas e a população tende a ser abastecida com produtos produzidos em outros locais. Na região, Iquitos, principal centro urbano do Peru, fica mais próximo de Tabatinga que Manaus; Letícia, uma capital departamental, por sua vez, fica justaposta à Tabatinga e assume “papel concentrador institucional e ponto focal para o turismo e para o comércio” na região. Os autores registram a efervescência das redes de comércio, navegação e circulação de pessoas que alcançam o Alto Solimões, destacando que, Benjamin Constant é um “centro de terceira grandeza na região” enquanto,

Tabatinga é o polo de serviços do Alto Solimões e tem instituições e comércio formal, drenando a mão de obra qualificada da região para os serviços públicos, mas igualmente atraindo para a região migração de contingentes em busca de melhores condições de vida, cuja presença sua estrutura econômica formal e regular não consegue suportar (MACHADO & NOGUEIRA, 2016, p. 63).

Tais dados e informações coadunam-se com o entendimento de que o dinamismo de Tabatinga faz com que esta se caracterize, na percepção de Paulo Cesar Peiter (2005), como um epicentro secundário da Aids no Amazonas, uma vez que

[...] a epidemia da AIDS, num primeiro momento disseminou-se no Brasil a partir das grandes metrópoles nacionais. Num segundo momento, atingiu as principais cidades médias do país, estabelecendo novos epicentros secundários da epidemia, a partir dos quais propaga-se para o interior (momento atual) (PEITER, 2005, p. 179).

Segundo o autor,

O terceiro epicentro da epidemia de AIDS no Arco Norte está localizado na sub-região do Alto Solimões e é o formado pelas cidades de Tabatinga e sua gêmea Letícia e Benjamin Constant (PEITER, 2005, p. 191).

Chama atenção que como referência em saúde para os municípios da região de saúde do Alto Solimões, inclusive para o atendimento às pessoas que vivem com o HIV segundo pesquisa do Ministério da Saúde, em 2000, já havia em Tabatinga “um programa municipal de DST e Aids, dirigido por uma coordenadora, que também executa vários outros programas”. Na ocasião, o Hospital de Guarnição assumia o papel de referência para diagnóstico e assistência a esses sujeitos na região e, na ocasião do estudo, “onze pacientes estão recebendo medicação antirretroviral no hospital” medicações estas que com frequência chegavam atrasadas ou mesmo com esquemas de tratamento ajustados por profissionais de Manaus sem ciência da equipe local.

A pesquisa do Ministério da Saúde indicou algumas dificuldades enfrentadas pelo município em relação ao HIV e à Aids: ações de prevenção limitadas; falta de informação sobre o tema; realização de testagem sem aconselhamento ou orientações; testagem compulsória; falta de insumos (preservativos, gel lubrificante), de material informativo; rotatividade dos médicos; falta de capacitação dos profissionais; falta de privacidade no tratamento dos pacientes de Aids e falta de sigilo quanto ao diagnóstico, dentre outras (BRASIL, 2003, p. 78).

Apesar dos inúmeros desafios apontados pela pesquisa do Ministério da Saúde, observa-se que as intervenções relacionadas ao HIV e à Aids no Alto Solimões se

mantiveram ativas como evidenciam dados relacionados às taxas de detecção de Aids nos municípios em estudo.

Tabela 5- Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON, por ano de diagnóstico - Benjamin Constant e Tabatinga – Amazonas

Benjamin Constant	Taxa de detecção	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Geral	11,5	18,7	7,3	19,7	19,2	53,9	29,2	25,8	24	31,1	7,6	0
Homens	14,8	29	7,1	25,5	24,9	52,1	45,3	44,3	41,2	30,2	14,7	0	
Mulheres	7,9	7,7	7,6	13,5	13,2	55,7	12,1	5,9	5,5	32,2	0	0	
Menores de 5 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17,1	0	0	
Entre 15 e 24 anos	0	34,8	16,8	45,8	15,1	55,6	13,6	13,3	51	12,4	0	0	
Tabatinga	Taxa de detecção	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Geral	31,8	26,6	23,8	42,5	45,9	32,5	45	18,4	65,2	36,9	9,8	4,8
	Homens	40,2	43,6	33,8	66,3	60,9	41,7	52	25,5	81,5	56,5	13	6,5
	Mulheres	23,1	9	13,3	17,5	30	23,2	37,8	11,1	48,5	16,9	6,6	3,3
	Menores de 5 anos	14,4	0	0	0	0	14,3	0	0	39,1	0	0	0
	Entre 15 e 24 anos	73,2	61,2	29,7	39,1	48,3	36,3	88,9	26,2	66,4	40,7	8	0

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) SICLON utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2017, SISCEL de 2000 a junho/2017 e SIM de 2000 a 2016; (3) dados preliminares para os últimos 5 anos.

Note-se que a tabela em análise indica que os municípios estudados têm envidado esforços na detecção de pessoas que vivem com o HIV, o que pode estar associado principalmente ao processo de descentralização da testagem e aconselhamento do HIV para a atenção básica já plenamente realizada nos municípios, medida que possibilitou maior cobertura e acessibilidade ao diagnóstico.

As taxas de detecção de Aids nos dois municípios têm se mantido elevadas, comprovando que “As regiões Norte e Nordeste apresentam uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção”, conforme Boletim Epidemiológico HIV-AIDS, de 2016. Em Benjamin Constant a maior taxa de detecção ocorreu no ano de 2010, chegando ao número de 53,9 casos por 100.000 habitantes; em Tabatinga a maior taxa de detecção de Aids ocorreu no ano de 2013, quando chegou a 65,2 casos por 100.000 habitantes. Nos dois municípios os dados evidenciam taxa de detecção de Aids maior entre indivíduos do sexo masculino. A população jovem (de 15 a 24 anos) situada nos municípios estudados requer atenção dos serviços de saúde, pois a taxa de detecção nesse segmento tem se mostrado elevada.

Os dados da tabela, permitem inferir também que o município de Tabatinga no decorrer dos anos tem apresentado taxas de detecção maiores que as de Benjamin Constant, o que tende a afirmar seu papel de epicentro da epidemia no Alto Solimões.

Note-se que o papel de centro irradiador assumido pelo município de Tabatinga está relacionado diretamente à maior conectividade e intensidade de interações entre o município, as cidades de Letícia, Santa Rosa e Islândia. Tais interações se materializam especialmente a partir dos rios, por meio do transporte fluvial, através do “ir e vir diário de pescadores, madeireiros, comerciantes, turistas, funcionários e pesquisadores de diversas instituições públicas, privadas, religiosas e de ONGs, indígenas, militares, contrabandistas e traficantes” (PEITER, 2005, p.191).

Além das conexões no próprio Alto Solimões há interação constante com Manaus, principal fornecedora de insumos e produtos para a região, além de ser também consumidora do que lá se produz, mas como peça chave para desvelar os circuitos por onde a epidemia se difunde no estado.

Considerando que as taxas de detecção têm sido associadas à ampliação do acesso ao diagnóstico, em particular com a implantação da testagem rápida para o HIV, durante a pesquisa se buscou identificar nos municípios a existência de estrutura o desenvolvimento das ações programáticas relacionadas ao HIV e à Aids, informação que foi confirmada a partir de dados registrados no QualiAids 2017.

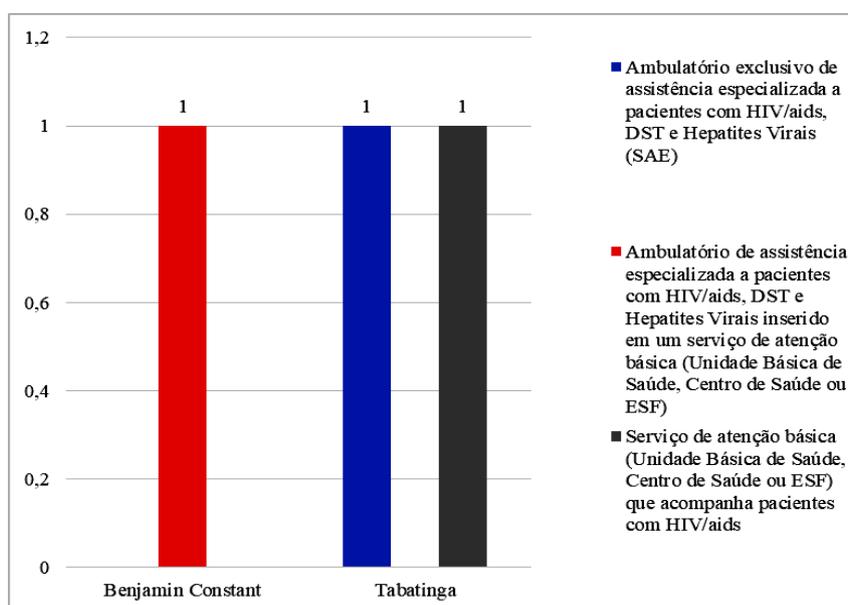


Gráfico 1. Tipo de unidade de saúde onde o atendimento das pessoas que vivem com HIV ocorre - Benjamin Constant e Tabatinga

Fonte: Pesquisa Documental, Questionário do QualiAids 2017.

Depreende-se a partir das informações coletadas que os municípios estudados possuem estrutura básica para atendimento das pessoas que vivem com HIV em seus territórios. Em Benjamin Constant a ação programática está implantada sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e há coordenação municipal que acumula as funções de gestão do CTA, do SAE e ainda de gestão da Unidade Dispensadora de Medicamentos, UDM. Por ocasião da pesquisa, em Benjamin Constant, a coordenação municipal do programa de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais, o CTA e a UDM funcionavam nas dependências da Unidade Básica de Saúde Enfermeira Leontina Lima da Silva, situada no Centro da cidade.

Constatou-se que a unidade de saúde em questão é de fácil acesso, próxima do porto e que no mesmo prédio funcionam também duas equipes da Estratégia Saúde da Família, um núcleo do Programa Agentes Comunitários de Saúde Rural e a coordenação das ações de tuberculose do município. Na estrutura compartilhada o programa funciona em três cômodos - sala de coordenação; sala onde são guardados os antirretrovirais e sala onde funcionam as ações do CTA. Na sala da coordenação, ficam os prontuários das pessoas acompanhadas pelo SAE e apesar da baixa qualidade de conectividade, há acesso à internet. O pleno funcionamento das ações encontra-se obstaculizado, pois o município dispõe de uma equipe reduzida para implantação do CTA e do SAE que tem uma coordenação, dois profissionais de enfermagem para realização da coleta dos testes rápidos e um profissional médico que, uma vez por semana é remanejado do Hospital Geral Municipal para atendimento de pessoas que vivem com HIV em seguimento no SAE.

Em Benjamin Constant, todo o controle administrativo de insumos, medicamentos, testes rápidos, registro de informações no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos-SICLOM e no Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais-SISLOGLAB é realizada pela coordenação do programa que fica a cargo também do planejamento, execução, prestação de contas e monitoramento e avaliação de todas as ações envolvendo as ISTs, HIV, Aids e Hepatites Virais. Constatou-se também, que a coordenação é chamada a realizar atendimentos como aconselhamento, visita domiciliar, busca ativa de pacientes. Fica evidente a escassez de recursos humanos em Benjamin Constant e a dificuldade de um único profissional acumular funções de planejamento, gestão, coordenação e, muitas vezes de operacionalização do atendimento.

Além dos desafios na fixação de recursos humanos, é interessante destacar que, em 2015, as cidades do Alto Solimões foram duramente afetadas pela cheia, os serviços de saúde foram comprometidos, inclusive o CTA. Em Benjamin Constant, a UBS Enfermeira Leontina Lima da Silva, onde funciona o CTA e o SAE, foi invadida pelas águas e os serviços que ali funcionavam passaram a ser prestados em estruturas improvisadas em unidades de saúde que não haviam sido afetadas pelo avanço do Solimões. As marcas da cheia puderam ser constatadas por ocasião da pesquisa de campo em 2015, conforme registro fotográfico.



Figura 1- UBS Enfermeira Leontina Lima da Silva - Benjamin Constant, 2015.

Fonte: Acervo pessoal autora.

Em Tabatinga, quando do primeiro contato com o município, em 2015, o CTA estava funcionando na Policlínica Conceição Chavier Alencar, situada no bairro de São Francisco; em 2016, o serviço passou a funcionar na Rua Marechal Mallet, no térreo do prédio onde funciona a Secretaria Municipal de Saúde. No mesmo espaço funciona também a coordenação municipal do programa e o SAE, além de ter espaço reservado para o programa de controle da Tuberculose e programa de assistência domiciliar do município, o Melhor em Casa.

Observou-se que em Tabatinga, polo para onde os moradores de áreas rurais ou cidades menores se deslocam para suprir necessidades de saúde não satisfeitas em seu local de origem, o serviço apresenta melhor estrutura e equipe mínima para funcionamento. Em 2015, constatou-se que a equipe era composta por um coordenador, um farmacêutico, um psicólogo, um assistente social, um médico (disponibilizado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena, SESAI para atender no SAE), uma enfermeira (que tinha cronograma de atendimento compartilhado entre o programa de controle da

Tuberculose e o SAE), dois profissionais de enfermagem que realizavam o teste rápido, agentes administrativos, profissional de serviços gerais e motorista. Contudo, comprovando a dificuldade de fixar profissionais nos municípios, durante a visita realizada em outubro de 2016, a equipe encontrava-se sem farmacêutico (havia um profissional voluntário aguardando contratação) e sem psicólogo, mas compunha a equipe mais um profissional médico que havia realizado estágio treinamento na Fundação de Medicina Tropical, em Manaus.

Constatou-se em Tabatinga, estrutura de atendimento para recepção, sala para acolhimento dos usuários e guarda dos prontuários, sala para realização do teste rápido, sala individualizada para realização do aconselhamento e entrega de resultados, salas para atendimentos individualizados (médico, enfermagem, psicossocial), sala de assistência farmacêutica e também sala da coordenação. Há ainda disponibilidade de equipamentos de informática com acesso à internet, bem como linha telefônica.

Note-se que na ocasião do QualiAids 2017, o município de Tabatinga informou, conforme consta no gráfico, que além do Ambulatório exclusivo de assistência especializada para pessoas com HIV, Aids, ISTs e Hepatites, ou seja o SAE, possuía Serviço de Atenção Básica que acompanham pessoas que vivem com HIV e Aids. Esta última informação se refere ao serviço prestado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Solimões, em seus polos base e na Casa de Saúde Indígena em Tabatinga. Apesar das informações relacionadas ao atendimento realizado pelo DSEI aparecer no Relatório do QualiAids do município de Tabatinga, não foi objetivo desta pesquisa averiguar como se dá o atendimento da população indígena que vive com HIV no município. Mantivemos as informações relacionadas ao DSEI por estas caracterizarem o atendimento geral das pessoas que vivem com HIV, indígenas ou não, em Tabatinga.

Constatou-se que a estrutura física das unidades dos municípios estudados não apresentavam adaptações para facilitar o acesso das pessoas às instalações e que haviam barreiras como corredores estreitos, piso irregular, dentre outros. Em Benjamin Constant, a rua de acesso à UBS Enfermeira Leontina Lima da Silva, onde funciona o SAE apresenta desgastes como buracos, falta de calçada e no entorno da unidade há lama, mato alto, lixo, além de área alagada temporariamente.

Observou-se que em Tabatinga há sala reservada para guarda dos prontuários e em Benjamin Constant os prontuários são guardados na sala da coordenação municipal. A guarda e a devida anotação de informações no prontuário de cada pessoa vivendo com HIV atendida pelos serviços é essencial para que fique devidamente registrado as

intercorrências e condutas adotadas face a cada sujeito. A qualidade das informações registradas no prontuário é condição para integração dos diferentes profissionais que compõem as equipes. É preciso entender que as pessoas que vivem com HIV são atendidas em serviço municipal de saúde e que estes encontram-se sob a responsabilidade de uma equipe e não de uma pessoa determinada. Mediante a alta rotatividade de profissionais nos municípios estudados seria difícil assegurar a continuidade do cuidado a esses sujeitos sem que os profissionais tenham cumprido com sua responsabilidade ética em relação ao devido registro de suas condições de saúde, intercorrências e condutas no decorrer do tempo.

Por ocasião da pesquisa se identificou informações importantes relacionadas ao atendimento realizado nos SAEs dos municípios estudados.

Tabela 6- atendimentos realizados - 2016

Município	Número total de pacientes com HIV/aids	Número de pacientes em TARV	Número de pacientes com HIV/aids que foram à óbito no último ano	Número de pacientes que abandonaram o serviço no último ano	Número de pacientes em TARV que abandonaram o serviço no último ano	Número total de pacientes com HIV/ aids transferidos do serviço no último ano
B. Constant	86	42	0	9	9	1
Tabatinga	237	145	4	10	4	3

Fonte: Pesquisa Documental, Questionário do QualiAids 2017.

Os dados relacionados aos atendimentos realizados pelos SAEs permitem constatar que nem todos os pacientes registrados nos municípios encontram-se realizando tratamento e muitos (25 em Benjamin Constant e 71 em Tabatinga) não foram sequer alcançados pelos serviços, carecendo de informações se foram a óbito, se estão fazendo tratamento em outro município, ou seja, do que aconteceu a esses sujeitos. Os números de pacientes que não acessaram os serviços e os que abandonaram, estivessem em TARV ou não, suscitam questionamentos quanto as medidas adotadas tanto em relação ao abandono quanto em relação ao fortalecimento da adesão ao tratamento, aspectos importantes para monitoramento da epidemia. Será que os serviços desenvolvidos nos municípios têm conseguido abarcar essa população? Note-se informações relacionadas ao tipo de serviços prestados pelos municípios relacionados ao HIV e a Aids.

Quadro 20- Atendimento prestado no âmbito do HIV, Aids, ISTs e Hepatites Virais - Benjamin Constant e Tabatinga

Realiza serviço para:	Serviços Municipais	
	Tabatinga	Benjamin Constant
Adultos com HIV/aids.	1	1
Crianças com HIV/aids.	1	1
Gestantes com HIV/aids.	1	1
Crianças expostas ao HIV e vírus da Hepatite C	1	1
Coinfecção TB/HIV.	1	1
Hepatites virais em pacientes HIV positivos.	1	1
Hepatites virais em pacientes HIV negativos.	1	1
Infecções sexualmente transmissíveis (IST) em HIV negativos.	1	1
Profilaxia pós-exposição (PEP) ocupacional.	1	1
Profilaxia pós-exposição (PEP) sexual consentida.	1	1
Profilaxia pós-exposição (PEP) por Violência sexual	1	1
Profilaxia pré-exposição sexual (PreP)	0	0

Fonte: Pesquisa Documental, Questionário do QualiAids 2017.

As informações presentes na tabela permitem inferir que os municípios estudados asseguram a oferta de ações e serviços às pessoas que vivem com HIV em seus territórios. Algumas das atividades desenvolvidas são efetivamente realizadas no espaço do SAE (atendimento de adultos, crianças, gestantes, coinfecção, etc.) outras, no entanto, são desenvolvidas na rede de urgência e emergência disponível nos municípios, pois são atendimentos que por seu caráter - acidentes biológicos, situação de violência, exposição sexual - exigem atendimento ágil e seguro, urgência na administração da profilaxia e demais encaminhamentos, conforme protocolos vigentes.

O Brasil definiu, ainda na década de 1996, como eixo norteador da resposta nacional, o acesso gratuito de todas as pessoas diagnosticadas com Aids aos antirretrovirais, contrariando recomendações de organismos internacionais e, em particular o interesse da indústria farmacêutica. A prescrição e início do uso dos antirretrovirais inicialmente esteve condicionada à contagem de CD4, mas a partir de 2013, com a publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção ao HIV/Aids em Adultos, o Ministério da Saúde passou a preconizar o tratamento e o uso de antiretrovirais, ARV para todas as pessoas com sorologia reagentes para HIV independente do resultado do CD4.

Consolida-se o conceito de Prevenção Combinada ao HIV, o qual articula ações relacionadas ao

[...] uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2017, p. 18).

Nessa perspectiva de Prevenção Combinada proposta pelo Ministério da Saúde algumas intervenções são consideradas essenciais para responder à epidemia.

Quadro 21- Medidas relacionadas à Prevenção Combinada do HIV

Intervenções	Medidas
Biomédicas	Métodos de barreira; Imunização; Tratamento para todos os casos diagnosticados de HIV; Tratamento para outras ISTs; Ações de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP); Ações de Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
Comportamentais	Orientações em relação a testagem; Oferta de aconselhamento; Oferta regular da testagem; Cuidado em saúde às pessoas que vivem com HIV; Redução de danos;
Estruturais	Diminuição das desigualdades socioeconômicas; Estabelecimento de normas e marcos legais; Fomento do protagonismo e emponderamento; Divulgação de informação; Fortalecimento das estruturas do SUS

Fonte: Organização da autora a partir de BRASIL, 2017, p. 17-21.

Considerando as estratégias propostas pelo Ministério da Saúde como “combinadas”, constata-se que com as transformações no cenário da epidemia (inovações no diagnóstico e no tratamento, novos casos entre heterossexuais, mulheres, população de baixa renda, em municípios de pequeno e médio porte) era necessário reconstruir estratégias mais adequadas, “modificações relacionadas à estrutura e organização dos serviços” e, em particular às formas de prevenção.

Entre 1999 e 2000, (...) observa-se um relativo declínio no número de novos CTA, (...). Nessa mesma ocasião, estabelece-se a meta prioritária de ampliação da oferta do diagnóstico para o HIV na rede básica de saúde, mediante a necessidade de promover o diagnóstico precoce e fortalecer as ações de prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2010, p 14).

O cenário inicial da epidemia era marcado por quadros agudos de imunodeficiência, esquemas terapêuticos complexos e alta mortalidade por Aids; na atualidade, a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma condição crônica que exige cuidados contínuos, “80,1% dos indivíduos que vivem com companheiro (a)

afirmaram saber que a aids é uma doença crônica passível de ser controlada, percentual que decresceu para 76,1% entre os que vivem sem companheiro (a)” (BRASIL, 2016, p. 22).

Os municípios de Benjamin Constant e Tabatinga participaram dos primeiros ensaios com uso de testes rápidos no país, passando a incorporar essa metodologia desde sua regulamentação pelo Ministério da Saúde em 2005. A escolha dos municípios considerou aspectos como “ser pólo regional, estar em localização geográfica estratégica, ter capacidade local instalada, ter mais facilidade de acesso aos serviços de saúde, além dos aspectos epidemiológicos e políticos” (OKAMURA, 2006, p.38).

A descentralização do diagnóstico através da implantação dos testes rápidos para HIV, constitui uma das estratégias centrais das medidas adotadas no país para o cuidado das pessoas que vivem com o vírus. A partir de 2011, considerando a necessidade de assegurar “o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV durante o período gestacional”, a implantação dos testes passou a ser meta compartilhada pela Rede Cegonha, que introduziu através da Portaria nº 1459, o teste rápido de HIV dentre os novos exames previstos para o pré-natal.

Nos municípios pesquisados, a testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites B e C é realizada em todas as unidades da atenção básica, nos SAEs e nas unidades hospitalares. Vejamos, inicialmente, o quadro de profissionais que o SAE dispõe para o atendimento das pessoas vivendo com HIV em Benjamin Constant e Tabatinga.

Tabela 7- Médicos que realizam acompanhamento de rotina das pessoas que vivem com HIV – SAE Benjamin Constant e Tabatinga - 2016

Serviços	INFECTOLOGISTA	CLÍNICOS GERAIS	MÉDICOS OUTRAS ESPECIALIDADES	MÉDICOS RESIDENTES
Benjamin Constant	0	3	0	7
Tabatinga	0	1	0	0

Fonte: Pesquisa Documental, Questionário do QualiAids 2017.

Note-se que nos SAEs sob responsabilidade dos municípios estudados o atendimento da pessoa que vive com HIV é realizado predominantemente por clínicos gerais e, apesar de Benjamin Constant ter informado ter 07 médicos residentes, entende-se que esta informação se refere, na verdade, aos clínicos gerais que atuam nas unidades de atenção básica do município, pois no SAE, efetivamente, atuava, por ocasião da pesquisa, um médico, uma vez por semana. Destaque-se algumas informações obtidas quanto aos profissionais do SAE nos municípios.

[...] tem o SAE. Na verdade, o SAE aqui está com carência profissional, hoje no SAE só está uma médica atendendo não é uma médica infectologista, é uma médica capacitada já pra está atendendo as DSTs no município (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

[...] Tem dois médicos. O infectologista da SESAI, da saúde indígena. Atende três vezes na semana, segundas, quartas e sextas, pela parte da tarde. E a médica clínica atende todos os dias pela parte a manhã. Ela é contratada 24 horas semanais, ela fica na parte da manhã de segunda a sexta. É uma médica treinada, ela fez um estágio na Fundação de Medicina Tropical de 28 dias para pegar rotina de como funciona, a parte de medicamento, a questão das co-morbidades também, o manejo das hepatites, o que foi desenhado na linha de cuidado. Para ter um médico capacitado dentro do SAE (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Constata-se, diante do exposto, que nos municípios estudados, os médicos generalistas que atendem as pessoas que vivem com HIV receberam capacitação na Fundação de Medicina Tropical, em Manaus, de forma a dotá-los de olhar mais específico em relação ao cuidado desses sujeitos. Além disso, identificou-se que, em Tabatinga, houve articulação com a SESAI, com vistas à cessão de profissional médico para atendimento das pessoas que vivem com HIV. Constatou-se também outros profissionais disponíveis nos municípios para atendimento das pessoas que vivem com HIV.

Tabela 8- Outros profissionais que atendem pessoas que vivem com HIV - Benjamin Constant e Tabatinga

Serviços	ENFERMEIRO	PSICÓLOGO	DENTISTA	FARMACÊUTICO	ASSISTENTE SOCIAL	AUXILIAR OU TÉCNICO DE ENFERMAGEM	NUTRICIONISTA
Benjamin Constant	13	0	2	1	1	8	0
Tabatinga	1	0	0	0	1	3	0

Fonte: Pesquisa Documental, Questionário do QualiAids 2017.

Cotejando os dados com as observações de campo, entende-se que ao responder ao instrumento do QualiAids 2017, Benjamin Constant, nesse item, se refere aos demais profissionais existentes na rede de atenção básica do município e não, necessariamente aos profissionais que atuam diretamente no SAE. Os dados de Tabatinga, por sua vez, se referem exclusivamente aos profissionais que atuam no âmbito do SAE. A partir desse entendimento, constata-se então que, em Benjamin Constant o SAE tem suas ações efetivamente comprometidas pelo reduzido número de profissionais vinculados ao serviço, conforme exposto anteriormente. Segundo informações obtidas no decorrer da pesquisa, anteriormente a realidade de Benjamin Constant em relação ao SAE era outra.

[...] já tinha o SAE. Tinha uma assistente social, tinha médica e tinha enfermeira, que era a médica e enfermeira da UBS, era a equipe da unidade que atendia as pessoas, mas era centralizado lá, os atendimentos, testes rápidos, tudo era centralizado no programa dentro dessa UBS (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Em cenário marcado por grandes dificuldades relacionadas à fixação de recursos humanos especializados, Benjamin Constant vem buscando alternativas para construir uma resposta em relação à saúde das pessoas que vivem com HIV sob sua responsabilidade. Tabatinga também tem enfrentado problemas relacionados à fixação de profissionais, mas tem conseguido dotar o serviço de equipe mínima, com a presença de voluntários e de profissionais de outras instituições.

Considerando que nos municípios estudados, no espaço onde funciona o SAE há também um CTA, por ocasião da pesquisa buscou-se informações sobre o funcionamento desse serviço.

Em 2012 houve a descentralização dos testes rápidos para toda as UBS, pois até então ele era centralizado só no CTA. Hoje o CTA funciona vinculado dentro de uma Unidade Básica de Saúde. (...). Lá funciona o CTA, o SAE, tudo funciona dentro da UBS, pessoas vivendo e não vivendo aqui (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

As dificuldades para compor equipes exclusivas para determinados serviços nos municípios são evidenciadas em relato, “*Tem uma pessoa exclusiva para o CTA e a carga horária dele (...) ele vem de manhã, ele é diretor do posto, mas ele fica mais no CTA*” (Profissional D, Benjamin Constant).

Os relatos obtidos permitem inferir que no caso de Benjamin Constant o SAE existe formalmente, mas sua estrutura enquanto serviço especializado e ponto de atenção de grande relevância na organização das redes de atenção à saúde encontra-se comprometida. Os SAEs constituem serviço inovador, instituído pelo Ministério da Saúde desde a década de 1990, para atendimento ambulatorial especializado às pessoas que vivem com HIV. O credenciamento desses serviços estava condicionado a existência de estrutura e de equipe mínima para funcionamento, de forma que fosse assegurado atendimento digno e resolutivo e que tivesse como eixo norteador a integralidade do cuidado em saúde em relação às pessoas acometidas pelo vírus. Como, em estruturas adaptadas, com escassez de profissionais, como constatado nos municípios, avançar em direção à integralidade do cuidado a esses sujeitos?

O texto normativo assume expressões e materialidades distintas no cotidiano dos serviços, sinalizando que o real se apresenta no caminho, na travessia e não apenas nas leis e normas reguladoras. Como, nos municípios estudados, caminhar em direção à integralidade da atenção e organização contínua dos processos de trabalho desenvolvidos de forma a ampliar a apreensão das necessidades de saúde desse segmento populacional?

As dificuldades enfrentadas pela coordenação municipal nos dois municípios são inúmeras.

O teste rápido e preservativos são fornecidos pelo Ministério da Saúde que repassa para o estado e o estado repassa para os municípios. Gel lubrificante a gente solicita, mas até o momento ainda não chegou. É uma dificuldade que a gente está tendo aí (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Por ocasião da pesquisa, se observa que em ambos os municípios, na recepção do SAE fica disponível preservativos masculinos e femininos, em consonância com a orientação de que esses insumos devem ter seu acesso desvinculado da realização prévia de consultas e serem disponibilizados de forma facilitada a qualquer cidadão. Como fazer prevenção combinada se os municípios têm tido dificuldade no abastecimento de insumos básicos como preservativo ou gel lubrificante? Além disso, transformar a disponibilidade de insumos (preservativos, gel lubrificante) em estratégias de Prevenção Combinada vai além da mera distribuição destes e envolve, sobretudo, o investimento em diálogo com a população sobre temas que orbitam em torno do HIV (sexualidade, discriminação, autonomia, uso de álcool e outras drogas, preconceito, direitos humanos). Dentre outras tantas questões, a “propagação do HIV/ AIDS em todo o mundo, (...), vem evidenciando, de maneira dolorosa, a nossa profunda ignorância a respeito da sexualidade humana” (PARKER, 2000, p. 15).

No atendimento realizado junto às pessoas que vivem com HIV e com a população em geral, os profissionais tanto do SAE, do CTA quanto aqueles inseridos nas demais unidades de saúde, devem estar aptos a não somente prestar informações sobre o HIV, sobre o impacto da infecção, os benefícios da terapia antirretroviral, mas, sobretudo sobre práticas de sexo mais seguras, uso correto do preservativo, contracepção; sobre esquemas de imunização; sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e com a disponibilização e orientação sobre uso correto

de insumos de prevenção (gel, seringas e agulhas descartáveis para usuários de drogas injetáveis).

Identificou-se dificuldade sinalizada pelos municípios em relação ao trabalho desenvolvido no âmbito do HIV e da Aids, em relação à disponibilidade de insumos.

A gente só tem tido dificuldade agora, com a empresa que faz o transporte que trocou no meio do ano e houve atraso de remessas. Nós passamos praticamente dois meses sem teste de sífilis. Em vez de distribuir, a gente já estava pegando das unidades para abastecer o CTA. A gente ficou praticamente com nível baixo de estoque e quando veio, veio tudo de uma vez, só que quando veio o prazo de validade, principalmente de fluído oral e a gente já recebeu praticamente para devolvê-los (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Compreende-se que tanto o SAE quanto o CTA constituem pontos de atenção da rede de prevenção e diagnóstico das infecções pelo HIV, Sífilis e por Hepatites Virais. Nesse sentido, esses serviços devem ser referência nos municípios estudados, em particular na oferta da testagem rápida. As dificuldades expostas remetem à falta de testes rápidos, o que depõe contra a possibilidade de oferta regular e contínua desse serviço à população.

Em Tabatinga constatou-se preocupação da equipe para que todos os usuários que buscam o CTA realizem o aconselhamento de forma “individualizada e singular” com profissional de saúde de nível superior disponível no momento da procura (Enfermeiro, Assistente Social, Farmacêutico). Essa preocupação reafirma o reconhecimento da importância do aconselhamento no processo de diagnóstico do HIV, da Sífilis e das hepatites virais. Em Benjamin Constant, o aconselhamento geralmente é feito pela coordenadora municipal do programa de IST, mas como o CTA no município se encontra inserido em estrutura onde funcionam equipes da estratégia Saúde da Família, quando necessário, os enfermeiros dessas equipes também realizam o aconselhamento, conforme relato: “*Quando a coordenadora não está aí eu aconselho aqui. Eu confesso que dá um impacto quando o resultado é positivo, às vezes fico meio receosa*” (Profissional C, Benjamin Constant).

O aconselhamento constitui, na verdade, uma tecnologia de cuidado que deve perpassar não somente a realização do teste rápido, mas todo o percurso que a pessoa que vive com HIV percorre nos serviços, o diagnóstico, a vinculação ao serviço, a adesão ao tratamento, dentre outros. Nessa perspectiva, o aconselhamento consiste em um momento de diálogo entre diferentes sujeitos - o usuário e o profissional de saúde -

e que serve como ponto de partida para outras intervenções em saúde. Sem dúvida que com a ampliação do número de serviços que realizam o diagnóstico do HIV houve aumento do número de testes anti-HIV realizados. Nessa direção, a pesquisa procurou informações quanto a notificação dos casos diagnosticados para HIV.

A notificação é obrigatória. Melhorou, principalmente, a de HIV (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

[...] eles foram identificados lá na UBS, notificados e estão tomando o medicamento (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Como confirmado nos relatos, a notificação é obrigatória e, no caso das notificações relacionadas ao HIV é importante destacar que o documento os dados clínicos epidemiológicos que constam na notificação quando devidamente preenchidos subsidiam os gestores da saúde, com informações qualificadas sobre o controle das doenças e agravos de saúde, possibilitando o aprimoramento das intervenções voltadas para esse segmento populacional.

Observou-se no decorrer da pesquisa, como seria o atendimento no SAE.

Tanto a demanda espontânea como o agendamento. As consultas médicas são agendadas, mas se tem uma situação que tem que ser barrada, rompida essa cadeia de transmissão a gente também já passa direto para o atendimento médico e ela atende (Profissional A, SAE Tabatinga).

A preocupação demonstrada na fala do profissional permite-nos inferir que o agendamento das consultas, com hora predeterminada mostra respeito em relação ao usuário, desde que a agenda efetivamente funcione e ele não precise se submeter a longas horas de espera para atendimento. A definição de agenda é recomendada principalmente em serviços maiores com grande número de pessoas em acompanhamento. Em realidades como a dos municípios estudados o acesso à consulta médica deve ser assegurado tanto para pacientes agendados quanto para aqueles que buscam o serviço espontaneamente.

Em Benjamin Constant constatou-se que a ausência de profissionais na estrutura do SAE, faz com que os atendimentos realizados pela então coordenadora se deem, predominantemente, por demanda espontânea e em relação à médica que atende uma vez por semana no serviço, os atendimentos também são espontâneos, pois os pacientes já são informados de sua presença no dia determinado. Essa especificidade de Benjamin Constant fez com que o processo de cuidado pela atenção básica se desse de forma mais

rápida e incontestável, aspecto que será analisado no próximo item, pois a estrutura que poderia atender as pessoas que vivem com HIV no município encontra-se bastante limitada em sua atuação.

Em geral todas as pessoas atendidas no SAE devem sair de seus atendimentos com o retorno marcado, pois essa dinâmica fortalece o vínculo entre o usuário e o serviço de forma a reduzir eventuais abandonos. A periodicidade das consultas subsequentes deve ser determinada pelo médico a partir da particularidade de cada caso atendido. Além disso, é preciso que a equipe esteja constantemente atenta, pois muitos usuários que buscam o serviço já são pessoas vivendo com HIV que eventualmente abandonaram o tratamento. Estes devem ser imediatamente acolhidos e inseridos no atendimento, pois suas solicitações, em geral, estão relacionadas a intercorrências clínicas ou falta de medicamento. É necessário que a equipe dos SAEs não reduza seu atendimento a um número determinado de consultas e procedimentos, sem conseguir identificar os usuários faltosos ou aqueles que abandonaram o tratamento e construir estratégias para que estes retomem o acompanhamento ambulatorial.

O SICLOM permite ao serviço acompanhar mês a mês os usuários que não retiraram medicação de forma que a busca ativa desses sujeitos seja desencadeada. É de suma importância que tanto o SICLOM quanto os demais sistemas que permitem o monitoramento das pessoas que vivem com HIV – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SINAN; Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, SISCEL, Sistema de Informação para Rede de Genotipagem, SISGENO – sejam regularmente atualizados e revisados de forma a permitir dados mais próximos do real.

Nas mudanças preconizadas no modelo de atenção às pessoas que vivem com HIV, os SAEs terão seu papel redimensionado, mas não deixarão de existir. Estes devem atuar como retaguarda para os serviços de atenção básica, fortalecendo o cuidado compartilhado em saúde, ou seja, este serviço e seus profissionais assumirão o papel de apoio matricial frente às unidades básicas de saúde.

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões CAMPOS & DOMITI, 2007, p. 400).

Como o SAE implantado em Benjamin Constant assumirá esse novo papel frente ao cuidado integral das pessoas que vivem com HIV pelos serviços de atenção básica? É

preciso que se perceba que a proposta de novo modelo de atenção não pressupõe necessariamente novas estruturas, mas, dentre outros aspectos, mudança no relacionamento daquelas estruturas e serviços que já existem nos vários níveis de atenção.

Como estabelecer novas interações e articulações mediante uma realidade marcada por dificuldades, inclusive em relação ao fornecimento de medicações, como traduz relatos.

Por conta da dificuldade do acesso, por ser distante de Manaus, por conta dessa empresa de transporte, o pedido nem sempre vem completo, demora muito. Aqui a gente tem que estar fracionando medicamento, emprestando de outro município e até mesmo ligando para Manaus para ver resolver essa situação. Então assim, o maior problema é a transportadora, esse problema já vem de muito tempo (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

[...] a transportadora atrasou, a gente sempre foi referência na questão de medicações, a gente sempre teve as medicações, nunca faltou. Depois que trocou a transportadora a gente teve dificuldade, teve que fracionar medicamento. A gente sempre emprestou para os municípios, os municípios que tinham dificuldade sempre ligavam pedido, emprestando. Depois que teve esse problema com a transportadora, inverteu. A gente começou a emprestar dos outros municípios para suprir. Quando chegou, chegou tudo de uma vez. Hoje já estamos abastecidos, conseguimos devolver aquilo que foi emprestado, mas espero que não acorra mais, o paciente não pode ficar sem medicamento (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

A partir dos relatos observa-se que em relação ao atendimento privativo na dispensação dos ARV nos municípios apesar das dificuldades em relação a presença do farmacêutico, os medicamentos são dispensados individualmente, de forma privativa. Existe unidade dispensadora de medicamentos nos dois municípios e estes atendem usuários de outros municípios da região. A qualidade do acesso à rede de internet nos municípios, muitas vezes não permite que a dispensação do medicamento seja imediatamente registrada no SICLOM, fazendo com que os profissionais recorram a outros recursos para registrar a saída da medicação e posteriormente lançar no sistema.

Em Benjamin Constant, pela ausência de estrutura do SAE, a dispensação da medicação, anteriormente feita pela coordenadora do programa, já se encontra nas unidades básicas de saúde que enviam as informações para registro no SICLOM, conforme relato, “Ela (a enfermeira) me dá os dados deles, até porque o sistema continuou comigo, SICLOM, o SISLOG, tudo comigo” (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Constatou-se também que, em algumas situações, a medicação é despachada por via fluvial para pessoas que vivem com HIV residentes em outros municípios.

[...] nós temos pacientes que foram diagnosticados aqui mas residem em outros municípios, em Benjamim, Atalaia, São Paulo de Olivença. Eles não vêm buscar medicamento aqui. Eles avisam, olha a minha medicação está acabando, a gente coloca dentro de um envelope e coloca dentro de um barco como se fosse uma encomenda numa embarcação e o paciente retira a medicamento lá no município dele, caso o paciente seja cadastrado por aqui (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Entende-se que na realidade do Alto Solimões onde a população está espalhada em distintas localidades rurais e municípios, majoritariamente, estes não podem arcar com despesas de transporte para mensalmente retirar medicamentos em Tabatinga o que se confirma em relato,

[...] alguns já estão há bastante tempo sem vir, alguns vem a cada três meses, alguns vem de seis em seis meses, mas tem uns que não vem mais, só ligam mesmo para pegar medicamento (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Ao mesmo tempo que consideramos que essas pessoas precisam ser avaliadas, realizar exames para monitoramento clínico da infecção e eventualmente ajustar o esquema terapêutico, entende-se também que é responsabilidade dos gestores da saúde construir estratégias para que esses sujeitos consigam realizar acompanhamento e retirar medicamentos no local onde residem. A eventual descontinuidade do acesso de pessoas vivendo com HIV aos ARV além de comprometer sua condição de saúde representa um retrocesso na universalização desse direito.

Em 2017, houve registro de informações sobre descontinuidade no fornecimento de medicações para pessoas que vivem com HIV no Amazonas, que apesar de rebatidas pelo Ministério da Saúde, foram destacadas pela então Coordenação Estadual.

Nós sabemos que os pacientes do interior não têm condições de levar o medicamento apenas para 30 dias. Nós sabemos a situação do Amazonas, as dificuldades de transportes. Esses pacientes são de baixa renda, que têm dificuldades em se locomover, não têm transporte fácil para que possam vir a cada 30 dias (G1 Amazonas, 13/07/2017 21h16).

Em um momento onde a resposta à epidemia no país está centrada no “tratamento como prevenção”, proposta que indubitavelmente apresenta resultados (melhora da condição de saúde das pessoas que vivem com HIV, redução das possibilidades da transmissão vertical do HIV, redução da carga viral), não há como

justificar a descontinuidade no fornecimento de antirretrovirais. Atribuir o problema a “problemas de logística” encobre a fragilidade de planejamento da distribuição de medicamentos essenciais à vida das pessoas.

[...] a logística é muito ruim, mas por conta da logística mesmo. Liga para Manaus, informam que já foi, que a balsa já foi, mas a gente não sabe onde a balsa está, se está perto ou se está longe, se já chegou em Manaus (Profissional A, SAE Tabatinga).

A fala acima mostra as dificuldades de transporte no Amazonas, no entanto as instituições públicas de saúde devem estabelecer procedimentos que consolidem os pedidos de insumos e medicamentos dos municípios e atuem com margem de segurança mediante o estoque disponível no estado. Ademais, entende-se que não são somente os antirretrovirais que enfrentam descontinuidade, mas também há outras medicações e insumos que o município precisa dispor nos serviços para atender as pessoas que vivem com HIV e que não dispõem.

[...]a gente está tendo um pouco de dificuldade com os fornecedores não tem a medicação, (...) que o valor dele está acima do valor que o SUS estipulou. Então a gente está tendo dificuldade para comprar. (...). Outro insumo que foi a pepita para fazer a coleta para carga viral, no estado do Amazonas ninguém tinha, foi pra São Paulo ninguém tinha até que o estado conseguiu fornecedor. (...). A gente tira uma parcela, 30% do valor só para comprar medicamento, só que tem essas barreiras correlacionado aos fornecedores (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Face as dificuldades relacionadas principalmente ao fornecimento de medicamentos o município de Tabatinga sinalizou uma alternativa.

Em relação as infecções oportunistas, sempre a farmácia tem aqui abastecido, mas agora se olhar lá ela está meio baixinho. A farmácia central não está conseguindo abastecer. O (...) está correndo por trás para comprar extra e tal, mas assim, quando é paciente acompanhando por aqui normalmente é acompanhado na farmácia, compramos para fazer o atendimento dele, saiu do consultório vai aqui, não tem, é comprado. Inclusive esses que são controlados (Profissional A, SAE Tabatinga).

Ao invés de dar o três em um, a gente deu as mesmas medicações separadas, mas foram poucos os pacientes (...). Para as doenças oportunistas a gente consegue ter os principais. Quando a gente não consegue, que não tem na farmácia o programa tira o dinheiro para comprar, não sei se isso é parte do dinheiro do programa que é remanejado, mas eles conseguem ter as medicações sim, disso eu sou ciente (Profissional B, SAE Tabatinga).

Infelizmente, nos limites da pesquisa não foi possível averiguar qual o mecanismo utilizado pelo município para aquisição direta de medicamentos. No entanto, reconhece-se o esforço da coordenação municipal com vistas a busca de

resolução para as demandas das pessoas que vivem com HIV. Considerando que muitas demandas dessa população não se encontram relacionadas somente ao consumo de medicamentos e que a resposta local à epidemia deve se dar de forma articulada com outros serviços, instituições e políticas setoriais, buscou-se informações sobre as articulações realizadas no âmbito dos municípios estudados.

[...] lá no presídio tem uma equipe que faz atendimento. Eles têm teste rápido, tem um médico que atende e qualquer morbidade que venha aparecer ou reagente tem essa comunicação. (...) A gente não tem um cronograma fixo a gente está trabalhando com atividades pontuais e agora final do ano a gente vai capacitar alunos da rede de educação para ser jovens multiplicadores (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

A gente sempre trabalha com os mutirões e ações em parceria da secretaria da assistência social. (...). Tem uma delegacia lá onde os privados "em liberdade", a gente trabalha em parcerias junto com eles (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Sem dúvida, as iniciativas articuladas com o sistema carcerário dos municípios têm relevância, pois os alertas emitidos pelo Ministério da Saúde quanto a vulnerabilidade da população carcerária ao HIV e outras ISTs são claros, pois as condições a que estes encontram-se expostos,

[...] confinamento, superpopulação, violência, assistência inadequada e a falta de perspectivas são fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas (...). A tal situação, aliam-se fatores adicionais de risco, tais como o uso e compartilhamento de lâminas de barbear e material para tatuagens e colocação de piercings (BRASIL, 2017, p. 40).

Nesse sentido, como população-chave para a intervenção das ações de prevenção combinada, a população carcerária deve ser efetivamente alvo das ações desenvolvidas nos municípios. A população jovem também se configura como prioritária para essas ações, pois segundo dados do Ministério da Saúde (2016), a taxa de detecção e incidência do HIV durante a última década tem aumentado nesse grupo. A intervenção entre pares constitui importante metodologia para trabalhar a prevenção ao HIV, pois ela pressupõe o compartilhamento de experiências e apoio mútuo entre pessoas que vivenciam problemas comuns, similares. Nesse sentido, será que os municípios estudados têm algum trabalho desenvolvidos em conjunto com organizações da sociedade civil?

[...] só temos a ONG Rede e Resgate Solidariedade que é pra pessoas que são viciadas em drogas. Mas na verdade nem trabalham com a redução de

danos, eles trabalham mais com a terapia, com a religião, tentam aproximar tirar as pessoas através da religião e trabalhos terapêuticos como plantação, agricultura, tudo isso (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

[...] a ABLGBT junto com a igreja católica e evangélica, nós temos um centro espírita, a Amor Sol e sociedade civil, isso sempre fortalece, porque quanto mais a gente envolver a sociedade civil nas ações é muito importante (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Note-se que há algumas iniciativas realizadas em parcerias com organizações da sociedade civil e com outras instituições que atuam nos municípios. Ações de estímulo à participação da população em geral nas ações relacionadas ao HIV são de suma importância, pois muitos desses indivíduos são envolvidos em movimentos em suas próprias comunidades e podem atuar em caráter de complementaridade na ampliação e disseminação de informações sobre o vírus, sobre os serviços disponíveis e fortalecer a ação governamental. Entende-se que como área transfronteiriça alvo desde os anos 1990 de intervenções relacionadas à epidemia decerto no Alto Solimões houve intensa mobilização da sociedade civil da região entorno das discussões relacionadas ao HIV. Note-se relatos acerca da participação da sociedade civil nas ações relacionadas ao HIV.

[...] já foi maior (a participação). Hoje não tanto, pois muitos pacientes que participaram no início, há quinze anos atrás, alguns já não moram aqui mais, outros dispersaram. São outros pacientes que estão chegando, a gente tenta emponderá-los, mas a gente percebe que não há tanto interesse desses pacientes novatos. Alguns antigos tentam resgatar essa militância, mas eles sozinhos não conseguem (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Como foi evidenciado outrora por Adele S. Benzaken et al (2007, p. 125), em experiência construída e compartilhada com a sociedade civil, a atuação de cidadãos comuns (homens, mulheres, jovens) em ações de prevenção relacionadas ao HIV, à Aids e às ISTs em geral, trazem repercussões positivas no plano sociopolítico, programático e individual do conjunto das atividades desenvolvidas, pois mobilizam múltiplos esforços e “fortalece a noção de que o controle efetivo das DST/Aids depende de uma abordagem sinérgica que combine intervenções biomédicas e políticas.”

A avaliação inicial da pessoa que vive com HIV pressupõe necessariamente, a escuta e a avaliação clínica, o exame físico e os exames complementares. Será que as pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV tem tido acesso aos exames necessários para analisar sua condição imunológica?

Não, nós não temos a sorologia para HIV (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

[...] CD4? Não faz no município. Carga viral é coletada aqui e enviada para Manaus para Fundação de Medicina Tropical, via fluvial. Então a gente corre risco de perder as amostras no rio, porque a gente não consegue enviar material biológico no voo. Com a inauguração desse laboratório a gente vai melhorar bastante essa situação do acesso, principalmente dos pacientes. Hoje a gente faz a coleta uma vez no mês e todos os pacientes acabam tendo que vir, todos no mesmo dia. Com o laboratório vai poder vir no dia que ele quer, escolher o dia de coleta, vou em tal semana e faço coleta. Hoje a coleta é aqui no SAE, quando o laboratório começar a funcionar vai ser lá no LAFRON (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Nós estamos encaminhando os pacientes para Manaus, para o Tropical. Lá eles fazem os exames, mas agora a gente vai começar a mandar as amostras para Tabatinga. Essa foi uma conquista para a nossa região para fazermos o controle do CD4 e carga viral e aí a gente vai mandar as amostras para as análises serem feitas por aqui mesmo. Fica muito oneroso mandar os pacientes para Manaus. tem um impacto financeiro. Hemograma, fezes, VDRL, glicemia, raio x, transvaginal, esses saem mais fáceis (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Os dois exames mencionados nos relatos (CD4 e Carga Viral) além de essenciais para o monitoramento da resposta ao tratamento antirretroviral e detecção precoce de eventual falha virológica (BRASIL, 2017), são exames que nortearão a classificação de risco das pessoas vivendo com HIV que poderão realizar acompanhamento na atenção básica. Em tempos de ajuste econômico e redução de recursos, é preocupante saber que “as maiores perdas no contínuo do cuidado após o diagnóstico ocorrem nas etapas de retenção e de tratamento, ambas responsabilidades principal dos serviços de assistência” (NEMES & SCHEFFER, 2016, p.34). Onde estão os entraves para que os serviços não consigam reter as pessoas que vivem com HIV?

Um relato chama atenção.

A gente sempre encaminha o nosso paciente para exames gerais - Função renal, função hepática, colesterol, triglicérides, glicemia, exame de urina, exame de fezes – para a nossa referência, mas nem sempre eles conseguem fazer todos os exames. Eu mando a lista dos exames e eles lá põem o risquinho no que eles fazem, mas é muito pouco e já houve meses que eles não tinham como fazer, por dois ou três meses, exames gerais, de rotina, os básicos. São coisas que deviam estar sempre disponíveis, mas não é possível sempre. Sinceramente é muito difícil. É muito triste quando chega um paciente com hepatite (...) porque não adianta eu te falar você tem hepatite e não conseguir dar as medicações, não conseguir os exames de rotina para ver se ele é candidato ou não para fazer o tratamento, nem a confirmação sorológica que seria o mínimo do mínimo. Então é complicado e a gente trabalha com o pouco que tem, que é muito pouco, não vou negar (Profissional B, SAE Tabatinga).

Mediante a impossibilidade de realizar alguns exames no LAFRON ou mesmo no Laboratório Municipal de Tabatinga, por ocasião da pesquisa algumas estratégias locais foram identificadas quanto ao atendimento da demanda de exames.

[...] eles fazem no laboratório Essencial. Eu ou o motorista vamos lá, pede encaminhamento, o financeiro libera uma quantidade x de valor e o Essencial faz. O paciente pega esse papelzinho com requerimento, vai lá e faz esse exame (Profissional C, SAE Tabatinga).

Será que é mais fácil assinar contrato de prestação de serviços com laboratório privado do que dotar o LAFRON e o Laboratório Municipal de capacidade instalada para realizar tais exames?

[...] conversei com a responsável do LAFRON para a gente comprar os reagentes para não esperar mais. O estado comprou agora início do mês, entraram em contato perguntando quantos reagentes vocês precisam. Para não mais ter essas intercorrências a gente está querendo comprar com nossos próprios incentivos para os nossos municípios. O LAFRON recebe toda a região do Alto Solimões e acho que é por isso que não dá. (...). Tem no município, mas as vezes acaba. É feito de acordo com a base do município só que tanto o LAFRON como o laboratório do município eles recebem pessoas de todos os municípios, então acaba não dando. É a maior briga com esse consórcio aí (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

No Alto Solimões foi desenvolvida a primeira experiência de consórcio de saúde no estado e esta experiência, apesar de seu potencial, apresenta inúmeras dificuldades, já mencionadas anteriormente. Note-se informações relacionadas às dificuldades enfrentadas pelos municípios da região do Alto Solimões em relação aos insumos para realização de exames.

[...] é extremamente crítico o problema da saúde no município de Tabatinga, pois quase todo o paciente encaminhado dos demais municípios é para Tabatinga. E isto tem acarretado em um problema maior, mencionou que o outro grande problema é o limite para se comprar medicamento, pois pela capacidade que o município dispõe não dar para comprar mais de 20 mil medicamentos ao mês, restringindo a sua capacidade de ação (AMAZONAS. Consórcio de Saúde do Alto Solimões Saúde e Vida 2013. s/pág.).

[...] os fornecedores que ganharam a licitação a nível nacional, não estão entregando na região norte, sobretudo nos municípios, em razão da logística de entrega ser muitas vezes mais cara que o próprio medicamento, está sendo feito uma compra emergencial, e entre 15 (quinze) a 20 (vinte) dias vai está sendo disponibilizados para os DSEI's, foi fechada a compra e encaminhado para o empenho. (AMAZONAS, Resumo Executivo, 14ª Reunião Ordinária CIR/ASOL/AM, realizada em 19/07/2013, p. 2)

[...] a Baxter Hospitalar, expressou a impossibilidade de atender a demanda dos pacientes residentes fora da Região Metropolitana de Manaus (...) para a

entrega dos kits (...) de Diálise Peritoneal aos pacientes/familiares e/ou os representantes dos seguintes municípios: (...) Atalaia do Norte (...), São Paulo de Olivença, Tabatinga (...) se hoje esses 191 pacientes que estão aguardando a diálise peritoneal entrarem para fazer hemodiálise, (...) alguns desses pacientes (...) migraram para Manaus porque receberam a notícia que iriam morrer aquela semana por ter sido abandonados pelo poder público. (AMAZONAS, Resumo Executivo, 271ª Reunião 220ª Ordinária CIB/AM, realizada em 22 de fevereiro de 2016, s/pág.)

Infere-se a partir dos relatos que os problemas enfrentados pela região de saúde do Alto Solimões vêm de longa data (aquisição de medicamentos e insumos laboratoriais, contratação de especialistas, atendimento especializado) e que estas não são questões relacionadas apenas às pessoas que vivem com HIV, mas à população em geral que demanda serviços de saúde. Tais questões têm sido discutidas em espaços como as Assembléias do Consórcio Alto Solimões Saúde e Vida, onde os integrantes são os prefeitos; na CIR do Alto Solimões, onde os integrantes são os Secretários Municipais de Saúde; na CIB/AM, onde participam representantes da Secretaria de Estado da Saúde e representantes dos municípios indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas, COSEMS/AM, além do próprio presidente do COSEMS/AM e Secretário Municipal de Saúde de Manaus.

Depreende-se, a partir das falas, que Tabatinga, como município de referência regional, reforça seu papel estratégico, consolidando-se como polo de saúde na região. A experiência consorciada pressupõe legitimidade política definida a partir do consenso entre os membros, pois como fica registrado em ata “se algum prefeito renunciar, decidindo em não aderir à compra coletiva, a secretaria de saúde sairia prejudicada”, ou ainda, “se o ente consorciado se comprometer em participar, o mesmo terá que ir até o final do contrato, pois poderá prejudicar os demais” (AMAZONAS. Consórcio de Saúde do Alto Solimões Saúde e Vida, 2013. s/página).

Fica claro que as ações consorciadas devem ser implementadas sob a forma de parceria, em regime de cooperação e que para que as ações ganhem materialidade é preciso que tenham legitimidade política no âmbito da região de saúde. Da experiência do consórcio podem emergir relações de cooperação e coordenação no âmbito da região de saúde que podem ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e assegurar maior resolutividade as demandas da população, inclusive no âmbito do HIV e da Aids.

Os relatos permitem inferir que o cuidado contínuo às pessoas que vivem com HIV pressupõe momentos distintos, porém complementares (diagnóstico, vinculação, retenção no serviço de saúde, início da TARV, supressão da carga viral) tais momentos

configuram a proposta de cascata de cuidados contínuos do HIV⁴⁷ e tendem a assegurar a esses sujeitos qualidade de saúde similar às pessoas que não possuem a infecção. Fica claro as dificuldades enfrentadas em relação ao monitoramento clínico do HIV nas pessoas em acompanhamento.

Aqui a gente faz as coisas empiricamente, pela experiência, porque deu certo, mas se a gente pegasse o protocolo do ministério da saúde a gente faz o mínimo do mínimo. Precisamos tratar das doenças oportunistas. A gente trata, mas esse acompanhamento de ter um exame assim mais de alta complexidade a gente não tem como fazer (Profissional B, SAE Tabatinga).

O relato do profissional remete ao reconhecimento de que os avanços no âmbito do tratamento não foram acompanhados pela igualdade de condições de acesso da população acompanhada pelos serviços municipais, em particular em Benjamin Constant e Tabatinga. Nesse sentido, entende-se que desenvolver uma intervenção na perspectiva da integralidade do cuidado é tarefa que não pode ser reduzida à boa vontade dos profissionais. Inovações são importantes, é inegável, no entanto estas parecem distantes para muitas pessoas que vivem com HIV nos municípios estudados. Para estes resta uma política de saúde inferior realizada em cenário de escassez, senão de ausências (do profissional, do insumo, do medicamento, do exame), enfim, de atendimento humano sem dúvida, mas sobretudo, de atendimento resolutivo e que de fato tenha efetividade na reversão de seu quadro de retrovirose. Na especificidade das pessoas que vivem com HIV atendidas no SAE em Tabatinga o relato é elucidador.

A gente coleta (CD4 e Carga Viral) na última segunda-feira do mês (...). A gente só faz coleta pela manhã e não atendimento. A não ser dispensação de medicamento. Fazemos as coletas que é centrifugada, separa um plasma e as amostras são congeladas. É feito uma relação, são numeradas. Solicitamos autorização da polícia federal para a gente enviar essas amostras via fluvial. Não vai poder abrir para não perder refrigeração e é seguido todos os padrões da ANVISA, de envio de amostras biológicas, a gente manda terça-feira, envia de a jato por ser mais rápido. Chegando em Manaus a representante pega essas amostras e dá entrada no Tropical, entrega o ofício com o número direitinho de relação das pessoas (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

A realidade trazida no relato traduz aquilo que se convencionou chamar de vulnerabilidade programática em saúde, ou seja, aquela vulnerabilidade que diz respeito

⁴⁷ Estes são momentos preconizados dentro da Cascata de Cuidados contínuos do HIV. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2017).

ao sistema de saúde, a organização dos serviços com vistas ao desenvolvimento de ações. Em que medida, as dificuldades enfrentadas para viabilizar a realização de um exame retardam ou postergam decisões cruciais em relação à condução do tratamento das pessoas que vivem com HIV acompanhadas nos municípios? Como ser referência sem ter condições essenciais para tanto?

Tendo em vista o encaminhamento das amostras sanguíneas para realização de Carga Viral por via fluvial, constatou-se que houve intercorrências com amostras de sangue encaminhadas para Manaus,

[...] em 2015 a polícia federal quis abrir, mas o dono do barco falou que já tinha sido autorizado, ele mostrou o ofício. A gente entrega uma cópia para ele porque se abrir a caixa perde a refrigeração e corre o risco de perder todas as amostras (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Dentre tais situações, caberia investigar quantas dessas amostras foram consideradas válidas ou quantas foram comprometidas por intercorrências no transporte, o que não foi possível neste estudo. A expectativa das coordenações municipais em relação a atuação do LAFRON são muitas, pois este, como já evidenciado, tem papel estratégico no atendimento das demandas laboratoriais dos municípios vinculados à região de Saúde do Alto Solimões e seu pleno funcionamento é condição essencial tanto para o funcionamento das redes de atenção à saúde quanto para possibilitar melhor acompanhamento e retenção das pessoas vivendo com HIV.

[...] Em uma boa medida, ele precisa ser potencializado, precisa ter um pouco de investimento melhor. (...), mas com certeza é um laboratório que precisaria ser um pouco mais fortalecido. (...). Quando se fala em região de saúde é você ter em alguns municípios como estratégicos como referência natural dentro daquela região. Tabatinga e Benjamin Constant são município de referência, (...). A ideia é fortalecer, colocar mais serviços para que de fato você consiga dar o mínimo de estrutura, porque não basta apenas diagnosticar. Você precisa diagnosticar e tratar, dar assistência (Técnico B, Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas).

O LAFRON constitui espaço que deve ser valorizado pelos gestores da saúde de forma a dotá-lo de condições para realizar diagnósticos essenciais para o cuidado em saúde da população do Alto Solimões. No âmbito do HIV, como monitorar a efetividade do tratamento sem mecanismos que permitam medir a evolução da infecção, a resistência a ela? Ou mesmo, como tratar infecções como a sífilis, tão comum também em pessoas que vivem com HIV em uma realidade onde

[...] as vezes para sífilis não tem VDRL. Eu trato pela história dele, se ele fala, eu fiz um teste há oito meses e deu negativo, aí eu já tenho um esquema. Mas se ele falar, tem cinco anos que eu fiz, mas eu não uso preservativo, aí já é um outro esquema. Trato pela história clínica (Profissional B, SAE Tabatinga).

Essas são questões complexas e multifacetadas que não serão respondidas no tempo deste trabalho, mas que, sem sombra de dúvidas, quando contrapostas a eventuais ausências de insumos, medicamentos, precariedade das equipes, podem iluminar os caminhos pelos quais a epidemia progride no estado. Para muitos cidadãos residentes no Alto Solimões os grandes feitos e as grandes inovações tecnológicas na saúde parecem distantes e inalcançáveis, pois em sua realidade se deparam com serviços de estrutura precária, pouco resolutiva e com equipes desfalcadas o que fragiliza a possibilidade de construção de vínculos.

É importante reconhecer que os serviços para fazer o cuidado integral das pessoas que vivem com HIV necessariamente devem incluir o conhecimento do modo de vida do paciente, o significado de suas experiências e o contexto do seu tratamento, sob pena de reduzir o tratamento ao manejo do vírus. O diagnóstico positivo para o HIV evoca medo, desespero, pois a este resultado estão associadas inúmeras metáforas⁴⁸ construídas entorno do vírus.

Muitos pacientes que fazem a opção de vir para cá é porque eles querem se esconder do município deles. Então esse paciente ele vem com frequência, se é para buscar medicação ele vem, se é para fazer carga viral ele vem, não tem muita dificuldade não (Profissional A, SAE Tabatinga).

Eu sempre falo para eles, o médico e o enfermeiro da tua UBS vão te falar a mesma coisa. Pergunto se ele quer ser atendido lá que é bem próximo da casa dele, que tem um médico que pode ir na casa dele, não só por conta do HIV, mas por outras situações. Falo da questão da ética e do sigilo que é uma coisa bem complicada, pois infelizmente na saúde tem profissionais que não tem sigilo que não tem ética. Isso é complicado, o medo deles é esse, de alguém saber (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Fica evidente que a Aids, assim como outras doenças, está envolta em mitos e metáforas. Grande parte dessas imagens são fruto da falta de informações, do desconhecimento da doença em si e resultam em preconceito e discriminação, o que tem feito com que muitas pessoas vivendo com HIV, mesmo em municípios como Benjamin Constant e Tabatinga, no Alto Solimões e com todas as dificuldades inerentes à

⁴⁸ As metáforas associadas à Aids foram trabalhadas por Susan Sotang na obra, *Aids & suas metáforas*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989.

precariedade de renda, busquem assistência em outras cidades, em unidades de saúde distantes de sua residência. É importante que se invista em intervenções que enfrentem o preconceito e a discriminação, como forma de assegurar e ampliar o acesso das pessoas que vivem com HIV aos serviços de saúde.

O medo de ser identificado como soropositivo, sem dúvida pode afastar muitas pessoas dos serviços de saúde, do tratamento e deve ser encarado como problema real no enfrentamento da epidemia. A atenção voltada para esses sujeitos não pode ser reduzida a atendimentos aligeirados, como se entrevê em relato.

[...] existem muitos preconceitos. Eles às vezes vêm correndo, pegam medicação e saem correndo, em dois segundos. Então eu já avisei, "olha se o senhor não passar lá comigo, não vai ser liberado as suas medicações." É para ele vir e eu tenho conseguido trazer pacientes que há nove, dez anos não passavam por aqui. Mandavam a tia ou qualquer pessoa pegar a medicação e era liberado, mas a avaliação em si, não tinha. Não tem como, tem que cuidar deles, se eu estou aqui é para isso (Profissional B, SAE Tabatinga).

Note-se que há recomendações formais relacionadas à periodicidade das consultas médicas para as pessoas vivendo com HIV que devem ser consideradas pelos serviços.

Quadro 22- Periodicidade das consultas médicas das pessoas que vivem com HIV

Consulta	Periodicidade
Diagnóstico recente	Recomenda-se que a consulta médica deve ser realizada imediatamente e, se necessário, em menos de 1 semana do resultado do diagnóstico.
Após a introdução ou alteração da TARV	Retorno entre sete e 15 dias
Até adaptação à TARV	Mensal/bimestral
PVHIV em TARV com supressão viral e assintomática	Até 6 meses
PVHIV em TARV sem supressão viral, sintomática ou com comorbidades não controladas	Individualizar a periodicidade das consultas
PVHIV que ainda não iniciaram TARV	Individualizar a periodicidade das consultas

Fonte: Adaptado a partir de Brasil, 2017; Brasil, 2017

Fica claro a partir do quadro que os protocolos recomendam a realização de consultas periódicas a serem determinadas pelo médico assistencial. A qualidade das primeiras consultas são condição essencial para que haja êxito no processo de vinculação das pessoas vivendo com HIV nos serviços, pois é nesse momento que o usuário estabelecerá (ou não) relação de confiança com a equipe.

O acolhimento dos usuários é condição primeira para retenção das pessoas vivendo com HIV, em especial aquelas que encontram-se incluídas dentre as populações

chave⁴⁹ e populações prioritárias⁵⁰ para as intervenções preventivas. Uma intervenção pautada em práticas protocolares, em serviços marcados pelo déficit de profissionais e baixa resolutividade dificilmente conseguirá desenvolver intervenções de retenção mais efetivas. Os serviços estudados nos dois municípios, como já exposto, têm enfrentado dificuldade em relação a realização dos exames necessários ao acompanhamento das pessoas que vivem com HIV, além disso, a pesquisa buscou informações acerca de quais estratégias estão sendo utilizadas pelos SAEs em relação a demandas de atendimento especializado e de exames de alta complexidade que, como evidenciamos no capítulo anterior, estão todos concentrados em Manaus.

Quando o médico solicita esses exames, que não tem no município a gente tem que encaminhar pra Manaus. É feito uma triagem com a assistente social, ela faz um relatório justificando a solicitação para o gabinete viabilizar as passagens e ajuda de custo. A coordenação também faz um ofício que é encaminhado para a casa de apoio Frei Mário, e lá o paciente chega, com o agendamento e com o exame agendado. Lá ele faz com o apoio do Frei Mário. Se foi agendado algum outro procedimento, o paciente volta. É um custo muito grande para fazer um ou dois exames. A gente tenta ter a integralidade do serviço para que o paciente tenha como fazer todos os exames e procedimentos, mas o custo para o município é muito alto (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

[...] eles passam todos os contatos, todos os setores, olha esse aqui vai para o agendamento, esse aqui vai para consulta, esse para exame, tudo eles passam para a gente. Eles mandam o respaldo com a data da consulta, médico. Ele vai para a casa de apoio Frei Mário e fica lá até a alta do médico. Quando voltam para o município vão no programa e comunicam, que a volta está para determinado dia, aí ele é informado para vir próximo da data para trazer encaminhamento e laudo que é a para a passagem ser liberada antes do retorno. O fluxo está caminhando assim (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Deslocar uma pessoa para realizar atendimento em Manaus, seja no âmbito de um tratamento relacionado ao HIV ou a outras enfermidades, têm inúmeras implicações sociais, culturais e, principalmente financeiras relacionadas ao tempo que o paciente

⁴⁹ São consideradas populações chave para intervenções relacionadas ao HUV: Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); Pessoas que usam álcool e outras drogas; Trabalhadoras do sexo; Pessoas trans; e Pessoas privadas de liberdade. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

⁵⁰ São populações prioritárias para intervenções preventivas no âmbito do HIV: População negra; População jovem; População em situação de rua; e População indígena. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

deve permanecer na capital, pois como evidencia relato “*se ele demorar uma semana é uma situação, se ele demorar dois, três meses é outro tipo de situação*”. A pessoa é encaminhada para uma cidade distante de sua realidade, “*não é fácil até porque a Frei Mário⁵¹ é uma casa filantrópica, eles não têm carro*” (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Identificou-se que em reunião do Conselho Estadual de Saúde foi exposta a situação da Casa de Apoio.

[...] a Casa de Apoio Frei Mário Monacelli que nesse final de semana perdeu mais uma de suas moradoras vítima da AIDS, é uma situação bastante triste e preocupante de fato, tomaram conhecimento da realidade cruel em que a casa se encontra inclusive em deterioramento do próprio prédio (AMAZONAS, CES/AM. Resumo da 280ª REUNIÃO 226ª ORDINÁRIA, realizada em 28 de junho de 2016).

Em uma cidade desconhecida, distante de sua realidade, com poucos recursos financeiros e sem redes sociais que possam apoiá-los em sua busca pelos serviços de saúde, as tensões e conflitos se acirram, pois

Aqui em Tabatinga é diferente de uma cidade de..., nós temos quantos habitantes na cidade de Manaus? 2 milhões. A gente tem duas principais ruas aqui na cidade, as outras são ruas pequenas, todo mundo se conhece. Você pode ir a pé a qualquer lugar, para o hospital de guarnição, aqui pode vir a pé, no SAE, as unidades básicas são perto, não precisa necessariamente ir de moto táxi. Agora Manaus não (Profissional B, SAE Tabatinga).

Em tempos de contenção de despesas, constatou-se que as prefeituras de ambos os municípios fecharam a casa de apoio existente em Manaus. “*A nossa casa de apoio em Manaus ela não existe mais. Depois dessa questão de política ela não existe mais, o aluguel, cortaram, profissionais foram demitidos, ficou só com o representante mesmo*” (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga). Além da restrição evidente de recursos para apoiar munícipes em tratamento de saúde na capital, identificou-se aspecto que obsta o encaminhamento de pessoas vivendo com HIV para Manaus, a resistência de algumas instituições, inclusive das próprias prefeituras municipais em receber esses sujeitos.

É muito difícil para a gente, para o paciente não ter uma casa de apoio para esse paciente ficar lá. A casa de apoio do município na época funcionava agora não funciona, mas também não recebiam nossos pacientes e a gente

⁵¹ Casa de Apoio às pessoas que vivem com HIV, existente em Manaus, situada na Rua Luiz Antony.

não pode falar isso abertamente para os pacientes, tinha que buscar outros meios. Geralmente a Frei Mário boa ou não, é a Frei Mário que acolhe (Profissional A, SAE Tabatinga)

Você manda esse paciente e tem dificuldades com as casas de apoio porque ninguém quer receber pacientes com HIV e quando recebe já fala que está tudo ocupado (Profissional B, SAE Tabatinga).

É possível refletir a partir dos relatos que, nos termos utilizados por Herbert Souza em inúmeros Boletins da ABIA (1988; 1992), ainda permanecem muitos fantasmas criados entorno da Aids e que, apesar de há muito ter sido rebatida a concepção dos “grupos de risco”, a Aids permanece como doença estigmatizante, vinculada a comportamentos "desviantes". Nesse sentido, torna-se necessário nos municípios estudados, sensibilizar os profissionais, estejam eles no próprio município ou a serviço deste na capital, para que repensem sua prática, confrontem os próprios preconceitos, pois há muito se reconheceu como necessária a assistência médica, ambulatorial e hospitalar para o tratamento das pessoas convivendo com o vírus.

A busca da superação da culpabilidade das pessoas que vivem com HIV pela epidemia e por seu adoecimento em si é uma estratégia que se encontra calcada na concepção de vulnerabilidade proposta por Jonathan Mann et al (1993, p. 275) e do reconhecimento de que “todas as pessoas são vulneráveis à infecção pelo HIV (...), qualquer pessoa pode aparentemente tornar-se soropositiva”. Esse entendimento ressignificou a concepção da Aids agregando à concepção de grupos de riscos a leitura das vulnerabilidades, que não se reduz à vulnerabilidade pessoal do indivíduo, mas pode se expressar programaticamente na política de saúde.

Hoje à combinação de estratégias já consolidadas historicamente aliam-se à concepção do tratamento como prevenção, materializada na Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), na Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e na prevenção conhecida como “Tratamento para todas as Pessoas” (TTP) adotada pelo Ministério da Saúde. É necessário que os serviços de saúde e a rede de apoio por onde transitam as pessoas que vivem com HIV promovam ambiente receptivo e positivo no atendimento a esses sujeitos. Não é possível permitir reproduzir a dupla condenação a que as pessoas que vivem com HIV outrora foram expostas – a morte social e a morte física (KERN, 2005).

Observou-se também que as dificuldades relacionadas ao deslocamento de pessoas vivendo com HIV para Manaus se agravam ainda mais de acordo com o motivo que levou ao encaminhamento do usuário - realização de exames, consulta com o

especialista, transferência para unidade hospitalar devido a evento agudo. Quando se trata de exame especializado, destaca-se relatos

Quando a gente consegue marcar no SISREG, por exemplo uma tomografia, daqui a três meses a gente consegue marcar, então a gente aguarda até chegar a proximidade dos exames (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Ele é encaminhado para o Serviço Social do hospital e de lá do hospital ele é encaminhado para a referência (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Como ficou demonstrado anteriormente, a realização de exames de alta complexidade não está disponível nos municípios e, mesmo Tabatinga se configurando como município de referência para a Região de Saúde do Alto Solimões não dispõe desses serviços. Vejamos relato importante sobre a realidade local.

Se for demandas aleatórias como tomografias, exames, vai para as instituições que foram agendadas no SISREG. A gente só encaminha para a Medicina Tropical em situações de emergência onde a gente não conseguiu resolver aqui no município. Tuberculose extrapulmonar agravada que o paciente já teve que dar entrada na UPA e descompensou. Está internado e a própria UPA ou o hospital entra em contato (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Em documentos da Secretaria de Estado da Saúde encontra-se registro das dificuldades e do ônus do transporte sanitário aéreo no estado.

[...] o transporte sanitário e o de remoção de UTI é basicamente feito por transporte aéreo nos casos de urgência, o custo da UTI aérea para remoção de recém-nascido de Tabatinga para Manaus está em torno de R\$ 32.000,00 (AMAZONAS, Plano Estadual de Saúde 2016- 2019, p. 191).

Para diminuir essas dificuldades constatou-se que a gestão estadual da saúde investiu na instalação de núcleos de Telemedicina no interior do estado, conforme evidenciado.

[...] Amazonas é o único estado brasileiro que possui o programa integrando todos os seus municípios, oferecendo consultas a distância (teleconsultoria) em 19 especialidades e a realização de exames de alta complexidade, como os exames de eletrocardiogramas, laudos radiológicos (RX e mamografia) realizados nos municípios com resultados emitidos na capital, a partir da Central de Laudos do Hospital Francisca Mendes (HUFM) - telemedicina. Recentemente, foram inseridos os programas de Laudos de MAPA (Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial) e de Holter (AMAZONAS, Plano Estadual de Saúde 2016-2019, p. 128- 129).

Será que efetivamente esse recurso tem atendido as demandas da população nos municípios estudados em relação aos atendimentos especializados?

A resolubilidade não é o que a gente espera. A internet até que é boa. Quando vai para a telemedicina, (...), o neuro ele precisa de exames, ele vai pedir eletroencefalo ou uma tomografia. Nós não temos, então a gente vai ter que mandar para Manaus de qualquer jeito. Não tem condições de um neuro só olhar no clínico, ele precisa se basear por exames. Então a gente vai ter que mandar o paciente pra Manaus para fazer esses exames e retornar só para mostrar para o médico do Telemedicina? Não, não faz muito sentido (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Fica evidente o ponto de estrangulamento do sistema estadual de saúde e que recursos como a telemedicina, implantada de forma isolada, sem a descentralização mínima de exames de média e alta complexidade para as regiões de saúde, não resolverá a demanda de atendimentos especializados no estado.

Eu não posso mandar um paciente para Manaus, por tempo indeterminado, porque vamos supor (...) a gente não sabe qual vai ser a pauta do neurologista, se ele vai conseguir fazer um encefalograma em uma semana, um mês ou três. A gente manda e não sabe que dia ela vai retornar. Você dá uma ajuda de custo que para uma cidade, gente isso termina em dois, três dias e ela pode ficar lá, dois meses, três (Profissional B, SAE Tabatinga).

Entende-se perfeitamente que esta é uma questão complexa e que há diferenciações importantes na quantidade e qualidade dos serviços de atenção à saúde no Amazonas. Essas diferenciações ficam evidentes quando nos aproximamos do lugar e questionamos se, aqui, a definição de regiões de saúde tem possibilitado, efetivamente, a integração, organização, planejamento e execução da função pública da saúde de forma compartilhada.

Nos termos de Lenir Santos (2017, p. 9), as responsabilidades individuais de cada município na rede são assimétricas, pois se todos os municípios tivessem, de fato, a capacidade de garantir integralmente o direito à saúde, não precisaríamos de um sistema integrado ou mesmo de redes. Contudo, esta não é uma realidade e, para que os estados consigam garantir simetria à rede, tornando-a equânime e avançando em direção à universalidade, equidade e integralidade do direito à saúde, as regiões de saúde devem existir para possibilitar “uma gestão que ao mesmo tempo em que é individual (de cada ente federativo, direção única) também é solidária ante a interdependência sistêmica”. Face aos desafios enfrentados pelos municípios, será que no Amazonas, os atributos

preconizados para as regiões de saúde são apenas formais ou tem materialidade nesses espaços?

Levando-se em conta a pesquisa desenvolvida nos dois municípios pode-se afirmar que parte significativa do que é preconizado para as regiões de saúde não se concretizam em sua inteireza. É preciso reconhecer avanços. Todavia, as dificuldades são relevantes. O relato a seguir é incisivo em relação a essa questão.

[...] é uma questão muito maior que a coordenação. Já é parte do secretário, do prefeito conseguir tomógrafo para o município, eletroencefalograma. Antes se pagava para fazer em Letícia a tomografia, mas agora não pode mais porque o prefeito não tem como justificar gastos em um outro país. Então são gargalos que o sistema tem, por mais que tenha o serviço, não tem como fazer. O próprio infecto encaminha para outra especialidade, mas não tem em nosso município. Cardiologista vai solicitar um 'eco', mandar fazer um 'eco' onde? (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Face aos desafios enfrentados e experiências negativas vivenciadas muitos usuários resistem em ser encaminhados para Manaus.

[...] a criança não vai sozinha em um voo comercial ou muito menos de barco, então a gente corre atrás disso. No início os pais querem ir, mas depois mudam de ideia, já não é mais prioridade. É sempre muito desgastante dos dois lados, porque as vezes você, luta, briga e consegue e aí o paciente vai e desiste ou o acompanhante fala que não dá, não tem como ir. (...). É um problema bem maior do que a gente imagina. Eu acho que os pacientes deviam ser mais bem apoiados sim (Profissional B, SAE Tabatinga).

Outros estudos apontam para as mesmas conclusões de que a regionalização não alcançou seus objetivos. Lenir Santos (2017), evidenciou que a regionalização ainda não alcançou sua virtuosidade, entendimento que se coaduna com a leitura de Ana Luiza Vianna et al. (2010), para quem algumas questões no tocante à regionalização permanecem em aberto e ainda não são suficientemente equacionadas pela política de saúde nacional.

A pesquisa em lugar específico do Amazonas, Benjamin Constant e Tabatinga, mostra que, efetivamente, as redes de atenção à saúde reais ainda se encontram em construção, são frágeis, esparsas, desarticuladas e prisioneiras de interesses de territórios economicamente potentes. Manifestações de cooperação e a solidariedade entre os municípios ainda são poucas como pode ser aferido relato abaixo.

[...] eram 33 espaços para pessoas, mas essa casa de apoio vem passando por essa dificuldade e aí cabe aos municípios dar o suporte. A gente está fazendo essa interlocução com esses municípios, alguns dão, sem problema nenhum, pagam a passagem do usuário, dão ajuda de custo, ajudam a casa de apoio, mas não são todos, é a minoria (Coordenação Estadual de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais do Amazonas).

Nessa realidade a população é marcada por uma dinâmica de dupla tributação, pois ao mesmo tempo que paga impostos tem que destinar parte dos poucos recursos que dispõem para custear exames, medicamentos, deslocamentos para outras cidades, transporte, hospedagem, dentre outros. Além disso, essa população tem custos que dificilmente são mensurados, custos sociais, culturais, emocionais, ou seja, custos subjetivos que o deslocamento para Manaus pode ocasionar.

Em face a tais questões, cabe refletir, em que medida, a não instalação de serviços importantes nas regiões de saúde, a prática sistemática de encaminhar usuários para realizar exames e consultas em Manaus, a implantação de serviços que não atendem às demandas locais por saúde e a imposição a esses sujeitos de custos com os quais eles não têm como prover, salvo sob a condição de endividamento e empréstimos, confirmam o desmonte do SUS e a legitimação deste como um sistema pobre e ineficaz? Quantas pessoas vivendo com HIV nos municípios estudados e quem sabe na região do Alto Solimões, por falta de diagnóstico claro, em tempo oportuno tiveram seu quadro de saúde agravado e evoluíram para óbito?

Note-se que na realidade dos municípios estudados, por se tratar de região de tríplice fronteira, a demanda que pressiona os serviços de saúde no âmbito do HIV e Aids não é apenas local.

O SUS é universal, então todo mundo que é diagnosticado do lado brasileiro é atendido tanto pelo SAE, como pelo CTA, o medicamento é fornecido gratuitamente, o acompanhamento médico ou de enfermagem, farmacêutica, psicológica, ele vai ser atendido como qualquer um paciente (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Atendemos pessoas do município de Atalaia do Norte e de comunidades rurais. Até mesmo de outros países também chegam lá, temos peruanos, colombianos, argentinos (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Aqui vem gente de todos os lugares, Santo Antônio de Sá, de Benjamim, de Atalaia. Mas o que mais a gente atende aqui mesmo, se não forem pacientes das comunidades indígenas, são os estrangeiros, acho que são mais estrangeiros do que de lugares perto (Profissional B, SAE Tabatinga).

Situados em região de fronteira tais serviços são pressionados por demanda de múltiplas populações, muitas vezes sem a devida contrapartida do outro país. Como apresentado anteriormente, os sistemas de saúde nos países da tríplice fronteira são distintos e quando cidadãos peruanos, colombianos ou de outras origens buscam atendimento nos serviços de saúde dos municípios estudados há algumas especificidades que merecem ser consideradas.

Existem as dificuldades que são principalmente de acesso. (...). Se um peruano precisar de uma tomografia ou um paciente estrangeiro ele pode ser atendido regionalmente, mas se ele precisar de uma tomografia ele não pode ir para Manaus porque ele está como ilegal. A polícia federal não vai deixar ele passar pra Manaus. Aqui tudo bem no atendimento médico, mas se ele precisar de alguma coisa ele vai precisar se legalizar. Se a gente pede para ele, solicitar tomografia para ver se ele consegue lá no Peru, as vezes eles mandam de volta para cá, eles mandam de volta. Aqui em Letícia é um pouco mais fácil só que a tomografia ele vai ter que pagar lá porque o serviço de saúde lá é pago (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Em relação aos estrangeiros quando precisa de um exame ou de uma consulta especializada aí esbarra na nossa dificuldade, um exame especializado tem que fazer em Manaus ou é uma consulta especializada que tem que ir pra Manaus e não tem como mandar um estrangeiro ilegal para Manaus, né? Aí começa uma grande briga com o consulado com a questão de saúde deles, os departamentos de saúde deles, a gente tem passado algumas situações assim (Profissional A, SAE Tabatinga).

A gente não consegue resolver os problemas deles porque a maioria não tem os documentos brasileiros, (...), enfim eles não estão regularizados, por esse fato (...) eles não conseguem ter o cartão SUS. Além disso se você tiver que mandar esse paciente pra Manaus, não consegue porque a polícia federal não libera eles. Ele não sobe no avião, você pode até ter comprado a passagem, casa de apoio, contato com a internação do hospital, mesmo assim eles não vão mesmo sendo criança, mesmo morrendo, não vai. É um grande problema. Na coleta de carga viral a gente precisa de vários documentos, aí a gente até que consegue com jogo de cintura (Profissional B, SAE Tabatinga).

Fica evidente que a especificidade de tratar pessoas vivendo com HIV em região de fronteira se apresenta complexa, pois, conforme evidenciaram os relatos, os entraves são muitos e, em sua maioria, se encontram além da possibilidade de resolução das gestões locais que, por comprometimento e tentando resolver as demandas da população que está a sua porta, constrói alternativas para dar respostas a essa população.

O Peru não se manifesta, é muito complicado. Eles não têm estrutura como tem em Letícia, (...) eles sempre dizem não ao paciente que é deles. Em relação ao consulado, antes eles davam um apoiozinho, eles puxavam no sistema tipo vamos ajudar, mas agora nós fomos lá e não conseguimos apoio. A gente queria uma passagem, a gente soube que tem um centro de

referência em que o tratamento é gratuito em Quito. A criança era ilegal, a mãe era ilegal, mas eles disseram que não e não, que não podiam apoiar. (...). A gente foi lá, foi várias vezes pedindo recursos, fez relatórios explicou a situação toda da família, da mãe, mandamos para lá, mas não teve resposta (Profissional A, SAE Tabatinga).

Essa é uma questão controversa que envolve articulação do Ministério da Saúde que recentemente publicou uma Nota Informativa sobre o atendimento e o fornecimento de ARV para pessoas estrangeiras vivendo com HIV no Brasil. Esta destaca que “qualquer tipo de regulamentação sobre a situação dos estrangeiros no SUS não represente uma barreira ao acesso à saúde” e reforça a obrigatoriedade de que esta população apresente, para retirada de medicação, dentre outros documentos, Cartão Nacional de Saúde e contrato de locação do local onde a pessoa está residindo, além do Formulário de Solicitação de Medicamentos, documento de identificação (passaporte, Registro Nacional Migratório (RNM) ou outro documento que identifique a pessoa). Em caso de estrangeiros não residentes no Brasil, estes devem apresentar também Autodeclaração da condição HIV como estrangeiro informando que está de passagem pelo Brasil, incluindo o prazo estimado para o regresso ao seu país de origem (BRASIL, 2018, p.2 -3). Sem dúvida, a Nota Informativa Nº 003/20018, emitida pelo Ministério da Saúde vem atender a necessidade real para os serviços que atendem pessoas que vivem com HIV na região de fronteira, mas não todas, sendo necessário, portanto, avançar em relação à regulamentação da questão.

Note-se que mesmo que essa população apresente os documentos preconizados, que as equipes locais se esforcem para atender, da melhor forma possível, pessoas que vivem com HIV oriundas de outros países, há dificuldades que obstam a continuidade ao cuidado em saúde para essas pessoas.

Tem muito paciente do Peru que vem aqui e fica meses sem vir. (...). Os pacientes quando eles são estrangeiros eles viajam por algum período de tempo. A gente primeiro orienta, a gente dá medicação pelo tanto de tempo que eles vão passar, mas as vezes eles demoram mais de três meses fora. A gente acha que eles conseguem fazer o tratamento lá nos países deles, mas na grande maioria não consegue fazer mais o tratamento. (...), só sei que eles voltam e com mil e uma complicações (Profissional B, SAE Tabatinga).

Essas especificidades do atendimento em saúde da população do Alto Solimões devem ser consideradas no planejamento das ações e serviços locais. Como construir e consolidar uma cascata de cuidado com populações em trânsito constante? A relação com esses sujeitos tende a ser pontual, descontínua e marcada por eventos agudos que

comprometem sua condição de saúde. As intercorrências envolvendo pessoas que vivem com HIV são inúmeras, conforme traduz relato.

[...] tem muito paciente com epilepsia, sequelas da toxo, porque você sabe que uma doença como o HIV ela atinge muito o sistema nervoso central, mas infelizmente eles são tratados na urgência e emergência e de lá eles já saem com a medicação, eu faço o acompanhamento assim, de ver se está tomando a medicação, se não deu reação, mas é complicado (Profissional B, SAE Tabatinga).

A impossibilidade de ter equipe multidisciplinar tende a comprometer iniciativas e processos de trabalho que deveriam ser realizados no âmbito dos SAEs como o apoio psicossocial e o reforço à adesão.

[...] estamos sem psicólogo, tinha psicólogo mais só que foi demitido porque era contratado. A coordenação necessita disso, teve casos de pacientes que cometeram suicídio porque descobriram que tinham o vírus. Precisa reforçar (a equipe), precisa de psicólogo, (...), eu ainda estou por aqui, não sei até quando (Profissional C, SAE, Tabatinga).

A gente tinha um trabalho de adesão principalmente quanto a questão de informação do medicamento, mas então a psicóloga (...) teve que sair. Tem realmente que ter uma equipe, uma pessoa para fazer esse trabalho (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Nós tivemos em julho uma capacitação em adesão. (...) A equipe está fazendo, mas mesmo assim tem aqueles que realmente não querem. A gente vai em busca dele para tentar falar dos benefícios que vai ter, ele tendo adesão, falar dos benefícios que ele vai ter tendo adesão aos antirretrovirais. Eu faço todos os dias isso com eles, faço busca ativa, eu ligo, faço visita domiciliar e toda vez eu sempre falo da importância dele está tomando esses medicamentos. Os que estão indo pela primeira vez, a aceitação está sendo boa, principalmente porque agora é três em um, você toma um medicamento por dia, mas tem alguns antigos que está sendo difícil fazer a adesão, trazê-los de volta (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

A promoção da adesão é responsabilidade da equipe e não pode ficar personalizada em determinados profissionais, sob pena de, na ausência destes, o trabalho não ter continuidade. A adesão em si, não se reduz somente ao cumprimento do esquema terapêutico- doses, horários, contraindicações - envolvendo, sobretudo, a construção de processo colaborativo em relação as decisões relacionadas ao tratamento como um todo (BRASIL, 2017, p. 34). Esse processo colaborativo deve permear a construção de projetos terapêuticos mais adequados à realidade de cada sujeito singular – homem, mulher, jovem, idoso, usuários de álcool e outras drogas, profissionais do sexo, gays, homens que fazem sexo com homens, população transexual, dentre outros.

É preciso ter clareza, também que a adesão não está vinculada somente ao acolhimento do usuário ou a escuta qualificada de suas queixas, mas sobretudo à existência de estrutura disponível para atendimento de suas demandas - profissionais, medicamentos, exames, insumos para prevenção, dentre outros – pois não basta ter pessoas que vivem com HIV assíduas e comprometidas com seu tratamento se os serviços de saúde disponíveis no município não apresentam resolutividade para suas demandas.

São inúmeros os desafios traduzidos pelos pesquisados para que a cascata de cuidado contínuo do HIV se materialize na realidade dos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga.

O desafio é (...) cada esfera saber sua responsabilidade, seu papel. A gente acaba abraçando muito por ser coordenação, mas a gente não pode assumir todas as responsabilidades. A gente sabe que é um momento de crise, mas o governo do estado está pecando um pouco com a questão de assistência de média complexidade. A própria prefeitura também, tem que estruturar mais a rede de atenção básica (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

A ausência de equipe que atue efetivamente no SAE, em particular em Benjamin Constant, a descontinuidade no fornecimento de insumos e medicamentos – tanto antirretrovirais quanto medicamentos para infecções oportunistas – dificuldade para realização de exames ou consultas especializadas, sinalizam um desfinanciamento da ação programática? Como vimos anteriormente, houve remanejamento de recursos federais para os municípios de Benjamin Constant e Tabatinga, que tiveram seu orçamento ampliado em R\$50.000,00 anualmente através da política de incentivos.

O maior peso ainda é o financiamento pela Portaria 966 que é o repasse do governo federal fundo a fundo. A contrapartida que o município tem é com os profissionais, estrutura, transporte, combustível e também com passagens aéreas. Relacionado as ações em geral é considerado um incentivo do governo federal. (...). A gente foi solicitar um aumento do incentivo e o estado (...), aumentou esse valor. Infelizmente esse dinheiro já veio ser depositado nos três últimos meses do ano (...) e foi o que praticamente está bancando todo o programa (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

[...] Benjamim foi contemplado para trabalhar com prevenções e hepatites virais. Foi montado um plano e a gente tinha que executar um plano e usar o recurso para esse fim. Então (...) em 2015, esse recurso dobrou o valor, foi uma conquista. (...) é uma conquista, é o reconhecimento de um trabalho que está sendo feito, que a gente está executando no município (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Não foi possível constatar os termos da contrapartida do estado e dos municípios estudados em relação a ação programática, mas os relatos permitem compreender que as ações desenvolvidas nos municípios estudados no âmbito do HIV e da Aids são subsidiadas, predominantemente, por recurso oriundo do governo federal.

Como se depreende o município de Tabatinga historicamente tem se configurado como referência em saúde na região do Alto Solimões, assumindo papel estratégico. No caso das ações e serviços relacionados ao HIV e à Aids o município também assume esse papel.

[...] têm uma história de um trabalho mais contínuo (...) a região do Alto Solimões já foi bem mais difícil. Houve um movimento de 2008 para cá, com o AmazonAids, começou um trabalho que é mais regular, é mais presente ali na região do Alto Solimões. A coordenação (estadual), na verdade, só deu continuidade, ela não deixou isso ter quebra. Desde o AmazonAids a coordenação (estadual) vem trabalhando com os municípios de Benjamim e Tabatinga na região do Alto Solimões. Os outros municípios, por tabela, acabam também se beneficiando desse processo de trabalho porque são próximos e tem um link direto com eles (Coordenador Estadual Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais).

A nossa UDM, é uma UDM mais estruturada. Com todas as dificuldades a gente tem um SAE, o ano todo um SAE praticamente completo (...), a gente tem um coordenador praticamente só para o programa (...) tem uma equipe motivada então isso influencia muito na qualidade do serviço, do acompanhamento, a UDM não é só uma farmácia ela acaba sendo ali uma mesa de aconselhamento a partir da adesão do usuário. Frente a outros municípios estamos um pouco mais avançados (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Constatou-se que os municípios estudados têm uma história de intervenções relacionadas ao HIV, Aids e demais ISTs – campo de pesquisa para validação do uso de testes rápidos, implantação de SAE, apoio do AmazonAids. Essas experiências deixaram uma herança nos municípios e mobilizaram a população em torno do tema.

[...] não tinha nada. O trabalho da AmazonAids foi importante na movimentação popular e as pessoas procuraram seus direitos. Ali pode ser um polo importante de trabalho de prevenção, de promoção da saúde e de assistência também e eles tem uma boa articulação com os outros países circunvizinhos. Isso também é importantíssimo. (...), precisaria injetar mais recursos ali (Coordenador Estadual Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais).

Apesar do relato apresentado anteriormente traduzir que há necessidade de maior mobilização da sociedade civil em torno da questão do HIV e da Aids, é importante reconhecer que a mobilização e a participação social são frutos das práticas

educativas desenvolvidas nos diferentes espaços da saúde, na Unidade básica de saúde, no SAE, nos conselhos locais, nos conselhos municipais, conferências, dentre outros. Na história da epidemia no país deve ser considerado o papel que a sociedade civil teve, não somente como pessoas vivendo com HIV, mas como cidadãos, sujeitos de direitos que reivindicaram e pressionaram o poder público de forma a ter suas demandas incorporadas. O papel político desses sujeitos deve ser reconhecido e valorizado, pois eles dão vida a lutas não somente das pessoas que vivem com HIV, mas da sociedade brasileira, pois a

[...] a AIDS funciona como marcador social a indicar grupos, conjunturas, contextos e situações que falam da desigualdade histórica da vida em sociedade, da vulnerabilidade que produz algumas poucas vidas como viáveis e muitas outras como não viáveis, vidas baratas que não valem a pena cuidar e tratar, pois não têm futuro (SEFFNER & PARKER, 2016, p. 25).

A pesquisa de campo cotejada com estudos sobre o tema possibilitam afirmar que o lugar do indivíduo no tecido social pode contribuir para ampliar (ou não) as possibilidades de contato deste com o HIV e reconhece, a partir dos municípios estudados, que muitos indivíduos vivendo com HIV tornam-se mais vulneráveis à Aids por não ter acesso integral à assistência ficando susceptíveis a várias doenças oportunistas. Além disso, ficou evidente que as fragilidades na rede de atenção à saúde nos municípios estudados é historicamente determinada e que, apesar de desde os anos 2000 se discutir a necessária interlocução entre os serviços destinados a prestar assistência em saúde às pessoas com HIV ainda há muita desarticulação e desencontros nessa relação. No atual momento, conforme será trabalhado no item seguinte, a articulação entre atenção básica e serviços especializados voltados para pessoas que vivem com HIV ganha reforço e ênfase na elaboração das políticas públicas.

3.4 Compartilhando o cuidado integral das pessoas que vivem com HIV com a Atenção Básica: percursos e percalços em Benjamin Constant e Tabatinga

Considerando a realidade de grande parte dos municípios do Amazonas, constata-se que estes apresentam, dentre outras questões, precariedade de infraestrutura de saúde; dificuldade com fixação de recursos humanos especializados, em particular médicos; ausência quase total de serviços de média e alta complexidade; descontinuidade no fornecimento de insumos; poucas ou nenhuma alternativa

econômica para a população. Frente a essa realidade, como implantar serviços especializados voltados para pessoas que vivem com HIV?

As iniciativas de implantação desses serviços no estado se deram de forma esparsa em municípios que apresentavam maior número de casos de Aids e, como evidenciado anteriormente, se desenvolvem em meio a inúmeras dificuldades e dinamizadas pelo compromisso de pessoas vivendo com HIV e de muitos profissionais inseridos nos serviços de saúde locais.

Com a transformação da “Aids aguda para a Aids crônica” (ALENCAR et al., 2008, p. 1843) tem início novo momento no enfrentamento da epidemia, pois como condição crônica, ou seja, de longo curso, é possível monitorar a progressão da doença a partir de marcadores laboratoriais - exames de CD4 e de carga viral - e fazer uso dos múltiplos avanços obtidos no âmbito do tratamento antirretroviral. Esse entendimento passa a justificar a presença ativa dos serviços de atenção básica na atenção às pessoas que vivem com HIV.

Em 2010, através da Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, o Ministério da Saúde regulamentou a organização das redes de atenção à saúde no país, defendendo que era necessário “superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado.” Na perspectiva das redes e no modelo de atenção às condições crônicas, os serviços de atenção básica assumem papel estratégico, pois nos termos da Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014, esse modelo de atenção deve ser estruturado por serviços de Atenção Básica; Atenção Especializada - ambulatorial especializado, hospitalar, urgência e emergência; Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos; Regulação; e Governança. Nessa direção, enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado, a atenção básica, no âmbito do HIV e da Aids, passa a ser vista “como melhor alternativa para a prevenção de novas infecções e como instrumento capaz de antecipar problemas individuais e coletivos em relação à epidemia de HIV e aids” (BRASIL, 2004, p. 8).

Compreende-se que não há uma rede de atenção à saúde específica para a pessoa que vive com o HIV e a Aids e que as ações desenvolvidas no âmbito da resposta à epidemia, nesse momento, devem ser construídas de forma articulada e compartilhada com as redes já existentes.

Quadro 23- Redes de Atenção à Saúde

Redes	Legislação
Rede Cegonha	Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011
Rede de Urgência e Emergência – RUE	Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011
Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas – RAPS	Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências	Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014

Fonte: Pesquisa Documental, 2017.

Como sinalizado anteriormente, a atenção básica constitui o alicerce da atenção à saúde e dimensão essencial na organização e dinamização das redes de atenção à saúde. Seu papel também é reafirmado no Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, como dimensão essencial para a constituição das regiões de saúde. Os serviços de atenção básica, portanto devem atuar como porta de entrada do sistema de saúde, mas como já evidenciado por Cecílio et al. (2012), não a única, pois esta atribuição é compartilhada com vários outros pontos de atenção da rede.

Para se configurar efetivamente como porta de entrada os serviços de atenção básica devem ter sua capacidade de atendimento fortalecida de modo que estes consigam atender em tempo oportuno a demanda da população sob sua responsabilidade e, em particular, através do trabalho diário de acolhimento e vinculação as equipes de atenção básica devem identificar precocemente eventos agudos, orientando o usuário quanto as medidas a serem adotadas.

No âmbito das ações relacionadas ao HIV, Aids e outras ISTs entende-se que os serviços de atenção básica sempre tiveram papel importante em relação à suspeição de eventuais casos, na identificação, assistência e encaminhamento das pessoas identificadas com algum desses quadros. Essa articulação é condição essencial para modificar o modelo de atenção às pessoas que vivem com HIV e já estava registrada no Caderno de Atenção Básica nº 18, desde 2006, o qual preconiza que “os serviços de Atenção Básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DST, HIV/aids, hepatites e HTLV às unidades de referência” (BRASIL. 2006. p. 10).

O documento em questão já evidenciava a necessidade não apenas do desenvolvimento de ações de prevenção e assistência, mas sobretudo a urgência em

imprimir maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde como condição para assegurar a resolutividade das demandas da população adstrita.

Naquela ocasião, o Ministério da Saúde destacava que as ISTs constituíam “fator facilitador da transmissão sexual do HIV” e que os serviços de atenção básica deveriam estar aptos a fazer o diagnóstico precoce dos casos e tratá-los.

Considerando que esta não é uma demanda nova, mas uma demanda que já foi reiterada no PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2015), por ocasião da pesquisa, se buscou identificar, nos municípios estudados, intervenções relacionadas às IST e especificamente ao HIV. Constatou-se que em todas as unidades básicas de saúde dos municípios estudados estão sendo realizados os testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, o que por certo ampliou diagnósticos relacionados a esses agravos.

[...] houve tanto crescimento nesses tipos de infecções sexualmente transmissíveis (Profissional A, Benjamin Constant).

Na nossa área tem duas pessoas vivendo com o HIV, uma gestante e uma adolescente (Profissional B, Benjamin Constant).

[...] as hepatites virais, hepatite B, seria a primeira coisa, na verdade o manejo aqui é muito pouco. Sífilis a gente não tem (...) acho que um caso só. HIV nós temos pessoas que já vem fazendo acompanhamento de anos (Profissional A, Tabatinga).

[...] a primeira é a sífilis, a segunda tricomoníase, e a terceira é condiloma e hepatite B. Identificados nas consultas do dia a dia, também no pré-natal, preventivo (Profissional B, Tabatinga).

Depreende-se das falas que as infecções sexualmente transmissíveis, de forma geral e, em particular o HIV, estão sendo identificadas no cotidiano dos serviços de saúde dos municípios pesquisados. Essas informações permitem refletir que

[...] o território (...), onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (MONKEN & BARCELLOS, 2005, p. 898).

Esses espaços apresentam perfil epidemiológico em constante transformação e que deve ser conhecido pelos serviços de saúde de forma que as equipes inseridas nesses territórios possam constituir e gradativamente consolidar vínculo com os sujeitos que ali residem. Para tanto, é preciso ter clareza de que antes de se tornarem problemas técnico-assistenciais a serem enfrentados, é preciso que os problemas de saúde sejam reconhecidos, localizados e dimensionados. Esta tarefa “parte de um encontro, de disputas e acordos, entre o conjunto de indivíduos e grupos portadores e produtores das necessidades de saúde, com os que dominam certos saberes e práticas, certos modos de saber fazer atos de saúde” (MERHY, 2003, p. 16).

Reconhecer as necessidades de saúde da população consiste atribuição dos serviços de atenção básica que devem ser ofertados “integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde” (BRASIL, Art. 2º, Portaria 2436, de 21 de setembro de 2017).

O reconhecimento das necessidades de saúde da população pelos serviços de atenção básica pressupõe forte articulação com as ações de vigilância em saúde e, apesar da tendência à burocratização dessa articulação expressa nos inúmeros formulários e sistemas existentes, esta constitui possibilidade real de adequação das práticas às necessidades de saúde da população. Em relação à notificação dos casos, destaque-se alguns relatos:

Sim, porque todo mundo sabe da importância, porque se não identifica não existe, para dar evidência ao problema, tem que notificar para saber que existe esses assuntos, até para medicar (Profissional D, Benjamin Constant).

São notificados depois da resposta do outro técnico, que também é outro problema no laboratório porque quando a gente faz o teste rápido que é feito dentro da área de saúde a gente encaminha o paciente para confirmar aquele teste rápido de triagem e as vezes elas falam que demora muito e aí essa resposta acaba demorando (Profissional B, Tabatinga).

Além do HIV, tem se identificado vários agravos nos municípios - Sífilis, Hepatites Virais, Condiloma, Tricomoníase - os quais requerem olhar atento dos gestores, pois não basta identificar tais agravos, é preciso que os serviços procedam a notificação dos casos e, que tenham capacidade instalada para proceder o tratamento adequado dos mesmos. Como se depreende das falas os profissionais reconhecem a

importância da notificação dos casos diagnosticados, em conformidade com a legislação em vigor.

Chama atenção a demora no resultado dos exames confirmatórios, mencionada por profissional do município de Tabatinga. Entende-se que como o teste de HIV, desde que siga o preconizado pelo Ministério da Saúde, permite o diagnóstico de infecção pelo vírus o que permite entender que o profissional se refere “*Não, do HIV não. Só da sífilis e hepatite porque tem que confirmar com outro exame*” (Profissional B, Tabatinga).

Os testes de Sífilis e Hepatites B e C, também realizados nas unidades de saúde dos municípios pesquisados, requerem confirmação através de exames laboratoriais e, apesar de haver estrutura laboratorial em Tabatinga onde encontra-se instalado o LAFRON, há relatos sobre “*demora demais, as sorologias. E as vezes nem tem no laboratório*” (Profissional B, Tabatinga). Apesar das dificuldades há busca de alternativas no que diz respeito ao tratamento da Sífilis que é realizado nas unidades de saúde, conforme evidencia profissional, “*nos casos de grávidas, a gente solicita medicamento e é feito na unidade*” (Profissional A, Tabatinga).

Como já evidenciado anteriormente, os municípios pesquisados enfrentam inúmeras dificuldades relacionadas a realização de exames laboratoriais, de média e alta complexidade. Nestes, além das dificuldades com a confirmação de alguns diagnósticos, identificou-se que,

Nos casos de condiloma, temos um problema seríssimo em relação ao ácido tricloroacético. (...) a fórmula tem um prazo de validade curtíssimo, três meses ou seis meses, tempo bem curto, a gente usa em doses pequenas os frascos, (...) no município a fórmula ficou com a dosagem não adequada, uma questão laboratorial (...) uma dificuldade muito grande uma burocracia muito grande conseguir trazer esse insumo para cá (...). É muito desgastante conseguir trazer esse insumo para cá. (...) os casos mais severos já vão para cauterização, mas nos casos que a gente poderia tratar - lesões pequenas a nível ambulatorial – que a gente pode fazer aqui e que são a maioria dos nossos casos a gente não consegue. Os casos podem evoluir para uma situação pior, que aí temos que mandar para o Alfredo da Mata (Coordenador Atenção Básica, Benjamin Constant).

Note-se que as lesões anogenitais podem ser precursoras de outras doenças e devem ser tratadas de forma oportuna e monitoradas no decorrer do tempo, além disso, seu diagnóstico deve estar sempre articulado com a oferta de preservativos, de testes rápidos para outras ISTs e da convocação das parcerias sexuais do usuário que apresenta a lesão. Considerando as dificuldades traduzidas no relato entende-se que os serviços

de atenção básica têm papel essencial na identificação e tratamento dessas lesões e que é preciso assegurar resolutividade a essa demanda nos municípios pesquisados.

A abordagem da população em relação às ISTs, ao HIV, à Aids e Hepatites deve ser permanente, realizada através de atividades coletivas de educação em saúde e nos atendimentos individuais. As abordagens rotineiras contribuem para que a população, em particular a masculina, não sinta receio ou constrangimento para buscar atendimento nos serviços de atenção básica e abandonem a automedicação. Entende-se que, na realidade do Amazonas, e em particular do Alto Solimões onde o acesso se dá principalmente por via fluvial e, em casos esporádicos via aérea, pode haver problemas de desabastecimento de alguns insumos necessários não somente para a realização de exames laboratoriais, mas para outros procedimentos na área da saúde.

No entanto, é preciso entender que as dificuldades sinalizadas, não devem impedir que a população dos municípios estudados e do Alto Solimões tenha acesso à saúde e que não é possível entender porque ano após ano, governo após governo tais situações permanecem, reforçando e reproduzindo desigualdades. Compartilha-se do entendimento de que a oferta de ações de prevenção e promoção à saúde constituem desafio de grande proporção a ser enfrentado pelos serviços de saúde, assim buscou-se informações de como tem se dado o acesso dos usuários dos municípios pesquisados a insumo básico para a prevenção, os preservativos.

A enfermeira (...) criou uma ideia que ficou sendo muito legal, porque a pessoa já chega retraída, tem vergonha de ir lá e pedir, então ela pegou e colocou os preservativos e os panfletos informativos próximos, isso em cima de uma mesinha logo na entrada e quem chega podia pegar, e até porque em outros encontros a gente sempre tem contato com a população LGBT (Profissional A, Benjamin Constant).

[...] Ficam (os preservativos) lá na recepção. Os agentes de saúde também levam (Profissional B, Tabatinga).

[...] é livre oferta (dos preservativos) (Profissional A, Tabatinga).

Apesar de se entender que os preservativos ainda têm suma importância na proteção contra o HIV, de outras ISTs e mesmo como método contraceptivo e que sua oferta não burocratizada é essencial para ampliar o acesso ao insumo, constata-se que sua utilização pela população ainda se dá de forma irregular. Assim, aliado a oferta, ampla e irrestrita dos preservativos (masculino e femininos) e gel lubrificante, conforme

os municípios pesquisados estão fazendo, deve ser disponibilizada à população também kits de redução de danos de forma articulada à incorporação de

[...] abordagens mais inovadoras e que dialoguem com a autonomia do(a) usuário(a), principalmente adolescentes e jovens que estão iniciando suas atividades sexuais e nem sempre reconhecem no serviço de saúde um local para acessar esse insumo de prevenção (BRASIL, 2017, p. 52).

Richard Parker (2016) defende a necessidade de reinventar a prevenção, tarefa que não pode se dar sem ampla participação dos movimentos sociais que precisam “aprender as lições do passado e aplicá-las para a reinvenção da prevenção no presente”. A mera reprodução do “use camisinha” se perdeu, demonstrando que abordagens prescritivas não dão conta das necessidades de prevenção e que é necessário, portanto,

[...] repensar e reformular a prevenção ao HIV como uma prática complexa que ultrapassa a fronteira da divulgação de informações e de produtos ligados à saúde, mas que deve assentar-se na promoção dos direitos humanos – inclusive o direito de ter acesso às opções de prevenção que fazem sentido sob a perspectiva das pessoas que as utilizam (PARKER, 2016, p. 22).

A história reconhece estratégias construídas no decorrer dos anos - sexo seguro, redução de danos, uso preservativos – e defende a prevenção combinada como dimensão essencial das intervenções relacionadas ao HIV e à Aids. Contudo, apesar de se identificar algumas iniciativas desenvolvidas nos municípios - capacitação em redução de danos, oferta da profilaxia pós exposição - não foi possível identificar se, efetivamente, estes atuam na perspectiva da proposta de prevenção combinada.

Em tempos de “tratamento para todas as pessoas” a ampliação da oferta da testagem rápida consiste na estratégia do Ministério da Saúde para possibilitar o acesso ao diagnóstico, pois só é possível tratar os casos conhecidamente positivos. O Amazonas vem fazendo esforço para que todos os municípios tenham a testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites B e C plenamente implantadas, conforme relato, “em 2012, nós tínhamos 23% do interior com cobertura de testagem, hoje nós temos 100%” (Coordenador Estadual Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais).

Nos municípios pesquisados a disponibilidade de testagem rápida em todos as unidades de atenção básica é realidade, conforme os profissionais entrevistados.

[...] Nós temos um dia específico. Aquela gestante que chega das áreas rurais, está com atraso no pré-natal a gente tenta captar lá e fazer no mesmo

dia, mas os demais a gente agenda nos dias de sexta-feira, pela manhã (Profissional B, Tabatinga).

[..] a gente faz. A gente dá prioridade para a sexta-feira, mas tem muitas situações que a gente precisa fazer o teste e que naquele dia não é o dia de agendamento de teste rápido, (...), por exemplo uma grávida que está com o teste atrasado, eu não vou deixar para fazer só na sexta-feira eu acabo fazendo. Geralmente a demanda é pela manhã (Profissional E, Tabatinga).

Quando o exame é solicitado pela médica e tem muitos pacientes aqui (...) se quiserem esperar esses pacientes eu vou dar prioridade. A sexta tem pouca demanda, (...) é quando vem eu faço o teste, então a gente adequa a dinâmica do trabalho (Profissional A, Benjamin Constant).

Infere-se a partir das falas que os testes rápidos para HIV e outros são realizados em dia e horário específico e previamente agendados, salvo algumas exceções abertas para gestantes e pessoas oriundas da zona rural ou ribeirinha dos municípios estudados. Esta prática pode favorecer ou não a construção de vínculos e comprometer a possibilidade do diagnóstico precoce e início imediato do tratamento de forma a romper com a cadeia de transmissão do vírus.

O acolhimento é essencial para superar alguns obstáculos na realização dos testes rápidos, conforme se entrevê em relatos.

Não tem dia específico de atendimento, se ela solicita a paciente faz na hora comigo, gente de fora também que queira vir fazer, pessoa que não seja da área, não esteja grávida a gente faz, de homem, de mulher (Profissional B, Benjamin Constant).

Eu sempre pego as adolescentes, porque elas têm relação sexual muito cedo e não tem um parceiro fixo, então eu foco nisso aí, quando vem para fazer o planejamento (Profissional C, Benjamin Constant).

Olha a procura é pouca (...). Inclusive nós estávamos fazendo uma ação na escola e a gente orientou os adolescentes que na sexta-feira é o dia. Às vezes é falta de informação, é muita burocracia, que precisa estar em jejum e com essas informações na escola quem sabe acabam vindo, talvez essa demanda melhore (Profissional E, Tabatinga).

Aqui é mais voltado para as gestantes vamos dizer assim. Para a gente trazer este outro público a gente tem que fazer as campanhas de fato, eles não chegam aqui por livre espontânea vontade, é necessário fazer as campanhas de fato, intensificar, se não, eles não vêm (Profissional F, Tabatinga).

Reflete-se que ainda há certo desconhecimento da população sobre os testes rápidos e que, apesar de alguns profissionais desenvolverem busca ativa, a demanda é reduzida. Assim, é preciso que as unidades de saúde, nos municípios estudados, considerando que suas ações devem estar centradas na integralidade da atenção e do

cuidado à família, tenham a capacidade de articular a demanda programada definida pelos gestores, sem, no entanto, deixar de acolher as demandas espontâneas que se apresentam. Identificou-se algumas questões relacionadas à capacitação dos profissionais da atenção básica dos municípios estudados em relação aos testes rápidos.

O TELELAB é uma ideia boa para se fazer a capacitação para testagem só que não é nossa realidade. As capacitações têm que ser in loco e a gente relatou isso para o estado e ainda vem relatando, mas o estado orienta o uso do TELELAB. Solicitamos as capacitações, mas (...) ninguém pode vir, a gente entrou em contato com o Alfredo da Mata, mas eles só viriam se houvesse a questão de bancar a capacitação tanto de teste rápido quanto a questão de aconselhamento, e a gente não conseguiu incluir dentro do nosso plano (Coordenador ISTs, HIV, Aids e Hepatites, Tabatinga).

[..]teve a capacitação de todos os profissionais da rede, da atenção básica, médicos e enfermeiros foram capacitados para aplicar os testes em si (Coordenador ISTs, HIV, Aids e Hepatites, Benjamin Constant).

A capacitação à distância tem sido a modalidade utilizada pelo Ministério da Saúde em relação aos testes rápidos, sendo possível acessar o curso em qualquer lugar do país e no horário melhor para o profissional. Essa modalidade de capacitação reduz os custos com a realização de cursos, deslocamento de profissionais, dentre outras questões. Apesar de haver certa resistência em relação aos cursos à distância, estes constituem alternativas efetivas para que os profissionais dos municípios estudados tenham acesso à informações atualizadas sobre os testes rápidos. A realização dos cursos *on line*, por si só não exime a coordenação local de ter em seu quadro profissionais atualizados.

Sempre que há um teste novo, uma marca diferente, o (coordenador) chama e capacita. Quando há algum caso que a gente tem dificuldade de conduzir isso na unidade, eles entram em contato direto comigo e junto com a coordenação vamos conduzindo isso na unidade até chegar aqui no SAE (Coordenador Atenção Básica, Tabatinga).

Uma das coisas muito boas que temos é a equipe. Claro que houveram pessoas que saíram, que há muita rotatividade de profissionais, mas o grupo chave, uma pessoa do programa de DST ou pelo menos duas pessoas do programa de DST nunca saíram do programa. Pessoas de atenção básica estiveram o tempo todo na atenção básica, enfermeiros e médicos que são referências para essa questão epidemiológica no município. A permanência desses profissionais cria um núcleo e uma referência de continuidade. (...) em algumas coisas a gente andou muito bem, por causa disso (Coordenador Atenção Básica, Benjamin Constant).

Mesmo com a rotatividade de profissionais nos municípios estudados é preciso investir na capacitação do quadro, em especial daqueles que são servidores estatutários

das Secretarias Municipais e cuja atuação transcende as gestões municipais. A existência de núcleo de profissionais atualizados nas secretarias municipais pode contribuir para que estas tenham sempre um grupo comprometido, mobilizado e esclarecido sobre as tantas questões que permeiam a política de saúde, evitando descontinuidade nas ações.

[...] houve as eleições municipais, trocou prefeito, trocou secretário, trocou coordenador e agora, depois do encontro de coordenadores, estamos vendo de novo como está o estado e começando a trabalhar com os novos coordenadores. Tivemos uma quebra, são coisas assim bem pontuais (Coordenador Estadual Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais).

Os serviços de atenção básica constituem espaços privilegiados para desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde, as quais, a partir da realidade local e considerando a singularidade dos sujeitos sociais envolvidos - profissionais, população em geral - podem potencializar processos para implementação de determinadas linhas de ação, tais como trabalho sobre indicadores, humanização, implementação de ações programáticas e inclusive certas iniciativas de capacitação. Nos municípios estudados identificou-se estratégias que podem forjar redes de sustentação das ações de saúde relacionadas ao HIV e à Aids.

Nós temos reuniões mensais participam todas as coordenações, (...) é feito a programação das ações junto com as unidades e também alguns acertos, algumas coisas para corrigir, alguma comunicação também é feita nessa reunião (Coordenação Atenção Básica, Tabatinga).

O relato traduz estratégias que atendem a necessidades da gestão local da saúde em atualizar informações para os profissionais de saúde, sinalizando que as ações de educação permanente em saúde têm dado maior ênfase na relação trabalhador-gestão, mas que estas têm o potencial para imprimir mudanças nas práticas cotidianas dos serviços. Nessa perspectiva, no âmbito das ações relacionadas ao HIV, Aids, Hepatites e outras ISTs, o Ministério da Saúde preconiza que os municípios construam Planos de Educação Permanente em Saúde, de acordo com a especificidade do lugar e de forma a promover suas potências e autonomia (BRASIL, 2017). Esse plano pressupõe uma visão mais abrangente dos problemas e necessidade de saúde existentes no município, definição de prioridades relacionadas ao âmbito da ação programática e sua articulação com a rede de atenção – diagnóstico, assistência, vigilância epidemiológica, transmissão

vertical, preconceito, dentre outros aspectos. Esta é uma construção que pode fortalecer as equipes e assegurar maior resolutividade frente as ações relacionadas ao tema.

A participação da população, seu envolvimento nas discussões acerca do HIV e da Aids na realidade dos municípios é essencial para fortalecer tais ações. No âmbito dos municípios pesquisados destaca-se relato em relação ao trabalho compartilhado com a sociedade civil.

[...] foram capacitados a ONG LGBT que tem aqui no município. Eles fazem o teste do fluído oral, através do Projeto Viva Melhor Sabendo, em horários alternativos em áreas de risco com pacientes que se encaixam os gays, lésbicas, usuários de drogas e os jovens também que são uma população mais vulnerável (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga)

A baixa qualidade do acolhimento e o preconceito em relação às populações chave estão entre os grandes desafios para o cuidado de pessoas vivendo com o HIV. Assim, o Ministério da Saúde tem estimulado a participação da sociedade civil em alternativas para levar a testagem rápida para locais públicos, em particular aqueles onde essa população costuma frequentar. Identificou-se iniciativas para levar a testagem rápida para praças, escolas, feiras, parques através de unidades móveis. O município de Tabatinga adquiriu unidade móvel e tem realizado ações de testagem extra muro em, especial com a iniciativa Viva Melhor Sabendo⁵².

Acredita-se que a iniciativa pode contribuir para incrementar a cobertura de testagem em locais, dias e horários de maior frequência das populações chave, as quais tendem a ser discriminadas no seu dia a dia e têm menor acesso aos serviços de saúde e testagem, apresentando, portanto, maior vulnerabilidade para a infecção do HIV e Aids. Enquanto há comemoração entorno de novas medicações, novos antirretrovirais, muitos - travestis, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua - não conseguem chegar aos serviços de saúde.

A intervenção com esses grupos pressupõe ir além da verborragia dos gestores ou das tentativas inócuas de docilizar esses sujeitos, os quais precisam de acolhimento e acesso a todas as opções de prevenção disponíveis atualmente. A pouca atenção

⁵² A iniciativa Viva Melhor Sabendo atua na educação entre pares ou educação de pares, como o próprio nome já diz, é a troca de saberes entre semelhantes, ou seja, entre pessoas ou grupos que têm o mesmo perfil e compartilham as mesmas vivências, o que facilita muito o intercâmbio de conhecimentos e práticas (UNICEF, s/data, p. 5).

dispensada ao processo de acolhimento a essas populações é aspecto que precisa ser repensado nos serviços de saúde. O acolhimento às pessoas que buscam as unidades de saúde a procura de atendimento, em particular o teste rápido para HIV, muitas vezes se dá de maneira restritiva. Se pensarmos sobre o próprio processo de aconselhamento – pré ou pós teste – será que este tem se dado de forma sigilosa e respeitosa nas unidades básicas de saúde?

Nesse dia a sala fica especialmente para os testes, então o ambiente é privativo (Profissional A, Tabatinga).

Eu faço o pré aconselhamento e pós aconselhamento e as duas técnicas (...) elas fazem o teste rápido, com a orientação do enfermeiro, a supervisão. O resultado fica comigo para entregar para ao paciente (Profissional B, Tabatinga).

Nós tínhamos um documento, (...) aquilo era um mecanismo que deixava eles muito apavorados, tensos e a naquelas informações ali eram bem diretas tipo: sexo com homem, com mulher, homem com homem ou mulher com mulher (Profissional A, Benjamin Constant).

Observa-se a preocupação com o atendimento privativo para realização dos testes rápidos,. Contudo, chama atenção o fato de que alguns usuários ao fazerem o aconselhamento antes da testagem se sentissem intimidados pelas perguntas realizadas pelo profissional, indicando que o vínculo entre a população e as equipes pode ser frágil, pois questões como as comumente abordadas no aconselhamento são encaradas como constrangedoras.

Observa-se a revalorização da resposta biomédica à epidemia, expressa no discurso “tratamento para todos” ou ainda no “testar e tratar”. Contudo, é necessário valorização do diálogo social e cultural, pois as necessidades de saúde são sociais e historicamente construídas. Assim, apesar da questão do HIV ser tema de interesse mundial, o modo de viver com HIV ou de ficar doente pela Aids se dá de forma diferenciada no tempo e no espaço, mas que isso, está relacionada a cada sujeito e a sua vivência com a epidemia.

Assim, apesar de ser um problema que se expressa universalmente, cujas intervenções são norteadas por diretrizes internacionais e nacionais, se reconhece que a operacionalização dessas recomendações se dá no cotidiano dos serviços de saúde no lugar, ou seja, em Benjamin Constant, em Tabatinga. A realidade das ações e serviços de saúde, bem como de cada sujeito que vive com o HIV é distinta e específica a cada lugar, pois mesmo que se considere as marcas de uma globalização perversa que

dissemina a escassez e produz de forma acelerada pobres, excluídos, marginalizados (SANTOS, 2008), entende-se que o modo de adoecer dos indivíduos está diretamente relacionado ao seu modo de viver, às suas condições de existir.

Miséria, pobreza, desnutrição, subnutrição e todo o cortejo de horrores (...). Populações inteiras são submetidas a condições de vida mais degradantes e praticamente descartadas como supérfluas, pois o capital não pode inclui-las em seu processo de reprodução (TONET, 2009, p.112).

Muitos dos que vivem com HIV nos municípios pesquisados encontram-se inseridos nesse contexto de incertezas e ao buscarem os serviços de saúde em situação tão singular, precisam que os profissionais de saúde inseridos nesses espaços tenham, além da habilitação técnica para o acolhimento, a habilidade de se colocar no lugar do outro, de perceber suas necessidades para, então, atendê-las ou direcioná-las para outro ponto de atenção. Identificou-se relatos envolvendo a condução de casos reagentes para HIV.

[...] chamamos o médico e a gente conversa com a paciente como ela deve se comportar ao exame positivo, (...), precisaríamos de uma psicóloga aqui, mas como nós não temos a gente trabalha com o que tem. A gente se reúne e conversa (Profissional G, Tabatinga).

Já aconteceu com uma colega minha, ela não deu o resultado porque ela não estava segura de dar o resultado (...), então ainda é um impacto mesmo tendo informação (...). É meio complicado (Profissional B, Benjamin Constant).

[...] se tratando de jovem, primeira vez que eles estão tendo acesso a essa informação, de saber que eles estão soropositivo, com muita ética a gente reúne a equipe e informa para o usuário (Profissional F, Tabatinga).

Depreende-se que o acolhimento e a escuta constituem a chave do trabalho em saúde e que as pessoas que apresentam resultado reagente para HIV precisam receber o apoio necessário. A insegurança dos profissionais de saúde em lidar com resultados reagentes não pode deixá-los paralisados frente a necessidade do usuário e perder a oportunidade de assegurar que este indivíduo tenha acesso ao tratamento. Os relatos e observações de campo possibilitam inferir que muitos profissionais de saúde, embora esforçados e comprometidos, não se sentem preparados para tratar com dimensões tão complexas da vida que podem envolver um caso reagente para HIV - sexualidade, violência, uso de substâncias entorpecentes, prostituição, exploração sexual, dentre outros. Contudo, a comunicação de resultado reagente deve ser direta e clara, permeada

por informações acessíveis ao outro e essenciais para que este dê prosseguimento ao tratamento. Uma resposta qualificada às demandas da pessoa que vive com HIV pressupõe compromisso ético-político com os demandantes dos serviços de saúde, não sendo possível ser reduzidas à mera informação técnica e neutra expressa em encaminhamentos frios.

É fundamental que estes profissionais consigam desenvolver em suas práticas cotidianas e, em particular em suas intervenções junto às pessoas que vivem com HIV, um olhar mais abrangente baseado no direito à saúde. Conhecer as normas e protocolos que norteiam o trabalho em saúde é essencial, contudo, reduzi-lo à mera reprodução do que estes preconizam traduz visão gerencial do cuidado em saúde, fortemente atada às atribuições específicas de cada categoria profissional e às condições de trabalho a que os profissionais se encontram submetidos. Quanto à condução de casos reagentes para HIV na atenção básica dos municípios estudados constatou-se que

As pessoas que trabalham na estratégia, elas têm que ter perfil, tem que ter empatia e tem que ter a confiança dessa pessoa. Tem que saber falar o que precisa ser falado para essa pessoa fazer adesão. (...) um dos nossos pacientes deve uma adesão perfeita, diagnosticado, assintomático, iniciou o tratamento. Não teve uma tontura por ter tomando o antirretroviral. Ele conseguiu dar o diagnóstico para sua companheira, a gente teve uma situação muito boa, nesse caso (Coordenador da Atenção Básica, Benjamin Constant).

Nota-se que os profissionais de saúde devem desenvolver prática marcada pela ética e pelo compromisso com os serviços prestados, de forma a assegurar o acesso das pessoas que vivem com HIV aos serviços disponíveis no município. Não se trata de eliminar ou justificar o impacto de um resultado reagente para HIV, mas de conhecer efetivamente as determinações dessa condição e orientar, apoiar o indivíduo a enfrentá-las. Sem dúvida as dificuldades vivenciadas pelos profissionais podem ser trabalhadas a partir do desenvolvimento de estratégias e ações educativas que possam “contribuir para a otimização dos processos de trabalho e dos serviços prestados” (BRASIL, 2017) à população, preocupação que se percebe em relatos obtidos por ocasião da investigação.

[...] houve uma estruturação da equipe do trabalho, houve se mais oportunidades para capacitação para lidar com esses tipos de pacientes, coisas assim que antes, pelo fato de a demanda ser menor, não existia esse olhar voltado com análises em específico para esse paciente (Profissional A, Benjamin Constant).

[...] gente sempre tem sido muito bem orientado acerca do HIV. (...). Temos essas informações da coordenação, sempre com esses alertas de qual o fluxo (Profissional F, Tabatinga).

A definição de horário protegido para que os profissionais possam realizar reuniões, encontros temáticos, discussões de casos, atualizações, troca de informações é essencial para assegurar a coesão da equipe. Estes espaços têm grande potencial na realização de atividades articuladas e intersetoriais, alargando as possibilidades de intervenções exitosas junto a população do município. Além disso, é preciso ter clareza de que o cuidado se traduz numa atitude de preocupação, responsabilização e de envolvimento com o outro (BOFF, 1999). Nessa perspectiva, a prescrição se torna insuficiente, a frieza do encaminhamento incapaz de dar conta do medo, da dor, do sofrimento, da incerteza causada por resultado reagente para HIV noticiada muitas vezes com neutralidade fundada em determinado corpo de conhecimentos.

Quais as medidas de acompanhamento das pessoas diagnosticadas vivendo com HIV nos municípios pesquisados?

[...] a gente faz toda aquela parte de encaminhamento para a coordenação, de DST. Mas ainda não temos esse feedback, acredito que é isso que precisamos fazer ano que vem, a transferência e contratransferência. A gente encaminha para eles e aí a gente não tem retorno, se o usuário foi, se foi bem atendido, se realmente confirmou, então é essencial (Profissional F, Tabatinga).

Estou com duas gravidas. (...). Uma paciente que está grávida, ela está com seis meses. Eu me preocupo muito com isso e eu cobro muito (...) a medicação, quero tudo na mão, já está chegando o próximo (...) para agendar a cesárea e já deixar tudo completo. A outra deu tempo certo, dentro do cronograma, do protocolo, a doutora estava lá, já deixou tudo prescrito, a medicação toda (Profissional C, Benjamin Constant).

Eu tenho um agente de saúde que veio falar ontem para mim, de uma mulher até que fez o pré-natal com a gente. Há uns três, quatro meses atrás estava hospitalizada na UPA e deram o diagnóstico lá. A gente nem sabia, ninguém da família sabia (Profissional D, Tabatinga).

Depreende-se, a partir da fala que é preciso reforçar o vínculo entre os vários pontos de atenção - UBS, SAE, Unidades de Pronto Atendimento, Maternidades - de forma a manter as malhas da rede de atenção unidas. Aspecto essencial para o fortalecimento dessa relação é “*uma boa comunicação com a coordenação, conversando com a equipe, com o enfermeiro de lá*” (Profissional D, Tabatinga). Comprometida com as reais necessidades de saúde da população essa comunicação

também deve se dar com outras políticas setoriais que intervêm nas condições de vida da população.

Constata-se que os serviços de urgência e emergência - como a UPA - também se configuram como portas de entrada no sistema de saúde local e que, apesar de muitos cidadãos encontrarem-se em área de responsabilidade de serviços de saúde e lá serem eventualmente atendidos, o vínculo com aquela equipe pode ser frágil. Se as equipes de saúde deveriam no dia a dia de seu trabalho, transitar pelo território de forma a construir vínculo com a população, como pessoas adoecem, ficam hospitalizadas provavelmente devido a alguma co-morbidade associada ao HIV e só posteriormente os profissionais daquele território descobrem que este cidadão vivia com HIV? Esta situação remete a fragilidades na qualidade do vínculo das equipes com a população de seu território.

Nota-se também a preocupação expressa na fala de entrevistado com as gestantes HIV, a necessidade de conhecer o protocolo de assistência ao parto dessa mulher, mas acima de tudo, a importância de tecer cuidadosamente a atenção para que estas tenham acesso ao parto recomendado.

Eu tive uma única grávida que o caso dela deu HIV no exame, confirmou e a gente encaminhou ela para lá (SAE). Ela continuou fazendo pré-natal aqui, mas o HIV continuava tratando lá. Ela teve o parto no momento certo, para quando marcou, tomou a medicação, mas assim o tratamento do HIV foi lá e o pré-natal aqui (Profissional H, Tabatinga).

As gestantes que são identificadas na atenção básica, o pré-natal é compartilhado, ela faz o pré-natal no posto e com a médica do SAE, ela faz os exames para tirar todas as dúvidas. A infectologista faz um encaminhamento para a maternidade da necessidade de se fazer cesárea ou parto normal. A maioria é cesárea. (...) nós temos a profilaxia, as medicações. Ela já chega lá além do encaminhamento com os exames já todos feitos do HIV, a maternidade já está ciente (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais Tabatinga)

Sem dúvida, não somente o SAE, mas outros pontos de atenção são importantes na construção da rede de atenção às pessoas que vivem com HIV, no caso da gestante, o local onde realizará o parto, seja na Maternidade em Tabatinga ou no Hospital Geral em Benjamin Constant. O relato traduz que nos municípios pesquisados há preocupação em relação ao cuidado compartilhado com a gestante e mesmo que situações êxitosas sejam expostas, ainda há obstáculos a considerar.

Olha, a gente ainda tem algumas dificuldades dentro do hospital. (...) o profissional que pega a caderneta de gestante, a gente não vai escrever lá na frente HIV positivo, a gente tem que virar o cartão e olhar o resultado da paciente. A gente não pode expor a pessoa a tal nível, essa é a situação. Ainda falta dentro do hospital, por causa a rotatividade de profissionais e a imaturidade desses profissionais, eles têm medo de manejar HIV, aí isso a gente cria uma questão ética (Coordenador Atenção Básica, Benjamin Constant)

O cuidado compartilhado deve ser assegurado a todos os casos e não somente em relação às gestantes. Estas, pela especificidade do parto a ser definido pelo médico, devem ter o processo de vinculação fortalecido no decorrer do pré-natal e, em caso de ser necessário realizar cesariana esta deve ser agendada a partir da 38ª semana de gestação, de forma a evitar riscos de transmissão vertical do HIV. Os profissionais onde o parto dessas mulheres é realizado devem ser constantemente orientados quanto à conduta profilática a ser adotada e, principalmente, que a condição HIV por si só não requer pré-natal de alto risco, dúvida ainda comum.

Toda a rede de saúde disponível nos municípios deve assumir sua responsabilidade sanitária em relação à pessoa que vive com HIV, em particular com as gestantes que não podem ficar perdidas, à deriva na rede no momento do parto, à mercê muitas vezes de exigências fantasiosas e descabidas de certos profissionais. Muitas gestantes procuram atendimento em Tabatinga, pois “*Aqui tem o amparo da UPA, maternidade e as gestante soropositivo vem parir aqui. Tanto as do município quanto da região*” (Coordenador Atenção Básica, Tabatinga).

É preciso ver o demandante do serviço de saúde, considerar o caminho que percorreu para buscar atendimento e, em particular, no caso das gestantes, examinar os documentos que estas apresentam para evitar desencontros.

As gestantes, elas não falam seu diagnóstico. A gente teve um caso de área indígena que estava no cartão passou por todo mundo o cartão. Ela não queria fazer cesariana. Ela deu entrada no hospital, em trabalho de parto, mas não estava em período expulsivo poderia ter sido feito uma cesariana ainda, mesmo sem que ela tenha programado... (Coordenador Atenção Básica, Benjamin Constant).

A transmissão vertical do HIV constitui preocupação para a saúde pública e seu enfrentamento tem mobilizado esforços nos vários níveis de atenção: na atenção básica com o cuidado em captar precocemente as gestantes para o pré-natal e para oportunizar a estas mulheres e seus parceiros a realização da testagem para HIV no 1º e 3º trimestre de acompanhamento; na maternidade ou hospital, no momento do parto com a oferta dos testes rápidos às gestantes. Essas condutas têm permitido a identificação de vários

casos de HIV, em particular aqueles de mulheres que não realizaram o acompanhamento pré-natal, o que é comum em municípios como Benjamin Constant e Tabatinga.

As gestantes que apresentam a infecção pelo HIV devem ser acompanhadas durante toda a gestação, parto e período de amamentação, com indicação de uso de antirretrovirais, realização de tratamento profilático no parto e indicação de inibidores de lactação de forma a reduzir as possibilidades de transmissão vertical. O recém-nascido também deve receber antirretrovirais após o nascimento e ser encaminhado para acompanhamento com profissional especializado. Nesse sentido, o acompanhamento de uma gestante HIV suscita monitoramento constante da equipe de saúde da atenção básica de forma que tanto a mãe quanto a criança tenham garantido a continuidade do tratamento.

Não basta, portanto, encaminhar, é preciso se assegurar que aquele usuário, aquela gestante chegou ao local recomendado de fato e se foi atendida. Essa parece ser a preocupação relatada por profissional quando do encaminhamento de caso diagnosticado para HIV ao SAE, “*na verdade a gente liga para perguntar se realmente compareceu, porque se não compareceu a gente tem que fazer a busca ativa na área*” (Profissional J, Tabatinga). É preciso estar atento a essa situação pois o grande desafio não é diagnosticar, mas sobretudo vincular a pessoa que vive com HIV a um serviço, no SAE, na unidade de atenção básica.

Alguns pacientes, eles são notificados e encaminhados, mas as vezes só chega a ficha, só chega o encaminhamento. Então, depois de 30 dias, a gente pede para o posto fazer a busca ativa. Se o paciente se nega a vir então é um processo de aceitação que a gente respeita e vai ter seu tempo. É uma minoria mas existem os pacientes que não vem e nem voltam mais nem no posto para ver o resultado (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais Tabatinga).

A lacuna entre o diagnóstico, a chegada da notificação na coordenação municipal e a busca ativa não pode ser grande. É preciso que os municípios tracem estratégias para assegurar que a pessoa recém diagnosticada chegue no SAE para o primeiro atendimento em no máximo sete dias, ou seja, em uma semana essa pessoa deveria realizar “*uma consulta médica e já entrar praticamente com o medicamento*” (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais Tabatinga). Assegurar-se de que as pessoas diagnosticadas, notificadas estão sendo efetivamente acompanhadas é condição para o sucesso das intervenções relacionadas ao HIV,

preocupação que deve ser de todos os serviços que acompanham esses sujeitos, seja em Benjamin Constant, Tabatinga ou mesmo em Manaus.

A orientação, o esclarecimento, o compartilhamento de informação sobre a condição HIV constitui ferramenta para que estes indivíduos se reconheçam enquanto cidadãos e exercitem seus direitos. No caso das gestantes, as atividades de vinculação desta mulher e seu companheiro ao local onde realizará o parto, nos termos preconizado pela Rede Cegonha, constitui direito. Como os municípios têm trabalhado essa questão?

Geralmente mandamos o cronograma para as unidades para levar as gestantes para a visita, para conhecer. Tem um dia na semana lá, que é para conhecer, as gestantes vão conhecer e veem como é, e tem o retorno deles também. Montam listas das gestantes que ganharam lá para poder a gente está fazendo a primeira visita lá na casa dentro de cinco dias (Profissional D, Tabatinga).

Aqui é um município pequeno. Dificilmente tem como a gente perder paciente (...)tanto na atenção básica como no plantão (...). A gente acompanha (...) a gente diz, olha você tem que ir para sua UBS de origem para dar seguimento, (...) A gente se comunica e já existe aquele feedback, entre a equipe da atenção básica o que sempre a gente procura é pelo menos uma vez a cada mês fazer reuniões entre nós, que é justamente para debater essas situações e vê o que tem para melhorar (Profissional A, Benjamin Constant).

Não, não temos esse serviço. Para lhe dizer o que tem de parto humanizado é o chuveiro com água morna que quando e quando tenho tempo eu faço massagem também. Não tem uma bola, não tem enfermeira exclusiva para obstetrícia. (...) A sala onde é feito o trabalho de parto tem a luz muito forte que ofusca os olhos. O certo seria o companheiro estar junto, fazendo carinho nela, transmitindo tranquilidade para poder haver o nascimento, mas estamos longe disso. A única coisa que temos são pessoas que se identificam com esse procedimento (Profissional D, Benjamin Constant).

Em Benjamin as iniciativas de vinculação das gestantes ao Hospital Geral onde geralmente realizam o parto ainda não parece estar institucionalizada e ocorrem de forma descontínua e personalizada em alguns profissionais.

A gente não tem conseguido nem colocar a lei do acompanhante ainda. Houve uma reforma no hospital há anos atrás, (...) e essa reforma não atendeu a necessidade da Rede Cegonha ou do parto humanizado e isso nos gera problemas até hoje (Coordenação Atenção Básica Benjamin Constant).

São nítidos os desencontros entre as propostas que fundamentam mudança no modelo de atenção à saúde e as estruturas existentes em municípios como Benjamin Constant que apresenta limitações importantes em relação às ações e serviços de saúde já expostas anteriormente e que se manifestam também na estrutura de atendimento das gestantes no Hospital Geral da cidade. Em Tabatinga, como município de referência

para a região de saúde, observa-se maior estrutura em relação ao atendimento das gestantes na Maternidade e o trabalho de vinculação já se apresenta mais sistematizado, havendo indícios de preocupação quanto ao retorno do binômio mãe-bebê para consulta puerperal e avaliação da primeira semana de saúde integral do recém-nascido.

O trabalho de vinculação da gestante ao local de parto, constitui ferramenta estratégica de co-responsabilização de vários pontos de atenção em torno da saúde materno-infantil, objetivando dentre tantas questões reduzir a peregrinação das mulheres; esclarecer a gestante e acompanhante sobre todo o processo de atendimento no dia do parto; fortalecer o vínculo familiar através do estímulo do papel cuidador do pai. O conjunto de medidas preconizadas pela Rede Cegonha, quando bem articuladas contribuem para a redução da mortalidade materno-infantil e, quando se trata de gestantes vivendo com HIV pode reduzir sobremaneira a transmissão vertical do vírus.

Constatou-se no decorrer da pesquisa que o processo de descentralização do cuidado integral das pessoas que vivem com o HIV para a atenção básica já está acontecendo nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga e que este vem se dando em momentos distintos e complementares. Este movimento não é recente, mas ganhou maior intensidade, no Amazonas, a partir dos anos 2000, inicialmente com a descentralização da realização dos testes rápidos do CTA para as unidades básicas de saúde, unidades de Pronto Atendimento, hospitais, Maternidades e para organizações da sociedade civil através da estratégia Viva Melhor Sabendo.

Num primeiro momento, os testes rápidos tinham público prioritário, posteriormente estes passam a ser ofertados à população em geral. Um segundo movimento de descentralização ocorre com a implantação de SAEs sob a responsabilidade dos municípios, dentre os quais Benjamin Constant e Tabatinga, o que permitiu que a assistência estivesse acessível à população que vive com HIV. Um terceiro movimento emerge recentemente e enfatiza a necessidade de construir linhas de cuidado para as pessoas que vivem com HIV nas quais os serviços de atenção básica assumem papel estratégico. Vejamos alguns relatos relacionados a esse processo.

A gente ainda não descentralizou a parte de acompanhamento dos pacientes ainda porque são processos da Interfederativa, mas estamos muito adiantados, principalmente na parte de documentos. A nossa linha de cuidados já está aprovada dentro do conselho, então toda a rede já está ciente que vai descentralizar. Existe a parte de capacitações, então a gente só está esperando a parte do estado e do governo federal que são as outras esferas interessadas em fazer as capacitações (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

A partir de 2015 começou a interfederativa do Amazonas, (...) e Benjamin Constant foi escolhido como município prioritário e a partir daí a gente começou a trabalhar em uma linha de cuidado para as pessoas que tem HIV (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Depreende-se a partir dos relatos que os municípios têm vivenciado processo de reflexão e aprimoramento das ações relacionadas ao HIV e à Aids, pois ambos reportam a construção de linhas de cuidados.⁵³ A construção de linhas de cuidados pressupõe amadurecimento e visão abrangente da realidade do município, das ações e serviços disponíveis, dos fluxos e trajetos percorridos pelos usuários no acesso aos serviços relacionados ao cuidado integral das do HIV. A arquitetura do cuidado deve ter como referência o amplo conhecimento acerca das diretrizes e protocolos que norteiam a assistência em saúde para as pessoas que vivem com HIV e, com base na realidade local, traçar caminhos próprios que traduzam a realidade do território, que pressupõe ampla mobilização e participação, como retrata relato.

A construção da linha juntamente com toda a equipe, com toda a rede, com todos os parceiros, não envolveu só a secretaria de saúde, a gente envolveu também nossos parceiros, educação, assistência, conselho tutelar, LGBT, sociedade civil, os DSEIs (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

É nessa complexa trama, com articulação intersetorial que se avança (ou não) em direção a maior ou menor integralidade. Considerando que a construção das linhas de cuidado não precisam, necessariamente, ficar restritas ao município, pois estas podem ser delineadas tendo como referência a região de saúde, constata-se que na região de saúde do Alto Solimões há dois SAEs implantados e que, em Tabatinga o LAFRON assumirá a realização de exames de Carga Viral e CD4 naquela região.

Nesse ínterim, entende-se que as linhas de cuidado não são recursos semânticos, mas compromissos construídos a várias mãos, pactuados nas instâncias municipais e passíveis de ter seu funcionamento requerido pela população. A participação dos profissionais de saúde é essencial na construção desse processo, vejamos como estes estão sendo envolvidos nesse processo de descentralização.

⁵³ As linhas de cuidado já haviam sido sinalizadas na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que normatiza a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e que preconiza a necessidade de se “Induzir a organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locorregionais, identificando os principais agravos e condições.

Os profissionais estão abertos para a descentralização, só que eles se sentem inseguros ainda por não serem capacitados, não estarem preparados ainda. A capacitação vai ser de suma importância. A gente sabe que alguns profissionais não vão se identificar, mas a gente precisa realmente deixar as pessoas preparadas, não só de nível superior, mas quem vai acolher esses pacientes, os técnicos que vão estar com os prontuários, fazendo a triagem desses pacientes, eles têm que estar capacitados (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

Para que as linhas de cuidados ganhem vida é preciso organizar os serviços de saúde locais em relação à estrutura física, à suficiência de recursos humanos capacitados, à aquisição de insumos necessários para essa nova atividade. A ausência de capacitação pode fragilizar a atuação dos profissionais, comprometendo suas decisões por falta de conhecimento sobre as questões relacionadas ao HIV e à Aids que constantemente estão sendo atualizadas. Constatou-se, durante a pesquisa, que em Benjamin Constant o cuidado integral da pessoa que vive com HIV já está sendo realizado nos serviços de atenção básica, pois

[...] por falta de profissional no SAE foi descentralizado o atendimento das pessoas vivendo. (...), não era para acontecer, mas ocorreu, teve que ocorrer a descentralização do atendimento às pessoas vivendo. Está dando certo, foi uma coisa positiva (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Ou seja, a realidade exigiu que a descentralização acontecesse em Benjamin Constant e que não mais seria possível esperar por outras respostas, às vezes tão demoradas, pois o tempo da necessidade de saúde nem sempre é o tempo da burocracia, do trâmite dos processos nas instâncias e, nesse sentido, era preciso responder à população que vive com HIV. Entende-se que, no município de Benjamin Constant foi necessário fazer trabalho paralelo, pois ao mesmo tempo que se construiu a linha de cuidados, se adotou providências para que a descentralização do cuidado para os serviços de atenção básica efetivamente ocorresse.

[...] foi um processo de construção, já estava para descentralizar. Não teve mudanças de profissionais, eles já estavam participando desde o início e conforme a gente foi construindo a linha, eles já estavam colocando em prática o atendimento. Depois foi dispensado também a medicação que é passada para o enfermeiro e ele já passa para o paciente (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Esta é uma particularidade de Benjamin Constant e se justifica mediante a precariedade de funcionamento do SAE, marcado pela ausência de profissionais que efetivamente assumam o atendimento às pessoas que vivem com HIV no município.

Em relação a dispensação dos antirretrovirais em Benjamin Constant, constatou-se que a coordenação da ação programática realizava a dispensação dos antirretrovirais e em Tabatinga essa atividade era desenvolvida por profissional farmacêutico que atuava em caráter voluntário no SAE, como apontado anteriormente.

Esta situação exige ser revista, pois no processo de descentralização do cuidado integral das pessoas que vivem com HIV para os serviços de atenção básica, no que concerne à dispensação dos ARVs há duas opções: acessar a medicação em nova UDM a ser implantada nos serviços de atenção básica ou em UDM já existente e em pleno funcionamento nos SAEs (BRASIL 2017, p. 22). Ou seja, é necessário dotar as UDMs existentes nos municípios estudados de condições para funcionamento, com recursos humanos qualificados que assegurem efetivamente a assistência farmacêutica que a população que vive com HIV tem direito.

Em Tabatinga o processo de descentralização do cuidado integral das pessoas que vivem com HIV para os serviços de atenção básica ainda estava em andamento, por ocasião da pesquisa, e mesmo que os profissionais ainda estejam aguardando capacitação, algumas iniciativas importantes para a descentralização foram identificadas.

Os pacientes que vem com referência, primeiro a gente recebe, passa em uma consulta médica e já entra praticamente com o medicamento. A gente está começando a levar a parte da descentralização e dá oportunidade do paciente escolher se ele quer ser acompanhado por aqui ou pela unidade básica dele. A maioria quer ficar aqui (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

A postura traduzida no relato do pesquisado indica respeito em relação à pessoa que vive com HIV e se coaduna com as recomendações do Ministério da Saúde de que “A vontade da pessoa deve ser levada em consideração, de modo que aqueles que não quiserem aderir à proposta de cuidado compartilhado possam seguir normalmente seu vínculo no serviço especializado” (BRASIL, 2017, p. 20).

No processo de descentralização do cuidado integral das pessoas que vivem com HIV para os serviços de atenção básica a participação de múltiplos sujeitos na construção das linhas de cuidado e em sua operacionalização é essencial para o fortalecimento da assistência e, em particular da promoção da adesão e retenção das pessoas que vivem com HIV no tratamento. Apresenta-se linhas de cuidado traçadas pelos municípios estudados.

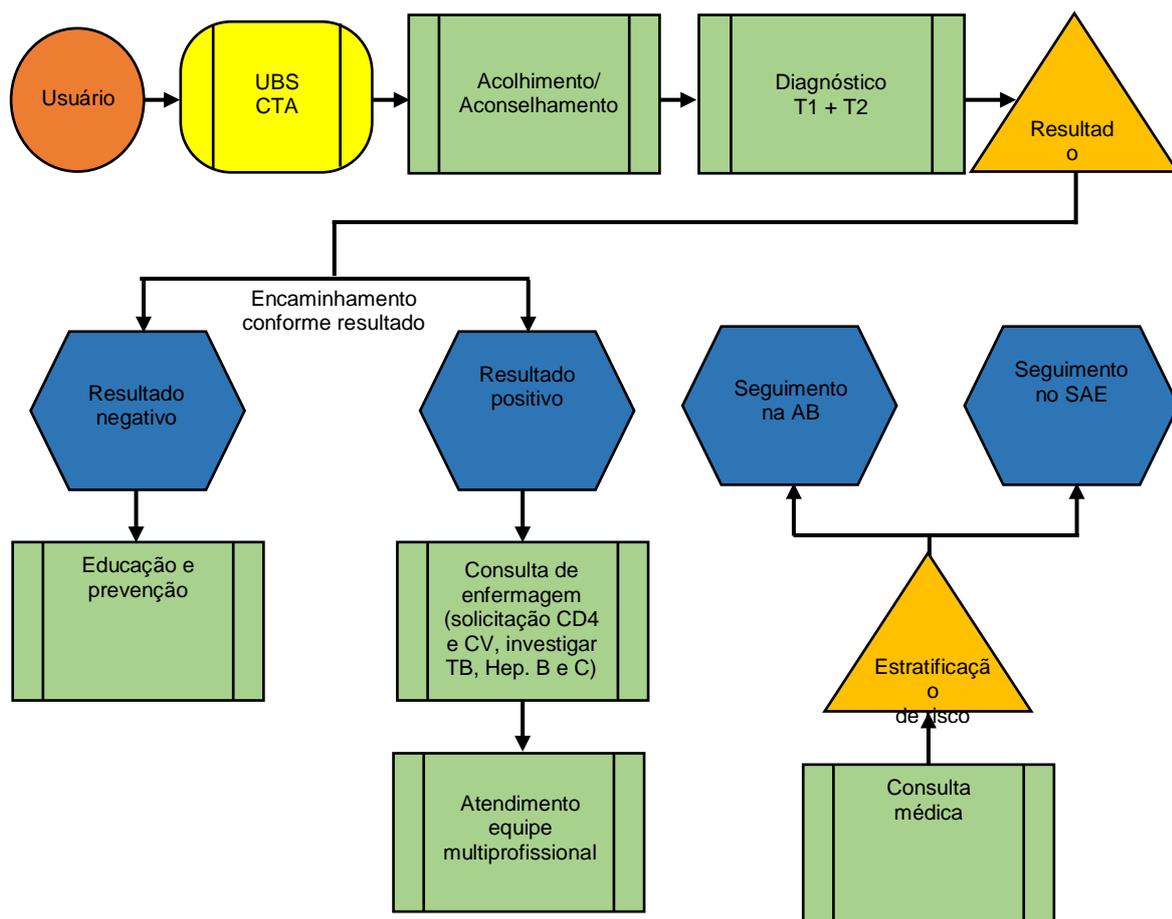


Figura 2- Linha de cuidado (Adulto) Diagnóstico UBS e CTA –Tabatinga e Benjamin Constant - 2016

Fonte: BRASIL, 2017, p. 27.

A linha de cuidado retrata a UBS e/ou CTA como alternativa de porta de entrada para a realização dos testes rápidos para HIV e, nos casos reagentes para HIV,⁵⁴ o atendimento inicial por equipe multidisciplinar seria realizado no mesmo local de realização do teste, com oferta de exames complementares - CD4, Carga viral e investigação de possíveis coinfeções - e estratificação de risco da pessoa vivendo com HIV para definição do local adequado para seu acompanhamento de saúde. As pessoas que realizaram o teste para HIV e apresentaram resultado não reagente devem necessariamente ser alvo de ações de educação em saúde e orientadas em relação às possibilidades de prevenção combinada e a necessidade de realização de novo teste, em período a ser definido conforme a história de cada indivíduo.

⁵⁴ O Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, publicado através da Portaria nº 29 de 17 de dezembro de 2013, normatiza a testagem para o HIV em território nacional.

Observa-se outra possibilidade de percurso com realização do diagnóstico a partir de serviços de urgência e emergência.

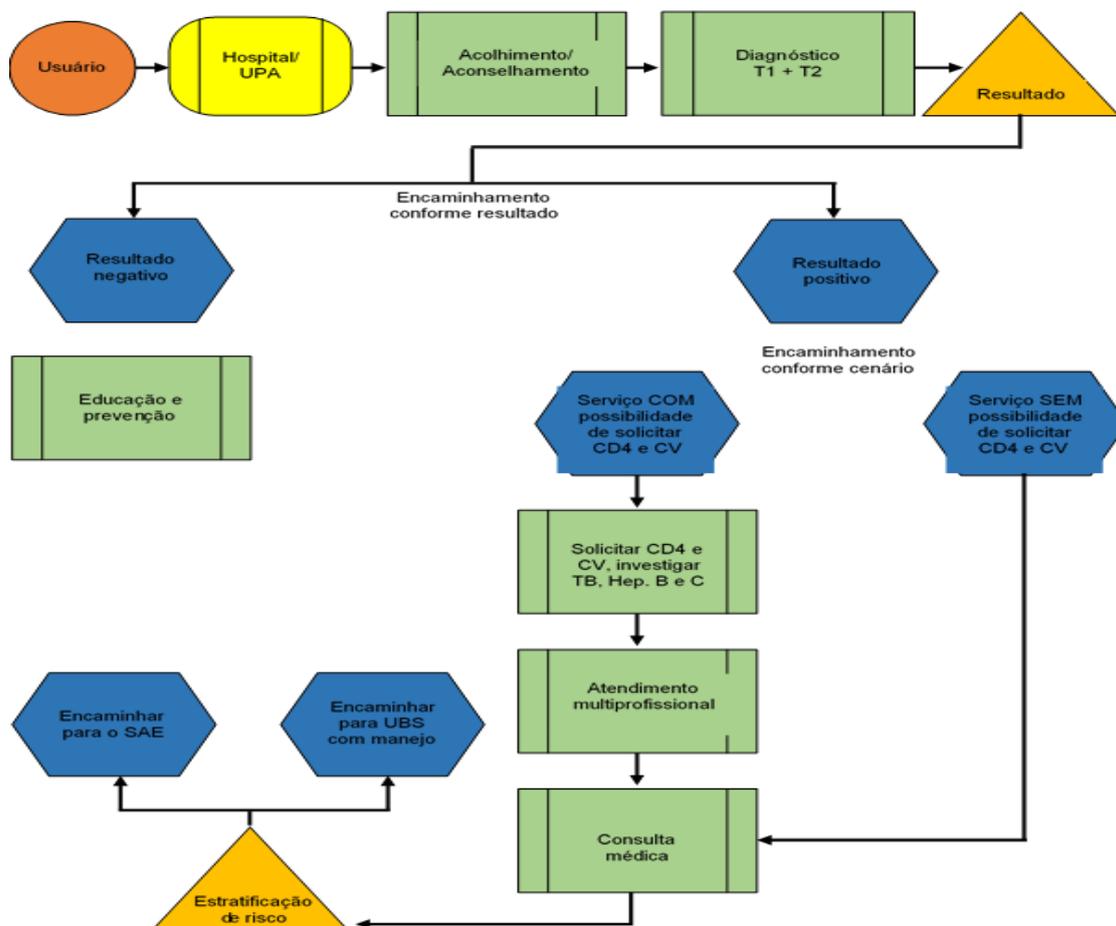


Figura 3- Linha de cuidado (Adulto) Diagnóstico outros serviços –Tabatinga e Benjamin Constant - 2016

Fonte: BRASIL, 2017, p. 28.

A proposta traduz caminho similar ao percorrido a partir da UBS e CTA, requerendo desde a realização de exames complementares, ações relacionadas à educação em saúde e estratificação de risco da pessoa que vive com HIV como condição para definir o local da assistência. Note-se que as linhas de cuidado expostas tomam como ponto de partida as unidades que fazem diagnóstico do HIV, as quais a partir de então assumem o papel de porta de entrada para as intervenções relacionadas ao vírus. Essa porta de entrada para o diagnóstico pode ocorrer em UBS, CTA, serviço de urgência e emergência ou mesmo em unidade hospitalar. Ou seja, todos esses serviços devem disponibilizar o diagnóstico para o HIV em suas rotinas, uma vez que a pessoa que vive com HIV pode buscar atendimento de forma espontânea ou recorrer a esses serviços devido a evento agudo, como por exemplo situação de violência. Esses

serviços também devem ter condições de realização de ações de educação em saúde junto a seus demandantes, orientando-os acerca das possibilidades de prevenção..

Destaca-se o percurso a ser percorrido pelas pessoas recém diagnosticadas a partir de alguns relatos.

Nós fazemos o teste 1 e o teste confirmatório e depois de feito o teste confirmado para HIV e confirmado nós fazemos um encaminhamento (...)nós encaminhamos a notificação para a coordenação para ficar ciente do caso confirmado de HIV. A gente entra em contato, encaminha o paciente, passa as orientações e encaminha para a DST e aí manda uma mensagem, manda um documento informando que esse paciente foi diagnosticado (Profissional B, Tabatinga).

[...] falta e ainda só temos o teste 1. Geralmente quando vem menos ele fica disponível somente lá na coordenação, então quando eu identifico aqui, como é um teste de triagem geralmente, eu ligo (...) tem um positivo aqui e ela diz amigo encaminha para cá que eu faço o confirmatório com o teste 2. Quando tem muito disponível, ele já sai com o diagnóstico fechado. Faz a parte de conscientização até a dispensação de medicação ser for o caso, por isso que houve essa descentralização. A gente já começa a tratar esse paciente, a fazer o acolhimento dele a partir da UBS e isso é muito bom porque a gente não perde o paciente (Profissional B, Benjamin Constant).

Note-se que os relatos remetem a duas realidades distintas. Em Tabatinga, os casos novos diagnosticados ainda permaneciam, por ocasião da pesquisa, sendo encaminhados para acompanhamento no SAE e em Benjamin Constant, fica evidente tanto a falta do teste 2 de HIV e, ao mesmo tempo, o processo de descentralização ganhando forma mesmo que com muitas dificuldades.

O desenho da linha cuidado tem a integralidade como grande objetivo a ser alcançado e, para tanto, pressupõe a articulação de distintos serviços e ações que, em conjunto, têm o potencial para desenvolver atividades relacionadas ao acolhimento, diagnóstico, assistência, educação em saúde, vigilância epidemiológica, dentre outros. Esta também sinaliza que o cuidado integral da pessoa que vive com HIV pode ser realizado em UBSs ou nos SAEs, indicação que deve ocorrer após o processo de estratificação de risco, ou seja, da avaliação da pessoa que vive com HIV e se esta apresenta, ou não, condições para ser acompanhada no serviço em questão. A definição de onde o indivíduo realizará o acompanhamento da condição HIV depende da capacidade instalada do serviço, da disponibilidade de profissionais para o atendimento de algumas situações específicas relacionada à retrovírose (BRASIL, 2017). Apresenta-se o desenho da proposta de seguimento das pessoas que vivem com HIV nos municípios estudados.

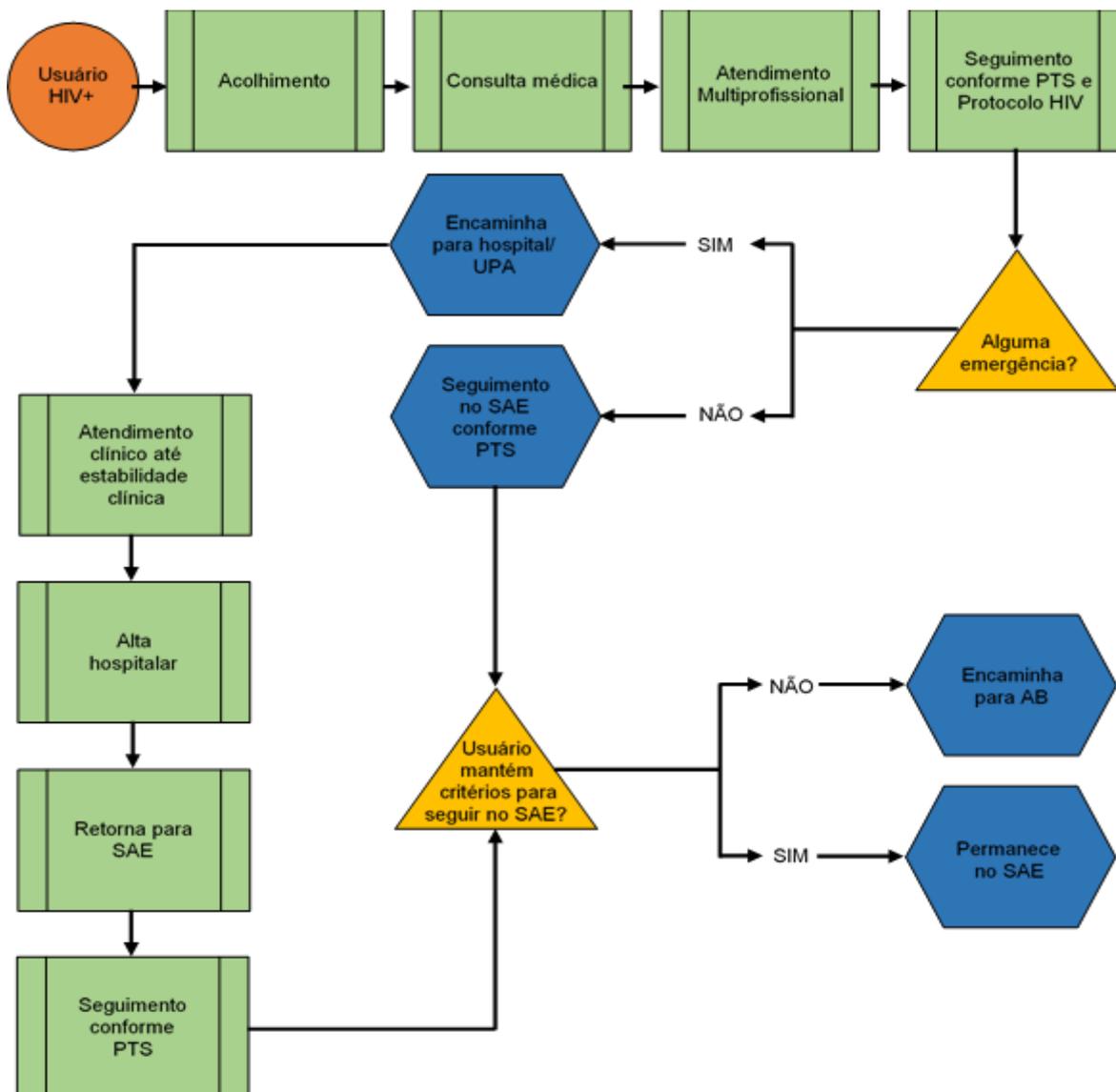


Figura 4- Linha de cuidado (Adulto) seguimento no SAE –Tabatinga e Benjamin Constant - 2016
 Fonte: BRASIL, 2017, p. 28.

O percurso traçado para o acompanhamento de pessoas que vivem com HIV no SAE pressupõe que neste espaço o indivíduo seja acompanhado por equipe multiprofissional e que seja construído um Projeto Terapêutico Singular que norteie a assistência. Evidencia-se que no SAE serão assistidas pessoas que vivem com HIV com quadros multicomplexos, uma realidade distinta daqueles que podem realizar seguimento na atenção básica.

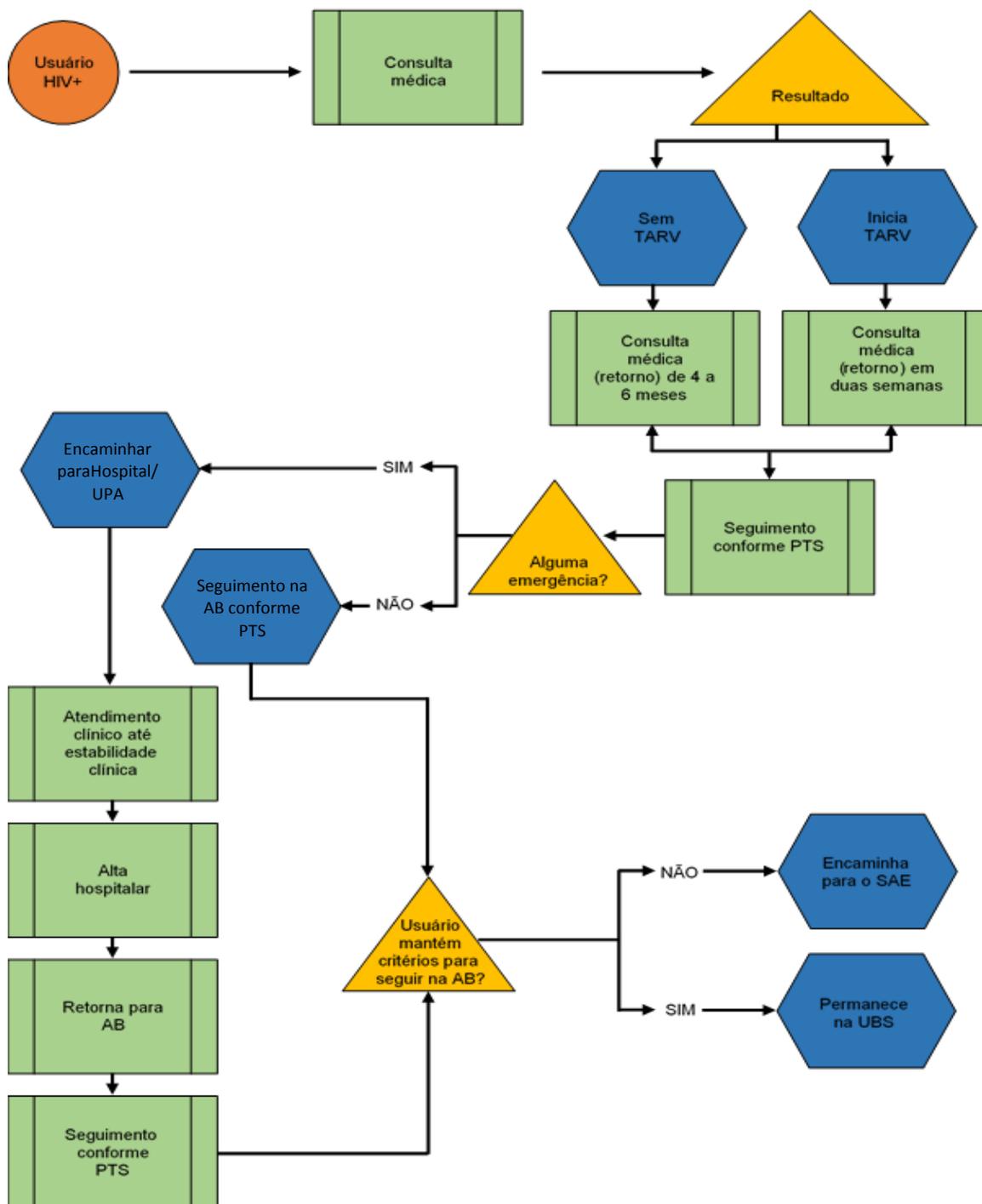


Figura 5- Linha de cuidado (Adulto) seguimento na UBS –Tabatinga e Benjamin Constant - 2016
 Fonte: BRASIL, 2017, p. 28.

Na construção da linha de cuidados cada serviço de saúde, cada espaço deve responder, da melhor forma possível, às necessidades apresentadas pela pessoa que vive com HIV. Fica claro que a assistência das pessoas que vivem com HIV deve ser compartilhado com outros pontos de atenção, mas que o SAE não deixa de existir, pois este serviço tem papel importante tanto na assistência de pessoas que vivem com HIV

que apresentam “sintomáticos, gestantes, coinfeções e crianças” (BRASIL, 2017), quanto como retaguarda dos serviços de atenção básica. Assim, mesmo considerando que a iniciativa adotada em Benjamin Constant é importante, é necessário que o município estruture o SAE de forma que este serviço possa efetivamente se configurar como retaguarda para os serviços de atenção básica.

Na configuração proposta para o cuidado da pessoa que vive com HIV, os serviços já existentes – CTA, SAE – têm seu papel redimensionado, pois os mesmos devem atuar na perspectiva do apoio matricial aos demais serviços da rede de atenção, em especial os da atenção básica. Esta proposta rompe claramente com a visão hierarquizada de um serviço em relação ao outro e estabelece relação horizontal onde todos os serviços são de suma importância na construção do cuidado em saúde. Os profissionais desses serviços são convidados a atuar em regime de cooperação com os demais pontos de atenção, assumindo a postura de “facilitadores de um processo de educação permanente” (BRASIL, 2017).

Construir condições para que esta proposta se materialize envolve a mobilização de múltiplos esforços.

Com certeza, a gente tem que emponderar, principalmente os profissionais e ter um envolvimento da gestão, do secretário. Alguns secretários nos procuram, pois eles querem implantar no seu município, ou discutir a regionalização da atenção ao HIV e Aids e outras ISTs na regional. Eles sabem da dificuldade que tem de trazer uma paciente para cá (Manaus), o custo é maior e eles entendem isso, mas não são todos que querem isso, percebem o potencial (Coordenador Estadual de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais,).

O apoio e envolvimento de profissionais, gestores e população em geral no processo de descentralização do cuidado integral é importante, pois é preciso que a proposta seja legitimada por esses vários sujeitos e ganhe materialidade. Assegurar a integralidade do cuidado desses sujeitos não pode ser responsabilidade de um indivíduo, o coordenador da ação programática, mas do sistema de saúde. Sem essa clareza e a devida legitimidade, corre-se o risco de traçar propostas ou prever fluxos que nem sempre correspondem ao percurso adotado pelas pessoas que vivem com HIV no sistema, resultando em documentos que não traduzem a realidade da população. As experiências malsucedidas da população em diferentes serviços de saúde fazem com que esta resista às mudanças.

Tem aqueles que preferiram estar no SAE, (...), aqueles mais antigos, criaram vínculos e permaneceram (...). Mas o que eles falam muito é que: Daqui a pouco vai mudar, vai vir outra pessoa. Esse é o medo, medo da mudança. Olha já estou acostumado com essa enfermeira, com esse médico. (...) já ficam receosos (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant).

Não basta traçar percursos imaginários sem trazer à pauta que esses caminhos são percorridos por distintos sujeitos e que estes não são destinatários do cuidado em saúde, mas partícipes desse processo. As decisões adotadas devem ter como referência o conhecimento da realidade na qual aquele indivíduo se insere e o quadro de saúde que apresenta. É preciso, portanto, que os profissionais inseridos nos serviços que compõem a linha de cuidado consigam singularizar a atenção e a proposta de assistência de cada indivíduo, procurando compreender cada caso em suas especificidades.

Assim como a saúde e doença se modificam a cada dia, também as práticas e intervenções devem se modificar e avançar na construção de intervenção ampliada, comprometida com o usuário e que assegure a este, autonomia para escolher e decidir, de modo esclarecido, o caminho que melhor atende suas necessidades. Estas traduzem fidedignamente as condições da assistência e permitem entrever o número de vítimas da desorganização e desarticulação de um sistema de saúde que quer ser único.

Nesse sentido, o acompanhamento de pessoas que apresentam a condição HIV, exige olhar atento dos serviços de saúde. As linhas de cuidados construídas, fruto do esforço dos profissionais nos municípios estudados, sinalizam claramente o desafio de avançar em direção à integralidade do cuidado às pessoas que vivem com HIV: transformar o modelo ideal criado em realidade no cotidiano dos serviços desses territórios. É preciso assegurar que esse desenho mantenha interlocução efetiva com a realidade concreta, retratando-a fielmente. O caminho da integralidade não pode ser realizado solitariamente pela atenção básica, pelo CTA, pelo SAE, pela Maternidade ou por outros serviços, isoladamente. Esse é um caminho que se deve caminhar juntos em direção à construção coletiva de um trabalho em saúde integrado e articulado.

Identifica-se relato acerca da necessária articulação e interação entre as distintas ações programáticas.

Logo no início não existia essa proximidade entre coordenação de DST e atenção básica. Então a atenção básica é um campo de atuação do programa, então a gente começou a fazer reuniões mensais, primeiro para explicar o que é o programa (...) como deve funcionar. A gente procura fazer reuniões com os coordenadores, ou seja, os diretores, por enfermeiro, diretor e coordenador ao mesmo tempo no posto de saúde. A proximidade melhorou,

a gente procura estabelecer metas e apresenta os cronogramas (...)sobre as questões dos testes rápidos, de como ser armazenado, como é que deve ser os resultados, como é que deve ser referenciado a pessoa. Não existe um fluxograma, as pessoas são mandadas para cá de qualquer jeito. A pessoa tem que dar entrada pelo serviço de proteção básica e o médico vai atender se ele não conseguir resolver ou não tiver os meios de atender ele encaminha para uma referência no SAE. O fluxo melhorou bastante depois das reuniões (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

O trabalho fragmentado, o desenvolvimento de ações de saúde traduzidas em respostas pontuais, episódicas e desarticuladas são práticas que vêm de longa data e carecem de visão mais abrangente do todo que constitui o cuidado em saúde. Assim, as ações no âmbito do HIV e da Aids precisam estar articuladas diretamente com as demais ações programáticas desenvolvidas na política de saúde, principalmente, aquelas realizadas no espaço da atenção básica. Esta articulação pode potencializar as ações desenvolvidas assegurando maior efetividade às mesmas. Dentre as ações que o SAE e os serviços de atenção básica nos municípios pesquisados têm conseguido fazer de forma articulada, destaca-se a busca ativa de alguns casos.

A gente faz a busca ativa desse paciente. Nós temos o caso de uma jovem que foi diagnosticada lá pela coordenação e eles informaram a gente. Nós entramos em contato com essa paciente e ela não aceita nenhum tipo de contato e é bem complicado. Já tentei comunicar novamente a DST para entrar com a psicóloga para tentar novamente, para tentar trazê-la para um acompanhamento regular. É muito difícil (Profissional B, Tabatinga).

A (coordenação) dá os seus pulos para conseguir fazer o acompanhamento, inclusive no exterior. Um dos casos que eu diagnostiquei um casal que era soro discordante, o cara era peruano e não tem dupla identidade, nem dupla nacionalidade, ele até foi embora daqui. A vinculação dele no serviço foi um pouco sofrida, eu acredito porque ele ficou muito abalado com o diagnóstico e trabalhava lá no Peru mesmo, só vinha dormir aqui com a esposa. E esse paciente voltou para o Peru e a abandonou. A gente não tem notícias, ele não seguiu o tratamento, mas ele fez todo o início do tratamento como era devido (Coordenação Atenção Básica, Benjamin Constant).

A busca ativa de pessoas que vivem com HIV constitui desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde e, sem dúvida, esta atividade se torna mais complexa na realidade de tríplice fronteira.

Tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelos municípios e reportadas por ocasião da pesquisa, considera-se que há aspectos que tendem a trazer reflexos positivos no processo de adesão das pessoas vivendo com HIV - ampliação do acesso ao diagnóstico e decisão para descentralização do cuidado do HIV para a atenção básica. No entanto, ainda há muito o que avançar, especialmente no fortalecimento dos SAEs,

na qualificação do LAFRON para realização de exames mais complexos, no fortalecimento da logística para entrega de insumos no Alto Solimões, desenvolvimento de ações intersetoriais, fortalecimento das ações realizadas em parceria com os demais países da fronteira.

No processo de descentralização do cuidado integral da pessoa que vive com HIV para os serviços de atenção básica, conforme se constatou na pesquisa, a capacitação e o fortalecimento do SAE enquanto serviço capaz de assegurar apoio matricial para os demais pontos de atenção na rede é condição primeira para que os municípios avancem em direção a integralidade do cuidado para esses sujeitos. Além disso,

Tem umas unidades básicas de saúde mais organizadas, que já tem um fluxo melhor. Elas notificam e encaminham para cá para dar prosseguimento no tratamento na acolhida e tudo o que for necessário neste primeiro momento. Tem outros que tem dificuldade de dar resultado, as vezes manda pacientes sem entender muito o que está acontecendo. No geral é mais ou menos isso que acontece, quando pinta o negócio por lá eles encaminham para cá (Profissional A, SAE Tabatinga).

Destaca-se a preocupação quanto ao encaminhamento que os serviços de atenção básica adotam quando se deparam com casos reagentes para HIV e a necessidade de que estes tenham intervenções mais sólida nesses casos. A disponibilidade de diagnóstico, de tratamento, de insumos, por si só não assegura a adesão, pois esta pressupõe o trabalho contínuo e sistemático com as pessoas vivendo com HIV, com a comunidade, com as demais instituições que compõem a rede socioassistencial disponível no município e, em especial o conhecimento acerca do conjunto de fatores que podem ou não tornar aqueles sujeitos mais vulneráveis, ou não.

Considerando que a terapia antirretroviral constitui tratamento para a vida toda, sem dúvida o apoio psicossocial é de suma importância para que esses sujeitos entendam a complexidade da proposta terapêutica e possam, de forma autônoma e livre, decidir, em conjunto com os profissionais, o melhor caminho para o tratamento. Contudo, há de se reconhecer que alguns aspectos que obstam no tratamento - desemprego, pobreza - superam os limites de intervenção da política de saúde em si. A não adesão e o abandono do tratamento podem repercutir diretamente na qualidade de vida da pessoa que vive com HIV, resultando em quadros físicos debilitados, no aumento da replicação viral e enfraquecimento do sistema imunológico.

O estímulo à articulação entre os serviços de atenção básica e os SAEs no enfrentamento da não adesão e abandono do tratamento por pessoas que vivem com HIV não é novo e já estava prescrito nas Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids (2007). Esta atividade também pressupõe a participação da sociedade civil, não somente no desenvolvimento de ações entre pares, mas em atividades relacionadas ao controle social, ao monitoramento da qualidade dos serviços destinados às pessoas que vivem com HIV no território.

A sociedade civil tem que participar mais porque a gente enquanto serviço tem umas coisas que a gente não pode estar mexendo, algumas feridas porque aí a gente acaba sofrendo. Quando a sociedade civil ela é emponderada, é forte, quando ela cobra, isso facilita nossa vida. A gente está aberto para isso, eu queria que a sociedade civil fosse mais ativa mais emponderada de seus direitos e que o poder público melhorasse essa estrutura da saúde como um todo. A nossa parte aqui nós estamos tentando fazer como um todo mesmo com todas as dificuldades que tem a gente está se esforçando (Coordenador Municipal de IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga).

A reflexão sobre a realidade dos municípios pesquisados, coaduna-se diretamente a estudos – SCHOR & OLIVEIRA, 2011 – que construíram uma tipologia para as cidades médias do Alto Solimões e Amazonas e que indicam que Tabatinga configura-se como cidade média de responsabilidade territorial e Benjamin Constant como cidade pequena de responsabilidade territorial. Nesse sentido, os municípios pesquisados têm relevância na região em constante transformação potencializado pelo papel técnico e político que assumem em relação à capital, Manaus.

Por ocasião da pesquisa de campo, em 2016, foi possível presenciar o protagonismo do município de Tabatinga em relação à região, com a realização da Oficina de Redução de Danos Álcool e outras Drogas da região do Alto Solimões e uma Reunião Técnica da Tríplice Fronteira - Brasil, Colômbia e Peru. O evento foi fruto de intensa mobilização e contou com participação de representantes dos vários municípios da região, Técnicos da Secretaria de Estado da Saúde, do Ministério da Saúde, de representantes dos movimentos sociais e também representantes dos países vizinhos. A liderança de Tabatinga na região de saúde também pode ser visualizada com o funcionamento da CIR Alto Solimões no município e do Próprio Consórcio do Alto Solimões.

Benjamin Constant, por sua vez, assume “função intermediária, entre os fluxos de transporte e comercialização, entre as cidades médias e as demais cidades pequenas e aglomerados humanas” (SCHOR & OLIVEIRA, 2011). Como cidades de fronteira, os municípios pesquisados exercem papel estratégico na região do Alto Solimões, em particular por sua capacidade de estabelecer e impulsionar relações de abrangência nacional ou internacional.

No que concerne à saúde e, em especial aos serviços voltados para pessoas que vivem com HIV, constatou-se que pela especificidade da região de fronteira os municípios pesquisados têm uma caminhada no desenvolvimento de ações voltadas para esse segmento populacional no Amazonas. O novo modelo de atenção para esse segmento populacional pretende superar a realidade outrora exposta por Mie Okamura (2006), que destacou em sua pesquisa que percentual majoritário dos casos reagentes para HIV eram encaminhados para Manaus, ou seja, “45% encaminham para serviços de referência da capital, 25% são atendidos no próprio serviço e 24% encaminhados para serviço de referência no próprio município” (OKAMURA, 2006, p.29).

A presente pesquisa demonstra que ao se considerar a realidade específica sobre a descentralização cuidado integral das pessoas que vivem com HIV, constata-se que, efetivamente, os municípios pesquisados estão avançando na construção desse novo modelo de atenção. Entraves, tensões, problemas existem, mas os primeiros passos nessa direção foram dados. Alguns relatos sobre a proposta de descentralização do cuidado da pessoa que vive com HIV para a atenção básica na realidade estudada merece destaque.

[...] a gente começou um fluxo de atendimento desses pacientes, começou o projeto de descentralização de atendimento desse paciente, então nós construímos todo o fluxograma direitinho, trabalho gostoso porque estava todo mundo ali empenhado, porque todo mundo sabe das nossas dificuldades e realidades (Profissional A, Benjamin Constant).

Eu vejo que houve uma época que era um desafio, hoje com essa proposta da descentralização a gente vai ver que vai ser comum, você está recebendo esse paciente dentro da sua unidade. Ele tendo contato com sua comunidade, as pessoas vendo, percebem que o preconceito não existe mais. Assim como o diabético pode vir até a unidade, por que um portador do HIV não pode e não pode estar ali? Isso é um desafio que a gente está quebrando, mas é um leque que se abre e que é muito importante (Profissional A, Tabatinga).

Note-se que o processo de descentralização do cuidado da pessoa que vive com HIV para a atenção básica, nos municípios estudados, assim como o processo anterior

de descentralização da testagem rápida, não se dá sem avanços e recuos, sem resistência. O êxito deste processo requer a mobilização e envolvimento das pessoas que vivem com HIV, dos profissionais de saúde, dos gestores e planejadores da política de saúde e deve ser acompanhado de perto pela sociedade civil para que não seja reduzido à mera transferência de atribuições para os municípios, para a atenção básica sem que esta, efetivamente esteja preparada para dar conta do desafio.

Enfim, depreende-se que este processo é necessário e está em curso nos municípios estudados, que há envolvimento dos profissionais e de valorização das realidades locais, bem como receptividade por parte de alguns que o percebem como positivo, pois reforça o papel da atenção básica, enquanto espaço que pode propiciar cuidado integral às pessoas que vivem com HIV por seu contato e proximidade com a população adscrita no território e, principalmente, pelo potencial que esta modalidade de atendimento possui de construção e consolidação de vínculo do usuário com os serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa que ora se conclui teve como objetivo “analisar, a partir dos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga, na região de saúde do Alto Solimões, a dinâmica de descentralização, regionalização e construção da rede de atenção à saúde com ênfase nas intervenções relacionadas às pessoas que vivem com HIV”.

Muitos foram os questionamentos que nortearam a investigação, dentre os quais pontua-se: Em que medida o processo de descentralização e regionalização da política de saúde tem impulsionado as ações de saúde voltadas para pessoas que vivem com HIV nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga?

Durante a investigação identificou-se a região do Alto Solimões como região transfronteiriça dinamizada por intenso fluxo de pessoas e mercadorias tanto entre países quanto entre os próprios municípios brasileiros. Procedeu-se a caracterização das cidades delimitadas; a identificação do desenho da rede local de assistência à saúde, com ênfase nos serviços de atenção básica e sem perder de vista a especificidade das ações e serviços voltados para o diagnóstico e assistência às pessoas que vivem com HIV naquele território.

Constatou-se por meio da investigação que os municípios de Benjamin Constant e Tabatinga são classificados por meio dos estudos desenvolvidos no NEPECAB, como cidades de responsabilidade territorial, pois têm função estratégica dentro da região, em especial no atendimento das demandas de saúde. Tabatinga, como cidade média, constitui referência tanto para os serviços de saúde das cidades da região do Alto Solimões quanto para os que se relacionam a outras políticas setoriais. Além de importante função como ponto do sistema aéreo nacional e do sistema fluvial local, Tabatinga é ponto de convergência de populações de distintas nacionalidades que querem acessar o Brasil e também rota para trânsito de mercadorias que se dispersam, posteriormente pelas cidades e países vizinhos. O município tem papel central na condução de discussões políticas relacionadas aos interesses da região de saúde, sendo base da Comissão Intergestores Regional e da primeira experiência consorciada em saúde do estado.

Benjamin Constant, por sua vez, caracteriza-se como cidade pequena, mas também de responsabilidade territorial no Alto Solimões, assumindo papel importante na organização do território, em particular das diversas populações que habitam e se

deslocam pela região. O município estabelece interações e articulações com Tabatinga e, no que concerne à política de saúde e aos serviços relacionados às pessoas que vivem com HIV, Benjamin Constant também tem recebido investimentos do governo federal em relação a esta ação programática.

A partir da caracterização das cidades como localizadas na área da tríplice fronteira, Brasil-Colômbia-Peru, a pesquisa adotou como hipótese que a descentralização e regionalização da saúde no Amazonas tem seguido as recomendações gerais para se conformar às exigências de habilitação à gestão do SUS e para tanto cria novas territorialidades, mas não conseguiu criar estratégias que deem conta das peculiaridades e especificidades regionais. Isso se dá pelas inúmeras limitações de comunicação, infraestrutura, recursos humanos o que faz com que, majoritariamente, os serviços de média e alta complexidade em saúde se concentrem em Manaus

Estes aspectos preconizados nas hipóteses, pelas observações de campo e análise documental podem se sustentar como verdadeiros.

1. Houve descentralização e regionalização do ponto de vista formal. A pesquisa identificou, porém, que a habilitação dos municípios do Amazonas ao SUS se deu tardiamente, uma vez que, em sua maioria, configuram-se como de pequeno porte e apresentam poucas opções de geração de emprego e renda para a população, com reduzida capacidade de investimento e de criação de estrutura de serviços de saúde. Em decorrência, oferecem precários serviços de saúde que decorrem da dificuldade de fixação de profissionais, da falta de infraestrutura, das dificuldades de comunicação. Desde longo tempo e até o presente reproduzem em muitos casos uma modalidade de assistência em saúde descontínua e episódica, desenraizada do lugar e centrada em mutirões de atendimento (consultas, especializadas, cirurgias, exames) e campanhas.

2. Fica demonstrado na pesquisa a importância do processo de descentralização e regionalização da saúde induzido pelo governo federal, o qual se deu de forma desigual e combinada entre as distintas regiões do país e, em particular, no Amazonas. Para além de classificações já propostas para a realidade local da regionalização da saúde, entende-se que este processo é marcado por avanços e recuos e que, muitas vezes, assumiu na realidade do estado caráter apenas protocolar, sem buscar efetivamente construir o novo para a saúde local. Quando se pensa as regiões de saúde deve-se relacioná-las ao fato de que as pessoas têm direito à cidadania que pressupõe o acesso à saúde de qualidade, pois para além de uma enfermidade específica, como a Aids, é

preciso pensar na vida em plenitude. As necessidades de saúde da população não podem se perder ou ficar secundarizadas por discussões pontuais acerca da necessidade de combustível ou mesmo das tensões oriundas das solicitações de alimentação, transporte ou abrigo para a população que se desloca para a sede dos municípios à procura de assistência à saúde. As pessoas têm direito à saúde, o que pressupõe cidadania, independente dos lugares onde vivem.

3. A regionalização e descentralização está baseada na universalização do acesso e na equidade da atenção em saúde. Em tempos de restrições orçamentárias um dos fatores fundamentais a ser considerado nesse processo, na Amazônia e no Amazonas em particular, é a adoção do fator amazônico como parâmetro adicional para o financiamento da saúde. Apesar dos vários instrumentos de reivindicação dos profissionais de saúde, dos movimentos sociais, dos gestores de saúde, permanecem os dilemas e as desigualdades regionais em saúde e o Amazonas, assim como outros estados da Amazônia, avançam imersos em iniquidades e com territórios pressionados por uma prática predatória que prima por descentralizar a execução de ações e serviços, mas que posterga o compartilhamento de recursos equânimes e de acordo com as especificidades da região. As longas distâncias, o afastamento dos principais centros econômicos fazem com que os custos das políticas públicas de saúde devam ser diferenciadas por ser, inadmissível que as pessoas não tenham direito a saúde no lugar onde moram, seja na periferia da grande cidade ou na periferia da distante Tabatinga e Benjamin Constant.

4. Em relação à descentralização e regionalização da saúde, especificamente nos municípios estudados, Tabatinga consolidou-se como município de referência na região de saúde do Alto Solimões. Do ponto de vista formal o *status* de “referência” se deve à existência de equipamentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e de estrutura com múltiplos serviços. É fato que Tabatinga apresenta em seu território serviços como o Hospital de Guarnição, gerido pelas Forças Armadas e conveniado com a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, o Laboratório de Fronteira, unidade do Serviço Móvel de Urgência e Emergência – SAMU, Complexo Regulador de Saúde e ponto de atenção em Telemedicina. Contudo, a existência desses fixos de atenção por si só não alçaram o município ao papel efetivo de referência regional, uma vez, que este não dispõe de acesso a exames de média e alta complexidade e encaminha todas as demandas que envolvem tais solicitações para Manaus, conforme evidenciado na pesquisa. Benjamin Constant, por sua vez, faz jus à condição de pequena cidade de

responsabilidade territorial e seus equipamentos de saúde são restritos à centralidade intramunicipal como o Hospital Geral, Unidades Básicas de Saúde e Serviço de Urgência e Emergência.

5. A pesquisa constatou que as unidades de saúde de ambos os municípios recebem grande fluxo de estrangeiros devido a proximidade da fronteira com outros países. Do mesmo modo há grande demanda das populações indígenas, especialmente da etnia Ticuna. Estes, classificados como população móvel, assim como a população das comunidades rurais dos municípios estudados, tendem a chegar nas sedes dos municípios com quadros agudos de saúde e buscam assistência nos serviços de urgência e emergência locais. Alguns, após atendimento inicial, retornam às comunidades ou mesmo ao país de origem, restringindo a possibilidade da horizontalidade do cuidado e inviabilizando outras intervenções.

6. No que se refere ao atendimento às pessoas que vivem com HIV, constatou-se no decorrer da pesquisa, que os municípios possuem na estrutura local de saúde uma coordenação municipal do programa de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais. Esta, em ambos os municípios, também é responsável pela gestão do Serviço de Atenção Especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento. As coordenações apresentam capacidade instalada distinta nos municípios do estudo, pois enquanto Tabatinga, mesmo com as dificuldades de fixação de recursos humanos, mantém equipe mínima (médicos, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, psicólogo, técnicos de enfermagem) para funcionamento e estrutura administrativa da coordenação, CTA e SAE, em Benjamin Constant a equipe se reduz à coordenação, dois técnicos que atuam no CTA e um médico que uma vez por semana atende as demandas do SAE. No que se refere aos pontos de atenção voltados para pessoas que vivem com HIV, apesar dos dois municípios apresentarem em sua estrutura Centro de Testagem e Aconselhamento, Serviço de Atenção Especializada e Unidade Dispensadora de Medicamentos, em Benjamin Constant estes serviços precisam ser reordenados, pois apresentam estrutura precária, não possuem equipe multidisciplinar constituída e funcionam de forma personalizada na figura do coordenador.

7. Constata-se que o diagnóstico do HIV nos municípios estudados acontece em distintos serviços, nas unidades de atenção básica, no CTAs e nos serviços de urgência e emergência. Tais serviços atuam como portas de entrada no sistema de saúde e devem estar aptos a identificar possíveis infecção pelo HIV, adotar medidas profiláticas quando necessário e fazer encaminhamentos para continuidade do tratamento. Além disso, nos

serviços de saúde, a demanda pelos testes rápidos de HIV se dá de forma espontânea, ou seja, o usuário busca a unidade de saúde para fazer o teste. Reconhece-se que algumas dessas unidades ofertam a testagem em livre demanda, porém há unidades nos dois municípios estudados, que na ocasião da pesquisa, tinham dia e horário determinado para esse atendimento. A pesquisa identificou discursos que retrataram dificuldades em relação à condução de casos reagentes para HIV, transferindo, em alguns casos, a responsabilidade de informar o resultado do teste para a coordenação do programa. Entende-se que esta dificuldade deve ser trabalhada nos dois municípios estudados com vistas a imprimir segurança no diagnóstico por testagem rápida.

8. O cuidado integral das pessoas que vivem com HIV historicamente foi realizado em serviços especializados. Na especificidade dos municípios estudados constatou-se que em Benjamin Constant o SAE existe formalmente, mas na realidade este é um serviço precário pela inexistência de equipe e falta de estrutura que assegure a assistência às pessoas que vivem com HIV no município. Mediante a fragilidade estrutural do SAE, em Benjamin Constant, a desconcentração do cuidado das pessoas diagnosticadas com HIV para serviços de atenção básica já aconteceu, embora com as fragilidades de toda a rede. Apenas algumas pessoas que vivem com HIV no municípios ainda são atendidas pela médica que atende no SAE uma vez por semana. A dispensação de antiretrovirais, mesmo que durante a pesquisa tenha se constatado que o registro de informações no SICLOM ainda permaneçam na coordenação municipal, também está sendo desconcentradas para as unidades de atenção básica. Em Tabatinga o cuidado majoritário das pessoas que vivem com HIV ainda se dá no SAE, pois este com todas as dificuldades, apresenta estrutura e equipe mínima que assegure seu funcionamento. Durante a pesquisa, apesar dos municípios já apresentarem documento formal sobre o processo de descentralização do cuidado integral das pessoas que vivem com HIV para os serviços de atenção básica, inclusive com a definição de Linha de Cuidado, estes sinalizam estar aguardando realização de capacitação pela Coordenação Estadual para potencializar a descentralização das ações.

9. O estudo identificou fragilidades em relação ao cuidado integral das pessoas que vivem com HIV nos municípios estudados, em particular a partir de relatos que assinalam dificuldades na realização de exames, Carga Viral, CD4, Sorologias, exames de imagem, na disponibilidade de medicamentos, não somente antiretrovirais, mas medicações para infecções oportunistas e na possibilidade de realização de consultas especializadas. Diante as dificuldades de acessar outros serviços e recursos de saúde, há

relato de profissionais e de gestores que remetem à tendência de um cuidado empírico da retrovirose, ou seja, um cuidado fragilizado por decisões adotadas a partir da experiência de cada profissional, principalmente do médico e não por decisões baseado em evidências, diagnósticos laboratoriais e pareceres de outros profissionais especializados. Apesar das expectativas em torno do LAFON e da importância inegável deste serviço para a região de saúde do Alto Solimões, na ocasião do estudo, este ainda apresentava inúmeras limitações não disponibilizando algumas vezes de exames básicos, como o VDRL ou mesmo sem reagentes para realizar sorologias como as de Hepatites durante semanas. Em meio as dificuldades as coordenações municipais reportaram iniciativas e ajustes locais de forma a custear exames e medicações para atender pessoas vivendo com HIV. A concentração de ações e serviços em Manaus pode ser constatada nos serviços destinados às pessoas que vivem com HIV nos municípios estudados que, em muitos casos precisam ser encaminhados para a capital para realizar exames complementares, consultar especialistas ou mesmo ficar em unidade de internação. A necessidade de encaminhar usuários para Manaus traz implícito a ausência de serviços de apoio a esses sujeitos na capital, a complexidade do deslocamento para outra cidade, as questões financeiras da estadia em outra cidade, a morosidade dos serviços.

10. O estudo constatou que os municípios pesquisados, em particular Tabatinga por apresentar maior capacidade instalada e técnica, é estratégico no que concerne à assistência à saúde na região. No tocante ao atendimento em saúde para pessoas que vivem com HIV os dois municípios atendem pessoas oriundas de cidades da região do Alto Solimões, áreas indígenas, países vizinhos e assumem também a função de prover de informações de saúde e ser presença política proativa para as cidades que compõem a região de saúde.

11. A tese confirmou que apesar da tendência à especialização da assistência às pessoas que vivem com HIV persistir, nos municípios estudados a desconcentração de ações e serviços para a atenção básica caminha a passos largos em um processo impulsionado pelas coordenações locais do programa de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais mediante a dificuldade em manter equipes multidisciplinares nos SAEs. A desconcentração do cuidado para a atenção básica, apesar das inúmeras limitações, é uma realidade em Benjamin Constant; em Tabatinga, por sua vez reitera-se a necessidade de capacitação até a ocasião da pesquisa devida aos profissionais do município e condição para a desconcentração da assistência.

Persiste, após a conclusão da Tese a preocupação em relação a este processo de desconcentração do cuidado integral das pessoas que vivem com HIV para a atenção básica em realidades como a estudada, onde as capacitações demoram a chegar e mesmo aquelas passíveis de ser realizada *on line* ficam inviabilizadas pela precariedade do acesso à internet. Sem dúvida a descentralização, a regionalização e a constituição de redes de atenção constituem importantes estratégias nacionais de gestão pública que precisam ser fortalecidas e especialmente chegar aos rincões distantes da Amazônia.

Para além dos avanços e percalços encontrados na operacionalização das ações e serviços voltados para as pessoas que vivem com HIV, as reflexões realizadas em torno de tais questões devem ser entendidas como resultado da organização real do sistema de saúde brasileiro, o qual reflete disputa entre interesses, diretrizes e valores dominantes na história do país e que ainda hoje contribuem para reproduzir profundas desigualdades sociais. Nesse sentido, entende-se que as relações estabelecidas na implantação do SUS e em especial das redes de atenção à saúde, mesmo em um estado como o Amazonas e em uma região como a Amazônia, tem do ponto de vista da sua execução percalços que evidenciam o “desenvolvimento geograficamente desigual”, parte essencial da espacialidade capitalista.

A rede de atenção básica em municípios tão distantes, sua ausência ou inadequação, está muito além do entendimento de uma política pública setorial, pois reproduz às dimensões gerais do sistema capitalista. As redes e a regionalização é resultado do desenvolvimento desigual e combinado do espaço, pois se todos os lugares tivessem, efetivamente, a capacidade de garantir integralmente o direito à saúde a todos os cidadãos, não precisaríamos de um sistema integrado, descentralizado, regionalizado ou mesmo de redes de saúde.

Por fim, esta tese fez muitas indagações e prospecções para pesquisas futuras. Porém, há duas verdades que são incontestáveis: 1. A principal é reconhecer que a regionalização estabelece limites territoriais. Todavia é necessário compreender que os vírus, em particular, o HIV, não reconhece fronteiras. Do mesmo modo, as pessoas numa região como a Amazônia também não as reconhecem mesmo que sejam fronteiras entre países. Da mesma forma que o SUS é de todos, a doença não é nem da União, nem do Estado, nem do município, a doença é do mundo. 2. O importante são as pessoas, tanto os que sofrem com a doença e com a precariedade do acesso à saúde e que, na maioria das vezes desprovidos de direitos por serem pobres e morarem longe; quanto as pessoas que buscam minorar este sofrimento, profissionais que apesar de todas as

dificuldades fazem a diferença na ponta do serviço, lá onde o rio faz a curva. São estas pessoas que dão esperança àquelas que necessitam e a nós que acreditamos e defendemos o SUS.

REFERÊNCIAS

- ABIA, Boletim ABIA nº 17. Rio de Janeiro, 1992.
- ABIA, Boletim ABIA nº 19. Rio de Janeiro, 1993.
- ABIA, Boletim ABIA nº 6. Rio de Janeiro, 1989.
- ABIA, Boletim ABIA nº 8. Rio de Janeiro, 1989.
- ABIA, Boletim Especial nº18, Rio de Janeiro, 1993.
- ABIA, Boletim Especial. Rio de Janeiro, 1997.
- ABIA. Boletim ABIA nº 2. Rio de Janeiro, 1988.
- ABIA. Boletim ABIA nº 10. Rio de Janeiro, 1990.
- ABIA. Boletim ABIA nº 3. Rio de Janeiro, 1988.
- ABIA. Boletim ABIA nº 4. Rio de Janeiro, 1988.
- ABIA. Boletim ABIA nº 44. Rio de Janeiro, 2000.
- ABIA. Boletim ABIA nº 5. Rio de Janeiro, 1988.
- ABIA. Boletim Ação Anti- AIDS Nº 45. Rio de Janeiro, 2000.
- ABREU, Maurício de Almeida. Pensando a cidade no Brasil do Passado. In: CASTRO, I. E; GOMES, P. C. CORREA, R. L. Brasil: questões atuais da reorganização do território. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- AGUDELO, Saúl Franco. Violência, Cidadania e Saúde pública. In: BARATA, Rita Barradas. Equidade e Saúde: contribuições da Epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. (Tese de doutorado). São Paulo, 2015.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi. Território usado e saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização de Campinas. (Dissertação de mestrado). São Paulo, 2006.
- ALENCAR, Tatiana Meireles Dantas et al. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6):1841-1849, 2008.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações. Rio de Janeiro; MEDSI; 5 ed; 1999.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. ROUQUAYROL, Maria Zélia. Introdução à epidemiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ALMEIDA, Célia. Saúde, Política externa e cooperação Sul-Sul. In: BUSS, Paulo Marchiori. Diplomacia em saúde e saúde global. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017.
- AMAZONAS, Ata da Assembléia Geral Extraordinária do Consórcio de Saúde entre Entes Públicos do Alto Solimões-Alto Solimões Saúde e Vida-ASAVIDA, 04 de janeiro de 2017.

AMAZONAS, CIB/AM, Resumo Executivo, 161ª Reunião 115ª Ordinária, realizada em 27 de março de 2003.

AMAZONAS, CIB/AM, Resumo Executivo, 275ª Reunião 224ª Ordinária, realizada em 29 de agosto de 2016

AMAZONAS, CIR Alto Solimões, Ata 2ª Reunião, realizada em 06 de fevereiro de 2012, Tabatinga, 2012.

AMAZONAS, CIR Alto Solimões, Ata 4ª Reunião Ordinária, realizada em 02 de abril de 2012, Tabatinga, 2012.

AMAZONAS, CIR Alto Solimões, Ata 5ª Reunião, realizada em 04 de maio de 2012, Tabatinga, 2012.

AMAZONAS, Constituição Política do Estado do Amazonas, de 05 de outubro de 1989. (Acesso em 10 de janeiro de 2018).

AMAZONAS, Resolução CIB/AM nº 054, de 26 de outubro de 2005.

AMAZONAS, Resolução CIB/AM nº 058, de 25 de julho de 2005.

AMAZONAS, Resolução CIB/AM nº 114/2010 de 31 de maio de 2010.

AMAZONAS, Resolução CIB/AM, Nº 059/2011, de 20 de junho de 2011.

AMAZONAS, Resumo Executivo CIB AM/ Reunião Nº 211, Nº 161 Ordinária, realizada em 31 de maio de 2010, Manaus, 2010.

AMAZONAS, Resumo Executivo CIB/AM. Reunião nº 169, realizada em 2006.

AMAZONAS, Resumo Executivo, 14ª Reunião Ordinária CIR/ASOL/AM, realizada em 19/07/2013, Tabatinga, 2013.

AMAZONAS, Resumo Executivo, 161ª reunião da CIB/AM, Nº 115ª ordinária, realizada em 27 de março de 2003

AMAZONAS, Resumo Executivo, 166ª reunião da CIB/AM (120ª ordinária), realizada em 28 de agosto de 2006, Manaus, 2006

AMAZONAS, Resumo Executivo, 271ª Reunião 220ª Ordinária CIB/AM, realizada em 22 de fevereiro de 2016, Manaus, 2016.

AMAZONAS, Resumo Executivo. Reunião CIB/AM Nº 235ª reunião, 184ª ordinária, realizada em 30 de julho de 2012, Manaus, 2012.

AMAZONAS, Resumo Executivo. Reunião CIB/AM Nº 275ª reunião, 224ª ordinária, realizada em 29 de agosto de 2016. Manaus, 2016

AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Plano Estadual de Saúde 2000-2001. Manaus, 2000.

AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Relatório de Gestão 2003. Manaus, 2003.

AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Plano Estadual de Saúde 2016-2019

AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2003

AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2004

AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2005

AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2006

- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2007
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2008
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2009
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2010
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2011
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2012
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde, Relatório Anual de Gestão, 2013
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2004-2005.
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2006 - 2007
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2010-2011
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2014
- AMAZONAS, Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão, 2015
- AMAZONAS, Secretaria de Estado de Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação. Departamento de Estudos, Pesquisas e Informações. Produto Interno Bruto dos Municípios do Amazonas 2010 - 2013. Manaus, 2014.
- AMAZONAS. Ata da 2ª Assembleia Geral Extraordinária do Consórcio de Saúde entre Entes Públicos do Alto Solimões - Alto Solimões Saúde e Vida - ASAVIDA, realizado no dia 25 de agosto de 2013.
- AMAZONAS. Estatuto do consórcio de saúde entre entes públicos do Alto Solimões: Alto Solimões saúde e vida - ASAVIDA, Artigo 5º.
- AMAZONAS. Resolução CIB/AM, Nº 19, de 25 de abril de 2016.
- AMAZONAS. Resumo Executivo. Reunião CIB/AM Nº 169ª reunião ordinária, XLIV Extraordinária, realizada em 13 de novembro de 2006
- AMAZONAS. Resumo Executivo. Reunião CIR Alto Solimões, 6ª reunião ordinária, realizada em 06 de agosto de 2012
- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde, CES/AM. Resumo da 280ª REUNIÃO 226ª ORDINÁRIA, realizada em 28 de junho de 2016.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização do estado do Amazonas. 2003. Manaus, 2003.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. Produto Interno Bruto dos Municípios do Amazonas, 2013
- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação. PIB 2014.
- ANDRADE, BARRETO & BEZERRA. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPO, Gastão Wagner de Sousa et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2012.
- ARRETICHE, Marta T. & MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN et al. Políticas Publicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARRETCHE, Marta T. Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: REVAN; São Paulo: FAPESP, 2000.

ARRETCHE, Marta T. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. RBCS Vol. 14 n° 40, junho de 1999.

AYRES, J. R. Prefácio à 8ª edição. PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

AYRES, José Ricardo de C. M. et al. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e promoção da Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza... et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª edição. São Paulo HUCITEC, 2012

BAHIA, Lígia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):753-762, 2009.

BANCO MUNDIAL. Fazer frente à SIDA: as prioridades da acção pública perante uma epidemia mundial. Washington: 1997.

BANCO MUNDIAL. Salud: documento de política sectorial. Washington, DC: Banco Mundial, 1975.

BAQUERO Marcello. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009.

BARBOSA, Regina Maria & VILLELA, W. V. A trajetória da feminina da Aids. In PARKER, R. & GALVÃO, J. Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro: RELUME- DUMARÁ; ABIA; IMS, UERJ, 1996.

BARRETO, Maurício Lima & CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup):1779-1790, 2007.

BARRETO, Maurício Lima. Esboços para um cenário das condições de saúde da população brasileira 2022/2030. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

BARROSO, Maria Auxiliadora Bessa & AMORIM, R.D.S. Malária no Amazonas: registros e memórias. Manaus: Valer. 2017.

BASTOS, Francisco Inácio. & BARCELLOS, C. Geografia Social da aids no Brasil. *Revista Saúde Pública* n° 29(1), 52- 62, 1995.

BASTOS, Francisco Inácio. Aids na terceira década. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BATISTA, Djalma. O paludismo na Amazônia. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, (obra digitalizada). 1946.

BECKER, Bertha K. A Urbe Amazônida: a floresta e a cidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2013.

BECKER, Bertha. Geopolítica da Amazônia. ESTUDOS AVANÇADOS vol.º 19, n° 53. São Paulo, 2005.

- BEHRING, Elaine R. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. 2.ed. São Paulo: Cortez Editora; 2009.
- BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, A. E. et al (orgs.) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS/OMS/ Ministério da Saúde, 2007.
- BELOQUI, J. A polaridade vida-morte e a AIDS. In: PAIVA, Vera (org.). Em tempos de Aids. São Paulo: SUMMUS, 1992.
- BENCHIMOL, Jaime L. Febre amarela e a instituição da microbiologia no Brasil. In: HOCHMAN, G.. Cuidar, controlar, curar: ensaios sobre saúde e doença a América Latina, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- BENCHIMOL. Samuel. Amazônia: a guerra na floresta. 2ª edição. Manaus: EDUA, 2011.
- BENCHIMOL. Samuel. Romanceiro da batalha da borracha. Manaus, Imprensa Oficial, 1992.
- BENJAMIN, C. et. al. O sentido da construção nacional. In: Opção Brasileira. Rio de Janeiro: Contraponto, 1998.
- BENZAKEN, Adele et al. Aids no Amazonas: retrospectiva histórica e situação atual. In: ROJAS, Luísa B. Iñiguez; TOLEDO, Luciano Medeiros de (Org.). Espaço e doença: um olhar sobre o Amazonas. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.II.8.1. 1998.
- BENZAKEN, Adele. S. et al. Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. Rev Saúde Pública 2007;41(Supl. 2):118-26.
- BOFF, Leonard. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOUSQUAT, Aylene. & GIOVANELLA, Ligia. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1141-1154, 2017.
- BRAGA, José Carlos de Souza.; PAULA, S. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES - HUCITEC, 1981.
- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS. Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.708, 16 de agosto de 2013
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº3.276 de 26 de dezembro de 2013
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil. Brasília: 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde. Brasília: 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. Regionalização Solidária e Cooperativa. Série Pactos pela Saúde, 2006

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009. Brasília, 2009.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b

Brasil. Lei 9313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da União 1996; 14 nov.

BRASIL. Lei nº 12.984, de 17 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Disponível em Acesso em 22 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI. Plano Distrital 2012-2015. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Reforma administrativa do sistema de saúde. Brasília: MARE, 1998

BRASIL. Ministério da saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em 06/10/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais - DIAHV. Nota Informativa Nº 3/ 2018 - DIAHV/SVS/MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 542 de 22 dezembro de 1986. Diário Oficial da União; (Seção-I): 19827-19827, Dez. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa n. 1, de 2 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, v.86, n.3, p.13, 6 jan. 1998. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 9313, de 13 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. A aids nas fronteiras do Brasil. Brasília, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1020, de 31 de maio de 2002. Define os objetivos e o processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.107E, p.39, 6 jun 2002. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 1992. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.40E, p.52, 28 fev. 2002. Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [Acesso em 22 jun 2017]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Publicada no Diário Oficial Nº 183, sexta-feira, 22 de setembro de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.849, de 2 de dezembro de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2313, de 19 de dezembro de 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 966 de 19 de maio de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1378, de 09 de julho de 201

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Agentes Comunitários de Saúde. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. REFORSUS - Reforço à Organização do SUS: Apresentação do projeto. Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Atividades do Projeto de Controle da AIDS e DST- "AIDS I"-BRA 001/92 (1993- 1997). 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Implementação e Avaliação - dezembro de 1998 a maio de 2001 - Aids II (Acordo de Empréstimo o BIRD 4392/BR. 04 de maio de 2001).

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 1, de 29 de setembro de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 1044, de 01 de junho de 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 2023, de 23 de setembro de 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, Hepatite e outras DST. Caderno de Atenção Básica nº 18. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Caderno de recomendações do QualiAids 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para cuidado da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira. Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e IST. Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016; Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cinco passos para a construção de linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e Hepatites Virais. Cinco passos para a elaboração de plano de educação permanente em saúde para as IST, HIV/Aids e Hepatites. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano estratégico do Programa Nacional de DST/Aids 2004-2007. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Estratégico Nacional de DST e AIDS- 2005. Brasília: 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. Saúde Amazônia: relato de processo, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004. 2. ed. atual. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Portaria nº 2436 de 2017.

BRAVO, Maria Inês de S. et al. Políticas públicas de DST/AIDS e controle social no Estado do Rio de Janeiro: capacitando lideranças e promovendo a sustentabilidade das respostas frente à AIDS: relatório integrado. Rio de Janeiro: ABIA, 2006

BRAVO, Maria Inês. S & MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (Orgs.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: CORTEZ, 2007.

BRETAS JUNIOR N. & SHIMIZU H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1085-1095, 2017

BROWDER, J.; GODFREY, B. Cidades da floresta: urbanização, desenvolvimento e globalização na Amazônia brasileira. Manaus: EDUA, 2006.

BUENO, W. S. & MERHY, E. E. Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde Online. Temas para Debate II -Descentralização da Gestão da Saúde. 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Estratégias para consolidação do SUS e do direito à saúde. *Ensaio e Diálogos*, nº 3, novembro de 2016

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):301-306, 2007

- CAMPOS, Gastão Wagner S. & DOMITI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007
- CARLOS, Ana Fani Alessandri. O lugar no/do mundo. São Paulo: Labur Edições, 2007
- CARVALHEIRO, J. R. Pestilências: velhos fantasmas, novas cadeias. *Revista Saúde e Sociedade*. Volume 1, nº1. São Paulo: USP. 1992.
- CASTRO, M. H. Descentralização e Política Social no Brasil: As Perspectivas dos Anos 90. *Espaço & Debates*, p. 80-87, 1991.
- CECÍLIO, C. D. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13, p. 469-478, jul-set. 1997.
- CECILIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO & MATTOS. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
- CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas - São Paulo, 2003.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira & LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
- CELETANO & VERÍSSIMO. A Amazônia e os Objetivos do Milênio. Belém, PA: Imazon, 2007.
- COELHO, Ivan Batista. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. GUERRERO, André Vinicius Pires (orgs.). Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- COHN, A. A Saúde na Previdência e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez; CEDEC, 2006, p. 13-58.
- COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS et al. Tratado de Saúde Coletiva, 2012.
- CONH, Amélia. Os governos municipais e as políticas sociais. In: SOARES, J. A., CACIA-BAVA, S. (orgs). Os desafios da gestão municipal democrática. São Paulo: Cortez, 1998.
- CORREA, R. I. Estudos sobre a rede urbana. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- CORRÊA, Sonia. A resposta brasileira ao HIV e à aids em tempos tormentosos e incertos. In: Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e aids em 2016. Rio de Janeiro: ABIA 2016.
- COSTA, N. R. A Descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. Brasil: Radiografia da saúde. São Paulo: UNICAMP, 2001.
- DANIEL, Herbert & PARKER, Richard, AIDS: A terceira epidemia. São Paulo: Iglu Editoria, 1991.
- DANIEL, João. Tesouro descoberto no máximo Rio Amazonas. Rio de Janeiro: CONTRAPONTO, 2004

- DIAS, Edneia Mascarenhas. *A Ilusão do Fausto. Manaus:1890-1920.* Manaus: Valer. 1999.
- DIEGUES, A. C. S. *O mito moderno da natureza intocada.* São Paulo: HUCITEC, 2002
- DRAIBE, Sônia M. *As Políticas Sociais e o Neoliberalismo.* In: *Revista da USP.* São Paulo: 1993. n. 17. BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.* São Paulo: Cortez, 2003.
- Eugenio Mendes (2013, p. 102
- FADUL, W. *Minha política nacional de saúde.* *Saúde em Debate*, p. 67-76, 1978.
- FAGNANI, E. *O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil (1988-2015).* Texto para Discussão. Unicamp. IE, Campinas, n. 308, jun. 2017.
- FAGNANI, E. *Política Social no Brasil (1964-2002): Entre a Cidadania e a Caridade.* Universidade Estadual de Campinas, Doutorado. 2005
- FAGNANI, Eduardo. *Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período recente 1993/1998.* *Economia e Sociedade*, Nº 13. Campinas: IE/Unicamp. pp. 155-178. 1999
- FALEIROS, Vicente de Paula. *A Política Social no Estado Capitalista.* São Paulo: Cortez, 2000
- FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SEIDL, H.; GAGNO, J. *A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ.* V. 38, N. ESPECIAL, P. 13-33, OUT 2014
- FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues. & MATTA, Gustavo Correa. *Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas.* In: MOROSINI, Marcia Valeria G. C. *Modelos de atenção e a saúde da Família.* Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
- FAVERET & OLIVEIRA. *A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde.* In: *Planejamento e Políticas Públicas*, nº 3, jun/1990.
- FERNANDES, Florestan. *Que tipo de República?* São Paulo: Brasiliense, 1986.
- FERRI, S.M.N. ET AL. *As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família.* *Interface- Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.
- FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. *Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa.* *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, 1999.
- FIORI, José Luís. *Brasil no espaço.* Petrópolis: Vozes. 2001.
- FIRPO, M. et al. *Para defender o SUS e sua integralidade: desafios para a Vigilância e a Promoção da Saúde.* *Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva.* Dezembro de 2015
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder.* São Paulo: GRAAL, 2004
- FRANCO, T. B. & JÚNIOR, H. M. M. *Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado.* In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: HUCITEC, 2003.
- FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. *Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.* In: MERHY et al. O

trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, Túlio Batista. BUENO, Wanderlei Silva & MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

FREITAS, M.C.S. Os amazônidas contam sua história: territórios, povos e populações. In: SCHERER & OLIVEIRA. Amazônia, território, povos tradicionais e ambiente. Manaus: EUDA, 2009.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. & COSTA, Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup. 2: S214-S226, 2007.

GALVÃO, Eduardo. Santos e visagens: um estudo da vida religiosa de Itá, Baixo Amazonas. São Paulo: Nacional, 1976.

GALVÃO, Jane. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GALVÃO, Jane. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

GRAMSCI, A. Maquiavel, a Política e o Estado Moderno. Rio de Janeiro: Civilização, 1978.

HARVEY, D. A Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: LOYOLA, 2004.

HARVEY, D. Espaços de Esperança. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

KADRI, Michelle Rocha & SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. A emergência da Aids no Amazonas. Hist. cienc. Saúde-Manguinhos vol.23 no.2 Rio de Janeiro Apr./June, 2016; Epub Jan 26, 2016.

KERN, F. A. J. As mediações em redes como estratégias metodológicas do Serviço Social. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005

KUSCHNIR, Rosa. LIMA, Luciana Dias de. BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. e MACHADO, Cristiani Vieira. Configuração da Rede Regionalizada e Hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, Roberta (orgs.). Qualificação de Gestores do SUS, 2011.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva. & TEIXEIRA, Paulo Roberto. Histórias da aids no Brasil, v. 1: as respostas governamentais à epidemia de aids. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015

LEITE, Márcia de Paula. Reestruturação produtiva, novas tecnologias e novas formas de gestão da mão de obra. In: OLIVEIRA, C.A et al. (orgs.) O mundo do trabalho: crise e mudança no final do século. São Paulo: Scritta, 1994

LOUREIRO, A.J.S. A grande crise. 2ª ed. Manaus: Ed. Valer, 2008.

LUCHESE, P. T. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde - Retrospectiva 1990/1995. Planejamento e Políticas Públicas, p. 75 - 152, 1996.

- LUNA, E. J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Revista brasileira de epidemiologia*, São Paulo, v. 5, n. 3 p. 229-243, 2002.
- LUZ, M. T. As instituições médicas no Brasil - instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):293-312, 2000
- LUZ, M. T. Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO. 2009.
- LUZ, Madel T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80. *Physis* 1(1):77-96. 1991
- MACHADO, B. C. & NOGUEIRA, A. R. B. A configuração de uma rede de localidades centrais no espaço transnacional da tríplice fronteira. In: SCHOR, Tatiana (org.). *Dinâmica Urbana na Amazônia Brasileira: Geografias e cidades na tríplice fronteira, Brasil - Peru- Colômbia*. Vol. 3. Manaus: EDUA, 2016.
- MANN, Jonathan et al. *A Aids no mundo*. Rio de Janeiro. ABIA: RELUME; IMS- UERJ: DUMARÁ, 1993.
- MATTOS, Ruben Araújo de et al. *As estratégias do Banco Mundial e à resposta à Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
- MENDES E. V. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário, *Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, n. 10: 7-19, Brasília, OPS. 1993.
- MENDES, E V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ CONASS, 2011.
- MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993
- MENDES, E. V. O SUS e a atenção primária de saúde - Entrevista. *Revista APS*, v. 8, n. 2, p. 218-219, jul./dez., 2005
- MENDES, Eugênio V. (Org.). *A Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo, HUCITEC, 1998.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012
- MERHY et al. *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- MERHY, E. E. & R. Onocko, org. *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo: Editora Hucitec. 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014
- MERHY, Emerson Elias. *Novos modelos de fabricar os modelos de atenção*. In: MERHY, Emerson Elias. JUNIOR, Helvécio Miranda Magalhaes. RIMOLI, Josely.

FRANCO, Túlio Batista. BUENO, Wanderley Silva. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2003.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

MESZÁROS, I. A crise estrutural do capital. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Brasil. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, documento oficial da Secretaria de Assistência à Saúde; março/1996

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, 21(3): 898-906, 2005.

MOURA, Rosa. Arranjos urbano-regionais no Brasil: uma análise com foco em Curitiba [recurso eletrônico]. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Letra Capital, 2016.

MÜLLER-NETO, J. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. Saúde em Deb., 31:54-66, 1991

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005

NEMES, M. I. B. & SCHEFFER, M. Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e Aids no Brasil. Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

OKAMURA, Mie. Avaliação da Implantação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Brasília, 2006.

OLIVEIRA & SCHOR. Reflexões metodológicas sobre o estudo da rede urbana no Amazonas e perspectivas para a análise das cidades na Amazônia brasileira. ACTA Geográfica, Ed. Esp. Cidades na Amazônia Brasileira, 2011.

OLIVEIRA, Adelia Engrácia. Ocupação humana. In: SALATI et al. Amazônia: Desenvolvimento, integração e ecologia. São Paulo: Brasiliense; Brasília: CNPq. 1983

OLIVEIRA, J. A. A cultura, as cidades e os rios na Amazônia. Ciência. Cult. vol.58 no.3 São Paulo July/Sept. 2006.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA FLEURY, S. (Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, J.A. A invenção geográfica da Amazônia. Revista GeoUECE - Programa de Pós-Graduação em Geografia da UECE Fortaleza/CE, v.3, nº5, p.184-197, jul./dez. 2014. Disponível em <http://seer.uece.br/geouece>

OLIVEIRA, J.A. As cidades na Selva. Manaus: Valer, 2000.

OLIVEIRA, José Aldemir de, SCHOR, Tatiana. Urbanização da sociedade e espacialidades urbanas: as cidades e os rios na Amazônia Brasileira. VII Encontro Anpege. Niterói, 2007.

OLIVEIRA, José Aldemir de. A cultura nas (das) pequenas cidades da Amazônia Brasileira. VIII Congresso Luso- Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra: Anais. 2004

OLIVEIRA, José Aldemir de. As espacialidades pretéritas da Manaus da Belle Époque: geografias e histórias do urbano na Amazônia. In: IX Simpósio Nacional de Geografia Urbana. 2005, Manaus. Territorialidades, sustentabilidade e demandas sociais. Manaus: Edua, 2005, 201p.

OLIVEIRA, José Aldemir; SCHOR, Tatiana. As cidades da natureza à natureza das cidades. In: TRINDADE JR., Saint-Clair Cordeiro da; TAVARES, Maria Goretti da Costa (Orgs.). Cidades ribeirinhas na Amazônia: mudanças e permanências. Belém: EDUFPA, 2008

OLIVEIRA, Marcia Maria de. A mobilidade urbana na tríplice fronteira: Peru, Brasil e Colômbia. São Paulo, v.20, n. 57, p. 183-196, maio/ago. 2006.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso de Ribeiro. Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia. Belém: EDUFPA, 2008.

OLIVEIRA, R. et al. Epidemia de HIV/AIDS no Estado do Amazonas: características e tendências de 2001 a 2012. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.48 supl.1 Uberaba junho 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Organização Mundial da Saúde - Brasília, 2003.

ONU. Declaração Política sobre HIV/VIH /AIDS/SIDA: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/VIH / AIDS/SIDA. Resolução 65/277, adotada pela Assembleia Geral em 10 de junho de 2011

ONU. Organização das Nações Unidas. A ONU e a resposta à aids no Brasil. ONUBR, 2016. [Acesso em 29 set. 2016]. Disponível em: <http://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf>.

ORTIGOZA, S.A.G.O Tempo e o espaço da alimentação na metrópole paulista. (Tese Doutorado). Instituto de Geociências e Ciências Exatas. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Rio claro, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUARIOL, M. Z. (Org.) Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993

PAIM, Jairnilson Silva. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. In: Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos. Salvador: SESAB, 2009

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de Descentralização e atenção primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, M A. & ALMEIDA, N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro : Medsi, 1999

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira - Contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008

- PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa & LIMA, Júlio Cesar França (org.) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.
- PARKER, R. & CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/Aids: Aspectos Antropológicos e Sociológicos. Brasília, Ministério da Saúde.1999.
- PARKER, R. & GALVÃO, J. Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro: RELUME- DUMARÁ; ABIA; IMS, UERJ, 1996.
- PARKER, R. A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: RELUME- DUMARÁ; ABIA; IMS/ UERJ, 1994.
- PARKER, R. Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política. São Paulo: Editora 34, 2000.
- PARKER, R. O fim da Aids? Rio de Janeiro: ABIA, 2016.
- PARKER, Richard. A Reinvenção da prevenção no século XXI: o poder do passado para reinventar o futuro. Boletim ABIA, nº 61, Rio de Janeiro, dezembro de 2016.
- PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron. Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 1999
- PAULINO, Maria Ângela. AIDS: os sentidos do risco. São Paulo: Veras, 1999.
- PEITER, Paulo Cesar. Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio. Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/PPGG, 2005
- PEREIRA NETO, A. F. Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- PEREIRA, P. A. P. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2ª ed. São Paulo: Cortez. 2002
- PEREIRA-PEREIRA, P. A.. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. In: BOSCHETTI, I. et al (orgs.). Política social: alternativas ao neoliberalismo. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004.
- PRADO JUNIOR, C.. Formação do Brasil contemporâneo: Colônia. São Paulo: Brasiliense, 1963.
- QUEIROZ, L. F. A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental, p. 9-36, 2004
- REIS, Ademar Arthur Chioro. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1045-1054, 2017.
- RIZZOTTO, M. L. Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: HUCITEC, 2012.
- RODRIGUES, M.; MAKSUD, I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. Saúde Debate, V. 41, N. 113, P. 526-538, ABR-JUN. Rio de Janeiro, 2017.
- ROSA, João Guimarães. Grande Sertão: Veredas. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

- SABÓIA, J. Regulação, Crises e Relação Salarial Fordista. Texto para Discussão, nº 177. Rio de Janeiro: IEI/UFRJ, 1988
- SABROZA, P. C.; LEAL, M. do C. & BUSS; P. M. A Ética do Desenvolvimento e a Proteção às Condições de Saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 8 (1): 88-95, jan/mar, 1992.
- SANTOS, Josiane Soares. Questão Social particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012
- SANTOS, L. Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos? Disponível em <http://blogs.bvsalud.org/ds>. Acesso em 02/12/2017
- SANTOS, L. Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos? Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). Disponível em <http://blogs.bvsalud.org/ds>. Acesso em 02/12/2017.
- SANTOS, M. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. São Paulo: EDUSP, 2006.
- SANTOS, M. O espaço da cidadania e outras reflexões. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2011
- SANTOS, M. O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: PUBLIFOLHA, 2002.
- SANTOS, M.. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. São Paulo: EDUSP, 2014.
- SANTOS, M.. Por uma Geografia Nova: da crítica da Geografia e uma Geografia crítica. São Paulo: EDUSP, 2012.
- SANTOS, Milton. & SILVEIRA, M. L. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: RECORD, 2001
- SANTOS, MILTON. A Urbanização Brasileira. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- SANTOS, Milton. Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teórico e metodológico da geografia. HUCITEC. São Paulo, 1988
- SANTOS, Milton. MetrÓpole corporativa fragmentada: o caso de São Paulo. São Paulo: Nobel/Secretaria de Estado da Cultura, 1990.
- SANTOS, Milton. O espaço da cidadania e outras reflexões. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2011.
- SANTOS, Milton. Por uma outra globalização. Rio de Janeiro: Record, 2008
- SANTOS, Milton. Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Democracia e Participação da Sociedade em Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa & LIMA, Júlio Cesar França (org.) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

- SANTOS, Raquel Soares. A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2011.
- SANTOS, Wanderley. Guilherme. Cidadania e Justiça: a Política Social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- SCHERER, Elenise. Baixas nas carteiras: desemprego e trabalho precário na Zona Franca de Manaus. Manaus: EDUA, 2005.
- SCHERER, Elenise. Tempo de Contra- Reforma. Manaus: Valer, 2000.
- SCHOR, Tatiana (org.). Dinâmica Urbana na Amazônia Brasileira: Geografias e cidades na tríplice fronteira, Brasil - Peru- Colômbia. Vol. 3. Manaus: EDUA, 2016.
- SCHOR, Tatiana, COSTA, D. P. Rede urbana na Amazônia dos grandes rios: uma tipologia para as cidades na calha do rio Solimões - AM In: As cidades e a urbanização no Brasil: passado, presente e futuro.1 ed. Florianópolis: Insular, 2011, v.1.
- SCHOR, Tatiana. & OLIVEIRA, José Aldemir de. Reflexões metodológicas sobre o estudo da rede urbana no Amazonas e perspectivas para a análise das cidades na Amazônia brasileira. In: ACTA Geográfica, Boa Vista, Ed. Esp. Cidades na Amazônia Brasileira, 2011.
- SCHWEICKARDT, J. & MARTINS, L. História das políticas de saúde no Amazonas: da Zona Franca ao sus, 1967-1990. In: SCHWEICKARDT et al. História e política pública de saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.
- SCHWEICKARDT, J. C. Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890-1930. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011
- SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R.T.S.; CECCIM, R.; FERLA, A.A; CHAVES. E.S. Regionalização da Saúde: construção da universalidade e integralidade no Sistema Único de Saúde. In: SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R.T.S.; CECCIM, R.; FERLA, A.A; CHAVES. E.S. (Orgs.). Educação Permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.
- SCHWEICKARDT, Kátia Helena Serafina Cruz. Faces do Estado na Amazônia: entre as curvas no Rio Juruá. São Paulo: AnaBlume, 2012
- SEFFNER, Fernando. & PARKER, Richard. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS. In: ABIA. Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.
- SERVO, Luciana Mendes Santos. Perfil Epidemiológico da População Brasileira e o Espaço das Políticas Públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: IPEA, 2014.
- SILVA NETO, Antônio Levino da. Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010
- SILVA, Ivone Maria Ferreira da. Questão social e Serviço Social no Brasil: fundamentos sócio- históricos. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014
- SILVA, Leila C. F. da. HIV/AIDS: padrões epidêmicos e espaciais na cidade de Manaus, Amazonas, 1986 a 2000. (Dissertação Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz.

Escola Nacional De Saúde Pública. Programa De Pós-Graduação em Saúde Pública. 2003.

SILVA, Leila C.F. et al. Padrão de infecção pelo HIV/ AIDS em Manaus, estado do Amazonas, no período de 1986 a 2000. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 42(5):543-550, set-out, 2009

SILVA, Silvio Fernandes da. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: HUCITEC, 2001

SILVEIRA, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2006

SOARES, Laura Tavares. *O desastre social*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOARES, Raquel Cavalcante. *A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social*. Recife: Tese (Doutorado) Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2011

SOARES, Raquel Cavalcante. *A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social*. In: BRAVO, Maria Inês de. MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (orgs.). *Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012

SOJA, Edward Willian. *Geografias pós-modernas. A reafirmação do espaço na teoria social crítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

SONTAG, Susan. *Aids & suas metáforas*. São Paulo, Companhia das Letras. 1989.

SOUZA, A. B. L. *Construção de uma rede de serviços no interior do Amazonas: a experiência do SESP e da FSESP*. In: SCHWEICKARDT et al. *História e política pública de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

SOUZA, Herbert. de. *A Aids hoje: possibilidades e desafios*. ABIA. Rio de Janeiro: ABIA, nº 35, janeiro/ março de 1997.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

SZWARCWALD, Celia Landmann et al. *A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):7-19, 2000

TEIXEIRA, Carmen Fontes. *Epidemiologia e planejamento de saúde*. *Ciên. Saúde Coletiva* 1999; 4:287-303.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. *Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS*. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes. & SOLLA, Jorge Pereira. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da Família*. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, Carmen Fontes.; PAIM, J.S; VILASBÔAS, A.L. *SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde*. *IESUS*, VII(2), Abr/Jun, 1998.

TEIXEIRA, Luciana. MAC DOWELL, Maria Cristina. BUGARIN, Mauricio. *Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Análise à Luz da Teoria dos Jogos*. Rio de Janeiro: *RBE* Nº 57(1):253-281 JAN/MAR 2003.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. *Reforma Sanitária: em busca de uma Teoria*. São Paulo: Cortez/ Abrasco, 1995

- TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Democracia, Descentralização e Desenvolvimento. In: FLEURY, S. Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006.
- TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. In: Rev. Adm. públ., Rio de Janeiro, 24(2):78-99, fev. abr.1990.
- TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,1994.
- TESTA, Mario. Pensar en Salud. Buenos Aires, 1985.
- TESTA, Mario. Tendências em planejamento. In: Pensar em saúde. Porto Alegre, Art. Médicas/ Abrasco, 1992.
- TONET, Ivo. Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade. In: CFESS; ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: DF. CFESS/ABEPSS, 2009.
- UGÁ, M. A. D & LOPES, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):915-928, 2007.
- UNICEF. De Jovem para Jovem: educação entre pares. s/data.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2008, Caderno Brasil - UNICEF. Brasília, 2008
- VALLE, M. I. de M. Globalização e reestruturação produtiva: um estudo sobre produção offshore em Manaus. Tese de Doutorado em Ciências Humanas, Sociologia e Antropologia da UFRJ, 2000
- VIANA A. L. et al. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2317-2326, 2010.
- VIANA et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S117-S131, 2007.
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila. & MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):807-817, 2009
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Políticas sociais brasileiras nas próximas décadas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. Saúde, Desenvolvimento e Território. São Paulo: Hucitec, 2009.
- VIANA, Ana Luiza. LIMA, Luciana Dias de & OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro: 2002.
- VIEIRA, Evaldo. Democracia e Política Social. São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1992.
- WERNECK VIANNA, M. L. A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil. Rio de Janeiro: Revan/UCAM-IUPERJ, 1998.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. Revista Temporalis, ano III, p. 33-40, 2001.

APENDICE A - Formulário 1: Secretários Municipais de Saúde de Benjamin Constant e Tabatinga/ (ou profissional designado pela Secretaria)

1. Dados pessoais:

a. Município de atuação:

b. Formação Profissional: _____

c. Tempo no cargo? _____

2. De quem a Secretaria Municipal de Saúde recebe apoio técnico para planejamento das ações e serviços?

- Agências internacionais
- Governo Estadual
- Governo Municipal
- Universidade
- Comissão Intergestores Regional
- Comissão Intergestores Bipartite
- Organizações não governamentais
- Outro. Qual?
- De nenhum órgão e/ ou instituição

3. A Secretaria Municipal de Saúde desenvolve ações em conjunto e/ou parcerias? Com que instituições? *(Caso tenha consórcios, contratos e/ou qualquer outro instrumento de gestão solidária de serviços com outros municípios e/ou instituições, anexar documento)*

- Consórcio Intermunicipal
- Com o Governo Estadual
- Com o Governo Federal
- Com outros municípios da região de saúde
- Com instituições de ensino e pesquisa
- Com outras secretarias do município
- Com organizações não governamentais nacionais
- Com organizações não governamentais internacionais
- Com igrejas
- Com empresas privadas
- Outras. Qual?
- Nenhuma.

4. Cidadãos estrangeiros (peruanos, colombianos) procuram atendimento em saúde no município? Quais os principais serviços demandados? Há algum obstáculo a esse atendimento? Há algum intercâmbio de informações em saúde com os países vizinhos?

5. Seu município participou da elaboração do Plano Diretor de Regionalização?

- Sim Não Não sei do que se trata

Caso seu município não tenha participado da elaboração do Plano Diretor de Regionalização, você atribui a quê?

- Não há interesse.

- Porque a elaboração do Plano Diretor de Regionalização é centralizado na Secretaria de Estado de Saúde
- Não é elaborado.
- Outros. Quais? _____

6. Como é elaborado o Plano Diretor de Regionalização do Estado?

- Mediante consulta do gestor estadual aos municípios.
- Por meio de negociações na CIB
- Por meio de negociações na CIR
- Outros. Quais? _____

10. Qual a contribuição das regiões de saúde à consolidação do SUS no Amazonas?

11. A região de saúde recebe algum incentivo específico para a descentralização e regionalização das ações e serviços?

- Recursos financeiro do governo Federal
- Recursos financeiro do governo Estado
- Recursos financeiros para qualificação dos profissionais
- Recursos financeiros para contratação de profissionais
- Recursos financeiros para serviços de logística e apoio (compras, transporte, materiais para exames).
- Outro. Qual? _____

12. Há fundos regionais de recursos destinados a compensar as desigualdades em saúde na região? Qual a origem e forma desse repasse?

13. É feita uma programação de recursos para a região de saúde?

- Sim Não

Os recursos disponíveis são compatíveis com as necessidades de saúde presentes na região?

14. Os representantes dos municípios que integram a região de saúde são assíduos nas regiões dos CIR? Qual a interação entre os municípios da região?

15. Os temas discutidos na CIR se referem a:

- Problemas de saúde de interesse do município
- Problemas de saúde de interesse da região de saúde
- Problemas de saúde de interesse do estado do Amazonas
- Outros. _____

16. Quais os principais temas de consenso discutidos na CIR? (Numerar em ordem de prioridade)

- Vigilância sanitária
- Vigilância epidemiológica
- Controle de endemias
- Programa Estratégia Saúde da Família
- Sistema de coleta de exames laboratoriais
- Atenção ao pré-natal
- Atenção aos idosos
- Atenção a crianças e adolescentes
- Mortalidade materno-infantil

- Violência
- Doenças crônicas (diabetes, hipertensão)
- Programa de DST/HIV/Aids
- Acompanhamento domiciliar de pacientes acamados
- Saúde mental
- Assistência farmacêutica
- Programa de tratamento Fora do Domicílio
- Recursos humanos
- Outros. Qual? _____

17. Como são definidas as prioridades em saúde na rede de serviços regionalizados?

18. Há alguma discussão com a sociedade civil organizada para a construção das redes regionalizadas? Qual o papel dos Conselhos nessa dinâmica?

19. Na definição de prioridades em saúde na região, o perfil epidemiológico da região é considerado?

20. Como são as relações que se estabelecem entre os municípios da região de saúde?

- Conflitivas
- Cooperativa
- Marcada por divergências e desacordos
- De negociação, pactuação e parceria.
- Complementaridade de atribuições
- Outra. Qual? _____
- Nenhuma.

21. Qual o papel da Secretaria de Estado da Saúde em relação a região de saúde?

22. A constituição da região de saúde contribui para o fortalecimento dos municípios da região? Para o surgimento de novas lideranças regionais?

23. Há divergências/conflitos entre os municípios da região de saúde quanto a dinâmica de referência e contra referência?

Sim Não

Caso positivo, quais são essas divergências?

24. O município é referência para os demais municípios da região do em relação a algum serviço? Qual? Como funciona esse fluxo?

25. Como se dá o acesso aos serviços de média e alta complexidade no município:

- Demanda espontânea.
- Sistema de regulação – SISREG
- Encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde
- Outro. Qual? _____

26. O acesso da população do município aos serviços de média e alta complexidade é:

- Plenamente suficiente
- Parcialmente suficiente
- Insuficiente

Outro. Qual?

27. Como a Secretaria Municipal de Saúde identifica as demandas reprimidas de serviços de média e alta complexidade?

- Pesquisa de opinião
- Ouvidoria
- Demanda do Conselho Municipal de Saúde
- Demanda de Associações da Sociedade civil
- Filas nos serviços
- Outros. Qual? _____
- Nenhum.

28. Para onde o município encaminha as consultas especializadas e os procedimentos que ele não realiza? Como as Unidades Básicas de Saúde do município se vinculam aos serviços de média e alta complexidade?

29. Como é feito o agendamento para os serviços de média e alta complexidade? Qual o tempo médio de espera para a realização do atendimento agendado?

30. Para onde o município encaminha as consultas especializadas e os procedimentos que ele não realiza?

31. Como está organizado o serviço de tratamento fora do domicílio no município? Quais os critérios utilizados? Qual o serviço mais demandado para atendimento fora do município? Qual o custo do programa para o município? *Anexar documentos sobre dados e informações acerca de gastos com tratamentos de pacientes fora do município)*

32. Os municípios que integram a região de saúde têm alguma dificuldade em atender pessoas que vivem com HIV/Aids?

33. Quais são os principais desafios e limites para integração dos serviços de saúde na região do Alto Solimões?

APÊNDICE B - Formulário 2: Coordenadores Municipais das ações e serviços de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, Coordenador Estadual do Programa de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, Coordenador da Atenção Básica

Dados pessoais:

b. Profissão: _____

a. Vínculo: () Estatutário () Celetista () Regime de Direito Administrativo () Outros. Qual?

1. Tempo de atuação no Programa de DST/HIV/Aids e/ou Coordenação da Atenção Básica no município?

() meses a 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () mais de 5 anos

2. O município dispõe de serviços organizados para atender pessoas que vivem com HIV/Aids? Caso positivo, quais?

() Sim () Não

() Centro de Testagem e Aconselhamento

() Serviço de Atenção Especializada

() Unidade Dispensadora de Medicamentos

() Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids

() Hospital Dia

() Unidade de Internação Hospitalar

() Outros. Qual? _____

3. A organização desses serviços se deu por iniciativa do

() Ministério da Saúde () da Secretaria de Estado da Saúde () da Secretaria Municipal de Saúde () Outros

4. Quais as instituições envolvidas no atendimento a pessoa que vive com HIV/Aids no município?

a. Governamentais

() Secretaria Municipal de Saúde

() Secretaria de Estado da Saúde

() Secretaria Estadual de Educação

() Secretaria Municipal de Educação

() Secretaria Estadual de Assistência Social

() Secretaria Municipal de Assistência Social

() Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos do Amazonas

() Secretaria de Estado de Administração Penitenciária

() Outros. Qual? _____

b. Não governamentais

() Rede Amizade & Solidariedade às Pessoas Com Hiv/Aids

() Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids

() Associação de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT

() Associação das Prostitutas

- () Associação Garotos da Noite
- () Fórum ONG/Aids
- () Outros. Quais? _____

5. Como são financiados as ações e serviços de atenção a pessoa que vive com HIV/Aids no município? (Numere de acordo com o peso do financiamento para as ações e serviços. Número 1 – maior Peso no financiamento; Número 2 – Peso Intermediário no financiamento; Número 2 – Menor Peso no financiamento)

- () Governo Federal () Governo Estadual () Governo Municipal () Organização Internacional. Qual? _____

6. O financiamento das ações e serviços de atenção à pessoa que vive com HIV/Aids no município tem sido:

- () Suficiente () Parcialmente Suficiente () Insuficiente

7. O financiamento tem facilitado o processo de descentralização das ações e serviços para a atenção básica em saúde?

8. Como os serviços de atenção básica - ESF, Unidades Básicas de Saúde - tem participado das ações em DST/Aids? Esta interlocução tem ocorrido de que forma?

9. Há alguma unidade de saúde da Secretaria – além do SAE - que realizam o cuidado do HIV/Aids no município?

- a. () Sim b. () Não

Caso positivo anexar relação.

10. Houve alguma resistência por parte dos profissionais em relação a incorporação do cuidado do HIV/Aids na atenção primária?

11. Qual a relação do SAE com as demais unidades de saúde do município? As unidades conhecem o SAE e os serviços oferecidos por este? Usam instrumentos para encaminhamento para outros serviços e fazem o acompanhamento posterior?

12. O município oferece o serviço de testagem rápida para HIV, Sífilis, Hepatite B e C desde quando?

13. Os insumos para realização dos testes rápidos são fornecidos pelo (a):

- a. () Ministério da Saúde
- b. () Secretaria Estadual de Saúde
- c. () Secretaria Municipal de Saúde
- d. Outros. _____

14. Os insumos que tem sido fornecido para a realização dos testes são:

- a. () Suficientes
- b. () Insuficientes
- c. () Parcialmente suficientes
- d. Outros. _____

15. Quais as unidades de saúde do município que realizam teste rápido? Quantos testes rápidos foram realizados no último ano? (*Anexar relação e estatística*). Os profissionais apresentam alguma dificuldade para a realização dos testes rápidos?

16. A Secretaria realiza alguma ação ou serviço de prevenção ao HIV/Aids voltado especificamente para populações: (caso tenha anexar projeto, relatórios das ações)

- a. LGBT
- b. Usuários de drogas
- c. profissionais do sexo
- d. Idosos
- e. Estrangeiros
- f. Pessoas privadas de liberdade
- g. Adolescentes e jovens
- h. Outros. _____

18. A Secretaria realiza atividades de prevenção em relação ao HIV/Aids em parceria com alguma instituição?

- a. Sim b. Não

Caso positivo especificar. _____

19. Quais profissionais disponíveis no município para assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids?

- | | | | |
|--|--|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> Clínico Geral | <input type="checkbox"/> Assistente Social | | |
| <input type="checkbox"/> Infectologista | <input type="checkbox"/> Odontólogo | | |
| <input type="checkbox"/> Ginecologista/ Obstetra | <input type="checkbox"/> Psicólogo | | |
| <input type="checkbox"/> Oftalmologista | <input type="checkbox"/> Farmacêutico | | |
| <input type="checkbox"/> Cardiologista | <input type="checkbox"/> Nutricionista | | |
| <input type="checkbox"/> Dermatologista | <input type="checkbox"/> _____ | Outros. | Qual? |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) | _____ | | |

20. Quais os exames voltados para o acompanhamento da pessoa que vive com HIV/Aids que estão disponíveis no município?

- Teste rápido HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C
- Sorologia HIV
- Hemograma
- Contagem de LT-CD4
- Carga viral do HIV
- Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)
- Exame parasitológico de fezes
- Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)
- Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBs Ag, anti-HBcT e anti-HBs para verificação de imunização)
- IgG para toxoplasma
- Sorologia para HTLV I e II e Chagas (considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas)
- Dosagem de lipídios
- Glicemia de jejum
- Prova tuberculínica (PT)
- Radiografia de tórax
- Densitometria óssea
- Fundoscopia

21. Como se procede quando a pessoa que vive com HIV precisa realizar algum exame que não está disponível no município?

22. As medicações que compõem a terapia antirretroviral estão disponíveis para as pessoas que vivem com HIV/Aids no município?

Sim Não

Caso positivo, as medicações disponibilizadas são:

Suficientes

Insuficientes

Parcialmente Suficientes.

Outros. _____

23. A UDM do município atende pacientes de outros municípios da região do Alto Solimões? De países vizinhos? Há alguma dificuldade em realizar esse atendimento?

24. Há algum medicamento usado na profilaxia primária ou secundária de infecções pelo HIV/ Aids que não está disponível no município? (Sulfametoxazol; Trimetoprima; Isoniazida; Azitromicina; Fluconazol; Clindamicina; Aciclovir, dentre outros)

25. Qual a relação que se estabelece entre a coordenação municipal e a coordenação estadual de Infecções Sexualmente Transmissíveis? (**Específico para a Coordenação Municipal de Infecções Sexualmente Transmissíveis**)

26. Como fica o acesso das pessoas que vivem com HIV/Aids aos serviços de maior complexidade em seu município? Quais situações são encaminhadas para referência? Onde é a referência?

27. Existe no município algum tipo de atendimento diferenciado a populações que apresentem maior dificuldade de aderir ao tratamento?

Sim. Qual? _____

Não

28. O desenho da região de saúde do Alto Solimões trouxe alguma mudança relevante para a prestação de serviços da atenção básica e/ou à pessoa que vive com HIV/Aids? Quais?

29. Os municípios que compõem a região de saúde mantem entre si alguma interação e/ou troca de ações e serviços voltados para a pessoa que vive com HIV/Aids? Qual? Como funciona esse fluxo?

27. Cidadãos estrangeiros (peruanos, colombianos) procuram atendimento em relação a atenção básica e/ou ao HIV/Aids no município? Quais os principais serviços demandados? Há algum obstáculo a esse atendimento? Há algum intercâmbio de informações em saúde quanto ao tema com os países vizinhos?

28. Como você vê a responsabilidade e autonomia do município em relação à implementação de ações e serviços de saúde voltados ao HIV/Aids?

APÊNDICE C - Formulário 3. Profissionais SAE

Município: () Tabatinga () Benjamin Constant () Manaus

SAE: _____ Bairro: _____

1. Recursos Humanos do SAE

Equipe	Nº profissionais	Horário		Vínculo com a Secretaria		
		Matutino	Vespertino	Estatutários	RDA	Cedidos
Coordenador						
Enfermeiro						
Assistente Social						
Psicólogo						
Infectologista						
Farmacêutico						
Técnicos de Enfermagem						
Assistente Administrativo						
Aux. Serv. Gerais						
Motorista						

2. Estrutura Física do SAE

1. Recepção/sala de espera	1. () Sim () Não Qtd. _____
2. Arquivo de prontuários	2. () Sim () Não Qtd. _____
3. Sala de administração	3. () Sim () Não Qtd. _____
4. Sala de triagem	4. () Sim () Não Qtd. _____
5. Consultório médico	5. () Sim () Não Qtd. _____
6. Consultório enfermeiro	6. () Sim () Não Qtd. _____
7. Consultório de Psicologia	7. () Sim () Não Qtd. _____
8. Sala do Serviço Social	8. () Sim () Não Qtd. _____
9. Laboratório	9. () Sim () Não Qtd. _____
10. Sala para atividades coletivas e/ou auditório	10. () Sim () Não Qtd. _____
11. Farmácia	11. () Sim () Não Qtd. _____
12. Banheiro para funcionários	12. () Sim () Não Qtd. _____
13. Banheiro para usuários	13. () Sim () Não Qtd. _____
14. Almojarifado	14. () Sim () Não Qtd. _____
15. Copa/ cozinha	15. () Sim () Não Qtd. _____
16. Outros.	16. () Sim () Não Qtd. _____

Obs:

3. QUESTÕES:

1. Cargo: _____
2. Horário: _____
3. Vínculo: () Estatutário () Regime de direito administrativo () Cooperativa () Celetista/ CLT () Outro _____
4. Formação: () Especialização _____ () Residência em _____ () Mestrado () Doutorado () Outros _____
5. Tempo de atuação na área da saúde: () menos de 1 ano () de 1 a 3 anos () de 3 a 5 anos () de 5 a 7 anos () de 7 a 9 anos () de 9 a mais de 10 anos

6. Como é realizado o atendimento dos usuários no SAE?

- () há um dia na semana para agendamento de consultas
- () as consultas são agendadas diariamente conforme a demanda dos usuários
- () as consultas são agendadas por ordem de chegada
- () as consultas são agendadas por hora marcada
- () ao sair da consulta o usuário já tem seu retorno agendado
- () as consultas são realizadas espontaneamente de acordo com a demanda dos usuários
- () os usuários devem agendar seu retorno no dia de agendamento de consultas
- Obs: _____
-
-

8. A atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis, em especial às pessoas que vivem com HIV/Aids é uma ação prioritária na saúde do município de Manaus, Tabatinga, Benjamin Constant?

- () Sim () Não

9. Quando foi a última capacitação relacionada a atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids que você participou?

- () há menos de 1 ano () entre 1 a 2 anos () entre 2 e 3 anos () entre 3 e 4 anos () há mais de 4 anos () nunca participei de nenhuma capacitação relacionada ao tema

10. Há disponibilidade na unidade de preservativos?

- () Sim () Masculinos e Femininos
- () Não

Caso positivo, como se dá a oferta de preservativos?

- () Demanda livre com oferta na recepção da unidade ou em outros ambientes
- () mediante apresentação de receita na farmácia
- () Outros. _____

11. Quando uma unidade de saúde identifica um caso reagente para HIV/Aids qual o procedimento adotado? Após o encaminhamento para o serviço de referência em HIV/Aids há retorno das informações do usuário para a unidade?

14. Em caso de gestante HIV/Aids, qual a conduta adotada? As unidades têm feito a vinculação da gestante à maternidade? Há retorno da Maternidade para o SAE ou para a UBS de origem da gestante?

15. O acesso das PVHA aos exames necessários para acompanhamento tem se dado de forma facilitada? Há algum exame(s) que não está disponível ou tem demorado o acesso? Como se procede quando a pessoa que vive com HIV precisa realizar algum exame que não está disponível no município?

16. As medicações que compõem a terapia antirretroviral estão disponíveis para as pessoas que vivem com HIV/Aids no município?

Sim Não

Caso positivo, as medicações disponibilizadas são:

Suficientes

Insuficientes

Parcialmente Suficientes.

Outros.

17. Há algum medicamento usado na profilaxia primária ou secundária de infecções pelo HIV/ Aids que não está disponível no município? (Sulfametoxazol; Trimetoprima; Isoniazida; Azitromicina; Fluconazol; Clindamicina; Aciclovir, dentre outros)

18. O SAE atende pacientes de outros municípios? De países vizinhos? Há alguma dificuldade em realizar esse atendimento?

19. Como fica o acesso das pessoas que vivem com HIV/Aids aos serviços de maior complexidade em seu município? Quais situações são encaminhadas para referência? Onde é a referência? Como é feito o monitoramento desses pacientes?

20. Qual a relação que se estabelece entre os profissionais do SAE e das UBS em relação ao acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/Aids?

21. A comunidade de forma geral conhece o SAE e os serviços que ele oferece?

22. Qual a importância do trabalho interdisciplinar na atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids?

22. Por favor, faça considerações adicionais que julgar importante sobre os serviços de atenção a pessoa que vive com HIV/Aids no município.

APÊNDICE D - Formulário 4: Profissionais Atenção Básica (Enfermeiros das Unidades de Atenção Básica)

Município: Tabatinga Benjamin Constant

1. Unidade: _____

Bairro: _____

Horário de funcionamento: _____

Nome/ N° da Equipe	N° de profissionais da equipe					
	Médico	Enfermeiro	Odontólogo	ACS	ACE	ACD

2. Estrutura Física

1. Recepção/sala de espera	1. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
2. Arquivo de prontuários	2. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
3. Sala de administração	3. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
4. Sala de triagem	4. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
5. Consultório médico	5. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
6. Consultório enfermeiro	6. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
7. Consultório odontólogo	7. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
8. Sala ACS, ACE	8. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
9. Sala de vacina	9. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
10. Sala de curativos e/ou pequenos procedimentos	10. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
11. Sala de curativos e/ou pequenos procedimentos	11. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
12. Sala de esterilização	12. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
13. Sala para atividades coletivas e/ou auditório	13. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
14. Farmácia	14. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
15. Banheiro para funcionários	15. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
16. Banheiro para usuários	16. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
17. Almojarifado	17. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
18. Copa/ cozinha	18. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qtd. _____
19. Outros.	

Obs:

1. Cargo: _____

2. Vínculo: Estatutário Regime de direito administrativo Cooperativa Celetista/ CLT Outro _____

3. Formação: Especialização Residência em _____ Mestrado Doutorado Outros _____

4. Tempo de atuação na área da saúde: () menos de 1 ano () de 1 a 3 anos () de 3 a 5 anos () de 5 a 7 anos () de 7 a 9 anos () de 9 a mais de 10 anos
5. Como é realizado o atendimento dos usuários na Unidade?
 () há um dia na semana para agendamento de consultas
 () as consultas são agendadas diariamente conforme a demanda dos usuários
 () as consultas são agendadas por ordem de chegada
 () as consultas são agendadas por hora marcada
 () ao sair da consulta o usuário já tem seu retorno agendado
 () as consultas são realizadas espontaneamente de acordo com a demanda dos usuários
 () os usuários devem agendar seu retorno no dia de agendamento de consultas
 Obs:
-
-

7. Quantas consultas são realizadas por dia na unidade:
 Enfermeiro _____ Médico _____ Odontólogo _____

8. A atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis é uma ação prioritária na saúde do município? Na unidade de saúde? () Sim () Não

9. Quando foi a última capacitação relacionada ao cuidado das Infecções Sexualmente Transmissíveis que você participou?
 () há menos de 1 ano () entre 1 a 2 anos () entre 2 e 3 anos () entre 3 e 4 anos () há mais de 4 anos () nunca participei de nenhuma capacitação relacionada ao tema

10. Há disponibilidade na unidade de preservativos?

- () Sim () Masculinos e Femininos
 () Não

Caso positivo, como se dá a oferta de preservativos?

- () Demanda livre com oferta na recepção da unidade ou em outros ambientes
 () mediante apresentação de receita na farmácia
 () Outros. _____

11. Quais as principais ocorrências envolvendo ISTs que chegam à unidade? (enumere 3 em ordem de prioridade)

- () DIP () Gonorréia () Tricomoníase () Condiloma () Herpes Genital () Sífilis () Hiv/Aids () Outro _____

12. Os casos reagentes são notificados? () Sim () Não

13. Como se dá o acesso aos testes rápidos na unidade?

a. Demanda livre.

b. Dia e hora agendada. Especificar? _____. Quantas pessoas são atendidas no dia? _____

14. Qual o público prioritário para realização de testes rápidos na unidade?

- () gestantes

- parceiros das gestantes
 pacientes diagnosticados com tuberculose
 pacientes com outras infecções sexualmente transmissíveis
 _____) Outros
-

15. O local de realização dos testes assegura a privacidade (auditiva, visual) do atendimento ao usuário?

- Sim
 Parcialmente, apenas auditiva
 Parcialmente, apenas visual
 Não _____

16. Ao realizar o teste rápido, o aconselhamento é realizado?

- Sim Não Não tenho conhecimento sobre o aconselhamento

17. Ao realizar o teste rápido, a abordagem consentida é realizada?

- Sim Não Não tenho conhecimento sobre a abordagem consentida

18. Os casos reagentes são notificados?

- Sim Não Não tenho conhecimento sobre a notificação

19. Os casos reagentes para sífilis são tratados na própria unidade?

- Sim Não

Caso positivo, há disponibilidade de medicação na unidade?

- Sim Não

Caso negativo, como se procede?

20. Qual o procedimento quando se identifica um caso reagente para HIV/Aids na unidade?

- Encaminha para o SAE e/ou serviço de referencia Encaminha para o SAE e/ou serviço de referência após agendamento da consulta

- _____) Outros
-

21. Após o encaminhamento para o serviço de referência em HIV/Aids há retorno das informações do usuário para a unidade?

22. Em caso de gestante HIV/Aids, qual a conduta da unidade? É feita a vinculação da gestante à maternidade? Há retorno da Maternidade para a unidade?

23. No território da unidade há alguma pessoa que vive com HIV/Aids?

- Sim Não Desconheço a informação

Caso positivo, qual o vínculo desse usuário com a unidade?

24. A unidade recebe demanda de pessoas que residem em outros municípios do Alto Solimões? De outros países? Há alguma dificuldade para realizar esses atendimentos?

25. Por favor, faça considerações adicionais que julgar importante sobre os serviços de atenção a pessoa que vive com HIV/Aids no município.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA



TERMO DE COMPROMISSO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

CÓPIA

Convidamos o (s) Sr (s) para participar da Pesquisa: " TERRITORIALIDADES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ALTO SOLIMÕES E MAMAUÉS " desenvolvida pela doutoranda Inezmar Adalberto da Silva, endereço: Rua MalbaTahan, 15, Congonhas, Cep: 69010-460, telefone: (91) 99116886 e-mail: inezmar@ufam.br, sob orientação do professor Doutor José Adalberto de Oliveira, endereço institucional: Av. General Rodrigo Otávio, 6100, Coroado I, CEP: 69077-000, telefone: (91) 988169015, e-mail: jadolive@ufam.br. A pesquisa em tela tem como objetivos: Geral: Analisar nas regiões de saúde do Alto Solimões e Mamaués, a dinâmica de descentralização, regionalização e construção de rede de atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Específicas: 1) Analisar as estruturas institucionais e organizacionais que influenciam a implementação e formulação do processo de descentralização e regionalização de saúde no Amazonas, em especial no que concerne às ações que envolvem HIV/AIDS; 2) Compreender como se deu a descentralização e criação de regiões de saúde no Amazonas e como se estruturam os serviços em HIV/AIDS nessas dinâmicas; 3) Analisar duas regiões de saúde a partir da construção de rede de atenção às pessoas que vivem com o HIV/AIDS, a partir de duas regiões de saúde. *) Identificar a partir da distribuição dos serviços de saúde em Manaus, Taboanga e Benjamin Constant flutuações imunológicas viáveis para diagnóstico e assistência às pessoas que vivem com HIV/AIDS no Amazonas. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para não se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. O (s) Sr (s) não terá nenhuma despesa, mas como não receberá nenhuma remuneração. O local, horário e data da pesquisa são Manaus, Taboanga e Benjamin Constant até ao final da Secretaria Municipal de Saúde de São de dos respectivos municípios, o mesmo será combinado caso a necessidade sobre pesquisadores e especialistas. Informamos que a presente pesquisa seguirá um formulário semi-estruturado com questões abertas e fechadas. Vale destacar, que esta pesquisa com seres humanos envolve risco, e que na realização de visitas seja de caráter institucional, pedagógico ou social, pressupõe-se assistência ao participante da pesquisa de acordo com a Resolução nº66 de dezembro de 2013: III 1 - assistência médica – é ajuda emergencial e serve desde de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que esta seja necessária; e III 2 - assistência integral – é aquela destinada para atender complicações e danos. II se comprometo que o participante da pesquisa sofreu qualquer tipo de dano resultado de sua participação na pesquisa ou de interações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, terá direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e de decorrentes, diretas ou indiretas, da pesquisa, ou seja, de participações em todas as seguradoras o direito à indenização e cobertura natural para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. (Resolução CNS nº 466 de 2013, IV 1 b, IV c e V T) Vale destacar, ainda que haverá garantia de ressarcimento e ondo como de verba arrecadada do ressarcimento das despesas do participante da pesquisa e de seu acompanhante, quando necessário. Salienta-se que se com ressarcimento não são apenas aquelas relacionadas a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao caso (Item IV T g, da Resolução CNS nº 466 de 2013) 56. Por outro, o principal benefício da pesquisa é produzir conhecimentos acerca das particularidades do processo de descentralização e regionalização de saúde na realidade dos municípios de Manaus, Taboanga e Benjamin Constant e desenvolver as implicações deste processo na atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Os resultados desse trabalho poderão ser apresentados em eventos científicos, nacionais, e/ou resumos sejam os resultados obtidos como um todo, seja revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que possa relacionar com sua privacidade. Para quaisquer esclarecimentos siga endereço do Comitê de Ética: Rua Terceira, nº95 - Admanguá, CEP: 69067-070 – Manaus/AM, telefone: Fone 3106-1181, rural 106, e celular 99171-3496, e o e-mail cep.uffam@gmail.com

Consentimento pré-informado:

Eu, _____, após a leitura deste documento e de todas as oportunidades de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas. Estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, das possíveis dores ou riscos decorrentes e da garantia de confidencialidade e confidencialidade sempre que desejar. Diante das expostas, aprovo minha concordância de livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa como informante.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do Responsável pesquisador



Tempo total: 10 minutos

APÊNDICE F - Quadro Metodológico da Pesquisa

Tema: Descentralização e Regionalização da Saúde			
Tese: Territorialidades das Políticas Públicas de HIV: Descentralização e Regionalização da Saúde no Alto Solimões			
Problema	Objetivos		Questões Norteadoras
Em que medida o processo de descentralização e regionalização da política de saúde tem impulsionado as ações de saúde voltadas para pessoas que vivem com HIV nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga?	Geral: Analisar, a partir dos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga, na região de saúde do Alto Solimões, a dinâmica de descentralização, regionalização e construção da rede de atenção à saúde com ênfase nas intervenções relacionadas às pessoas que vivem com HIV.	Específicos: 1. Conhecer a implementação e formulação do processo de descentralização e regionalização da saúde no Amazonas; 2. Identificar como se deu a descentralização dos serviços de saúde voltados para o HIV na realidade dos municípios; 3. Refletir a partir da região de saúde do Alto Solimões os limites e desafios na construção da rede de atenção às pessoas que vivem com o HIV; 4. Identificar a partir da distribuição dos serviços de saúde em Tabatinga e Benjamin Constant os fluxos intermunicipais voltados para diagnóstico e assistência às pessoas que vivem com HIV na região de saúde do Alto Solimões.	Será que o descompasso no processo de descentralização e regionalização da política de saúde tem contribuído para que os índices de HIV no Amazonas estejam na contramão da tendência nacional e apresentem altos índices de diagnóstico e de óbitos? A estrutura orgânica das regiões de saúde e a definição de municípios de referência nestas tem contribuído para a ampliação de ações e serviços de atenção às pessoas que vivem com HIV nesses territórios? As regiões de saúde têm tido autonomia para construir uma agenda própria de gestão no seu território e efetivamente dirigir sua potência para investir na transformação da realidade da saúde regional das pessoas que vivem com HIV? Quais estratégias têm sido desenvolvidas nas regiões de saúde para atender especificidades regionais e que se caracterizem como ação e/ou serviço inovador local de atenção às pessoas acometidas pelo HIV?
Metodologia	Instrumentos e Técnicas	Amostra/ Pesquisados	Categorias Explicativas
Pesquisa de caráter exploratório. Modalidade qualitativa. A abordagem metodológica encontra-se na perspectiva dialética.	A escolha dos instrumentos e técnicas é responsabilidade do pesquisador. Assim, a coleta de dados foi realizada através de entrevista com perguntas abertas e fechadas, conforme critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos pelo pesquisador.	A amostra da pesquisa foi intencional a partir da definição dos pesquisados: Secretários Municipais de Saúde de Benjamin Constant e Tabatinga; Coordenador Estadual de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais, Coordenador Municipal de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais e da Atenção Básica de Benjamin Constant e Tabatinga; Profissionais do SAE e das Unidades Básicas de Saúde de Benjamin Constant e Tabatinga.	Política de Saúde Descentralização Regionalização Redes de atenção HIV

Fonte: Adaptado de MARTINELLI, Tiago. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e as entidades privadas sem fins lucrativos: a primazia público-estatal colocada em xeque / Tiago Martinelli. Tese (Doutorado), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2011.

APÊNDICE G - Perfil dos Pesquisados

Município	Instituição	Função	Identificação na pesquisa
Manaus	Secretaria de Estado da Saúde – 03 pesquisados	Diretor do Departamento de Planejamento	Profissional A, Secretaria de Estado da Saúde
		Técnico da Gerência de apoio a Gestão Descentralizada	Profissional B, Secretaria de Estado da Saúde
		Coordenação Estadual de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais	Coordenador Estadual de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais
Benjamin Constant	Secretaria Municipal de Saúde – 10 pesquisados	Secretário Municipal de Saúde	Gestor Municipal, Benjamin Constant
		Coordenação Municipal de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais	Coordenação Municipal de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais, Benjamin Constant
		Coordenação Atenção Básica	Coordenador Atenção Básica, Benjamin Constant
		Enfermeiro	Profissional A, Benjamin Constant
		Enfermeiro	Profissional B, Benjamin Constant
		Enfermeiro	Profissional C, Benjamin Constant
		Enfermeiro	Profissional D, Benjamin Constant
		Enfermeiro	Profissional E, Benjamin Constant
		Enfermeiro	Profissional F, Benjamin Constant
Tabatinga	Secretaria Municipal de Saúde- 15 pesquisados	Secretário Municipal de Saúde	Gestor Municipal, Tabatinga
		Coordenação Municipal de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais	Coordenação Municipal de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais, Tabatinga
		Coordenação Atenção Básica	Coordenador Atenção Básica, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional A, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional B, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional C, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional D, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional E, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional F, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional G, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional H, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional I, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional J, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional K, Tabatinga
		Enfermeiro	Profissional L, Tabatinga
Assistente Social – SAE	Profissional A, SAE Tabatinga		
Médico– SAE	Profissional B, SAE Tabatinga		
Enfermeiro - SAE	Profissional C, SAE Tabatinga		

Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2017.

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TERRITORIALIDADES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS: DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ALTO SOLIMÕES E MANAUS

Pesquisador: IVAMAR MOREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63893516.5.0000.5020

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.922.771

Apresentação do Projeto:

Resumo: Falar sobre o processo de descentralização e regionalização da política de saúde, com especial atenção para as ações e serviços de atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids e os desafios na conformação de uma rede de serviços que assegure a atenção integral a esses sujeitos, é um desafio de grande proporção. Assim, esta tese intitulada Territorialidades das Políticas Públicas de HIV /Aids: Descentralização e Regionalização da Saúde no Alto Solimões e Manaus, objetiva analisar nas regiões de saúde do Alto Solimões e entorno de Manaus, a dinâmica de descentralização, regionalização e construção da rede de atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids. Considerando que, no Brasil e no Amazonas, as desigualdades no acesso e utilização dos serviços são visíveis e exigem resposta do Estado e da sociedade, é de suma importância conhecer o modo como as desigualdades em saúde se configuram na realidade dos lugares, identificar os fatores condicionantes e/ou determinantes que obstam a possibilidade de construção de um sistema de saúde mais equitativo é um desafio. Para tanto, buscar-se-á avançar para identificar e entender a interdependência entre os serviços e instituições que configuram a política de saúde, o caráter intersetorial das ações, as distintas lógicas de organização e os campos de atuação materializados no setor, dentre outras questões que imprimem uma institucionalidade própria à saúde e exige um olhar ampliado, sustentado em conhecimentos

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.922.771

múltiplos – economia, política, sociologia, história - para o desvelamento dessa dinâmica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar nas regiões de saúde do Alto Solimões e entorno de Manaus, a dinâmica de descentralização, regionalização e construção da rede de atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids. Objetivo Secundário: 1. Analisar os arranjos institucionais e organizacionais que influenciam a implementação e formulação do processo de descentralização e regionalização da saúde no Amazonas, em especial no que concerne às ações que envolvem HIV/Aids; 2. Compreender como se deu a descentralização e criação das regiões de saúde no Amazonas e como se inseriu os serviços em HIV/Aids nessa dinâmica; 3. Analisar duas regiões de saúde a partir da construção da rede de atenção às pessoas que vivem com o HIV/Aids; 4. Identificar, a partir da distribuição dos serviços de saúde em Manaus, Tabatinga e Benjamin Constant, os fluxos intermunicipais voltados para diagnóstico e assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids no Amazonas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Vale esclarecer, que a presente pesquisa apresenta riscos, pois será aplicado um formulário/entrevista com perguntas abertas e fechadas. Porém, havendo algum tipo de risco relevante prestaremos assistência ao participante da pesquisa de acordo com a resolução 466 de dezembro de 2012: II.3.1 - assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; II.3.2 - assistência integral – é aquela prestada para atender complicações e danos. E se comprovado que os participantes da pesquisa sofreram qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa a instituições envolvidos nas diferentes fases da pesquisa, terá direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa Benefícios: O benefício da pesquisa é produzir um conhecimento acerca das particularidades e especificidades do processo de descentralização e regionalização da saúde na realidade dos municípios de Manaus, Tabatinga e Benjamin Constant e demonstrar as implicações desse processo na atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta: Considerando a complexidade das questões a serem trabalhadas, em um primeiro momento se procedeu a qualificação do projeto; ampla revisão bibliográfica; levantamento documental sobre o tema; leituras, discussão e fichamentos acerca das categorias axiais de análise (descentralização, regionalização, redes de atenção à saúde, territorialidades);

Endereço: Rua Teresina, 4950
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.922.771

seleção do lócus da pesquisa (Manaus, Tabatinga e Benjamin Constant), definição dos sujeitos em potenciais (gestores e técnicos das Secretarias Municipais de Saúde); elaboração dos instrumentais de pesquisa cuja abordagem será quanti-qualitativa entendida como abordagens que se complementam, já que a abordagem quantitativa não exclui a análise qualitativa, mas há uma cooperação entre as duas, apesar da natureza de ambas ser diferente e pré-teste. A opção pela região de saúde do Alto Solimões e Manaus considerou a área de interesse do Núcleo de Estudos e Pesquisas das Cidades na Amazônia Brasileira - NEPECAB, do qual a pesquisadora faz parte e que desenvolve inúmeros trabalhos de pesquisa na região; considerou-se também o número de diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids e a existência, em tais municípios, de Serviços de Atenção Especializada a pessoas que vivem com HIV/Aids. Nesse sentido, considerando a acessibilidade e a factibilidade do estudo, optou-se por realizá-lo na região do Alto Solimões, especificamente, nos municípios de Tabatinga e Benjamin Constant e na região de saúde de Manaus, entorno e Alto Rio Negro, com foco no município de Manaus.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Riscos (no corpo): adequados
2. Orçamento: adequado
3. TCLE: adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em razão do exposto, somos de parecer favorável que o projeto seja APROVADO, pois o pesquisador cumpriu as determinações da Res. 466/2012.

É o parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_840430.pdf	30/01/2017 18:57:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOVERSAO2.docx	30/01/2017 18:55:45	IVAMAR MOREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de	TCLEREVISADO.doc	30/01/2017	IVAMAR MOREIRA	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.922.771

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREVISADO.doc	18:53:06	DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	27/12/2016 21:21:53	IVAMAR MOREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	TERMODEANUENCIA.doc	08/12/2016 22:03:42	IVAMAR MOREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	INSTRUMENTAIS.docx	08/12/2016 22:00:43	IVAMAR MOREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 15 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br