

NAIARA CHRISTINA OLIVEIRA MAGALHÃES
EPIDEMIA DO HIV/AIDS NO
PIAUÍ:

repensando as políticas estaduais de prevenção

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS

TERESINA - PIAUÍ

JANEIRO DE 2008

NAIARA CHRISTINA OLIVEIRA MAGALHÃES

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**A EPIDEMIA DO HIV/AIDS NO PIAUÍ:
repensando as políticas estaduais de prevenção**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal do Piauí, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação do Professor Doutor Fabiano de Sousa Gontijo.

**UFPI
TERESINA - 2008**

NAIARA CHRISTINA OLIVEIRA MAGALHÃES

**A EPIDEMIA DO HIV/AIDS NO PIAUÍ:
repensando as políticas estaduais de prevenção**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal do Piauí, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação do Professor Doutor Fabiano de Sousa Gontijo.

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Fabiano de Sousa Gontijo

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Orientador e Presidente

Professor(a) Doutor(a)

Instituição

Professor(a) Doutor(a)

Instituição

TERESINA - 2008

*Ao Artur, meu querido filho,
razão da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Ao professor e orientador Dr. *Fabiano de Sousa Gontijo*
pelos ensinamentos e por ter aceitado o desafio que foi esta orientação;
À professora *Lúcia Vilarinho*, que nunca deixou de acreditar em meu potencial,
incentivando-me tanto na trajetória acadêmica como profissional;
Ao professor *Francisco de Oliveira Barros Júnior* e à professora *Lúcia Rosa*
pelo carinho com que me receberam no início desta caminhada,
dando-me as primeiras orientações, que muito contribuíram na construção deste trabalho;
Ao professor *Solimar Oliveira Lima* pelo incentivo, pelas discussões
e, principalmente, pelas críticas construtivas na fase de conclusão desta pesquisa;
Ao Mestrado em Políticas Públicas, em especial, as professoras *Maria do Rosário* e *Dione Moraes*
pela competência com que sempre conduziram seus trabalhos, e à *Neila*
pelo carinho com que sempre tratou a todos;
Às amigas *Débora, Rossana, Valquíria, Lya Rachel, Eugênia, Simone* e *Vanessa*
pelo acolhimento com que me receberam todas as vezes em que tive de hospedar-me em Teresina,
e pelo incentivo nos momentos de desânimo;
Às companheiras do mestrado, em especial, *Rosângela, Melissa* e *Vânia Leão*
pelos momentos de discussão e de descontração;
Às amigas de Parnaíba, *Iraneide, Simome, Adriana, Luciana Meyre, Alice Vitória, Adriana Parente, Socorro*
Candeira e *Karliane*, que sempre estiveram na torcida;
À comadre *Luciana*, madrinha do Artur, uma de minhas maiores incentivadoras;
Às minhas primas *Ana Paula* e *Amparo* pela amizade e pela convivência nesses últimos anos;
Aos profissionais que atuaram e atuam na coordenação da AIDS no Piauí,
em especial, *Consolação Pitanga, Rosângela Monte* e *Ceci Faço*;
Aos representantes das ONGs/AIDS, em especial, *Socorro Freitas*, da RNP+,
que sempre me recebeu com o maior carinho;
Às eternas amigas de Caxias, *Viviane, Cris* e, em especial, *Lu*
pelos anos de convivência e de cumplicidade;

À minha família de Caxias, meus sogros, *D. Toinha, Seu Mota* e meus cunhados, *Verônica e Tarcísio*, que,
mesmo de longe, sempre me apoiaram;

A meus maravilhosos pais, *Luiz e Rita*, que sonharam com a realização
deste ideal e cuidaram tão bem de meu filho nesses últimos seis meses,
e a meu esposo, *Paulo*, pelo amor e compreensão nos momentos em que estive ausente;

Aos funcionários do CTA de Parnaíba, *Regane, Nilsa, Chaguinha, Livramento, Marquinho e Seu Antenor* por
todos esses anos de convivência;

Aos funcionários do Hospital Estadual Dirceu Verde e, em especial, o Diretor, Dr. *Eduardo Nogueira*, pela
sensibilidade em compreender minha ausência, logo no primeiro mês de trabalho;

À Secretaria de Saúde de Parnaíba, na pessoa da Dr^a *Ivanete Beltrão*,
por permitir que me afastasse parcialmente de minhas atividades no Programa Saúde da Família;

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho;

Agradeço, sobretudo, a Deus, Força Criadora, que a tudo e a todos move e ilumina,
por sempre me ter guiado e protegido nesta grande jornada, que é a Vida.

RESUMO

As Políticas Públicas são respostas do poder público para problemáticas sociais. Elas são estratégias de grande relevância para o enfrentamento da epidemia da AIDS e para o desenvolvimento de ações de prevenção da infecção do HIV, pois institucionalizam, no setor público de saúde, ações sistemáticas para esse fim. Elas se estruturam numa rede de determinantes que delineiam os caminhos a serem trilhados pelo gestor público. Nesse contexto, entram em jogo diversos atores, com diferentes interesses e poder de barganha político-econômica, de negociação de concepções de mundo, de estratégias de ação e de campos de luta por direitos e deveres sociais. Nesse sentido, o presente trabalho objetiva uma discussão conceitual sobre esse tema, desenvolvendo a concepção teórica sobre prevenção, promoção e educação em saúde, esta entendida como campo privilegiado de práticas que ocorrem no nível das relações estabelecidas cotidianamente pelos profissionais de saúde no âmbito institucional. Esse quadro teórico é desenvolvido centrando a temática da prevenção da AIDS, contextualizada no cenário brasileiro e piauiense. A pesquisa bibliográfica e empírica buscou reconstruir a história da política de prevenção da AIDS no estado do Piauí, tendo fio condutor o discurso dos profissionais que atuaram no Programa Estadual de DST/AIDS. Como resultado, o presente trabalho pretende mostrar, através de uma estrutura baseada na história narrativa, quais as percepções que os profissionais de saúde que atuaram no programa de AIDS têm acerca do tema da prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção, Promoção da Saúde, AIDS, Políticas Públicas, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Public Policies are responses from the public power for social problems. They are important strategies to face AIDS epidemic and to develop actions for prevention against HIV infection. They are structured in some determinants that outline the ways to be followed by the public manager. In this context, several characters appear with different interests and political-economic bargaining power, negotiation of conceptions of the world, strategies for action and fields of struggle for social rights and duties. Thus, the present study aims a conceptual discussion about this topic developing the theoretical conception about prevention, health promotion and education, this one understood as an ideal area for practices that occur in the level of relations established daily by health professionals in the institutional field. This theoretical framework is developed focusing the theme of AIDS prevention, contextualized in the reality of Brazil and Piauí. The bibliographic and empirical research purpose was to reconstruct the history of the policy of AIDS prevention in Piauí State, conducted by the speech of the professionals who acted on the State Program of STD / AIDS. As a result, the present study aims to show through a structure based on the narrative story, which ideas the health professionals who worked in the program for AIDS have about the topic prevention.

KEY-WORDS: Prevention, Health Promotion, AIDS, Public Policies, Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

AIS – Ações Integradas de Saúde

ASA – Ação Social Arquidiocesana

BENFAM – Sociedade Civil para o Bem-Estar da Família

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CELOS – Coordenação Estadual de Livre Orientação Sexual

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestora Tripartite

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

GAPA – Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

HDIC - Hospital de Doenças Infectocontagiosas

HEMOPI – Centro de Hemoterapia do Piauí

IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IDTNT – Instituto de Doenças Tropicais Nathan Portela

INAMPS – Instituto de Assistência Médica e Previdência Social

MNMMR – Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua

MS – Ministério da Saúde

NAICA – Núcleo de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não-Governamental

PAM – Plano de Ações e Metas

PENUD – Programa das Nações Unidas

PI – Piauí

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

POA – Plano Operacional Anual

PSF – Programa Saúde da Família

RNP+ - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

SAE – Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS

SEMCAD – Secretaria Municipal da Criança e do Adolescente

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPI – Universidade Federal do Piauí

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: DO SANITARISMO CAMPANHISTA À PROMOÇÃO DA SAÚDE	21
1.1 Antecedentes históricos	21
1.2 O Sistema Único de Saúde e a proposta de mudança das práticas sanitárias	34
1.2.1 O Pacto pela Saúde: Estratégia do Ministério da Saúde de reorientação do atual modelo de atenção	41
CAPÍTULO 2 - REPENSANDO OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAUDE NO BRASIL	49
2.1 Da prevenção à promoção da saúde	49
2.2 A educação em saúde como campo de conhecimentos e de práticas	61
CAPÍTULO 3 - AIDS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE PREVENÇÃO NO BRASIL	75
3.1 Contexto de surgimento da epidemia de AIDS no Brasil	76
3.2 Teorias e modelos de prevenção que orientaram os trabalhos de prevenção do HIV/AIDS no Brasil	87
CAPÍTULO 4 - A PREVENÇÃO NA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE AIDS NO PIAUI: A HISTÓRIA CONTADA POR SEUS AGENTES	103
4.1 Caracterização institucional da AIDS no Piauí	103
4.2 Estratégias de prevenção desenvolvidas no âmbito do programa estadual de AIDS no Piauí: a percepção dos profissionais acerca do tema	136
CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
BIBLIOGRAFIA	156

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), conhecida nos países de linha inglesa e no Brasil como AIDS, conseguiu um caráter de epidemia com o expressivo aumento do número de casos que têm ocorrido em todo o mundo. De acordo com o relatório da UNAIDS, apesar dos esforços preventivos, estima-se que atualmente 33,2 milhões de pessoas convivam com o HIV no mundo, e que ocorreram 2,5 milhões de novas infecções em 2007, das quais 90% se encontram nos países em desenvolvimento.

No Brasil, desde o início da epidemia na década de 80 até junho de 2007, o Ministério da Saúde notificou 474.273 casos de AIDS (Boletim Epidemiológico, novembro/2007). Desse total, 314.294 foram verificados em homens; e 159.793, em mulheres. Ao longo do tempo, a razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva. Em 1985, havia 15 casos de doença em homens para 1 caso em mulheres. Hoje a relação é de 1,5 para 1. Na faixa etária de 13 a 19 anos, há inversão da razão de sexo, a partir de 1998.

Ainda de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2007, o Brasil tem um terço das pessoas que vivem com HIV na América Latina. No país, destacam-se a diminuição da prevalência em usuários de droga injetável e o aumento em mulheres, cuja infecção é atribuída principalmente ao comportamento sexual de seus parceiros. O documento também indica a incidência por região, tendo a região Norte o maior crescimento no número de casos (39,61%). O número passou de 1.459 notificações, em 2002, para 2.037, em 2006. No Nordeste, o número passou de 4.590, em 2002, para 5.189, em 2006. Nas regiões Sul e Sudeste, a tendência é de queda; e no Centro-Oeste, de estabilização.

Com relação à categoria de exposição, observa-se o crescimento da epidemia entre heterossexuais com mais de 13 anos, e a estabilização entre homossexuais e bissexuais. No entanto, em homo/bissexuais jovens, a tendência é de crescimento. Assim, em 1996, dos casos registrados em homens, 29,4% foram em homo/bissexuais; 25,6% em heterossexuais. Em 2006, foram 42,6% em heterossexuais; 27,6% em homo/bissexuais.

A modificação do perfil da epidemia de casos de AIDS no Brasil nos últimos anos se caracterizou por modificações que ficaram conhecidas como *heterossexualização*, *feminilização*, *interiorização* e *pauperização*. Assim, a epidemia, antes restrita a grandes cidades, passou a estar presente também em municípios de menor porte. Em segundo, como mostram os dados, há hoje o predomínio do número de casos entre heterossexuais, com notado incremento da transmissão entre mulheres. Em terceiro, a epidemia apresenta maior velocidade de transmissão entre pessoas em situação de pobreza.

Pode-se dizer que a epidemia de AIDS se comporta de modo desigual no mundo, diferindo de acordo com as localizações geográficas e segmentos populacionais. De modo análogo, no Brasil, ela é considerada como a soma de microepidemias regionais, o que reflete a falácia de pensar-se em intervenções generalizantes na esfera da prevenção, pela própria heterogeneidade da epidemia para diferentes momentos históricos e regiões em que se insere.

No Piauí, a tendência da epidemia apresenta características comuns às outras das demais regiões do país. De acordo com o último Boletim Epidemiológico elaborado no estado, de 1986 a 2006, foram notificados no Piauí 2.652 casos de AIDS em maiores de 13 anos (Boletim Epidemiológico Piauí/2006). Dados atuais do serviço de vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado registraram, em 2007, o total de 146 novos casos. O grupo etário mais atingido compreende entre 20 e 39 anos, o que corresponde a 69,31% dos casos

registrado em 2006. Entre a categoria de exposição, a transmissão sexual é o principal meio de infecção pelo HIV no estado. Os heterossexuais representam 48,0 % dessas notificações; os bissexuais, 21,0%; e o homem que fazem sexo com homens (HSH) respondem por 15% dos 1.668 casos registrados em 2006.

A epidemia do HIV/AIDS representa uma das mais sérias ameaças à saúde pública do nosso tempo. Na falta de métodos preventivos e curativos eficazes no campo da biologia, as possibilidades de enfretamento à sua propagação continuam sendo amplamente sustentadas no trabalho educativo, visando a estimular a adoção de medidas que reduzam os riscos de infecção.

No entanto, a questão da mudança de hábitos, particularmente nos campos diretamente implicados na transmissão do HIV, está bem longe de ser simples e transcende, sem dúvida, o aspecto estritamente informativo, como pode ser observado nos trabalhos de autores citados nesta dissertação, como Paulilo (1999) e Parker (2000). Os resultados das pesquisas desses autores apontam para a existência de fatores para além da informação específica sobre AIDS ou subjacentes a ela que interferem na adoção de medidas preventivas eficazes.

No decorrer da dissertação, veremos que a política de intervenção para a epidemia, proposta pelo Ministério da Saúde (MS), tem-se baseado no modelo em que o risco do HIV é tomado como resultado da insuficiência de informações necessárias à mudança de comportamento. O pressuposto central dessa abordagem associa conhecimento e comportamento, no qual o risco dependeria da tomada de consciência de sua possibilidade e do acesso a conhecimentos sobre o vírus e a doença, elementos que provocariam a mudança de comportamento traduzida na adesão a práticas preventivas.

Nesse sentido, este estudo pretendeu fazer uma reflexão sobre a política de prevenção da AIDS no Piauí, buscando identificar qual modelo de prevenção adotado pelo estado. Nosso foco de estudo se volta ainda para saber como os profissionais que atuaram no programa estadual de DST/AIDS intervieram nesse campo dotado de múltiplas facetas. Interessa saber quais as abordagens utilizadas, que experiências desenvolveram e quais os conteúdos significativos sobre os quais apoiaram suas intervenções.

O interesse pela temática surgiu a partir da aproximação profissional da pesquisadora com ações de prevenção à AIDS, desenvolvidas primeiramente na Coordenação Estadual de DST/AIDS, em Teresina, e num segundo momento, no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em HIV/AIDS de Parnaíba, no período de outubro de 1999 a dezembro de 2002.

Essa experiência possibilitou o acompanhamento das ações preventivas no campo da AIDS. Percebemos que o trabalho desenvolvido pelo Programa Estadual de DST/AIDS, junto à população, visando a desenvolver medidas de enfrentamento da epidemia, esteve na maioria das vezes voltado para ações de cunho pontual, em que o discurso preventivo procurava enfatizar informações básicas das formas de transmissão dentro de uma visão fatalista, normativa e discriminatória.

Constatamos, ainda, que mesmo diante de um leque de ações desenvolvidas pelo Programa objetivando o controle da epidemia, como as campanhas nos meios de comunicação de massa, os diversos trabalhos educativos, entre os quais: palestras, oficinas, seminários e debates sobre a temática, inúmeros cursos de capacitação para profissionais de saúde e grupos específicos (adolescentes, profissionais do sexo) com o objetivo de formar multiplicadores

de ações de prevenção, com vistas a evitar a infecção pelo HIV, os casos da doença continuavam aumentando.

Nesse contexto da política de prevenção da AIDS desenvolvida no Piauí, levantamos alguns questionamentos acerca da abordagem utilizada nas ações educativas realizadas pelo programa de prevenção da AIDS.

Ao vivenciar todas essas experiências, pudemos acompanhar alguns dilemas no trabalho realizado no CTA, quando constatamos, durante as intervenções, que a maioria dos usuários atendidos no serviço de testagem tem informações sobre a doença, como formas de contaminação e de prevenção, apresentando também percepção dos riscos. No entanto, continuam expondo-se, na medida que se constatava a volta destes usuários várias vezes ao serviço, relatando exposições a situações de risco e acreditando que a realização do teste se constitui numa forma de prevenção.

Para entender esses elementos da realidade do Programa Estadual de DST/AIDS, essa pesquisa considerou uma abordagem a partir da perspectiva sociológica de compreensão do processo saúde/doença, como um campo de contradições inerentes à própria dinâmica da sociedade, utilizando-se do método dialético que abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais que atribuem significados a ela.

Segundo Minayo (1998, p.14), saúde e doença são fenômenos clínicos sociológicos vividos culturalmente, tanto por seus efeitos no corpo, como por suas repercussões no imaginário. Nesse sentido, para a autora, toda ação de tratamento, de prevenção ou de

planejamento deveria estar atenta aos valores, às atitudes e às crenças dos grupos a que a ação se dirige, pois saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano como ser total.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada a técnica de pesquisa qualitativa (entrevista semi-estruturada) que permitirá a apreensão de aspectos subjetivos, como valores e opiniões, revelando a relação da estrutura social e política com os modelos culturais interiorizados. As entrevistas foram realizadas em dois períodos distintos: as primeiras foram realizadas nos meses de maio e junho de 2005, com os técnicos e com os coordenadores que atuaram até 2004. Em segundo momento, nos meses de agosto e setembro de 2007, foram realizadas com os coordenadores que atuaram nos anos de 2005 a 2007. Nessas entrevistas, que duraram em média 50 minutos, procurou-se identificar questões como: *Qual a concepção do processo saúde/doença que norteava as ações de prevenção dos profissionais que atuaram no programa? Qual o conceito de sujeito da prática preventiva utilizado? Qual a concepção de educação em saúde subjacente às práticas educativas destes profissionais?*

O universo da pesquisa é composto pelos gestores que atuaram da Coordenação Estadual e pelos técnicos que executam ações de prevenção, tanto na Coordenação quanto no CTA. No critério de escolha, foram definidos todos os coordenadores que assumiram a gerência do Programa no período de 1989 a 2007, os dois técnicos que atuam no CTA de Teresina e os dois que atuam na Coordenação Estadual na área de prevenção desde a implantação do Programa, além de dois representantes do fórum ONG/AIDS no Piauí.

Os gestores entrevistados perfazem um total de oito pessoas e pertencem a diversas categorias profissionais, como: duas enfermeiras, uma médica, uma socióloga, dois psicólogos,

um biólogo e uma assistente social. Os técnicos são: quatro assistentes sociais, sendo que duas atuam na Coordenação Estadual de DST/AIDS e duas no CTA, ambos de Teresina.

O desenho metodológico aqui proposto buscou combinar outra técnica de coleta de informações, visando a uma maior aproximação com o objeto da investigação, que é a pesquisa documental.

Assim, para a construção do quarto capítulo, consultamos os documentos institucionais existentes na Coordenação Estadual de AIDS, buscando e analisando os Planos Operacionais Básicos (POAS), dos projetos AIDS I e II, os Planos de Ações e Metas do estado e dos município; as propostas de projetos de capacitação, relatórios, além da análise das campanhas de prevenção realizadas no Piauí, incluindo uma amostra do material educativo produzido em âmbito local e aqueles enviados pelo MS.

Houve algumas limitações em relação às fontes documentais produzidas pela Coordenação Estadual de DST/AIDS, pois tivemos dificuldades em recuperar todo o material produzido nestes quase vinte anos de Programa, visto que boa parte não se encontrava no arquivo.

No percurso metodológico, achamos necessário também recorrer a fontes documentais produzidas pela imprensa piauiense. Embora esse não tenha sido o foco de nosso estudo, realizamos uma pesquisa no Jornal O DIA de Teresina, com o objetivo de compreender como os meios de comunicação se expressaram na comunicação sobre a epidemia.

Ainda sobre o processo de trabalho de campo, é importante destacar que, de certa forma, a autora já havia estabelecido, direta ou indiretamente, com todas as pessoas envolvidas neste trabalho, algum tipo de relação profissional. Se, por um lado, a familiaridade com o grupo

entrevistado facilitou o agendamento das entrevistas; por outro, os depoentes buscavam muitas vezes cumplicidade em suas análises, causando, às vezes, constrangimento no seguimento das perguntas. Julgamos pertinente fazer essas demarcações, pois trazem consigo as dimensões e os limites alcançados pela proposta de investigação.

O trabalho está estruturado da seguinte forma: No primeiro momento, para dar base ao leitor, o estudo pretende, no capítulo '*Processo de construção dos modelos de atenção à saúde no Brasil: da sanitarismo campanhista à promoção da saúde*', fazer a contextualização da política de saúde no Brasil a partir dos modelos de saúde vigentes em determinados momentos históricos, tendo como foco a política de prevenção. O objetivo desse capítulo é pontuar, de forma não exaustiva, o sistema de saúde enquanto preocupação do Estado, desde seus primórdios até a entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Vale ressaltar que outros autores já fizeram essa análise com bastante propriedade - autores nos quais nos baseamos para pontuar fatos históricos importantes que dão noção de como foi a evolução dos modelos de atenção à saúde, empreendidos pelo Estado. Assim, autores, como Mendes e Bravo, fornecem elementos para compreender os rumos da política de saúde no Brasil.

O segundo capítulo, '*Repensando os modelos de atenção à saúde no Brasil*', promoveu, num primeiro momento, o resgate dos conceitos de promoção e de prevenção da saúde. Ao analisar o discurso vigente nesse campo, constatamos que os dois conceitos partem de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, e utilizando-se de autores como Buss/2003, veremos que a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. Nesse capítulo, destacamos também que as estratégias educativas de prevenção devem ser compreendidas

como integrantes de propostas de educação em saúde, enquanto campo de conhecimentos e práticas.

No terceiro capítulo, propomo-nos refletir sobre o panorama das respostas dadas na epidemia de AIDS no âmbito do Programa Nacional de DST/AIDS, identificando os modelos de prevenção utilizado pela política nacional da AIDS.

No quarto capítulo, trazendo a discussão para a realidade piauiense, tratamos de elaborar inicialmente a caracterização do Programa Estadual de AIDS, a partir da narrativa contada por seus próprios agentes, para em seguida mostrar o modelo de prevenção adotado pelo Programa, a partir dos discursos dos profissionais que atuaram no Programa.

CAPÍTULO I

1. PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: DO SANITARISMO CAMPANHISTA À PROMOÇÃO DA SAÚDE

1.1 Antecedentes históricos

Em decorrência do projeto de reforma sanitária, alguns centros acadêmicos têm desenvolvido uma reflexão crítica sobre a evolução da organização dos serviços de saúde, o que permitiu identificar distintas formas de atuar sobre essa realidade. Entre os modelos técnico-assistenciais, o Brasil teria passado do modelo *sanitarismo campanhista* (do final do século XIX a meados do séc. XX) para o modelo *médico assistencial privatista*, até chegar ao modelo atual, ainda em construção, iniciado no final dos anos 80, que tem sido chamado de *vigilância da saúde*. (MENDES, 1999).

O modelo de atenção à saúde que determinada sociedade adota é, por um lado, fruto de determinação político-econômica e, por outro, de concepção de saúde vigente em tal sociedade, num determinado momento. Modelo de atenção pode ser entendido como forma de organização das relações entre profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde, mediadas por tecnologias utilizadas no processo saúde-doença-cuidado. (PAIM, 1999).

No Brasil, os modelos de atenção à saúde surgem como uma setorização da política social utilizada pelo Estado com o objetivo de manter a produção e a reprodução das relações sociais capitalistas, através da mediatização da relação capital/trabalho. (BAYER e LEYS, 1986).

Essa intervenção do Estado vai-se dar de forma mais sistematizada a partir do séc. XX, mais efetivamente na década de 30 (CAMPOS, 1997). Antes disso, no séc. XVIII, havia no Brasil a predominância de doenças pestilenciais, entre elas, a varíola e a febre amarela. Os serviços de saúde eram escassos, e a prática médica era baseada em conhecimentos tradicionais não-científicos, resumindo-se em assistência particular às camadas mais favorecidas ou assistência médica filantrópica, dirigida aos pobres.

As medidas de combate às doenças e às epidemias, advindas da pobreza, no séc. XVIII, denominaram-se *higienização* ou *movimento higienista* – compreendidas como esforço generalizado de moralização e de domesticação das classes populares. A higiene que surge no séc. XVIII, como medida educativo-preventiva, fez com que se compreendesse que o mau funcionamento da sociedade era a causa de doenças. Assim, era necessário higienizar todo o ambiente social, moral, político, familiar, sexual, laboral e físico. (MELO, 1981, p. 32).

A doutrina higienista era fundada na visão funcionalista da sociedade, ou seja, na noção de sociedade como um conjunto estruturado e hierarquizado que tende a funcionar harmonicamente com a participação natural de todos os membros. A higiene traz, para o nível do indivíduo, a questão da determinação saúde/doença, retirando o foco de atenção das reflexões sobre políticas sociais e condições de vida e de trabalho da população (PEREIRA, 1993, p. 21). Nesse sentido, a base biologicista dessa concepção apóia-se no pressuposto de que os problemas de saúde da população estariam relacionados

à sua ignorância de normas de higiene, ou seja, pela mudança de atitudes e de comportamentos individuais, seriam solucionados os problemas de saúde como um todo.

No séc. XIX, vão surgir na realidade brasileira modificações políticas e econômicas com o surgimento de grandes empreendimentos no comércio e na agricultura. Com o crescimento das cidades, as atividades portuárias expandem-se consideravelmente, fazendo-se necessária a incorporação de uma força de trabalho mais eficiente. Nesse período, as condições de saneamento eram muito precárias, e as doenças se alastravam com muita facilidade. A mortalidade por tuberculose, febre amarela, malária e varíola era muito elevada. Como essas condições insalubres estavam prejudicando as atividades de importação e exportação no país, faz-se necessária a intervenção do Estado na saúde pública.

O modelo sanitário adotado nesse período, herdado do séc. XVIII, foi o sanitarismo campanhista, que consistia numa ação de inspiração militarista de combate às doenças de massa, determinado por um modelo econômico agroexportador, fortemente assentado na monocultura cafeeira, que exigia do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de produção, de armazenamento e de circulação de produtos, com o controle das doenças, que prejudicavam as exportações. As primeiras práticas de educação em saúde ocorreram nesse contexto, por meio de campanhas urbanas breves e marginais, nas quais predominava a imposição de normas e de medidas de saneamento, consideradas científicas pelos técnicos e burocratas. (MENDES, 1994).

Essas medidas adotadas pelo modelo campanhista procuram alargar sem limites o objeto da Medicina, de modo a ir além do tratamento das enfermidades e abarcar toda a vida do homem sadio. Caracterizada por forte centralização administrativa, a preocupação,

na realidade, não era com a saúde da população, mas com a reprodução da força de trabalho e com a suavização dos conflitos sociais.

Nesse contexto, final do séc. XIX e início do XX, a saúde emerge como questão social no bojo da economia capitalista cafeeira, assumindo de forma embrionária a característica de política social (BRAGA e PAULA, 1986, p. 41). Nesse período, foram colocadas as questões de higiene e de saúde do trabalhador, com a tomada de algumas medidas que se constituíram no embrião do sistema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), em 1923. As CAPs eram organizadas por empresas por meio de contrato compulsório e sob forma contributiva. Elas tinham como função a prestação de benefícios proporcionais às contribuições em que eram previstos pensões e aposentadorias, assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos para seus filiados e dependentes.

As alterações ocorridas na sociedade brasileira na década de 30, com o processo de industrialização, levando o Estado a redefinir seu papel para atender as reivindicações dos trabalhadores, produziram mudanças no sistema previdenciário brasileiro, que passa por profunda reformulação. Durante esse período, de 1933 a 1938, as CAPs são unificadas pelos institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), agora congregando trabalhadores por categorias profissionais. Os Institutos, hoje, são de caráter nacional e se diferenciam das CAPs pela forte presença do Estado em sua administração. Essa nova estrutura previdenciária, ao reconhecer determinados direitos sociais de alguns setores assalariados, reconhece como cidadão somente aquele que apresenta uma ocupação reconhecida por lei. Essa forma de concessão é denominada de cidadania regulada, conceito-chave para entendimento da política social do pós-30. (SANTOS, 1987).

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois setores: o de saúde pública, e o da medicina previdenciária. As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram, segundo Braga e Paula (1986, p. 53-55), a ênfase nas campanhas sanitárias e a interiorização das ações para áreas de endemias rurais.

O processo de industrialização acelerado que o Brasil viveu na década de 50 determinou um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma força de trabalho que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelos sistemas de saúde. O importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo ou restaurando sua atividade produtiva. (MENDES, 1994, p. 21).

Observa-se, de acordo com Mendes (1994), um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da previdência social e de diminuição das ações campanhistas, que acabam por levar a confirmação na década de 60 do modelo médico assistencial-privatista, caracterizado pela prática médico-curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública. Essa prática estava orientada para a lucratividade do setor saúde, privilegiando os serviços privados.

Nesse período, de 1964 a 1974, a medicalização da vida social foi imposta tanto na saúde pública quanto na previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, propondo a unificação dos benefícios prestados pelos IAPs, foi o momento institucional de consolidação do modelo médico-assistencial privatista.

Em face da questão social, nesse período, o Estado utilizou, para sua intervenção, o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime militar. (BRAVO, 1991, p. 94).

Segundo Oliveira e Teixeira (1986, p. 207), foi implantado, no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado, com as seguintes características: ênfase na prática médico-curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional; interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços e, por último, organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do Capitalismo no Brasil, com diferenciação do atendimento em relação à clientela.

Esse modelo médico-assistencial privatista tem sua expressão máxima em países como os EUA e, sustentado por amplos recursos econômicos, se impõe em países de diversas regiões do mundo, na América Latina e no Brasil, difundindo-se por meio de importantes subsídios de recursos públicos. Sua expansão provocou problemas de várias ordens, induzindo a um aumento do consumo por mais atos médicos, e a uma crescente medicalização da sociedade. A fragmentação do ato médico e o uso indiscriminado de tecnologia, além de perdas da eficácia técnica de intervenção no paciente, da produção de atos desnecessários causaram grande aumento dos custos da assistência e, nas sociedades

sem políticas universalistas, dificuldades crescentes de acesso à saúde de grande parte da população. (MENDES, 1994).

No entanto, é na segunda metade da década de 70 que se consolida no Brasil a privatização da assistência médica, promovida pelo Estado com o sistema de proteção social em que a Previdência Social passa a ofertar assistência médica por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) a seus segurados, fundamentalmente com a compra de serviços médicos do setor privado.

No final dessa década, esse sistema estatal de proteção social passa a ser o segundo orçamento do país, sendo que um terço de sua receita é gasto com assistência médica. Mas, Segundo Mendes (1994), é também no final dessa década que o sistema de proteção social entra em crise, com o fim do milagre econômico, ocasionado pela pressão inflacionária e pelas exigências do Fundo Monetário Internacional (FMI).

A política nacional de saúde enfrentou, nesse período, permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, e mais tarde em 1978, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social através das ações curativas, comandadas pelo setor privado. (COHN, 1996).

O Estado, como prestador de serviços de saúde, se organiza para assistir a população, mas, ao mesmo tempo, para atender aos interesses dos grupos sociais hegemônicos. O processo

de acumulação do capital influenciou a dinâmica da oferta de serviços, induzindo modelos de atenção centrados no atendimento individual, na produção de atos médicos especializados, na utilização crescente de equipamentos e medicamentos, distanciado das necessidades de saúde da população.

Num ambiente de dura repressão e esvaziamento de partidos e de sindicatos, a população foi, aos poucos, buscando novas formas de resistência. A Igreja Católica apoiou esse movimento, possibilitando o engajamento de intelectuais das mais diversas áreas. Muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, engajaram-se nesse processo. O método de educação popular, sistematizado por Paulo Freire (1979), constituiu-se norteador da relação entre intelectuais e classes populares. Sob um regime que priorizava a expansão da economia e mantinha a classe não-assalariada excluída dos direitos sociais, foram nascendo iniciativas de busca de soluções técnicas, construídas com base no diálogo entre saber popular e saber acadêmico.

No contexto mundial, a elevação exacerbada dos custos da medicina associada a um grave período recessivo da economia e a necessidade de aumentar o acesso à saúde levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS), na Conferência de Alma-Ata, em 1978, a apresentar o tema *‘Saúde para todos no ano 2000’*. Estabeleceu-se uma agenda para a reforma do setor de saúde, em todos os países do mundo, com ênfase na oferta de cuidados primários de saúde para a ampla maioria da população, e nas mudanças dos desenhos dos serviços de saúde, com base na regionalização, hierarquização e integração dos serviços.

Segundo Mendes (1999), esse é o momento em que ocorre a catalogação da atenção primária como doutrina, propondo a racionalidade técnica para a organização de sistemas nacionais

de saúde, em que o nível primário teria função central de prestação de serviços sanitários, desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção.

Coincidindo com a experiência em cena internacional da proposta da atenção primária em saúde, surgem os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária, que no Brasil vão desaguar num programa de medicina simplificada, o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), o qual já incluía as diretrizes de hierarquização, de regionalização e de integração dos serviços e da participação comunitária. No entanto, o PIASS não consegue avançar, entre outros motivos, em decorrência de seu caráter verticalizante, do confronto entre as propostas de regionalização *versus* persistência da centralização e do caráter meramente instrumentalizador da participação comunitária.

No fim dos anos 70, o país vive a crise sanitária que se expressa na necessidade de alteração da configuração do sistema de saúde. As inadequações do modelo médico-assistencial privatista da realidade sanitária brasileira não se restringem aos custos sociais de uma prática médica eminentemente curativa, excludente e ineficaz, mas também ao alto custo de manutenção desse modelo, num contexto de crise fiscal do Estado.

A crise no sistema de saúde é conseqüência da crise econômica e fiscal pela qual passa o país no final da década de 70 e início dos anos de 80. Nesse contexto, intensificaram-se os movimentos sociais na sociedade, que criticaram os efeitos negativos da medicalização em massa da população, o caráter ideológico das instituições médicas e a inadequação do modelo assistencial à realidade brasileira. O que vai caracterizar fundamentalmente as políticas de saúde nesse período é seu desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do país. (MENDES, 1994, p. 31).

Diante dessa crise, o setor saúde se defronta, por um lado, com o aumento da pressão de demanda por serviços devido à crescente deterioração das condições de saúde de grande parte da população; enquanto por outro, vê diminuída a sua capacidade financeira. O decrescente financiamento que se seguiu no setor acabou por estabelecer uma conjuntura de deterioração dos recursos humanos, dando início a um processo de dismantelamento do aparelho estatal de saúde pública.

Além disso, era evidente a dicotomia do sistema de saúde, dividido por um lado, em ações de saúde pública; e, por outro, nas ações de cuidados médicos individuais, marcadamente de caráter curativo, em poder do setor privado, através do sistema previdenciário de assistência médica. Isso implicou profundas desigualdades no acesso dos usuários aos serviços de assistência à saúde.

A crise econômica, suas manifestações sobre as condições de vida da população e um sistema de saúde excludente que se mostrou incapaz de influir decisivamente sobre o quadro de saúde do país fizeram com que o Estado reconhecesse também a existência de uma crise no setor da saúde.

Nesse momento de crise do sistema de saúde, com a falência decretada da previdência social, as Ações Integradas de Saúde (AIS) foram a estratégia básica elaborada pelo Conselho Consultivo da administração de saúde previdenciária. Essa estratégia, implementada em 1983, se traduziu em avanços no setor da saúde, pois através da reunião de recursos federais, estaduais e municipais, permitiu o acesso à assistência à saúde a toda a população brasileira, previdenciária ou não. Além disso, as AIS enfatizaram os serviços de atenção primária à saúde, priorizando a prevenção, a descentralização e a democratização das ações de saúde

(BRAVO, 1991, p. 117). As AIS foram com a estratégia embrionária da Reforma Sanitária a ser implantada posteriormente.

As AIS lançaram as bases precursoras do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado em 1987, que se constituiu em mais um passo para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, não provocou mudanças radicais nos serviços, nem no modelo assistencial, por conta da conjuntura em que se deu e dos entraves políticos, burocráticos e financeiros do governo da nova república. O SUDS, principalmente, não promoveu a efetiva descentralização administrativa para os municípios e desconsiderou a questão da participação popular, elemento imprescindível para o sucesso das reformas propostas.

Nesse contexto, acirram-se as discussões em torno da necessária Reforma Sanitária, que subsidiaria as propostas de mudança do sistema vigente, tanto relativa à redefinição das políticas de saúde como à condição necessária para a consolidação democrática, bem como aquelas relacionadas à própria problematização e conceituação de saúde e doença. A partir desse momento, abriram-se espaços, tanto políticos quanto institucionais, para o desenvolvimento do movimento contra-hegemônico da saúde.

No Brasil, o discurso da reforma sanitária é constituído a partir de uma pequena parcela de intelectuais universitários da área da saúde, realizando suas primeiras experiências concretas, através de projetos institucionais bem delimitados, voltados para a atenção primária. Segundo Teixeira (1988, p. 201), parte dos profissionais que se filiavam ao movimento de Reforma Sanitária ocupou postos importantes na estrutura do MS e do INAMPS, com o objetivo de implementar o ideário da reforma.

O ideário da Reforma Sanitária consistia na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado complementar a ele, sob controle público, e descentralizado. O que se buscava era a transformação do sistema de saúde existente, caracterizado pela desigualdade de acesso, pela centralização na esfera federal, separação entre ações curativas e preventivas e pela concentração dos recursos nas atividades de assistência médico-hospitalar, sob o signo da previdência social (VILARINHO, 1999, p. 58). A estratégia para conquistar a saúde como direito consistia na universalidade da atenção à saúde e na descentralização do sistema de saúde, valorizando principalmente a criação de novos espaços institucionais de participação.

O fato marcante para a discussão da saúde no Brasil e decisivo para a implantação de um sistema único de saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília. A Conferência reuniu diversos setores organizados da sociedade e teve como tema básico '*A saúde como direito do cidadão e dever do Estado*'.

Decisória enquanto redirecionamento político da saúde no Brasil, essa conferência marcou três idéias básicas: a concepção ampliada de saúde, cujo núcleo é a qualidade de vida, e não apenas curar/evitar doenças; a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas de sustentação garantidas por ele; e a reorganização do sistema de saúde, mediante uma proposta unificada e descentralizada, materializada pela criação de um sistema único de saúde, com serviços prioritariamente públicos e extensivos a toda a população.

A promulgação da Constituição Federal de 88 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e de extensão de todo esse ideário, em que a seção sobre saúde foi incluída

no capítulo de seguridade social, juntamente com a assistência social e a previdência. (CF/88, cap. 11).

O texto constitucional apresenta uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais, significando a inserção de políticas de atores sociais até o momento excluídos, rompendo com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal e sinalizando para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão. (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p. 222).

Para assegurar o direito à saúde, foi criado o SUS, regulamentado pelas leis orgânicas da saúde (leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) e orientado pelos princípios de universalidade no acesso aos serviços, à integralidade da assistência, à equidade, à descentralização político-administrativa para os municípios, à regionalização e à hierarquização da rede de serviços, à intersetorialidade e à participação social. (MS, 2002).

A proposta do SUS, dentro de seus princípios, veio alicerçada na concepção ampliada de saúde, questionando o paradigma mecanicista que centraliza o processo de trabalho na medicina, à medida que o processo de cura das doenças é sua finalidade. Ao passo que reconhece a influência da cultura, das relações sociais e econômicas, das condições de vida e da existência nos processos de saúde-doença, altera-se o objeto do conhecimento e sua forma de abordagem.

Apesar dos avanços alcançados, a institucionalização do SUS acontece num contexto de uma crise econômica avassaladora. Com a posse do Presidente Fernando Collor, a política de saúde se restringiu à adoção explícita da política neoliberal, cujos elementos básicos que a nortearam foram: a desvalorização da moeda, a liberalização do comércio exterior, a redistribuição da riqueza e da receita governamental, a redução do emprego público,

a privatização, o cumprimento de parcelas de pagamento da dívida externa e a priorização das exportações, com a queda de qualidade do sistema público. (BERTOLOZZI & GRECO, 1996).

Toda essa conjuntura contribuiu para impedir o avanço na implementação do SUS. Como resultado, o governo adiou a convocação da IX Conferência Nacional de Saúde, bem como a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), a qual teve sua aprovação após amplo processo de mobilização, mas, mesmo assim, sofreu importantes alterações decorrentes de veto do presidente, que foram parcialmente recuperados na lei nº 8.142/90.

A construção de um novo paradigma passa pela reestruturação da concepção de saúde-doença, dos métodos e das práticas sanitárias, o que pressupõe mudanças políticas, ideológico-culturais e cognitivo-tecnológicas. (MENDES, 1999).

No próximo item, faremos referência ao SUS enquanto proposta de mudança da concepção de saúde de uma abordagem seletiva para uma abordagem integral, sendo este o desafio colocado para os setores progressistas da saúde na década de 90.

1.2 O Sistema Único de Saúde e a proposta de mudança das práticas sanitárias

Os anos 90 foram marcados pela disputa entre diferentes concepções sobre as mudanças no sistema de saúde brasileiro, tendo como referência o processo de implementação dos preceitos da CF/88, incorporados ao SUS. A incorporação à base jurídica do SUS de uma concepção ampliada de saúde, que inclui os condicionantes econômicos, sociais e culturais, e uma visão abrangente e integrada das ações e dos serviços de saúde, busca

superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo em suas dimensões biológica e individual.

Ao instituir a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, ancorada na concepção de Seguridade Social, a CF/88 operou uma ruptura com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo. (VASCONCELOS e PASCHEL, 2007).

No campo da saúde, isso significou a ampliação do debate, indicando como um primeiro rompimento com a situação anterior de saúde, a idéia de universalidade, ou seja, o direito de todo cidadão ter acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, quebrando com a desigualdade histórica que classificava os brasileiros de cidadãos de primeira e de segunda classe. Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, com acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde unicamente atendidas através de um precário sistema, constituído pelas santas casas de misericórdia e pelos raros serviços mantidos pelo MS e Secretarias Estaduais de Saúde.

Assim, além de prever o acesso universal e igualitário como dever do Estado, os determinantes das condições de saúde incorporados no texto constitucional articulam dois setores: o social e o econômico, que ultrapassam uma visão de direito e de política social, que tem prevalecido no país, de se pensar a distribuição de bens e serviços, autonomizada em relação à esfera da produção.

De acordo com Luz (1991), a concepção ampliada de saúde como o efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como a expressão ativa e participativa dos direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação

nas decisões e nas gestões de políticas institucionais, impõe reconhecer a intrínseca relação entre direitos sociais e econômicos.

Assim, o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviço assistencial. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e de coordenar ações promocionais e de prevenção, como as de cura e reabilitação. Ele é regulamentado pela lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento a qualquer cidadão, independente da contribuição.

O SUS está assentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados ao texto constitucional e às leis ordinárias que o regulamentam. Esses princípios e diretrizes se articulam e se complementam na conformação do ideário e da lógica de organização do sistema, e estão em sintonia com os preceitos do bem-estar e da racionalidade organizativa.

Os princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema são: a universalidade, que assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto de ações e serviços de saúde; a integralidade, que pressupõe considerar várias dimensões do processo saúde/doença, que afetam os indivíduos e as coletividades; e a equidade, que se traduz na prioridade de oferta de ações e de serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda.

Esses são complementados pelos princípios organizativos enquanto diretrizes que visam a imprimir racionalidade ao funcionamento do sistema, e são: a descentralização com comando único à regionalização e à hierarquização dos serviços; e a participação comunitária

estabelecida na lei nº 8.142/90, que assegura legalmente a presença ativa da população em todas as decisões. É a garantia de democratização no plano jurídico do sistema que também implicou a criação de um conjunto de mecanismos institucionalizados de participação – as conferências e os conselhos –, levando à nova concepção de poder partilhado entre Estado e Sociedade.

A lei nº 8.080/90 define também as atribuições comuns e as competências das três instâncias governamentais na gestão do SUS. As competências estão definidas com base no pressuposto da descentralização que atribui ao município a responsabilidade pela execução da maioria das ações de saúde; e aos Estados e à União, funções diferenciadas.

A CF/88 estabelece que a prestação de serviços de atenção à saúde da população é competência dos municípios, e a lei determina que à direção municipal do SUS compete a gerência e a execução dos serviços públicos de saúde. (Art. 30).

As competências da direção estadual do SUS estão situadas no campo da coordenação do sistema estadual de saúde, com ênfase à promoção da descentralização das ações e à oferta de apoio técnico-financeiro aos municípios, na análise da situação de saúde e na execução supletiva de ações de saúde que os municípios não têm condições de fazê-lo.

Enquanto à direção nacional do SUS compete a formulação e a implementação da política e do plano nacional de saúde, o financiamento, a normatização das ações e dos serviços de saúde, públicos e privados, a coordenação das redes nacionais de atenção à saúde, a avaliação e o controle das ações e dos serviços de saúde, a cooperação técnica e financeira, aos estados e municípios, além da participação nas políticas e ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.

A descentralização da gestão do sistema de saúde é tida como uma das experiências mais bem-sucedidas de descentralização no campo da gestão pública no país, pelas características e dimensões em que foi operada num tempo relativamente curto e num contexto federativo, marcado pela conflitividade das relações entre as esferas do governo. (VASCONCELOS, 2005).

Na opinião de Aretche (1996), a municipalização da gestão dos serviços foi o elemento central da agenda de reformas do governo federal na área da saúde ao longo da década de 90 e, pode-se afirmar que, sob esse ponto de vista, a reforma foi um sucesso. Em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no SUS, aceitando assim as normas da política de descentralização do governo.

A concentração de recursos e de poder institucional no MS lhe outorgou papel importante na condução do processo e garantiu alguma uniformidade e regularidade à transição. No entanto, no entender de Vasconcelos e Pasche (2007), o caráter de tutela subtraiu a autonomia, aos municípios e aos estados, na gestão do sistema, e produziu distorções na organização dos serviços de saúde.

Os anos 90 foram marcados pela disputa entre diferentes concepções sobre as mudanças no sistema de saúde brasileiro, tendo como referência o processo de implementação dos preceitos da CF/88, incorporados ao SUS. A necessidade da racionalização do sistema de saúde emerge como consenso, elegendo a descentralização como pedra de toque para a reformulação do SUS. (COHN, 1992, p. 15).

As decisões operacionais sobre a saúde pública da população foram descentralizadas, mas o repasse das verbas para efetivar tais decisões não o foi. Apesar das determinações

institucionais, o objetivo do governo central sempre foi o de operar a política de saúde por meio de atos administrativos federais, sustentados essencialmente pela realidade do “*orçamento autorizativo*”. A Norma Operacional Básica (NOB), do SUS de 1993, no governo Itamar Franco, marca tanto os primeiros passos de uma descentralização administrativa do sistema de saúde, como estabelece formas rígidas de manutenção das estruturas de financiamento em instância federal. Desde os primeiros momentos de implantação do SUS, consolidou-se o exercício da “*descentralização tutelada*”. (TREVISAN e JUNQUEIRA, 2007, p. 04).

A mudança na concepção de política de saúde influenciada pelo movimento de reforma e sua incorporação nos textos legais não se traduziu, de imediato, em ações para assegurar o direito à saúde. O processo de globalização em curso aliado às políticas de ajuste econômico implementadas pelo Estado no governo Fernando Henrique Cardoso, a partir de 1995, repercutiu intensamente na área da saúde, envolvendo os princípios e as diretrizes constitucionais do SUS, tais como a universalidade, a igualdade, ou seja, a efetivação da saúde como direito social.

A NOB/96 começa a ser implantada num cenário em que a área da saúde sente intensamente os reflexos das políticas de ajuste adotadas pelo governo federal para combater o *deficit* público e promover o pagamento do serviço das dívidas interna e externa. Em consequência, verifica-se a intensa retração do Estado como produtor dos serviços de saúde, buscando-se parcerias com o setor privado, em que se busca promover a focalização das ações de saúde, ou seja, direcioná-las predominantemente para os mais pobres, contrapondo-se à concepção de um único sistema de saúde para todos. Os principais problemas da NOB/96 residem, inicialmente, na persistência da concepção de descentralização tutelada pela esfera federal.

A herança da cultura *inampsiana* transmitiu ao sistema de saúde em construção os saberes, as práticas e os modelos de intervenção sobre os problemas de saúde, tanto de caráter coletivo, quanto individual. Nas ações sobre o coletivo, a referência ao modelo campanhista se mantém focado no combate às doenças transmissíveis de maior repercussão sanitária; e nas ações assistenciais dirigidas aos indivíduos, prevalece o modelo curativista, centrado na figura do médico e do hospital, que alimenta a perspectiva da progressiva especialização e tecnificação das práticas assistenciais.

A última Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), de 2001 e reeditada em 2002, pretendeu avançar na consolidação dos sistemas funcionais de saúde com base no aprimoramento da regionalização do sistema. A NOAS determina que cabe às secretarias estaduais de saúde elaborar o plano-diretor de regionalização para garantir acesso ao cidadão, o mais próximo possível de sua residência, estabelecendo o compromisso entre os municípios para o atendimento de referências intermunicipais. O plano-diretor de regionalização obedece a alguns pontos básicos, como o de módulos assistenciais que representam um conjunto de municípios que atuam referenciados por um município-sede que está apto a oferecer um elenco de serviços de média complexidade. A operacionalização da regionalização pertence às secretarias estaduais de saúde a quem cabe coordenar todas as mudanças. (JUNQUEIRA e TREVISAN 2007, p. 06).

No entanto, a proposta de regionalização da saúde em nada altera a autonomia dos municípios, pois são os incentivos financeiros que continuam determinando a configuração das políticas e reforçando a centralização do sistema de saúde, expressando-se em constrangimentos ao exercício da autonomia local. Os impasses no campo da gestão descentralizada retratam as dificuldades da gestão municipal em assegurar uma atenção básica

resolutiva e de qualidade e em viabilizar o acesso dos usuários que demandam atenção especializada.

Esse conjunto de dificuldades operacionais para a efetiva descentralização da saúde acelera a demanda por um pacto. Apesar das arestas de resistência que ainda persistem no sistema, a responsabilidade pela qualidade de vida da população precisa ser compartilhada pelas distintas esferas do governo. Essa proposta será tema de discussão no próximo item.

1.2.1 O Pacto pela Saúde: Estratégia do Ministério da Saúde de reorientação do atual modelo de atenção

As conquistas políticas e jurídicas no campo do direito à saúde e avanços organizativos e assistenciais propiciados pela implantação do SUS não foram suficientes para equacionar os velhos e os novos problemas de saúde no Brasil.

Como já vimos, a reforma do sistema de saúde representada pelo SUS teve como sustentação os princípios da reforma democrática do Estado, articulados nos anos 80, resultando com sucesso na CF/88. Sua implementação, porém, foi dificultada a partir de 1990, quando simultaneamente outra reforma do Estado, comandada pelo Ministério de Fazenda, promoveu abertura da economia, ajuste fiscal, contenção de gastos públicos, rompendo com a lógica do bem-estar social, da cidadania e da seguridade social.

A partir de 90, passou a predominar a ideologia do “*Estado Mínimo*”, com a retração dos orçamentos sociais, as soluções de mercado e os programas locais de baixo custo, e do “*Estado Máximo*” da remuneração crescente da dívida pública e seus juros.

Esse contexto afetou o processo de construção do SUS profundamente. (SANTOS, 2007, p. 431).

Assim, de acordo com Santos (2007), o pensamento econômico dos gastos mínimos com a questão social e da focalização apenas na atenção básica de baixo custo e baixa potência estruturante tem sido uma das maiores barreiras para a implementação do ideário de reforma sanitária brasileira e dos princípios e das diretrizes da integralidade, da igualdade, da regionalização e da participação da comunidade na formulação das políticas e das estratégias.

Com a posse do governo Lula em 2003, houve uma expectativa com relação ao fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, questionado nos anos 90. A XII Conferência Nacional de Saúde, realizada nesse mesmo ano, promoveu o debate dos temas cruciais para a consolidação do SUS, no entanto, suas resoluções novamente não se traduziram em iniciativas no campo de gestão.

A defesa de mudanças na dinâmica de gestão ocupou a agenda de discussão da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) nos últimos três anos. Nesse debate, sobressaiu a necessidade de superação dos vícios burocratizantes da descentralização tutelada e a defesa de racionalização do processo de descentralização. E resultou na proposta de um novo pacto de gestão, traduzido recentemente no Pacto pela Saúde. (BRASIL, 2006).

O Pacto foi assinado em fevereiro de 2006 pelo MS e pelos presidentes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. As representações das três esferas do governo assumiram o compromisso público da construção do pacto, que anualmente será revisto, com base nos princípios constitucionais

do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população – o que implica o exercício de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: *Pacto pela Vida*, *Pacto em Defesa do SUS* e *Pacto de Gestão*.

Entre as prioridades do Pacto pela Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase ao fortalecimento e à qualificação da estratégia Saúde da Família; a promoção, a informação e a educação em saúde, com ênfase à promoção de hábitos saudáveis de alimentação e de vida, ao controle do tabagismo e do uso abusivo de bebida alcoólica e aos cuidados voltados para o processo de envelhecimento.

O Pacto em Defesa do SUS propõe a repolitização da saúde e a mobilização da defesa do direito à vida, à saúde, e à efetivação do SUS como política de Estado com garantia do financiamento público suficiente. Para isso, propõe-se a alcançar a regulamentação da Emenda 29 e o incremento dos recursos orçamentários para o setor, com a aprovação de um orçamento integrado do SUS e a definição de responsabilidades das três esferas de gestão.

Por fim, o Pacto de Gestão se propõe a introduzir inovações, produzindo uma reforma na institucionalidade vigente, tendo em vista superar os entraves que se acumularam no processo de descentralização.

A expectativa com a relação ao Pacto de Gestão é que ele se traduza em medidas concretas que ajudem a alterar as normas e os processos de Gestão do SUS, contribuindo para superar os problemas apontados no campo da saúde.

De acordo com Vasconcelos e Pasche (2007), uma questão que se propõe ao debate é como esse Pacto repercutirá no cotidiano de gestão dos municípios e dos estados, pois se os compromissos assumidos pelas lideranças, no espaço de pactuação nacional, não forem incorporados pelo conjunto dos sujeitos que conduzem a gestão do SUS, poderão ocorrer mudanças nos processos formais, sem efeitos desejados no desempenho do sistema. Um desafio adicional para a viabilização das propostas do Pacto é a administração dos conflitos em torno da disputa de recursos e na conformação das redes de atenção, que se estabelecem entre os municípios, e destes com os estados, dificultando o processo de regionalização. (VASCONCELOS e PASCHE 2007, p. 559).

Nesse contexto, a mobilização da sociedade civil e a qualificação da participação social, no contexto do Pacto em defesa do SUS, se constituem em requisito indispensável para fortalecer as outras dimensões do Pacto pela Saúde, pois sem o acompanhamento e a cobrança de responsabilidade por parte dos atores sociais junto aos gestores do SUS, corre-se o risco de postergar-se, indefinidamente, a afirmação dos compromissos acordados.

O Governo Lula, apesar de explicar como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre o projeto de reforma sanitária, construído na década e 80, e o projeto de saúde articulado ao mercado privatista, hegemônico, na segunda metade da década de 90. Em algumas proposições, procura fortalecer o primeiro projeto; em outras, mantém o segundo, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento. (BRAVO, 2004).

Bravo (2004) explicita alguns aspectos de inovação e outros de continuidade do atual governo, que tem relação com os dois projetos em disputa.

Como aspectos de inovação da política de saúde, Bravo coloca que o atual governo retoma a concepção de reforma sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; escolhe profissionais comprometidos com a luta pela reforma sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério, convoca de forma extraordinária a XII Conferência Nacional de Saúde, além da participação do MS nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde.

Com relação à estrutura do MS, destaca-se a criação da Secretaria de Gestão e Trabalho em Saúde, que tem como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área. Outro aspecto inovador é a criação da Secretaria de Atenção à Saúde, que visou a unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar, integrando as extintas secretarias de políticas de saúde e de assistência à saúde. Também foi criada a Secretaria de Gestão Participativa, que tem como função fortalecer o controle social.

Ainda de acordo com Bravo (2004), como aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90, ressalta-se, no atual governo, a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento, e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Como exemplo de focalização, pode ser destacada a centralidade do Programa Saúde da Família (PSF), sem alterá-lo significativamente para que se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica, em vez de ser um programa de extensão de cobertura para populações carentes. O programa precisa ter uma direção modificada na perspectiva de prover a atenção básica em saúde para toda a população, de acordo com o princípio da universalidade.

A questão do desfinanciamento é mais séria, pois está diretamente articulada ao gasto social do governo e é determinante para a manutenção da política focal, de precarização

e de terceirização dos recursos humanos. Nos últimos anos, o financiamento do SUS tem apresentado alguns problemas, entre eles estão: a desvinculação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) do setor saúde, e a utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o *superavit* primário das contas públicas.

No entanto, segundo Bravo (2004), a ameaça maior ao financiamento está por vir. O governo se comprometeu com o FMI em estudar a desvinculação de recursos para a saúde e a educação, o que significa eliminar da CF os preceitos que obrigam a União, o Estados e os Municípios a gastarem um percentual de todo o dinheiro arrecadado com os setores de saúde e de educação.

Uma avaliação da política de saúde na atual conjuntura leva a concluir que a proposta de reforma sanitária construída na década de 80 tem sido desconstruída. O que se verifica nessa trajetória é um sistema de saúde totalmente dependente do mercado, enfatizando a parceria com a sociedade civil. Um verdadeiro processo de reatualização do modelo médico assistencial privatista, pautado na política de ajuste do modelo neoliberal, que tem como principais tendências a contenção de gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.

De acordo com Bravo (2004), enquanto política social, o SUS passa por um retrocesso na medida que há um verdadeiro desrespeito ao princípio da equidade na alocação de recursos públicos, uma indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar.

Para a autora supracitada, *op. cit.*, as reformas foram instituídas de cima para baixo, em que o sistema de seguridade social ao mesmo tempo em que universaliza os direitos sociais, segmenta os distintos setores da sociedade no acesso a benefícios e serviços. A reforma sanitária não conseguiu quebrar a lógica de articulação entre o capital privado e a base de financiamento do sistema de proteção social. Assim, instituiu-se um sistema de seguridade fraturado em que a base de financiamento continua obedecendo à mesma lógica anterior fundamentada na economia formal e no salário.

A afirmação jurídica e institucional das diretrizes da Reforma Sanitária, por um lado, e a conformação de um projeto conservador – o projeto neoliberal na dinâmica das políticas de saúde -, por outro, constituem o caráter paradoxal da trajetória do sistema de saúde no Brasil. A consagração da universalidade na CF/88 e as estratégias de construção de um sistema de saúde foram incapazes de alterar o tradicional caráter compensatório e excludente das políticas sociais e de saúde no Brasil. A consolidação do projeto neoliberal e o efeito inesperado de seus programas deram-se por meio de uma descontração programada e seletiva do Estado nos níveis estadual e municipal, nem sempre acompanhada da correspondente transferência de poder decisório. (MENDES, 1992, p. 104).

O fruto desse paradoxo determinou o que Mendes (1992) denomina de universalização excludente. O direito universal à saúde propugnado pela CF/88 representou um grande avanço, na medida que provoca a ruptura com o modelo corporativo de benefícios, ao eliminar a contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde. Mas a expansão da universalização vem acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente da visível queda de qualidade dos serviços.

O que se observa é a enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema de saúde vigente, em que o SUS foi se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, e a proposição do SUS inscrita na CF/88 de um sistema público universal não se efetivou.

Os indicadores de saúde no Brasil compõem uma realidade alarmante, produto do modelo de desenvolvimento excludente que prevalece no país e da tradução da ineficiência das políticas públicas no setor. Esse modelo de organização dos serviços de saúde encontra suas raízes históricas nas décadas de 20 e 30, na época das CAPs e IAPs.

Assim, mesmo depois da instituição do SUS, o perfil da organização dos serviços de saúde no país continua altamente centralizado, em que as definições de diretrizes e prioridades para o setor são elaboradas pelo governo federal e, aos estados e municípios resta pouca autonomia, cabendo a estes mais o papel de implementadores das diretrizes traçadas pelo nível federal. Os problemas relativos à estruturação e ao funcionamento do SUS são variados: a descentralização ocorre de modo limitado e limitante; o financiamento continua pendente em termos quantitativos e qualitativos; o controle social busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para as ações de cidadania e um Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade. (ELIAS, 1996, p. 671).

CAPÍTULO 2

REPENSANDO OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

2.1 Da prevenção à promoção da saúde

Nas últimas décadas, no Brasil e no mundo, têm ocorrido mudanças quanto ao paradigma sanitário em função de novas formas de compreensão quanto à concepção do processo saúde-doença, e isso, conseqüentemente, repercute na prática sanitária a ser adotada e implementada. (MENDES, 1999).

Toda prática sanitária está inserida em um determinado modelo de atenção à saúde. O modelo de atenção à saúde que determinada sociedade adota é, por um lado, fruto de uma determinação político-econômica; por outro, de uma concepção de saúde vigente nessa sociedade, num determinado momento.

Nos países de primeiro mundo, os sistemas de saúde começam, na metade da década de 70, a serem fortemente questionados, tendo como pano de fundo, novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado, que procuraram articular quatro dimensões explicativas: biologia humana, estilos de vida, ambiente e serviços de saúde. (BUSS, 2003, p. 21).

A partir dessa reconceituação, o moderno movimento de promoção da saúde surge no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do documento conhecido como *Informe de Lalonde*, primeiro documento oficial a usar o termo promoção da saúde. A origem desse documento remonta às atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo governo federal do Canadá em décadas anteriores. O informe representou, ainda, uma importante reorientação por ter apresentado um marco de referência novo e amplo para as políticas de saúde, e ter estabelecido um primeiro passo na definição de um novo paradigma em saúde.

O evento mais importante que se seguiu à divulgação do *Informe de Lalonde* foi a convocação, em 1978, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), da I Conferência Internacional sobre Cuidados, que se realizou em Alma-Ata, sendo considerado um dos eventos mais significativos na área de saúde pública em termos mundiais. A Conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta '*Saúde para Todos no ano 2000*', propondo investimentos na atenção primária à saúde, numa perspectiva integral. (BUSS, 2003).

Nesse processo, o paradigma da atenção à saúde passou de biologista, para o de produção social da saúde, uma compreensão de que a saúde e o processo saúde-doença são determinados de forma múltipla e mediados pelo sistema social. Passa-se a valorizar uma prática sanitária baseada na vigilância da saúde em que a gestão organiza-se sem privilegiar uma área ou um setor de governo, mas considerando todas as áreas cujas ações podem repercutir e ter impacto na melhoria das condições de saúde. (AROUCA, 2003).

A concepção de saúde como produto social, decorrente de fatores relacionados com a qualidade de vida que embasa o paradigma da promoção da saúde, busca relacionar

saúde e condições de vida, ressaltando o quanto múltiplos elementos - físicos, psicológicos e sociais - estão vinculados à conquista de uma vida saudável. Em âmbito internacional, quatro conferências sobre o tema realizadas nas décadas de 80 e 90 - em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsval (1991) e Jakarta (1997) - e a do México (2000) estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas de promoção da saúde. (BUSS, 2003).

A Conferência de Ottawa se destacou porque teve como principal produto a *Carta de Ottawa*, que define promoção da saúde como “*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e da saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo*” (BRASIL, 2002, p. 19). A Carta foi referência no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo.

Para além das motivações ideológicas e políticas de seus principais formuladores, presentes nas referidas conferências, a promoção da saúde surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e ao modelo biomédico, propondo uma reorientação dos modelos de atenção à saúde, extrapolando, contudo, seus limites, para localizar suas ações no terreno da intersectorialidade, buscando, com isso, intervir sobre os determinantes da saúde. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. (BUSS, 2003).

Um dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção de saúde foi Sigerist, em 1946, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Sigerist afirmou

que a saúde se promove proporcionando condições de vida descentes, boas condições de trabalho, de educação, de cultura física e de forma de lazer e de descanso. (BUSS, 2003).

Segundo Buss (2003), as diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos: No primeiro, a promoção da saúde consiste de atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando em seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e no máximo da comunidade em que se encontram. Nesse caso, os programas ou as atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em componentes educativos primeiramente relacionados com riscos comportamentais cabíveis, que se encontram, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.

No Brasil, Paulilo (1999) utiliza-se de suas pesquisas para analisar o modelo de atenção à saúde adotado pelos órgãos de saúde que, segundo ela, é baseado no paradigma individual racionalista, que considera que veiculação de informações modifica comportamentos. Essa abordagem pressupõe que os indivíduos sejam basicamente racionais e que seus comportamentos sejam regidos pelo pensamento consciente, desconsiderando as interações sociais e o contexto sócio-cultural em que o indivíduo está inserido.

As estratégias de prevenção desse modelo, para Rouco (1998), não identificam o movimento do individual ao social e ao relacional, pois não problematizam a complexidade das instâncias em que os sujeitos processam a informação, não articulando com a vivência pessoal a interação social e as normas e valores vigentes. O autor afirma que o desafio de toda prática educativa está na consideração da integralidade do sujeito e seu cotidiano.

Nesse contexto, os educadores sanitários partilham a pressuposição de que seu domínio de informações técnicas sobre a determinação da doença seria condição suficiente para garantir as desejadas mudanças de comportamento da população-alvo das iniciativas de educação em saúde. Nessa abordagem, o comportamento do doente deve ser compreendido apenas para ser modificado, atendendo as prioridades e as necessidades definidas pelo sistema de saúde.

A outra concepção de promoção da saúde, que propõe mudanças na estruturação das políticas de saúde, é a que constata o papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, sendo ela produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e de nutrição, de habitação e de saneamento, de boas condições de trabalho e de oportunidades de educação ao longo da vida. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde.

Nesse sentido, a promoção da saúde propõe uma agenda para o campo da saúde baseada na discursividade que sugere a necessidade de construir políticas públicas saudáveis, que, por sua vez, propiciam a criação de ambientes favoráveis à saúde. Reforça a necessidade de ações e de empoderamento comunitário, de se reorientar os serviços de saúde e de se desenvolver habilidades individuais direcionadas à educação e ao autocuidado.

A chegada ao Brasil da promoção à saúde coincide com o processo de reformulação do sistema de saúde, cujo desafio substantivo se apresentava na direção da reconstrução das práticas e das estratégias de intervenção em saúde, identificadas como inadequadas,

sobretudo em face do conceito ampliado, consolidado na base jurídico-legal do SUS. A Promoção da Saúde tomou várias perspectivas, entre as quais, o desenvolvimento da estratégia de Vigilância da Saúde, com a qual se busca integrar atividades de promoção, de prevenção e de cura, articulando conhecimento e técnicas da epidemiologia, e das ciências sociais em saúde.

Nesse contexto, o movimento pela promoção da saúde tem estimulado a criação de cidades saudáveis. Essa noção implica a visão ampliada da Gestão Governamental, incluindo a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações comunitárias no planejamento e na execução de ações intersetoriais, dirigidas à melhoria das condições de vida e de saúde.

Esse projeto chega à América Latina na década de 90, junto com o processo de descentralização da saúde, de difusão dos sistemas locais de saúde. A estratégia das Cidades Saudáveis busca a melhoria da qualidade de vida da população, o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, a ação intersetorial como estratégia principal, o compromisso com a equidade, o desenvolvimento da auto-responsabilidade e da participação da comunidade e a reorientação dos serviços de saúde. (MENDES, 1999).

As Políticas Públicas Saudáveis devem ser compreendidas como um campo de referenciais conceituais e empíricas, em construção, rejeitando a adoção de políticas sanitárias minimalistas institucionais e normatizadoras de saúde perfeita.

A idéia de políticas públicas saudáveis envolve um duplo compromisso: o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda, promovendo-a de setor da administração para critério de governo; e o compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção,

os fatores determinantes do processo saúde-doença. Essa abordagem também compreende a reformulação quanto ao papel do Estado: é restabelecida a centralidade de seu caráter público, implicando o desenho institucional que privilegie a capacidade de definir e de fazer o que deve ser feito, de acordo com os interesses e as necessidades sociais, superando a subordinação do princípio da equidade aos princípios da eficácia, da efetividade e da economia dos gastos públicos. No caso das práticas sanitárias, o paradigma da promoção da saúde pode ser percebido e apreendido como um esforço de superação dos modelos clínicos, tradicionalmente adotados nesse campo, como a organização setorializada e a atuação fragmentada. (BÓGUS,2004).

Assim, as idéias contempladas no ideário da Promoção da Saúde vêm, de certo modo, fertilizando o debate acerca da mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, contribuindo no processo de elaboração conceitual e metodológica de construção da vigilância da saúde, rótulo que recobre a preocupação com a busca da integralidade das ações e dos serviços de saúde, isto é, com a implantação do modelo que contemple a articulação do conjunto heterogêneo de práticas voltadas para o controle dos determinantes, dos riscos e dos danos à saúde individual e à coletiva. (TEIXEIRA, 2000).

O debate em torno das estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde na competência do SUS, além de tomar como referência os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, tem contemplado, em alguma medida, a preocupação com a necessária adaptação dessas estratégias à heterogeneidade estrutural que caracteriza a situação da saúde da população, especialmente as desigualdades sociais e as epidemiológicas que se observam nas diversas regiões do país.

No entanto, o processo de mudança do modelo de atenção na perspectiva da integralidade do cuidado requer a introdução de inovação nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais das práticas de saúde, que pode incidir tanto no conteúdo das práticas, de modo que direcione para a solução dos problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, quanto na forma de organização das unidades de prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade.

O grande desafio colocado para a agenda sanitária brasileira é promover a integralidade, no que se refere principalmente à ampliação do acesso, entendido como a capacidade de acolher as necessidades de saúde e, ao mesmo tempo, promover a reorganização das práticas, tornando-as resolutivas e integrais. Em um país de grandes desigualdades, como o Brasil, não têm sido poucas as críticas ao SUS, sobretudo com relação às dificuldades de suplantar o modo hegemônico de produção dos serviços. Diferentemente dos países industrializados, o Brasil não superou, ainda, as barreiras de acesso, sendo que a tendência de projetos que têm por referência os determinantes da saúde fica de certa forma comprometida.

Hennigton & Pasche (2006, p. 31) chamam a atenção para a clara separação entre atividades clínicas e de promoção exposta em alguns documentos produzidos no Brasil, parecendo haver certa perda de valor relativo das ações assistenciais na produção da saúde.

Assim, uma possível secundarização dos serviços clínicos e assistenciais acaba por imputar o sentido restrito ao próprio conceito de promoção da saúde. A crítica em direção à promoção da saúde, nessa medida, se resume à atuação preferencial sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença, o que acabaria, de alguma forma, a jogar, para um segundo plano,

a atuação, a partir e sobre a reorganização dos serviços das ofertas assistenciais e dos processos de gestão e do trabalho em saúde.

Campos (1981) propõe a necessidade da superação da dicotomia entre promoção e clínica. O autor utiliza o conceito de clínica ampliada, que trabalha com avaliações de risco de várias dimensões, uma clínica preocupada com a complexidade de caso a caso e a complexidade das intervenções nos coletivos. Nesse sentido, não mais serve pensar em fatores de risco isolados, há pessoas, sujeitos concretos, organizados em comunidades mais ou menos articuladas do ponto de vista simbólico e material, que podem ter escolhido estratégias de vida que as expõem a maiores ou menores fatores de riscos.

Observa-se que os atuais programas de saúde da família, para conhecer o modo como as famílias vivem, compreenderem suas condutas, utilizam-se de uma antiga estratégia: penetrar no interior das famílias para poder, assim, descobrir e prevenir enfermidades futuras. No entanto, esses programas correm o risco de converterem-se nos herdeiros dos programas higienicistas, mantendo intacta sua ambição de controle da vida dos indivíduos e das populações consideradas de risco.

Nesse contexto, a noção de risco é empregada em associação constante com a noção de responsabilidade pessoal, de tal modo a gerar, quando generalizada, uma relação não apenas de causalidade, mas uma aceção moral, indicando uma falha de comportamento, que potencialmente culpabiliza ou, até mesmo, criminaliza as pessoas que se deixam adoecer.

As políticas de saúde pública sob o ideário da promoção dela proclamam o desenvolvimento de modos de vida saudáveis que se traduzem, freqüentemente, em práticas excessivamente intervencionistas, coercitivas sobre a vida privada e na restrição de escolhas livres.

Nas campanhas de promoção da saúde, o conceito de risco continua sendo entendido de forma simplificada como probabilidade de ocorrência de um evento potencialmente danoso à saúde, aparecendo para sustentar os esforços de modificar a dieta das pessoas para parar de fumar, reduzir o consumo de álcool, eliminar o uso de drogas e incentivar a adoção de sexo seguro.

A formação dos profissionais de saúde, fundada no biologismo e no individualismo, não os habilita a distinguir uma idiosincrasia individual de um padrão grupal de comportamento. Habitualmente, a interação entre profissionais e pacientes exclui as referências socioculturais que permitiriam apreender estes como agentes de transformação do meio social. Os usuários dos serviços são representados a partir de impressões sobre vivências singulares obtidas na consulta, como entidades discretas, destituídas de interações sociais que forneceriam inteligibilidade a seu perfil de agentes políticos.

Sabroza (1995) chama a atenção para os limites dessa perspectiva restrita de saúde definida anteriormente, que, associados ao processo de globalização, se referem à transferência de responsabilidade para as pessoas. Esses limites colocam, como observa o autor, a necessidade de os estados democráticos juntos com a sociedade civil organizada retomarem a capacidade de intervir sobre os determinantes coletivos dos problemas de saúde, ainda que mantenha a responsabilidade das pessoas perante os processos de saúde-doença.

Tradicionalmente, a Medicina e as Ciências da Saúde lidam com a doença em sua dimensão individual. A medicina promotora, por sua vez, amplia o objeto de intervenção à categoria problemas de saúde, que inclui não apenas as doenças em sua expressão populacional, que nada mais tem sido do que a agregação dos fenômenos individuais, medidos por taxa, como também os fatores populacionais que condicionam seu aparecimento. As avaliações

dos conhecimentos em prevenção adquiridos nos últimos anos permitem sistematizar melhor as vantagens e desvantagens que caracterizam a intervenção individual e a intervenção populacional. Assim, a intervenção sobre indivíduos tem vantagens em termos de reduzir o surgimento de complicações e de melhorar a letalidade, a mortalidade e o tempo de sobrevivência. Por outro lado, a intervenção sobre populações tem vantagens em termos de modificar a incidência.

Do ponto de vista da reflexão teórico-epistemológica, o debate em torno da promoção da saúde tem aberto espaço à reflexão sobre o conceito da saúde, e sobre a problematização das diferenças e das semelhanças entre as estratégias de prevenção e de promoção.

De acordo com Czeresnia (2003), a confusão entre promoção e prevenção advém da grande ênfase em modificações de comportamentos individuais e do foco quase exclusivo na redução de fatores de risco para determinada doença, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde. O foco sobre o indivíduo e seu comportamento tem sua origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico. Nesse caso, o locus de responsabilidade é o indivíduo, visto como responsável último por seu estado de saúde, enquanto a promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde.

Nesse contexto, a promoção da saúde busca modificar condições de vida para que estas sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e de saúde, e orienta-se ao conjunto de ações de bem-estar. Já a prevenção, diferente da promoção, orienta-se mais pelas ações de detecção, de controle e de enfrentamento dos fatores de risco;

seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la, mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram.

No entanto, para Nogueira (2003), esse discurso da promoção abstrai a causalidade estrutural das condições de existência na sociedade e, por uma somatória de condutas isoladas, prescritas em nome do bem-estar, pretende afetar tudo aquilo que depende, no fundo, das condições históricas que criam as desigualdades sociais entre os homens. O autor parte do pressuposto de que a medicina promotora defende e difunde normas que passam a influenciar decisivamente o que devem ou não fazer as pessoas. No fundo, a medicina promotora é apenas uma versão cientificamente mais desenvolvida da medicina preventiva. Na sua pregação dos hábitos saudáveis que resultam de uma responsabilização do indivíduo por cada aspecto de sua vida, a medicina promotora faz valer a mesma normalização educativa que se fazia presente na disciplina clássica de saúde preventiva do séc. XIX e início do XX.

Para Nogueira (2003), a incorporação de propostas de promoção da saúde deve contribuir, portanto, para mudança no conteúdo das práticas de saúde, redefinido além dos objetos e práticas, os meios de trabalho empregados no desenvolvimento de ações em vários níveis organizacionais. O objetivo com essa mudança é incluir no leque de ações realizadas pelo sistema de saúde, ações de educação, comunicação e mobilização social voltadas ao empoderamento de indivíduos e de grupos, de modo que possam vir a desenvolver práticas que resultem na promoção, na proteção e na defesa de suas condições de vida e de saúde.

No próximo item deste capítulo, analisaremos de que forma a proposta de promoção da saúde pode concretizar-se como processos mais amplos, dirigidos à formulação e à implementação de políticas, por meio das práticas de educação em saúde, ou restringir-se a práticas

localizadas em função da natureza dos problemas ou das características dos sujeitos que decidem empreendê-las.

2.2 A educação em saúde enquanto campo de conhecimento e de práticas

Neste item do segundo capítulo, a intenção é fazer um breve percurso histórico das práticas educativas na saúde brasileira, buscando refletir sobre as tendências atuais dessas abordagens e destacando a dimensão não apenas coercitiva mas também pedagógica da construção de hegemonia das práticas cotidianas em que a educação em saúde se insere.

Para efetivação das estratégias para a promoção da saúde, formalizadas desde a Carta de Ottawa de 1986, a educação em saúde tem sido apontada como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo, construtivistas e transversais a vários campos de atuação. O tema vem, cada vez mais, ocupando espaço nas discussões e nas reflexões entre os profissionais de saúde pública, como uma das diretrizes para a concretização do SUS. (PEDROSA, 2001).

As práticas de educação em saúde não podem ser compreendidas fora das relações que se estabelecem entre Estado e Sociedade, uma vez que a educação em saúde é tradicionalmente entendida como política pública setorial, ou seja, política social de um Estado, aqui considerado arena de disputas entre grupos, em que um conjunto de meios, controlados por poucos, os tornam capazes de hegemonizar todos os demais, convencendo-os segundo uma direção intelectual e moral, mas também militar e coercitiva, conforme sustentam as teorias que operam com o conceito de Estado ampliado. (COSTA, 1987).

De acordo com Pedrosa (2001), a educação em saúde, enquanto um conjunto de práticas pedagógicas, é uma prática dialógica e se dá nas relações entre sujeitos sociais, portanto, diferentes saberes, em diferentes espaços, públicos ou privados, podendo ser apresentada de maneira formal ou informal, utilizando-se de metodologias progressivas ou conservadoras.

Segundo Valla *et al. apud* Pedrosa (2006), a educação em saúde, tradicionalmente entendida como um conjunto de informações que as pessoas devem incorporar com a finalidade de garantir que sua vida seja mantida em condições saudáveis, representa uma engenharia dos grupos hegemônicos para controlar os pobres e subalternos, sejam os escravos no tempo do império ou as classes populares nos tempos republicanos.

A origem da educação em saúde no Brasil, marcada pelo discurso e pela prática normatizadora, é influenciada pelas experiências européias dos séculos XVIII e XIX, em que se via a necessidade de compreender a influência das condições de vida sobre a saúde das pessoas. (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Assim, a necessidade de domínio sobre a situação sanitária posta pela economia agroexportadora impôs iniciativas de controle higiênico. Nesse sentido, a política sanitária, liderada por Oswaldo Cruz, adotou medidas de controle de enfermidades (febre amarela, varíola, tuberculose entre outras), mediante a vacinação compulsória, da vigilância sobre atitudes e moralidades dos pobres, da normatização arquitetônica do espaço urbano e dos portos.

Em um contexto político de forte domínio das oligarquias rurais e de extrema debilidade dos atores populares, cuja maioria havia recentemente saído da escravidão, a educação em saúde naquelas campanhas urbanas de saúde pública era ainda breve e marginal, porque, para as autoridades, o povo era incapaz de maiores entendimentos. Predominava a imposição

de normas e de medidas de saneamento, consideradas científicas pelos técnicos e burocratas. (VASCONCELOS, 2001a).

A expansão da classe média, no início do séc. XX, proporcionou o surgimento de propostas menos autoritárias de intervenção na saúde popular, em que os intelectuais passam a contestar a crença, até então dominante, de que a salvação nacional passava pela europeização e pelo branqueamento da população, por meio da imigração estrangeira e da imposição de novos padrões de comportamento. As categorias subordinadas, aliadas aos imigrantes europeus, portadores de ideologias libertárias anarquistas e anarcossindicalistas, compunham uma cultura avessamente sensível às práticas de dominação e exploração, fermentando movimentos de resistência, como por exemplo, a revolta da Vacina em 1914. (VASCONCELOS, 2001a, 2001b).

Toda essa discussão política da educação em saúde voltada para o controle das endemias estava, no entanto, marcada pela ausência do ator popular como elemento ativo, pois as práticas de educação em saúde eram normativas, em que os técnicos tinham um saber científico que deveria ser incorporado e aplicado pela população ignorante. (VASCOCELOS, 2001a).

A partir de 1920, com a regulamentação da assistência médica, com a criação das CAPS, o movimento higienista amplia seu espaço de atuação, interferindo na educação sanitária da população. As ações não são dirigidas somente aos espaços (portos, moradias), mas como respostas às reivindicações em função de uma nova correlação de forças. Nesse momento, a dominação coercitiva da política de Estado se pautava pela concepção de que as pessoas deveriam substituir Deus e sua hierarquia na terra pela racionalidade técnico-científica,

iniciando-se, assim, a mitificação da ciência e da técnica que se baseiam na produção e no consumo de bens individuais. (TESTA, 1997).

A concepção de sujeito das práticas higienistas que hegemonizavam a educação em saúde nesse período é a de um povo culpabilizado individualmente, mas redimível pela subsunção às engrenagens da ordem social, cujas estratégias se pautavam pela biologização determinista do processo saúde-doença. (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

A partir da década de 30, a doutrina higienista, mascarada pelo discurso científico, aparece de forma bastante articulada aos interesses da ditadura de Vargas, encontrando o auge de seu prestígio. Como já foi visto no primeiro item deste capítulo, a ação estatal nesse período se concentra na construção de um sistema destinado às categorias de trabalhadores mais organizados politicamente, em que as ações de educação em saúde ficam restritas a programas e serviços destinados à população à margem do jogo político central, continuando a priorizar o combate às doenças infecciosas parasitárias. Essa tendência da educação em saúde vai ser influenciada até meados dos anos 40, quando outras formas de participação social – os movimentos de organização da comunidade – começam a ganhar força, e a rearticulação das forças sociais progressistas vai concretizar novas relações entre Estado e Sociedade. (COSTA, 1987, p. 16-22).

O pós-guerra vai encontrar uma sociedade brasileira efervescente, com o ressurgimento dos movimentos sociais no campo e a formação do movimento operário que se vinha formando em regiões de industrialização recente, graças à política de substituição das importações e da criação das indústrias de base, bem como a legislação trabalhista fomentada pelo populismo vanguardista, em resposta às pressões sociais, decorrentes das necessidades de legitimação.

O modelo tecnológico de saúde inaugurado na década de 50, na época do desenvolvimentismo/industrialização, redefine as práticas sanitárias, passando ao emprego de tecnologias avançadas e de alto custo.

Como estratégias para educação sanitária, surge a organização de comunidades, apresentando-se como projeto educativo, orientado para a formação de pequenos grupos. Essa estratégia desencadeia um processo de mudança cultural (inovações tecnológicas, vacinas, práticas higiênicas, elevação dos níveis culturais e de vida das classes menos favorecidas) para o progresso da humanização. (AMANN, 1991).

Nesse contexto, iniciam-se os processos de alfabetização de adultos que, se por um lado respondiam às necessidades de modernização da agricultura, conformando-se às políticas eleitoreiras dos populistas; por outro, continham novo apelo de aposta no sujeito. A expressão mais importante dessa proposta eram os círculos de cultura de Paulo Freire que confluíam educação e mudança político-social com revisão ético-religiosa. (VASCONCELOS, 2001a).

Na área da saúde, essa proposta vai orientar os projetos de Medicina Comunitária no início dos anos 60, dirigida à população urbana, fortalecida pelos trabalhos realizados pelas associações de bairro, pelas Comunidades Eclesiais de Base e pelos movimentos de profissionais de saúde. Contudo, o regime autoritário brasileiro impôs à população a idéia de que as questões sociais são de ordem de segurança nacional, e tudo passa a ser controlado. Uma nova racionalidade é imposta pelo Estado, por exigência da nova ordem econômica, política e social. (VILARINHO, 1999, p. 109).

As práticas de educação em saúde comunitária, semelhante às visões anteriores, orientavam-se pelo pressuposto de que a população seria a principal responsável pela resolução

de seus próprios problemas, cuidando de favorecer a tomada de consciência para mudança do estado de doença para o de saúde. (PEREIRA, 1993, p. 24).

Esse modelo de educação em saúde é influenciado pela Medicina Curativa de caráter liberal, em que a solução mais imediata e lógica é a constituição desse sujeito individual e subalterno à ciência, à tecnologia e ao consumo. Essa tendência é parte do modo como se deu o desenvolvimento brasileiro, caracterizado pela Modernização Conservadora, com práticas que aprofundaram a mercantilização dos processos de saúde-doença.

Durante o Regime Militar, com o fechamento das instituições, a diminuição de gastos com as políticas sociais e a expansão dos serviços médicos privados, que acentuam a medicalização da doença, encontram-se espaços limitados para a educação em saúde desenvolver suas atividades. No entanto, essa situação criou condições para a ampliação do conceito sobre o processo saúde-doença e do redimensionamento do educador e da educação em saúde.

A partir da segunda metade da década de 70, a crise de legitimidade do regime vai impondo mudanças na conjuntura econômica, política e social. A retomada das propostas freirianas de educação de adultos e o contato dos profissionais de saúde com a experiência de educação popular trouxeram para o setor da saúde a nova maneira de entender a relação com a população, que rompe com a tradição autoritária descrita acima. A Educação Popular é um método pedagógico que toma como ponto de partida o saber anterior das classes populares valoriza esse saber e busca trabalhar o homem e os grupos, incentivando formas coletivas de aprendizado, aumentando a capacidade crítica da realidade e oferecendo ferramentas de enfrentamento dos problemas. (VASCONCELOS, 2001a).

Nesse contexto, ganharam espaço e importância as práticas educativas e de pesquisa com caráter crítico, participativo e politizador. Os profissionais da área de saúde que se vão organizando num movimento social voltado para o projeto de reorientação das diretrizes de atenção à saúde buscam nas teorias das Ciências Humanas os recursos necessários para a revisão de suas próprias práticas e as bases para um novo projeto em saúde. As práticas educativas buscavam, nesse sentido, flexibilização e ampliação, e separam-se das ações impositivas relativas às práticas higiênicas.

De acordo com Smeke e Oliveira (2001), trata-se de um momento em que são questionados os efeitos das práticas pedagógicas persuasivas, de transmissão de conhecimento, que reproduzem uma relação autoritária entre educador e educando, negando a subjetividade e as dimensões coletivas e processual dos fenômenos educativos, além de reconhecido o poder domesticador de ações educativas baseadas no saber biomédico e uniaxial do processo saúde-doença e no cientificismo empirista ainda hegemônicos.

Assim, todas essas reorientações da Educação em saúde estão relacionadas aos avanços da participação social e política que se deram no Brasil pós-Regime Militar. O movimento de técnicos por um novo projeto em saúde articula-se com movimentos populares reivindicatórios, principalmente a partir das práticas referenciadas teoricamente na educação popular, construindo o movimento sanitário.

Nesse período, surge a preocupação com o processo de constituição de sujeitos sociais competentes e responsáveis por transformações sociopolíticas, voltadas para seus interesses, por meio das teorias de educação popular e da pesquisa participante de Paulo Freire.

Mesmo com a mudança no discurso da educação em saúde da perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos para a abordagem participativa baseada nas idéias de Paulo Freire, as diretrizes da educação em saúde do MS ainda a definem como atividade planejada que objetiva produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde. Trata-se da herança do método cartesiano que domina as práticas de saúde e de educação, desde o advento da modernidade com o discurso coercitivo e normativo. (MS, 2006).

As críticas se referem principalmente à concepção positivista, na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista, cujas práticas são consideradas impositivas, prescritivas, de comportamentos ideais desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais tornados como objetos passivos das intervenções, na maioria das vezes preconceituosas, coercitivas e punitivas.

As reflexões teóricas e metodológicas nesse campo têm mostrado que ele não se vem traduzindo em intervenções concretas, uma vez que continua utilizando métodos e estratégias dos modelos teóricos da psicologia comportamental, acarretando, em decorrência, um possível hiato entre teoria e prática. (GRAZINELLI *et al*, 2005, p. 200).

Assim, enquanto a teoria demonstra a superação das concepções deterministas em detrimento da abordagem mais compreensiva e interpretativa, na prática profissional, ainda, permanece o modelo de educação em saúde que preconiza a adoção de comportamentos que responsabiliza o indivíduo por seu estilo de vida. Esse processo educativo desconsidera as histórias de vida, um conjunto de crenças e de valores, e a própria subjetividade dos sujeitos.

A dificuldade dos profissionais em transpor a teoria para a prática se pauta na permanência ainda do modelo hegemônico no campo da saúde que, verticalmente, preconiza a adoção de novos comportamentos como o parar de fumar, usar preservativo, vacinar-se, entre outros, mediante o contato com veículos de comunicação de massa. Reforça-se aqui o modelo exógeno do adoecimento citado por Laplatine (1991), que condiciona um agente externo como causador da doença que deve ser combatido.

O papel do educador, nessa perspectiva, é promover a decisão informada sobre riscos à saúde pelos usuários, cujos comportamentos passam a ser tratados como total responsabilidade própria. No entender de Smeke e Oliveira (2001), essa visão que pretende a mudança de comportamentos de riscos, é limitada, porque o indivíduo, nesse contexto, é tido como o maior responsável por sua saúde, ou culpado por sua doença.

Assim, esse modelo, por adotar estratégias que tratam o fenômeno educativo em sua exterioridade, esquece que se está lidando com opções, desejos, estilos de vida, crenças e valores, enfim, com a subjetividade da pessoa; desconsidera, também, que as soluções dos problemas de saúde requerem ações socialmente sustentadas no ponto de vista cultural, político e econômico. (SCHALL & STRUCHINER, 1995).

O princípio de educar-se para a saúde parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população. Tal hipótese levou à utilização, na prática pedagógica em saúde, de estratégias ligadas à idéia de que a apreensão de saber instituído sempre leva à aquisição de comportamentos e de práticas. Assim, os comportamentos inadequados, do ponto de vista da promoção da saúde, são, então, explicados como decorrentes de um *deficit* cognitivo e cultural, cuja superação pode dar-se por meio de informações científicas.

Arruda (2005) enfatiza a importância de observar-se o sujeito em sua totalidade, envolvendo seus processos intelectuais, afetivos e culturais para tornar possível atingir maior efetividade em termos de mudança de condutas. Esses trabalhos deixam explícito o fato de que os programas de educação em saúde não podem restringir-se a iniciativas que visem a informar a população sobre este ou aquele problema.

Ao pensar-se em uma intervenção de educação em saúde, deve-se levar em conta as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado de suas trajetórias de vida. A não-correspondência entre saber instituído e mudança de comportamento e de práticas está ligada ao fato de que comportamentos traduzem percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças, não podendo, na maioria das vezes, ser modificado, valendo-se unicamente de novos conhecimentos. (FERRARA, 1996).

Assim, a possibilidade de trabalhar-se com representações sociais no campo da educação significa, ao mesmo tempo, a superação da visão cientificista e um avanço significativo em termos da compreensão da complexidade de que se reveste a educação em saúde. A aposta localiza-se, então, em torno das representações dos sujeitos e de seu papel na recriação de novas práticas. Isso implica que o educador deve reconhecer que o sujeito é detentor de um valor diferente do dele e que pode escolher outros meios para o desenvolvimento de suas práticas cotidianas.

Os estudos que trabalham o conceito de representações sociais dos processos de saúde e doença no Brasil se intensificaram nas duas últimas décadas, contribuindo, de forma expressiva, para o entendimento das matrizes culturais das quais emergem os conjuntos de significados e ações relativos à saúde e à doença.

A abordagem utilizada nesses trabalhos é fortemente influenciada pela idéia de que as representações são concebidas como estruturantes das práticas, e estas, por sua vez, determinadas pelo sistema de representações. Há um consenso de que tanto as representações definem as práticas, como estas reconstróem novas representações. Entretanto, essa relação não é determinista e linear, pois não se trata de uma dependência causal entre ambas, como assinala Rouquette (2000), a influência das representações sobre as práticas é uma condição de coerção variável, e não, de uma determinação propriamente dita.

Nesse sentido, deve-se considerar o caráter multifacetado dos processos educativos na prática, visto que eles são muito mais dinâmicos e complexos do que pode admitir qualquer recorte teórico.

O conceito de experiência é utilizado nesse contexto como um campo em que se entrecruzam as representações e as práticas, fazendo com que a doença possa ser entendida como uma construção social. Decorre daí a importância da educação em saúde buscar explorar a forma como a doença é elaborada culturalmente. Assim, para que uma pessoa se reconheça doente, é necessário que ela interprete os sintomas experienciados como sinais de uma doença. Essa interpretação é fortemente influenciada pelo contexto cultural em que o indivíduo está inserido. É a cultura que fornece as lentes através das quais será realizada a leitura dos sinais corporais. Influenciando a apreensão cognitiva dos sintomas, a cultura contribui para determinar se eles serão avaliados como irrelevantes, naturais e não-indicadores de doença ou se, ao contrário, serão percebidos como algo que demanda ajuda terapêutica imediata. (BOLTANSKY, 1979).

Parte das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na relação terapêutica deve-se ao fato de que o objetivo terapêutico do modelo biomédico é intervir no processo da doença,

visando à cura da patologia sem considerar sua dimensão cultural e intersubjetiva, que é extremamente importante, pois todas as doenças estão envoltas em representações culturais que são apropriadas e reelaboradas pelos indivíduos quando vivenciam situações de doenças. (IRIART, 2003).

As representações sociais não se reduzem a sistemas fechados definindo as práticas, mas, constituem, ao contrário, um conjunto aberto e heterogêneo, um campo de acordos e conflitos – em relação a outros tipos de conhecimentos – que é continuamente refeito, ampliado, deslocado, transformado durante as interações indivíduo-indivíduo, e indivíduo-sociedade.

Trabalhos educativos que não se preocupam em levantar as noções que os sujeitos têm sobre determinado fenômeno são vistos como ultrapassados e equivocados com relação ao modo como efetivamente se dá o processo de conhecer. Entretanto, a dificuldade reside em saber-se como mobilizar essa representação a fim de criar uma experiência educativa.

A esse respeito, Grazinelli *et al* (2005) afirmam que o fundamental não é apenas identificar a representação, mas admitir que ela e outros tipos de saber devem estar presentes nos espaços de ensino, seja para serem removidos, deixando brecha para inserção de novo saber, seja para serem criticados e, em seguida, reconhecidos a partir de núcleos de sensatez neles presentes. (2005, p. 203).

As representações da saúde e da doença predominantes em distintos grupos sociais estão intimamente ligadas ao contexto social, político, econômico e aos valores vigentes nesses grupos. A forma como a sociedade atribui significados às doenças reflete largamente a forma como ela se pensa, expondo seus medos e limites. A análise de Sontag (1984) sobre representações sociais de doenças como o câncer e a AIDS, que não respeitam fronteiras

de classe social e frente às quais a capacidade de enfrentamento da sociedade é limitada, mostra como elas se tornaram metáforas, que passaram a encarnar o mal e a representar as anomalias sociais.

Assim, o conhecimento da forma como as pessoas vivenciam, atribuem significados e lidam com o mal-estar, o sofrimento e a dor em distintos contextos socioculturais permite expandir e aprofundar nossa compreensão sobre o ser humano. Hoje, mais do que nunca, é necessário humanizar a prática biomédica que, apesar de ter alcançado desenvolvimento tecnológico sem paralelo quando comparada a outras formas de medicina, teria o que ganhar com as medicinas tradicionais, populares ou alternativas, em termos de humanização de sua prática. O crescimento nas sociedades ocidentais do recurso às medicinas alternativas reflete a busca pela população de outras racionalidades terapêuticas, fenômeno que Madel Luz (1997) situa no interior de uma crise sanitária e médica na sociedade atual.

Pedrosa (2001), em seu trabalho intitulado *“Avaliação das práticas educativas em saúde”*, compartilha com correntes de pensamento pautadas em teorias educacionais participativas, de cunho construtivista e orientação libertadora, afirmando com base no conceitos de Lima (1998), que as ações educativas devem ressaltar na ampliação da consciência, na aquisição de habilidades, na imersão de novos interesses, tendo como funções essenciais à formação de cidadãos capazes de participar criticamente da vida pública, conscientes de seus direitos e deveres.

Assim, para a humanização da prática médica, particularmente para melhoria do atendimento à população do SUS, seria importante que os profissionais de saúde conhecessem mais profundamente o contexto sociocultural em que estão inseridos seus pacientes e estivessem mais atentos a como diferenças na linguagem, representações e códigos de leitura do corpo se refletem no encontro terapêutico, o que lhes permitiria desenvolver

maior sensibilidade na atuação junto à população e, assim, melhorar a qualidades das ações de educação em saúde.

CAPÍTULO 3

3. AIDS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE PREVENÇÃO NO BRASIL

O objetivo deste capítulo é apresentar elementos acerca da natureza das políticas de prevenção da AIDS no Brasil. Constitui-se nosso objeto de estudo, apreendendo a forma com qual as ações nessa área foram implementadas pelas instituições de saúde, entre elas o MS.

As ações de enfrentamento da epidemia do HIV se institucionalizaram no contexto de uma determinada organização burocrática do Estado brasileiro – o Ministério da Saúde, que historicamente operou com base em certos modelos de intervenção, como os programas verticais. Esses programas se organizaram nos Estados a partir do nível federal e se estruturaram das populações e agravos específicos à saúde e com baixa integração com o conjunto das demais atividades em saúde.

O modelo atual de política de prevenção no campo da AIDS, apesar dos percalços em sua implantação, teve historicamente como um de seus objetivos a superação desse modelo de ações de saúde verticalizado por meio da constituição do SUS. A proposta é que as ações relativas ao HIV deveriam estar integradas à própria orientação do SUS. Neste capítulo, iremos abordar como se deu esse processo.

3.1 Contexto de surgimento da epidemia de AIDS no Brasil

Este item do capítulo dimensiona e analisa a tendência da evolução da AIDS no Brasil e busca compreender o modo como se deu o enfrentamento no país, considerando o contexto histórico-social em que a infecção pelo HIV emerge e dissemina.

A epidemia da AIDS surgiu no momento em que começavam a ser esboçadas as propostas de reforma de um sistema de saúde praticamente falido. O mundo se aproximava a delinear novo paradigma para a saúde, em que a busca de novas estratégias políticas para o campo da saúde, historicamente marcado por enfoque centrado na doença, previa, além da formulação de políticas públicas que incluíssem os determinantes sociais do processo saúde-doença, a articulação com outros campos, tais como: educação, economia, previdência social, permitindo nova forma de gestão.

Assim, as primeiras ações de controle da epidemia nasceram no momento de construção de nova concepção de saúde, que se convencionou chamar de “*saúde coletiva*”. Dentro dessa nova concepção, preconizada pelo SUS, o desafio era ultrapassar o campo de naturalismo biologista da Medicina, implicando diversas leituras e permitindo ruptura com a concepção tradicional de prevenção e saúde pública.

O início das respostas à epidemia de AIDS corresponde ao período inicial de redemocratização do país, com a eleição de forças progressistas abertas ao diálogo com a sociedade civil, no contexto estadual, e com a manutenção da linha ditatorial do Regime Militar, na esfera federal. Parker caracteriza essa fase como sendo marcada pela “*negação e omissão generalizadas por parte da maioria das autoridades governamentais, especialmente na esfera federal, junto com uma onda de pânico, medo,*

estigma e discriminação” (1997-b, p. 9). As experiências mostram que as representações sociais acerca da doença contribuíram para o retardamento na adoção de ações coletivas de intervenção por parte do Estado.

Para entender a trajetória das respostas a essa epidemia, deve-se partir da perspectiva de que a AIDS é uma epidemia de “*significados*”. Para Theichler, *apud* Monteiro (2003), as narrativas e as metáforas criadas em torno da AIDS demonstram que uma epidemia é percebida como ameaçadora, não apenas em função de sua dimensão epidemiológica, mas dos significados simbólicos construídos em seu bojo.

Assim, o imaginário social construído em torno da epidemia mostra que, antes que a AIDS fosse tratada como problema de saúde pública, ela estréia como uma doença da mídia, que reproduz todos os estereótipos possíveis de uma doença contagiosa, incurável, mortal e, marcadamente, de homossexuais masculinos. Portanto, quem estava fora desse enquadramento poderia se achar a salvo da doença. (ROCHA, 1999).

As experiências mostram que as representações sociais acerca da doença contribuíram para o retardamento na adoção de ações coletivas de intervenção por parte do Estado. A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) denuncia que, inicialmente, o próprio MS, por considerar a AIDS um problema localizado e restrito aos chamados grupos de risco, não a visualizou como um problema que merecesse investimentos para adoção de um programa nacional integrado de combate à epidemia.

A AIDS foi detectada pela primeira vez em meados de 1983, e a grande imprensa divulgou, com alarde, a morte de um profissional da alta-costura que, coincidentemente, ou não, tinha o perfil esperado para os portadores do HIV/AIDS. Foi esse mito do paciente “*midiático*”,

que referendou alguns diagnósticos clínicos, dando também pistas para a própria população começar a se prevenir. As respostas difusas produzidas naquele momento para acalmar o alarde público se assentavam nas informações obtidas nos Estados Unidos e na própria Europa Ocidental, com as organizações de saúde ainda sem elementos suficientes para iniciar uma proposta mais estruturada de intervenção. (PARKER *et al.*, 1994; GRANJEIRO, 1994).

Os primeiros casos notificados surgiram em São Paulo, em 1982, e a seguir, no mesmo ano, no Rio de Janeiro. A criação do primeiro programa governamental de AIDS acontece também em São Paulo, em 1983, anterior ao surgimento do Programa no nível federal. Nesse estado, é formada, ainda, a primeira ONG brasileira de AIDS, o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA), em 1985 (PARKER, 1997a; TEIXEIRA, 1997). Em 1985, já com programas organizados em alguns estados brasileiros, o MS assume a organização institucional das atividades de controle e de prevenção da AIDS e, em 1987, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS é oficialmente criado (M. S., 1998).

Com a organização de uma estrutura específica no nível ministerial com a função de coordenar um plano nacional de controle da AIDS, inicia-se outra fase da resposta da política de AIDS, que se estenderá até o ano de 1990, com a mudança na gestão do Programa. Esse setor torna-se a maior instância dentro do MS.

Algumas características que marcaram esse período no contexto nacional – 1986 a 1990 – foram: a mudança da política no nível federal, bem como o aumento da participação das instâncias não-governamentais à epidemia, que se coadunam com o processo de gradual redemocratização em curso no país. Nessa época, há uma intensa movimentação na organização da sociedade civil em várias áreas, com a organização da Assembléia Nacional Constituinte e a votação da Constituição “*cidadã*”; período também em que

o movimento da reforma sanitária vive seus momentos mais expressivos. Paralelamente a essa fase, há um processo de transformação lenta da gestão administrativa do governo federal, que, no lastro da herança do período ditatorial, procura ainda manter sua hegemonia e condução centralizadora. (PARKER, 1997b; GUERRA, 1993).

De modo distinto da experiência dos países industrializados, que possuem maior independência e autonomia dos organismos internacionais, pode-se considerar que a grande referência que moldou o Programa Nacional, em termos programáticos, foram as diretrizes do Programa Global de AIDS, da OMS, e da própria Organização Pan-Americana de Saúde, que influenciaram enormemente a formação de programas nacionais no terceiro mundo (PARKER, 1997b; TEIXEIRA, 1997). O fortalecimento da cooperação internacional com esses órgãos foi estratégia política importante para injetar no programa recursos financeiros, bem como assegurar um instrumental de apoio para garantir intervenções de cunho não-discriminatório em relação ao portador do HIV/AIDS (TEIXEIRA, 1997). A participação da sociedade civil foi preponderante para a garantia de financiamento.

Outro período demarcador da epidemia transcorreu de 1990 a 1992, com o novo governo federal, eleito pela primeira vez pelo povo, após longo período de ditadura. Infelizmente, assistiu-se a um descompasso total da vida política brasileira, que corresponde também à postura assumida na época pelo Programa Nacional (PARKER, 1997b). Nessa gestão, grande parte das ações do período anterior foram suspensas, como a produção de Boletins Epidemiológicos. As campanhas de prevenção alardeavam o medo e o preconceito contra o portador do HIV/AIDS, indo na direção oposta de todo o aprendizado acumulado. O preço dos medicamentos tornou-se exorbitante para os pacientes, e até alguns deles, como o próprio AZT, rareavam ou desapareciam das unidades de saúde. (TEIXEIRA, 1997; PARKER, 1997b).

As relações entre o governo federal e as ONGs se radicalizarem totalmente. Com o confronto explícito entre os dois setores, a falta de diálogo também se repete com os programas estaduais e municipais. Sem base de sustentação política, a inoperância torna-se a tônica do Programa. Com a grave crise governamental que se vivia então, houve a substituição de presidente e de ministro e, também, na Coordenação do Programa (TEIXEIRA, 1997; PARKER, 1997b).

Apesar dos inúmeros contratempos, o período trouxe um avanço positivo no que diz respeito ao controle da epidemia: a criação da política de distribuição universal e gratuita de medicamentos a pacientes de AIDS em todo o país. (GALVÃO, 2000, p. 14).

Com o *impeachment* desse governo, consolida-se um sentimento pelo compromisso com os ideais democráticos, indicando a possibilidade do trabalho em parceria, governo e sociedade civil (PARKER, 1997b). Uma nova fase da história de nossa política inicia-se com essa mudança, marcando, sem dúvida, um novo divisor de águas no processo. Mais amadurecidos, ONGs e governos buscam a construção de um trabalho mais cooperativo, percebendo que a construção dessa política haveria de ser feita em conjunto. Nesse contexto, a Coordenação Nacional percebe que a participação da sociedade civil é imprescindível não só na luta contra a AIDS, mas para facilitar a negociação com organismos internacionais para liberação de recursos.

Nessa fase, inicia-se o acordo de empréstimos com o Banco Mundial, responsável pelo financiamento do Projeto AIDS I, no qual governos estaduais, municipais, instituições de pesquisa e ONG recebem repasses financeiros para a execução de suas propostas, correspondendo ao período 1994-1998 (TEIXEIRA, 1997; PARKER, 1997b). Tratava-se de um empréstimo da ordem de US\$ 250 milhões, tendo a contrapartida nacional de US\$ 90

milhões, e 41% dos recursos teriam de ser aplicados no componente Prevenção. Isso representou, de fato, grande inversão de recursos na área das DST/AIDS, transformando a estrutura dos programas locais e as dimensões das respostas à epidemia (PARKER, 1997b).

Ainda segundo Parker (1997b), esse investimento do Banco Mundial na área da saúde significou em alguma medida um redirecionamento de sua atuação anterior, caracterizada por baixos investimentos no campo social. A primeira década da epidemia da AIDS no Brasil, relatada anteriormente, correspondeu exatamente a um período de mudanças intenso nas relações entre os países do primeiro mundo e os em desenvolvimento, devido à crise internacional da dívida dos anos 80. Nessa fase, o Banco Mundial e o FMI tentam impor medidas que levam ao ajuste estrutural da economia brasileira. Isso, sem dúvida, teve impacto sobre os gastos sociais e condicionou as políticas relativas à AIDS. A disponibilidade de recursos para a AIDS foi limitada, causando transtornos à assistência ao portador do HIV/AIDS. (PARKER, 1997b).

Diante dos grandes desafios impostos pelo rumo da epidemia, foi assinado para o período de 1998 a 2002, novo acordo de empréstimo com o Banco Mundial, com uma contrapartida nacional mais volumosa que no primeiro acordo. O Projeto AIDS II tinha como foco central o fortalecimento institucional e a sustentabilidade das ações.

Os recursos do Projeto AIDS II com seus vários componentes, entre os quais se destacam prevenção, vigilância epidemiológica e desenvolvimento institucional, foram responsáveis pela incorporação de novas modalidades de gestão, possibilitando novas formas de financiamento, e favoreceram o processo de descentralização no âmbito do SUS. O Programa investiu, ainda, na capacitação de setores da sociedade civil e de profissionais

de saúde que atuavam diretamente em ações de controle do HIV/AIDS, na assistência e nos laboratórios de todo o país. (MS, 1998).

A partir desse período, o grande vetor de pressão por parte das ONGs/AIDS passou a ser a liberação de recursos financeiros para a compra de medicamentos e sua ampla distribuição na rede de serviços de saúde. Enquanto isso, a parceria da Coordenação Nacional com as ONGs estreitou-se, principalmente com o financiamento de projetos de prevenção. (GALVÃO, 1997).

De acordo com Parker (2002), apesar de o Projeto AIDS II ter sido a primeira tentativa de trabalho coletivo entre Estado e sociedade civil, foi o período em que a centralização foi mais intensa na história da epidemia, principalmente do processo financeiro do Estado em relação às ações da sociedade civil.

A Coordenação Nacional além de estabelecer políticas, recomendações e critérios que norteiam o combate à doença, continuou disponibilizando e centralizando a maior parte dos recursos para as ações desenvolvidas por estados e municípios. Em contrapartida, estes deveriam mobilizar recursos próprios para a implementação efetiva em âmbito local das políticas e das ações de enfrentamento da AIDS. No entanto, pouco dos orçamentos locais destinados à saúde tem sido usado para a aquisição de insumos e de desenvolvimento de ações. Exemplo disso, é que, atualmente, a compra e o repasse de medicamentos anti-retrovirais, a provisão parcial de exames anti-HIV e em sua totalidade de exames de carga viral e contagem de células de defesa CD4 e CD8 têm sido custeados diretamente pela Coordenação Nacional de DST/AIDS.

As contrapartidas dos estados e dos municípios na verdade se restringem, na maioria das vezes, à disponibilização de instalações físicas, bem como de profissionais capacitados, o que não é suficiente, face à demanda crescente das vítimas do HIV. Iniciativas isoladas e descontínuas por parte de alguns municípios têm sido evidenciadas, mas, no entanto, não são suficientes para caracterizar e assegurar um conjunto de ações sustentáveis e efetivas de controle da epidemia nos estados. A atuação dos programas locais ainda depende em grande parte das verbas repassadas pelo MS, que conta com empréstimo do Banco Mundial e contrapartidas do orçamento da União.

Um dos objetivos do Projeto AIDS II foi a descentralização de ações. Isso significou que, após o final do Projeto, estados e municípios deveriam ter mobilizado e garantido seus próprios recursos para a manutenção e a consolidação dos programas de AIDS locais, e não mais depender dos repasses de verbas da Coordenação Nacional, que deveria assumir um papel muito mais de coordenação do que de execução de ações. Nessa proposta de descentralização, ainda será de competência da União a aquisição e a distribuição dos medicamentos anti-retrovirais, porém os estados e os municípios serão responsáveis pela aquisição e pela compra de medicamentos necessários aos tratamentos das infecções oportunistas decorrentes da imunodeficiência causada pelo HIV, assim como a provisão de exames clínicos, tanto para a detecção do HIV, como para medição de carga viral e contagem de CD4 e CD8.

No início de 2003, governo e Banco Mundial negociam o terceiro empréstimo, o Projeto AIDS III. No entanto, os recursos seriam apenas para financiar projetos de ONGs e Casas de Apoio, visto que, em 2002, o governo já havia estabelecido a política de incentivo para financiamento das ações de AIDS nos estados e nos municípios, com recursos do governo federal.

Conforme atesta Teixeira, *"o volume de recursos envolvidos nos projetos bem como as normas e as diretrizes em termos de quantidade e de possibilidades de sua alocação e execução financeira podem ter impactos diferenciados nas diversas esferas estadual e municipal"* (1997, p. 65). Nesse ponto, tomando como referência a limitação dos investimentos feitos na área de saúde no país, segundo o autor, *"pode ocorrer inversão de expectativas, e a execução do projeto, que deveria ser de suporte para que os Programas desenvolvam suas ações, pode vir a tornar-se a principal ação dos programas"* (1997, p. 65). Isso implica que a sobrevivência de algumas propostas pode estar condicionada ao tempo de vigência do projeto, a não ser que os estados, os municípios e o governo federal efetivamente incorporem, em seu próprio orçamento, recursos de controle para a AIDS. A preocupação é com a questão da sustentabilidade dessa política, na qual o grande desafio a médio prazo é sua reconstrução sem recursos externos, o que estará condicionado à viabilização do SUS e à injeção de recursos em todas as linhas programáticas.

Essa política de descentralização das ações propostas pela Coordenação Nacional vem preocupando as ONGs/AIDS, os profissionais de saúde e, em maior escala, as pessoas que convivem com a doença, em todos os estados brasileiros. Essas preocupações e inquietações devem-se à ausência da garantia de recursos próprios dos estados e dos municípios para os programas locais e à falta de coordenação entre os diferentes níveis para o estabelecimento de um programa efetivo tanto para os estados como para os municípios. As conseqüências da falta de programas bem estruturados e com recursos próprios podem vir a ameaçar a qualidade de vida de milhares de cidadãos que convivem com a AIDS, assim como pode significar um retrocesso tanto nos setores da prevenção como da assistência ao doente.

Discutindo sobre a sustentabilidade da prevenção, Parker (2002) coloca que além da dificuldade de incorporação da prevenção no sistema do SUS, há uma questão controversa que a inclusão da prevenção em outros setores, como educação, trabalho e justiça. O autor coloca que um dos grandes desafios para o futuro é quebrar essa verticalidade que caracteriza as ações, e criar uma verdadeira horizontalidade.

No entanto, a dependência de financiamento externo parece já ter sido incorporada à cultura institucional da política de controle dessa epidemia. Raizer (1997) faz o seguinte alerta: *"Conforme a presente recuperação histórica, o Programa Nacional de DST/AIDS ao longo dos anos só tem conseguido expressar sua concretude quando apoiado por recursos oriundos de organizações internacionais"* (RAIZER, 1997, p. 94).

Como já visto, após a elaboração dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial, para os Programas AIDS I e II, multiplicou-se o número de ONGs no Brasil, pois a participação destas era imprescindível para que o financiamento fosse liberado. Isso pode representar, num futuro próximo, a falência de uma estrutura supostamente organizada para fazer frente à epidemia da AIDS, mas que responde aos próprios interesses de quem a criou.

Nessa trajetória, os compromissos que foram sendo criados entre os setores governamentais e a sociedade civil passam a ter um envolvimento mais individualizado e, no emaranhado dos interesses em jogo, *"confundem-se as expressões individuais com as relações pessoalizadas, descompromissadas dos laços de solidariedade que em determinado momento fortaleceram as relações entre os diversos atores envolvidos na luta contra a AIDS e o caráter coletivizado dela"* (SILVA, 1998, p. 138).

O papel desempenhado pelo Estado nesse contexto é definido por Silva (1998) como tutelar, pois os projetos das ONGs foram enquadrados na racionalidade das ações públicas, e a *"efervescência do social é subsumida nos pressupostos próprios à burocracia estatal"*, contribuindo para a criação de uma situação *"aparentemente mais passiva e menos crítica"* (SILVA, 1998, p. 138).

"É difícil prever a conformação que esse processo terá. No entanto, sabemos que com o perfil de pauperização da epidemia, o papel de mobilizador e articulador que historicamente havia sido creditado às ONGs será novamente exigido, implicando que a luta pelo controle da epidemia da AIDS se amplie para outros movimentos sociais, reafirmando assim uma das bandeiras mais caras ao movimento sanitário brasileiro: o compromisso com a defesa do direito à saúde" (ALMEIDA & BARBOSA, 1992). Na conjuntura atual, esse é, sem dúvida, um dos grandes desafios a serem enfrentados pelas ONGs na manutenção da *"visibilidade"* da epidemia. Para tanto, essas entidades terão que responder primeiro a seus grandes dilemas. A produção dessas respostas será vital para os rumos da política de controle da AIDS.

O quadro de pauperização implica também um desafio maior para o setor governamental, aumentando ainda mais a complexidade do enfrentamento desta epidemia. Mais do que nunca, será necessário articular as políticas de saúde com as políticas da área de assistência social, reunindo esforços que permitam construir estratégias que viabilizem a inclusão de segmentos historicamente colocados à margem do acesso aos direitos sociais neste país. A cultura do *"gueto"* institucional terá que ser desmontada, procurando abrir uma frente de diálogo com novos parceiros que estiveram distantes e omissos nesse processo.

Assim, o avanço real no enfrentamento da atual situação exige, a nosso ver, a construção de uma agenda de discussão e investigação que inclui, sobretudo, a relação das políticas públicas voltadas para a AIDS com a própria questão das políticas sociais do país num contexto de recessão e de reforma do Estado brasileiro, bem como uma revisão das relações estabelecidas entre os setores governamentais e não-governamentais.

Outro ingrediente fundamental nesse contexto, que não deve ser desconsiderado, é o direcionamento neoliberal da política brasileira, que, caso se torne hegemônico, poderá significar a combinação de cortes orçamentários com o privilégio a questões curativas, em muitos casos de forma bastante precária, deixando de lado aspectos preventivos que, em geral, dependem de gastos e de investimentos estatais. E, poderia haver ênfase maior na responsabilização pessoal dos riscos de se infectar, culpabilizando o indivíduo por seu desencadeamento. No caso da AIDS, a opção por esse modelo seria totalmente desastrosa (ALMEIDA & BARBOSA, 1992).

Na área da política de controle da AIDS, poderemos, talvez, estar vivendo uma grande transição, repetindo a história de outras epidemias que já assolaram a humanidade, cuja perspectiva controlista e normatizadora da área biológica é hegemônica. Em outros termos, o predomínio das "prescrições tecnológicas" tende a desqualificar os valores e a história dos pacientes, retirando a autonomia dos sujeitos sobre o processo de vida, representando um retrocesso nas conquistas já realizadas nessa área.

3.2 Teorias e modelos de prevenção que orientaram os trabalhos de prevenção do HIV/AIDS no Brasil

Ao mesmo tempo em que talvez tenha havido desaceleração na resposta global à epidemia nos últimos anos, também se tem visto aumento significativo na reflexão crítica sobre

as causas sócio-culturais e político-econômicas da infecção pelo HIV, que Parker (2000) descreve como *a dinâmica social da infecção pelo HIV*.

Nesse processo, ainda segundo Parker (2000), tem-se visto importante revisão das principais teorias e modelos que orientam o trabalho de prevenção. Houve crescente mudança das noções de educação sobre AIDS, mais individualistas e impulsionadas por informação para modelos mais multidimensionais de conscientização coletiva como estratégias potencialmente mais efetivas. Essa transformação tem a ver não apenas com a mudança de comportamento individual, mas com mudança social de maior alcance, necessariamente destinada a enfrentar as questões subjacentes de desigualdade e de injustiças que criaram as condições para a disseminação do HIV.

No entanto, a despeito de todos os esforços em politizar as questões que envolvem a AIDS, ela ainda é percebida pela maioria unicamente pelo viés médico, e a prevenção também, apesar dos esforços, continua sendo percebida pela maioria como atitude de cunho individual. Essas questões irão fundamentar nossa discussão a respeito dos modelos que orientam os trabalhos de prevenção no Brasil.

A política de intervenção à AIDS no Brasil foi gestada tendo como modelo de referência as propostas do antigo Programa Global de AIDS da OMS, que vão determinar o perfil das respostas institucionais, visto que o país não teve política com características próprias.

Nesse contexto, a promoção à saúde é assumida como elemento central na estratégia global delineada, coincidindo as discussões presentes no campo das políticas públicas de saúde, que se consolidam, a partir do ano de 1986, como o paradigma alternativo aos enormes

problemas de saúde e do sistema de saúde no mundo. As proposições desse conceito priorizam a formulação de políticas públicas saudáveis, reorientando os serviços de saúde, no sentido de ampliarem suas parcerias com outros setores governamentais (notadamente os das áreas social e econômica) e organizações comunitárias, capacitando os diversos setores envolvidos para a criação de ambiente com qualidade de vida saudável. A informação, a educação e a comunicação assumem papel de relevância, pois criam condições para a participação dos indivíduos na modificação das condições sanitárias (M. S., 2002).

Ao fazer exame crítico sobre as práticas de educação em saúde destinadas à prevenção do HIV, Hamann (1999) discute a dissociação paradoxal entre teoria e prática. Por um lado, houve, nos últimos anos, desenvolvimento surpreendente de metodologias da educação, das estratégias de aproximação a populações específicas e de modalidades de intervenção. Por outro lado, os modelos teóricos e a reflexão conceitual, que deveriam orientar as práticas, permaneceram sujeitos a algumas das premissas deterministas e reducionistas da psicologia comportamentalista. Assim, tornou-se comum no campo da prevenção do HIV/AIDS a utilização do termo “*intervenção comportamental*” quando, na realidade, os comportamentos estão imersos em oceano mais profundo, vasto e complexo que envolve percepções, valores, sentimentos, representações simbólicas e relações de poder.

As experiências mostram que, no campo de prevenção da AIDS, o Brasil importou os conceitos baseados na psicologia comportamental americana, privilegiando a adoção de processos educativos calcados na decisão individual e na motivação influenciada pelas noções de autonomia e de responsabilidade individual. Essas práticas de educação não se restringiram ao campo de prevenção do HIV, mas esteve presente nas práticas de educação em saúde de uma forma geral, em que o método para alcançar uma vida saudável tem como

premissa a criação, a manutenção e/ou a modificação de hábitos referidos como comportamentos saudáveis. (HAMANN, 1996).

Com o sentido de fundamentar melhor a compreensão do referencial teórico dos programas de controle da AIDS, seria oportuno sublinhar alguns aspectos referentes à relação do saber epidemiológico com a questão da prevenção da AIDS, tendo em vista seu papel fundamental na identificação do problema e no despertar do conjunto da sociedade para a transcendência de seu significado sanitário (KALICHMAN, 1993).

Ayres *et al* (1997), ao descrever a contribuição da epidemiologia para a construção da história social da AIDS, sinaliza, entre outras questões, que antes do isolamento do próprio vírus, os especialistas dessa área identificaram no estilo de vida, importante fator de risco para a transmissão do vírus da AIDS, colocando na "mira" da ciência (e de toda a sociedade) os homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis, e seus comportamentos "exóticos".

As incipientes propostas dos programas de prevenção adotadas nesse processo se referenciavam ao contexto da abstinência e do isolamento, recomendando: "*não ter relações sexuais, não doar sangue, não usar drogas injetáveis*" (AYRES et al., 1997).

O conceito de grupo de risco consolida-se aos poucos como "categoria chave" de entendimento da epidemia, tanto no âmbito da ciência, como no domínio mais amplo das representações sociais e dos meios de comunicação de massa (BASTOS, 1996, p. 114). Este autor também chama a atenção para o jogo da construção do saber sobre a epidemia, em que muitas "verdades científicas" foram produzidas com base em valorações morais, que correspondiam, por sua vez, às cristalizações preconceituosas da sociedade.

A AIDS encontra, na sociedade e nos meios de comunicação, um eco amplificador quando, no âmbito da própria ciência, está sob a mira de diversas críticas, e não corresponde, na sua formulação tradicional, ao quadro epidemiológico prevalente nos diversos países, incluído aí o Brasil (BASTOS, 1996, p. 115).

A relação danosa desse processo em relação à prevenção é colocada com bastante propriedade por Bastos:

A limitação da questão a segmentos circunscritíveis de antemão confere a quem não se percebe como pertencente a estes segmentos uma sensação de invulnerabilidade e descaso com relação às medidas preventivas... Por outro lado, o essencialismo desses grupos geraria naqueles que se percebem de uma certa maneira partícipes de seus hábitos e/ou práticas uma atitude perigosamente fatalista, por vezes compartilhada pelos formadores de opinião no sentido de uma culpabilização das vítimas e de um caráter irreversível desses hábitos e atitudes geradoras de risco (BASTOS, 1996, p. 115).

Sob outro ângulo, Ayres (1994) ilumina a discussão da epidemiologia da AIDS a partir da relação entre as pessoas vivendo com HIV/AIDS e a população não-contaminada. Ele questiona a exigência normativa e, às vezes, oculta desta ciência, ao eliminar o contato entre essas populações, acabando por intervir na direção do "HIV negativo" (população sadia), sem considerar os diferentes juízos de valor presentes na relação entre o HIV e os seres humanos.

Sob a égide desse objetivo instrumental, foram engendradas discriminações, violência, pânico, cordões sanitários imaginários entre uma população supostamente sadia e outra supostamente passível de contaminar-se, em que o inimigo coletivo deveria ser afastado das fronteiras das pessoas consideradas imunes.

A representação do "contágio" foi associada, em geral, à ignorância dos verdadeiros modos de transmissão da doença, levando a posturas preconceituosas, cujas representações estão presentes no próprio discurso científico ou no preventivo, dirigido a população geral. Os primeiros anos da epidemia foram especialmente caracterizados por indefinição entre os discursos que falavam em nome da ciência ou do senso comum. Essa indefinição não

ocorreu apenas em consequência de um período em que a caracterização científica da doença ainda não havia sido construída, mas, principalmente, da carga de conteúdos simbólicos que a doença permeou. (SHCALL & STRUCHINER, 1995, p. 56).

Desde o início da epidemia no Brasil, na década de 80, que a política de prevenção da AIDS tem se pautado em condutas e discursos biomédicos, e as críticas recaem principalmente na discrepância entre os modelos epidemiológicos empregados pelo programa, em face das realidades sociais e culturais da doença na sociedade brasileira. O país importou modelos utilizados por países desenvolvidos, onde as campanhas sempre estiveram dirigidas mais a populações consideradas pelo modelo, como de risco, do que ao público em geral. Tudo isso contribuiu para que a população em geral não se identificasse com mensagens preventivas a partir do conceito errôneo da existência de “grupos de risco” estereotipados, favorecendo a disseminação cada vez mais da AIDS em todo o país.

Exemplo da separação proposta entre as duas populações pode ser observado nos trabalhos de prevenção à AIDS no Brasil, onde, de forma muitas vezes simplista e mecânica, foram realizados esforços educacionais dirigidos aos dois públicos. Um discurso enfatizava as circunstâncias em que o vírus da AIDS não era transmitido e, no outro, o comportamento de risco das populações "desviantes" era o alvo das informações repassadas. Para este grupo, Oppenheim (1992, p. 62) demonstra a sutileza do discurso preventivista:

“[...] embora cada um desses grupos ameaçasse ostensivamente o resto da comunidade por meio do sangue ou do sexo, as recomendações das autoridades de saúde pública inibiriam tal “contaminação”. Conseqüentemente, a “desordem” seria contida nas fronteiras, entre pessoas que fossem “diferentes” da maioria, porém indiferenciadas dentro de cada um dos grupos de alto risco”.

Nesse contexto, as campanhas publicitárias têm especial relevância, porque massificam informações, transmitindo concepções de risco e prevenção que sustentam as políticas

desenvolvidas. Elas reforçam a necessidade do uso do preservativo como a mais importante forma de prevenção, simples e possível de ser adquirido nos postos de saúde. Assim, os cidadãos teriam todas as condições de se prevenirem, sendo desconsideradas questões outras de ordem tanto subjetiva, quanto de ordem sociopolíticas, que interferem em suas negociações para o uso da camisinha.

Tributários de uma epidemiologia comportamental, foram sendo criados programas baseados em modelos de intervenção que privilegiavam ações médico-pedagógicas dirigidas quase que exclusivamente à esfera individual em detrimento da cultura e da coletividade. Aqui, o comportamento é entendido como uma entidade mórbida em si mesma, necessitando de intervenções específicas para sua mudança, focalizadas somente no controle das DSTs, abandonando as complexas interfaces existentes na própria síndrome. (SANTOS, 1995).

Fernandes (1992), ao abordar os aspectos ideológicos da área da prevenção ao HIV/AIDS, observa que o grande perigo neste contexto é a apropriação de conteúdos autoritários e medicalizadores presentes em projetos tradicionais de saúde pública por parte das práticas educativas. O desafio é superar a dimensão individual do fenômeno epidêmico e sua associação aos comportamentos considerados desviantes, e, portanto, da AIDS como uma doença do outro, do outro diferente (PAIVA, 1994).

Tendo sido alvo de críticas de toda ordem, o conceito de *grupo de risco* foi gradualmente sendo substituído por *comportamentos de risco* ou *práticas de risco*, representando, de certa forma, um avanço em relação ao conceito anterior (BASTOS, 1996). Com essa nova proposição, são incorporadas ações à prevenção, visando a uma mudança individual do comportamento. Os objetivos básicos que norteiam essas propostas são: a redução dos riscos com a disseminação de informações, o controle dos bancos de sangue, a orientação

sobre práticas de sexo mais seguro, a testagem, o aconselhamento e a redução de danos, com a implantação de programas de trocas de agulhas e de seringas, dirigidos a usuários de drogas injetáveis. (AYRES et al., 1997).

Embora esse novo referencial tenha a intenção de coletivizar o envolvimento com a questão, ele ainda apresenta sérias limitações, pois sua lógica reforça o modelo de culpabilização vigente quando do surgimento da epidemia, eludindo (por sua vez) a estrutura sócio-econômico-política como algo completamente alheio ao processo de adoecer ou morrer, incentivando a impotência frente à estrutura sanitária. (ALMEIDA & BARBOSA, 1992, p. 11).

A dimensão dessa proposta é eminentemente instrumental, caracterizada pela fragmentação e tecnificação do processo, havendo separação entre indivíduo e coletivo, e valorização das variáveis cognitivas, em que toda ação está limitada à esfera individual, desconsiderando qualquer outro fator que não se baseie na vontade dos indivíduos sobre seu próprio comportamento. Esse modelo conceitual utilizado na prática cotidiana pelos profissionais de saúde no campo da prevenção da AIDS tem sua raiz na psicologia comportamental americana.

Assim, da mesma forma que o Brasil importou modelos epidemiológicos para explicar o curso da epidemia da AIDS, reproduziu o processo de importação na prática da prevenção, privilegiando a adoção de processos educativos calcados na decisão individual e na motivação influenciadas pela noção de autonomia e responsabilidade individual. Esse processo baseava-se em aspectos técnicos e pedagógicos compatíveis com a cientificidade da medicina de caráter neutro e racionalista, direcionados ao ajustamento da população (VILARINHO, 1999, p. 44). Essa proposta se identifica com a prática educativa tradicional calcada

na transmissão de regras de conduta, e dissociada da vivência e dos valores dos sujeitos envolvidos. A ênfase, então, foi colocada no comportamento das pessoas, acreditando que sua modificação podia controlar o avanço da epidemia.

Esse modelo de saúde preventivo no campo da AIDS traz consigo a marca das doutrinas higienistas, que se difundiram na Europa no séc. XIX. Essas doutrinas estão fundadas na visão funcionalista da sociedade, ou seja, na noção de sociedade como um conjunto estruturado e hierarquizado, que tende a funcionar harmonicamente com a participação natural de todos seus membros, cada um dentro de sua posição na estrutura harmoniosa da sociedade. A higiene traz para o nível do indivíduo a questão da determinação saúde/doença, retirando o foco da atenção das reflexões sobre políticas sociais e condições de vida e de trabalho da população (VILLELA, 1982, p. 25).

Desse modo, o ponto principal sobre o qual se deve colocar a atenção é a base biologicista que fundamenta o conceito de educação em saúde descrito aqui. O modelo biomédico considera o processo saúde/doença como questão que emerge do corpo individual e é resolvida nele. Os higienistas relacionavam os problemas de saúde à ignorância dos indivíduos em relação às normas de higiene. Segundo Oshiro (1988, p. 07), existe a preocupação com a educação do povo, não só via escolas, mas também nos centros de saúde, que encerram, nas suas práticas, uma função claramente pedagógica.

Assim, a concepção educativa no campo da saúde é fortemente marcada pelo paradigma biomédico – a doença enquanto entidade biológica, materializada num corpo biológico, universal e atemporal – e calcado na postura educativa vertical: aqueles que sabem, ensinam

os que não sabem; e estes, como decorrência, mudam seus comportamentos e atitudes que os expõem a riscos de doenças.

O modelo que informa essa concepção valoriza os aspectos racionais e cognitivos da questão educativa e desconsidera o substrato afetivo da consciência que permite a construção da auto-estima, o que possibilita gerar, não só “mudanças comportamentais”, como também ampliação da consciência crítica, que propicia transformações mais abrangentes no âmbito da vida pessoal, familiar e coletiva (OSHIRO, 1988, p. 82).

A ênfase informativa de muitas campanhas de prevenção asfixia as possibilidades de formação dos indivíduos, as possibilidades de operar na formação de identidades com algum grau de autonomia. Dessa forma, a chance de formarem-se consumidores de camisinhas e portadores de técnicas é muito grande, mas não atende ao objetivo mais profundo de auxiliar o indivíduo a gerar condições para que ele continue a educar-se para o cuidado de si e dos outros.

Sem dúvida, o modelo em foco, como assinala Monteiro (2002), não leva em conta a complexa dinâmica de fatores sociais, históricos e econômicos envolvidos na definição, adequação e mudança das práticas do cotidiano e, em consequência, aquelas relacionadas à saúde.

A resposta encontrada, capaz de superar a abordagem comportamentalista individual, foi a concepção de vulnerabilidade proposta por Mann & Tarantola (1994), no início da década de 90. Esse "modelo", embora não tenha sido ainda incorporado como alternativa diferenciada à noção de risco, inclui, além dos elementos de ordem subjetiva, fatores de ordem estrutural que tornam determinadas populações mais suscetíveis/vulneráveis

a contrair o HIV. Essa nova leitura implica considerar a AIDS como uma doença da sociedade, em seu mais profundo sentido, ficando cada vez mais evidente que as respostas para seu enfrentamento são conformadas pela realidade de cada país (SINGER, apud ROCHA, 1999).

A estrutura básica da noção de vulnerabilidade é baseada em três planos inter-relacionados, que envolvem: a vulnerabilidade individual – seus fatores cognitivos e comportamentais; a vulnerabilidade programática – o investimento dos programas de controle do HIV/AIDS em relação à informação e educação, saúde e serviços sociais, e a garantia do respeito aos direitos dos portadores do HIV/AIDS; e a vulnerabilidade social – aspectos econômicos, culturais e sociais, como, por exemplo, gênero, crenças religiosas, desigualdade social, estrutura de governo (MANN & TARANTOLA, 1994). A conjugação desses diversos planos permite avaliar a adequação das estratégias para o controle da epidemia, possibilitando a construção de políticas referendadas pelo ideário da promoção à saúde, que buscam o enfrentamento de problemas contínuos, concretamente existentes num território singular.

A proposta de utilização do conceito de vulnerabilidade veio, em certa medida, responder ao contexto de impasse na formulação das diretrizes de controle e prevenção na década de 90. A proposta de vulnerabilidade reafirma a complexidade da epidemia, confirmando que o controle dessa doença não se restringe apenas ao enfrentamento da doença, mas implica reinventar, permanentemente, o território das relações entre cidadania e justiça. (ROCHA, 1999).

No entanto, na contramão da renovação crítica das referências sobre as políticas de controle e de prevenção da AIDS, o que se tem assistido é a possibilidade do (re)surgimento de práticas

sanitárias tradicionais, processando-se o deslocamento do enfrentamento da AIDS de uma perspectiva política para uma outra, vinculada essencialmente ao naturalismo biologicista da Medicina.

Para Parker (2002), é necessário repolitizar a prevenção, que conceitualmente pode ser pensada em termos de desafios técnicos e políticos. O Projeto do Banco Mundial foi construído em cima do modelo de iniciativas técnicas, tais como campanhas de mídia, intervenções comportamentais, aconselhamento individual, entre outros. Porém, o autor acredita que sem construir uma visão política dentro de, pelo menos, dois conceitos básicos, que chamaria de violência estrutural e de vulnerabilidade social, não se pode avançar.

Parker (2002) coloca que a questão da violência estrutural talvez seja mais crucial do que a questão da vulnerabilidade social. Segundo o autor, está-se tratando de uma epidemia movida pela violência estrutural, pela pobreza e pela exploração econômica, pela opressão de gênero e sexual, pelo racismo e pela discriminação ética. O cruzamento entre vários eixos de opressão ultrapassa as vivências individuais e evidencia a complexidade social dos processos de vulnerabilidade.

Ainda de acordo com Parker (2002), o conceito de violência estrutural torna evidente que a idéia de risco individual deve ser extrapolada, e que o grande avanço, em termos de teorização da prevenção dos últimos anos, é o processo de mudança do conceito de risco comportamental para o conceito de vulnerabilidade social. Assim, é preciso deixar de ter preocupação tão centrada na informação e na intervenção comportamental e fomentar o que Parker *op.cit.* chama de intervenção estrutural, que, segundo ele, não é feita por decreto, mas criada pelas bases, por intervenções comunitárias, pelos movimentos sociais.

Em termos conceituais, os "modelos" de prevenção propostos caminharam por dois eixos paradigmáticos: o primeiro, centrado nos comportamentos individuais, determinados exclusivamente por decisões racionais conscientes, em que a questão da informação seria capaz de aumentar a consciência do risco e estimular a mudança de comportamento; o outro eixo de compreensão dessa questão informa uma linha de ação vinculada aos processos culturais e sociais da epidemia, considerando fundamental a garantia aos direitos de cidadania dos sujeitos envolvidos nas práticas educativas (PARKER, 1996).

Nesse deslocamento, ousamos dizer que a ênfase sobre a cidadania aproxima-se da intencionalidade pedagógica de Paulo Freire, cuja prevenção revê, amplia/redimensiona seus horizontes e sua própria contribuição para a sociedade.

A mudança da perspectiva de adaptação e de integração social para outra vertente se dá a partir do final da década de 50, por meio do contato com a experiência da Educação Popular. A questão da saúde passa a ser entendida *"como um processo histórico e social e o foco da intervenção não mais se centraria exclusivamente no comportamento individual, mas procuraria contemplar os próprios determinantes do processo saúde/doença"* (ASSIS, 1992, p. 9). Essa perspectiva crítica rompe com o caráter autoritário da saúde pública, buscando a contextualização das práticas educativas na vida dos sujeitos envolvidos.

A mudança mais importante no nosso modo de pensar sobre o HIV na década de 90, talvez tenha sido o esforço de superar essa contradição entre grupo de risco e a população em geral, deslocando-nos da noção do risco individual para uma nova percepção de vulnerabilidade social. Sem negar que todo ser humano seja biologicamente suscetível à infecção pelo HIV, ou que a transmissão realmente ocorra mediante atos comportamentais de indivíduos específicos, esse conceito expandido de fatores sociais que colocam alguns indivíduos e

grupos em situação de maior vulnerabilidade permitiu-nos começar a perceber mais plenamente como a desigualdade, a injustiça, o preconceito, a exploração e a violência aceleram a disseminação da epidemia.

Com a proposta de vulnerabilidade, muda-se a concepção da própria epidemia, baseada num modelo epidemiológico de risco, para uma reorientação das ações de intervenção no sentido de incluir as mediações históricas e estruturais responsáveis pelo aumento da vulnerabilidade das populações ao HIV/AIDS (PARKER, 1996). No entender de Ayres *et al.* (1997), essa passagem oferece a possibilidade de reconstrução das práticas de saúde em termos coletivos e, especialmente, preventivos, fornecendo elementos concretos para os profissionais de saúde avaliarem "*as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular (e não, a probabilidade de um indivíduo qualquer) tem de se contaminar*" (1997, p. 24).

Ou, em outros termos, é fundamental considerar que os sujeitos a quem o trabalho de prevenção se destina:

Estão marcados por condições sociais distintas, entrelaçando estas determinações de classe, gênero, etnia, faixa etária, posição do ciclo reprodutivo, afiliação religiosa, capital, cultural e educacional. Esta lista imensa de itens deve ser considerada como constituindo a moldura que fabrica e encerra as condições de existência dos seres sociais e atualiza os dilemas da contemporaneidade, ou seja, como conciliar universalismo e diferença na formulação de políticas (HEILBORN, 1997, p. 101).

A proposta conceitual de vulnerabilidade pode ser grande aliada nessa necessária interseção entre a dimensão instrumental da prática educativa, vista somente pela lógica da racionalidade técnica (plano individual) e a dimensão estratégica (plano coletivo), dirigida às mudanças estruturais da sociedade. O conceito de vulnerabilidade, ao propor o entendimento da suscetibilidade de indivíduos e de coletividades à infecção pelo HIV segundo a particularidade de sua situação, quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais

(ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento, resgata e amplia as múltiplas facetas presentes no processo de saúde, retomando o sentido da prática na área como expressão e comunicação de vida (AYRES *et al.*, 1997, p. 2).

Dessa forma, o alvo das ações de prevenção não se limitaria ao sujeito singular e aos aspectos de ordem subjetiva, mas suas ações seriam (re)definidas a partir da própria dinâmica dos contextos que renovam/perpetuam e conformam as possibilidades de exposição ou proteção diante do problema (AYRES *et al.*, 1997; BASTOS, 1996).

Acreditamos que os novos horizontes trazidos pelo conceito de vulnerabilidade podem enriquecer, de fato, as propostas preventivas desenvolvidas. Esse é um longo caminho que merece ser experienciado, retomando os desafios iniciais que a epidemia da AIDS nos trouxe – uma revisão profunda da prática da saúde pública, passando a valorizar o envolvimento dos sujeitos individuais e coletivos implicados nessa problemática, conjugando singularidades e perspectivas universalistas nas ações.

A prevenção ao HIV, para que seja bem-sucedida, deve ter uma abordagem abrangente, que trate não só do risco, mas também de causas já estabelecidas relacionadas à vulnerabilidade, que reduzem a capacidade dos indivíduos e das comunidades para protegerem a si das infecções. Essa abordagem requer o fornecimento, por exemplo, de mais oportunidades e de equidade na educação e na disponibilidade de empregos para mulheres, pessoas jovens e populações marginalizadas, que são particularmente vulneráveis ao HIV. As medidas de prevenção devem ser oferecidas aos indivíduos de maneira franca, não discriminatória e aberta, com abordagens multissetoriais, e devem

estar conectadas com estratégias para redução da pobreza, incluindo um foco mais abrangente na saúde sexual e reprodutiva.

A prevenção ao HIV precisa de investimento em longo prazo e de engajamento sustentado para que tenha o máximo de impacto. Não há soluções fáceis ou rápidas para a promoção e a sustentação de fatores contextuais que direcionam a epidemia do HIV. No entanto, os programas de prevenção precisam ser continuamente reforçados para atenderem as necessidades das novas gerações, e devem ser planejados com a participação da população.

Parece claro que estão postas sugestões de como enfrentar os desafios da prevenção da AIDS. Em primeiro lugar, deve ser enfatizado que talvez seja hora de pensarmos nossas estratégias de prevenção menos em termos de grupo populacional, objeto de nossa intervenção, e muito mais no que Ayres (2002) denomina de contextos de intersubjetividade. Para o autor, parece, com efeito, mais e mais sem sentido falar de prevenção para determinadas “populações-alvos”. Trata-se de não centrar políticas, programas e ações tanto em grupos identitários, ou grupo de risco, mas nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos grupos populacionais e suas interdependentes e combinantes identidades. Por outro lado, não tratar as práticas que expõem as pessoas ao HIV e ao adoecimento por AIDS como fruto exclusivo da vontade e do grau de esclarecimento dos indivíduos, mas ver os comportamentos como resultante final de um conjunto de condições estruturais e contextuais de onde essas práticas emergem.

CAPÍTULO 4

4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE AIDS NO PIAUÍ: A HISTÓRIA CONTADA POR SEUS AGENTES

O objetivo de discussão deste capítulo é mostrar o percurso histórico da epidemia HIV/AIDS no âmbito estadual, e o panorama das respostas das políticas públicas na área de prevenção, identificando os conceitos normatizantes a partir dos discursos dos gestores e técnicos que atuaram no programa. Durante o processo do trabalho, verificamos ser oportuno também estabelecer diálogo com o movimento ONG/AIDS no Piauí, porque ele tem inter-relação importante com a história da política de AIDS no estado.

4.1 Caracterização institucional da AIDS no Piauí: a prevenção nesta trajetória

A história oficial da AIDS no Piauí tem início com o registro da entrada dos primeiros pacientes no Hospital de Doenças Infecto-contagiosas (HDIC), hoje Instituto de Doenças Tropicais Nathan Portela (IDTNP), apresentando sinais e sintomas que depois viriam a ser diagnosticados como casos de AIDS. No período de surgimento dos primeiros casos no Estado, em 1987, já existiam no Brasil serviços organizados de atendimentos a pacientes com a doença, mas no Estado nenhum serviço tinha estrutura para receber esses pacientes. Mesmo apresentando lesões na pele, identificadas depois como *Sarcoma de Kaposi*, os profissionais do serviço de Dermatologia do Hospital Getúlio Vargas encaminhavam esses pacientes para o HDIC. Os profissionais desta instituição também apresentaram resistência no atendimento aos primeiros casos da nova doença, já apresentando os primeiros sinais

de estigma e de preconceito. Então, uma equipe foi treinada no Hospital Emílio Ribas, em São Paulo.

“Neste hospital, todos os pacientes de AIDS ficavam juntos com os de outras patologias e o que se precisava era que todos os profissionais usassem medidas universais de segurança. No Piauí, nenhum profissional queria ficar no setor destinado a pacientes HIV+. Foi preciso fazer um trabalho de convencimento” (Ex-enfermeira do HDIC e ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2001/2002).

As primeiras notificações de casos de AIDS, no Piauí, mostravam o perfil desses pacientes como sendo adultos jovens do sexo masculino, homossexuais e bissexuais, características também identificadas no resto do país. Nesse contexto, a AIDS passa a ser representada como a doença do outro, revelando estereótipos de compreensão da doença como se fosse uma imagem fixa, invariável e homogênea (SONTAG, 1989, p. 97). A associação a grupos de risco mostra, através do discurso do médico infectologista e ex-diretor do HDIC, em entrevista ao Jornal O DIA, de Teresina, como a construção social da doença está relacionada a pessoas que inicialmente se contaminaram: *“A tendência é a incidência da doença aumentar e ser equilibrada de acordo com o número de homossexuais, principal grupo de risco”* (ex-diretor do HDIC).

O que se constatou, a partir de entrevista com profissionais que atuaram nos primeiros anos da doença no Piauí, foi um perfil da epidemia diferenciado, com a doença acometendo, também, trabalhadores da construção civil que retornaram do Sudeste do país, e mulheres vindas do interior do Estado, parceiras desses trabalhadores. Em 1988, a epidemia já apresentava os primeiros casos de AIDS em mulheres, que só foram notificados em 1990.

A tentativa de responsabilizar individualmente o portador pela infecção, a partir da hipótese de que ele voluntária e conscientemente se comportou de forma “errada”, em grande medida esteve subordinada à própria terminologia empregada para caracterizar os grupos inicialmente mais afetados pela epidemia: *“os grupos de risco”*. A responsabilização do portador

por sua infecção manteve-se mesmo quando o HIV começou a atingir pessoas de hábitos socialmente aceitos: mulheres monogâmicas e homens heterossexuais com várias parceiras.

Da mesma forma que a população leiga, os profissionais de saúde demoraram a reconhecer que a epidemia não estava circunscrita a certos grupos, o que favoreceu uma abordagem simplória e reducionista do problema: existe uma doença com causa identificada (o comportamento das pessoas) e com prescrição a ser feita (a mudança de comportamento). Mudança operada a partir da educação e entendida mais como abandono de práticas que “traziam a doença” do que como uso de proteção contra o HIV durante tais práticas.

O Piauí sistematiza suas ações de prevenção à AIDS em 1989, a partir de uma coordenação instalada em pequena sala no antigo HDIC, onde a primeira coordenadora foi a enfermeira Amália Oliveira Carvalho, substituída em seguida pelo médico Miguel Azevedo, que, após ter sido nomeado para o cargo de Diretor-Técnico do Hospital, indicou a psicóloga Ana Célia de Sousa Cavalcante, funcionária do Hospital e consultora do MS no Piauí, na área de AIDS e Saúde Mental.

No final da década de 80, a prioridade das ações estava voltada para a assistência clínica e psicológica aos pacientes infectados. O HDIC, também, realizava aconselhamento para a testagem do HIV, encaminhando os usuários para realizar o teste anti-HIV (teste ELISA) no Centro de Hemoterapia do Piauí (HEMOPI). Assim, o HEMOPI adquiriu papel preponderante, por ser um órgão encarregado da administração do banco de sangue do Estado. No início, quando diagnosticados os primeiros casos:

“Percebia-se muito a forte presença do preconceito e da discriminação aos portadores do HIV, sobretudo aos pacientes de AIDS. Havia também um forte sentimento de pena, de medo e de certeza da morte. Pelo fato dos serviços de saúde

ainda não estarem preparados para a epidemia, bem como os profissionais da saúde, muitos paciente morriam até mesmo antes de receber os exames do HIV”
(Ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 1989-1995)

O Brasil já vinha desenvolvendo estratégias de prevenção com campanhas voltadas para a população considerada de risco, característica marcante das estratégias educativas também no Piauí. Os meios de comunicação de massa são eleitos nesse processo como a estratégia fundamental para o desencadeamento das ações de prevenção, e a televisão se torna o principal meio difusor das atividades de educação sobre AIDS no país. No final da década de 80, as campanhas televisivas em âmbito nacional exibiam mensagens com tempo de duração diferenciado para os chamados grupos de riscos em relação à população geral. No Piauí, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado em parceria com o INAMPS e a Sociedade Civil para o Bem-Estar da Família (BENFAM), realizavam campanhas de prevenção nas principais praças de Teresina, com a distribuição de preservativos e de material educativo, além de afixarem cartazes em locais de forte concentração dos denominados “grupos de risco”. Em 1988, foi realizada a primeira campanha do Dia Mundial de Luta contra a AIDS, coordenada pela BENFAN, em que, segundo a assessora de comunicação da Secretaria de Saúde na época, o objetivo era alertar a população sobre os perigos do contágio do vírus da AIDS. *“A grande preocupação é prevenir contra a expansão da AIDS, principalmente nos ‘grupos de alto risco’, como os hemofílicos, os viciados em drogas e os homossexuais”* (Jornal O DIA, 13/02/87).

Outra característica essencial desse período são as abordagens tímidas a respeito do uso do preservativo masculino como método eficaz de prevenção da transmissão sexual, sendo mais confortável para as autoridades governamentais sua recomendação para as chamadas populações de alto risco (PETERSON, 1994). Essa interdição foi reputada às pessoas conservadoras da sociedade brasileira, sendo a igreja católica sua porta-voz mais eficaz e

poderosa. No Piauí, o discurso do arcebispo de Teresina, em entrevista ao jornal O DIA retrata bem isso: “*A doença e suas conseqüências devem ser vistas através do prisma da ética e da moral. Devemos observar o 6º mandamento e chamar atenção para o exercício de sexualidade regrada*” (Jornal O DIA, 17/02/1987).

Nesse período, existiu a tentativa de formação de grupos de apoio a pessoas vivendo com HIV/AIDS, chegando a ser formada uma Comissão Pró-Organização do Grupo de Apoio e Prevenção do HIV/AIDS – GAPA. No entanto, esses grupos tiveram dificuldades de difundirem suas idéias, devido aos estigmas que envolviam a doença, principalmente na primeira década. Alguns amigos de pessoas vivendo com HIV/AIDS realizaram campanhas com o objetivo de arrecadarem fundos para compra de anti-retrovirais, que ainda não eram distribuídos pelo MS. O grupo recebeu o nome de “*Amigos Meus*” (OLIVEIRA, 2007).

Nos primeiros anos da década de 90, o Brasil inicia o acordo com o Banco Mundial para financiamento do Projeto de Controle e Prevenção das DST/AIDS – Projeto AIDS I. No Piauí, o convênio foi firmado em 1994 entre o MS e Governo do Estado, na gestão do governador Antônio de Almendra Freitas Neto. Quando o projeto foi aprovado, os Estados iniciam a elaboração de seus Planos Operacionais Anuais – POAs, contendo a programação física e financeira para cada ano. No Projeto AIDS I, o Piauí elaborou os POAS I e II, que, devido aos processos de prorrogação, foram executados nos anos de 1994 a 1998.

Quando o Programa começa a funcionar no Piauí, a orientação do MS é de que ele não poderia continuar dentro de uma unidade assistencial, ou seja, no HDIC, então se institucionaliza, em 1995, a Coordenação Estadual do Programa de DST/AIDS, que passou a funcionar no edifício Saraiva Center, situado na Rua Firmino Pires, em Teresina.

O projeto AIDS I estava dividido em quatro componentes: Prevenção, Serviços, Desenvolvimento Institucional, e Vigilância Epidemiológica. Na área de prevenção, estavam previstas a veiculação de campanhas de comunicação de massa, impressão e distribuição de material educativo, implantação e operacionalização de três Centros de Orientação e Apoio Sorológico – COAS, aquisição e distribuição de preservativos, realização de projetos de intervenção comportamental para populações específicas (profissionais do sexo, populações confinadas, usuários de droga injetável e pessoas no local de trabalho). No Projeto AIDS I, na avaliação de Galvão (2000, p. 138), a elaboração de estratégias preventivas esteve fortemente influenciada pelos conceitos de grupo de risco e comportamento de risco em vigor na época, sendo que o Piauí reproduziu estas estratégias.

Na perspectiva da prevenção, as ações desenvolvidas no período de vigência do AIDS I deslancharam um processo de disciplinarização, pautado nos modelos das ciências comportamentais norte-americanas, em que uma das características desse modelo é a ênfase na avaliação de processo, com definição clara de resultados. No contexto piauiense, esses processos avaliativos freqüentemente se traduziram na contabilização dos quantitativos – números de *condoms* distribuídos, números de folhetos, vídeos, oficinas realizadas. Existiu, na realidade, a ausência de reflexão teórica sobre as ações financiadas pelo MS, cuja questão da prevenção sempre foi muito centrada no uso do preservativo e em campanhas pontuais.

Em 1995, quando assume o Governo do Estado Francisco de Assis Moraes Sousa, popularmente conhecido como “*Mão Santa*”, o Programa Estadual de DST/AIDS é estruturado e cria-se o primeiro COAS em Teresina (a partir de 1997, no Brasil, passa a ser denominado de Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA). Em 1996, foi criado o CTA de Parnaíba. Ambos realizam atividades educativas individuais e coletivas, além da testagem

para o HIV. Esses serviços trouxeram avanço nos estudos e nas pesquisas sobre a evolução da epidemia no Estado, pois revelaram novo perfil epidemiológico, mostrando que outras populações encontravam-se em situação vulnerável ao HIV.

Os CTAs passaram a oferecer exames de HIV de forma gratuita, confidencial e anônima, tendo, também, como finalidade, o aconselhamento no pré e no pós-teste. A partir de então, os serviços de testagem e, sobretudo, de aconselhamento, passaram a ocupar uma posição de destaque na área preventiva.

“A história da prevenção da AIDS no Piauí toma corpo com a implantação do CTA, tanto nas atividades de aconselhamento, como nas atividades extramuros realizadas em instituições como escolas e presídios” (Psicóloga, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 1989-1995).

Visando a atingir maior alcance e cobertura em diferentes comunidades e expandir as reflexões sobre a percepção de risco, adoção de práticas seguras, entre outras questões cruciais para a prevenção das DSTs/HIV/AIDS no Brasil, as atividades da rede de CTA foram ampliadas “para além dos muros”. Para tanto, foram criados os denominados *CTAs volantes ou itinerantes*, unidades móveis que realizam a coleta de material para a realização do teste sorológico e levam informações e aconselhamento a populações que residem em áreas remotas. No entanto, no Piauí, essas atividades aconteceram mais em instituições, e menos nas cidades do interior, onde o acesso aos maiores centros urbanos é restrito.

O Programa de AIDS, no Piauí, cresceu com a verba do Banco Mundial, com muitos recursos para capacitação e compra de equipamentos. No entanto, não havia recursos para contratação de consultores e, na ocasião, a Secretaria de Saúde disponibilizou técnicos para a realização dos trabalhos, acumulando funções de aconselhadores do CTA e de atividades técnicas da própria Coordenação, que contou, também, com apoio de voluntários, amigos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, entre eles, professores da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Nessa gestão (1989-1995), iniciaram-se as primeiras capacitações, principalmente com professores das escolas públicas, com educadores e adolescentes do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR), e com adolescentes atendidos nos Núcleos de Atenção Integral à Criança e ao Adolescentes (NAICAs), da Prefeitura de Teresina.

“Foi um trabalho muito bom, pois o próprio programa nacional enviou material educativo para essas capacitações, como também remunerava esses profissionais por cada capacitação, entretanto, quando o programa nacional deixou de remunerar os profissionais, eles se envolveram em outras ações” (Socióloga, ex-coordenadora, gestão 1997-2001).

Os projetos desenvolvidos na área de capacitação com professores não tiveram êxito, porque tanto o Ministério da Educação quanto a Secretaria da Educação do Estado tiveram dificuldade de formar parceria com o setor da saúde. Somente em 2003, os Ministérios da Saúde e da Educação firmaram acordo para desenvolver ações de prevenção nas escolas com o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Atualmente, o projeto vem logrando êxito através da parceria entre a Coordenação de Doenças Transmissíveis (DT), e a Coordenação da Juventude, que desenvolvem o projeto em 120 municípios.

Entretanto, um projeto que deu certo desde o início na área de prevenção às DSTs/AIDS é que continua sendo desenvolvido pelo MNMNR, iniciado em parceria com o Estado em 1995 e, posteriormente, o próprio Programa Nacional formou parceria inclusive com repasse de recursos, produzindo seu próprio

material educativo, como cartilhas e vídeos. Outro projeto que andou com suas próprias pernas foi o *Projeto Juventude Alerta*, formado por adolescentes dos NAICAs, da Secretaria Municipal da Criança e do Adolescente (SEMCAD), de Teresina.

Nesse mesmo ano, 1995, o Programa Estadual de DST/AIDS do Piauí recebe nova coordenadora, uma médica infectologista que possuía larga experiência no HDIC na área de diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV/AIDS. Abriu-se o processo para implantação dos exames de CD4 (contagem de células de defesa) e Carga Viral, exames complementares e indispensáveis ao tratamento das pessoas com HIV/AIDS. As ações apresentam certo continuísmo, pois já estavam previstas no POA, elaborado na gestão anterior. Assim, permanecem os cursos de capacitação e as campanhas de massa voltadas para a população em geral. Na campanha do Dia Mundial de luta contra a AIDS de 1995, pela primeira vez, a Coordenação Estadual de DST/AIDS produziu seu próprio material educativo. O tema da campanha foi: *“Todo mundo transa com todo mundo, todo mundo precisa de proteção”*. De acordo com a ex-coordenadora de DST/AIDS da gestão 1997-2001, que atuava como técnica no ano de 1995: *“A Campanha foi belíssima. Produzimos materiais educativos elaborados por uma empresa publicitária local”*.

Nessa gestão, também, o MS inicia a política de distribuição gratuita de medicamentos – os anti-retrovirais, aprovado em novembro de 1996. No entanto, segundo a coordenadora, alguns medicamentos eram disponibilizados apenas para certo número de pacientes, pois a quantidade era insuficiente.

Os primeiros materiais educativos produzidos eram baseados no modelo enviado pelo MS, e tinham como foco a apresentação de informações básicas sobre as formas de

transmissão da doença e o papel exercido pelas relações sexuais (ênfatizando o risco potencial do envolvimento com múltiplos parceiros). A questão da normatividade estava presente nas estratégias de prevenção.

“Era preciso internalizar comportamentos preventivos através de informações como formas de transmissão ‘como pega e como não se pega AIDS’, importância da redução do número de parceiros e do uso do preservativo em todas as relações sexuais” (Técnica do CTA, Assistente Social).

Em 1997, o cargo de coordenadora do Programa Estadual de DST/AIDS foi ocupado por uma socióloga, que já atuava como consultora do programa desde sua implantação. Nesse contexto, o quadro epidemiológico do HIV/AIDS no Piauí apresenta novo perfil, ou seja, as pessoas mais atingidas pelo vírus da AIDS passam a ser as mulheres e as crianças, especialmente as mulheres com único parceiro e com relação e/ou com relacionamentos estáveis. Constitui-se nesse momento, em âmbito nacional e estadual, o processo de feminilização da epidemia.

Nesse mesmo ano, novamente teve destaque a realização da Campanha do Dia Mundial de luta contra a AIDS, coordenada pelo professor do departamento de economia da UFPI, Solimar Oliveira Lima, abordando a temática da contaminação de crianças pelo HIV. As atividades foram realizadas principalmente nas escolas públicas de ensino fundamental, com oficinas lúdicas para crianças e adolescentes. Houve ainda uma semana de apresentação de vídeos sobre o tema no Clube dos Diários. A mensagem da campanha era: *“Criança é tudo igual, você faz a diferença”*.

Em 1998, o Brasil estabelece o segundo acordo de empréstimo com o Banco Mundial, denominado Projeto AIDS II, que previa, para os anos de 1999 a 2002, a execução de 300 milhões de dólares, sendo 165 milhões provenientes do Banco Mundial e 135 milhões dos governos estaduais e municipais, e 43% dos recursos estavam previstos para as ações de promoção e de prevenção da doença. Quando o Programa Nacional de DST/AIDS amplia os recursos do convênio com o Banco Mundial, incluindo outros municípios do país que apresentavam quadro epidemiológico preocupante, a Prefeitura Municipal de Teresina, através da Fundação Municipal de Saúde, cria, em 1999, a Coordenação Municipal de DST/AIDS.

As coordenações estadual e municipal de DST/AIDS trabalharam em parceria com divisão tanto de recursos, como de responsabilidade. Foram realizados vários treinamentos e todas as campanhas em parceria. Em 1999, a Campanha do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS – 1º de dezembro, foi direcionada para educadores, com a realização de Fórum e de concurso de cartazes nas escolas públicas de Teresina. Segundo a coordenadora na época: *“O resultado foi muito positivo, pois conseguimos envolver um número bastante significativo de educadores no Fórum, além do envolvimento dos alunos na discussão da temática”*.

Nessa gestão (1997-2001), inicia-se a elaboração do primeiro Plano Operacional Anual – POA I, do Programa AIDS II. Segundo a coordenadora do período, o planejamento durou três meses, com a participação de várias instituições governamentais e não-governamentais. O AIDS II tinha como foco central o fortalecimento do desenvolvimento institucional e a sustentabilidade das ações e o controle social. Nesse projeto, o MS

demonstra certo avanço na forma de entendimento da epidemia, incorporando o conceito de vulnerabilidade como uma questão a ser considerada nas intervenções em grupos populacionais.

No Piauí, considerando a feminilização da epidemia, o destaque nesta gestão é para a prevenção da transmissão vertical do HIV, ou seja, da mãe infectada para o filho, e a recomendação do MS é com a oferta universal do teste no pré-natal.

No Piauí, iniciam-se as oficinas de capacitação para profissionais de saúde dos serviços de pré-natal, principalmente, das maternidades, prevendo que, se essas mulheres não foram testadas no pré-natal, que elas sejam no momento do parto, quando existe maior risco da transmissão. O MS disponibiliza os testes rápidos e anti-retrovirais para as maternidades, além do leite artificial para as crianças expostas ao HIV/AIDS.

Com a AIDS atingindo cada vez mais a população feminina, o MS começou, em 2000, a distribuir o preservativo feminino. No entanto, o custo elevado do preservativo impossibilitou um investimento nas mesmas proporções do masculino, levando o MS a estabelecer alguns critérios para a distribuição entre eles: dados epidemiológicos, rede de distribuição a ser utilizada, ONGs e serviços de saúde bem estruturados e com intervenção educativa, que possam monitorar as mulheres para identificar o grau de aceitabilidade do preservativo feminino. O MS, também, levou em consideração aspectos que determinam um maior ou

menor grau de vulnerabilidade das mulheres, como acesso à informação, rede de serviços, capacidade de percepção pessoal de risco, habilidade de lidar com situações de risco, relações de gênero, atitudes frente à sexualidade e à pobreza. Nesse universo, podem ser citadas as profissionais do sexo, mulheres em situação de violência, mulheres soropositivas e parceira de soropositivos, mulheres de baixa renda, mulheres usuárias e parceiras de usuários de drogas, e mulheres portadoras de DSTs.

No ano de 2000, as coordenações estadual e municipal de DST/AIDS realizam o primeiro fórum para discutir a feminilização da epidemia. Também foi realizada uma oficina para a implantação do preservativo feminino nos serviços de saúde com a participação de profissionais de saúde da rede básica, dos serviços de atendimento à saúde da mulher e das maternidades.

No entanto, as estratégias adotadas atualmente diante da feminilização da AIDS não diferem muito da adotada no início da epidemia, quando os profissionais de saúde realizaram um trabalho no sentido de alertar as mulheres sobre o risco potencial de contrair a infecção pelo HIV em relações sexuais desprotegidas com seus parceiros, direcionando essas mulheres para que elas exijam o uso do preservativo nas relações sexuais. Entretanto, valores como submissão e repressão da sexualidade, para as mulheres, e impulsividade sexual, para os homens,

profundamente enraizados na cultura local, são constitutivos da subjetividade de muitos homens e mulheres, leigos e profissionais de saúde. A mudança desses valores não ocorre de imediato em função de uma prescrição médica (VILLELA, 1999, p. 205).

No Piauí, na fase de execução do Programa AIDS II (1998-2002), é o período em que mais se trabalha com capacitações, com o objetivo de formar multiplicadores dentro de cada população-alvo. Destacam-se capacitações para grupos específicos considerados vulneráveis: profissionais do sexo, adolescentes, populações confinadas, forças armadas, caminhoneiros e usuários de drogas. O MS divulga uma série de manuais específicos para esses grupos, com a idéia de uma intervenção comportamental sendo justificada em termos mais culturalistas, mesmo assim, a proposta mantém a ênfase na possibilidade de modificar os comportamentos das pessoas com a divulgação de informações “corretas”.

O modelo de educação em saúde utilizado nas intervenções educativas no campo da AIDS no Brasil e no Piauí é fortemente marcado pelo paradigma biomédico e calcado na postura educativa vertical, que valoriza os aspectos racionais e cognitivos e desconsidera o substrato afetivo da consciência que permite a construção da auto-estima. Pode-se dizer que durante as décadas de 80 e 90, o combate à AIDS deu-se a partir de um enfoque predominantemente biomédico, orientado por um conceito objetivo

da doença, que privilegiava ações educativas cujo objetivo era a reparação da “máquina corporal”, sem que fossem considerados os significados mais amplos e subjetivos da saúde e do adoecer (CAMARGO JR., 1999, p. 230).

Esse modelo é baseado no paradigma individual racionalista que considera que a veiculação de informações modifica comportamentos (PAULILO, 1999). No Piauí, a reprodução das diretrizes do MS pode ser observada no discurso das técnicas que atuaram no início da epidemia.

“Não havia uma avaliação destas abordagens, pois estávamos muitos envolvidos no ato de fazer, por isso não questionávamos, apenas executávamos” (Técnica, Assistente Social do CTA).

“[...] Acontece que, por conta do processo educacional tradicional, que se baseia na transmissão de conhecimentos, os técnicos não problematizam. Os técnicos precisam mudar seus conceitos, a mudança deve passar por eles” (Técnica, Assistente Social do CTA).

O Banco Mundial, nos convênios AIDS I e II, exigia que as capacitações fossem terceirizadas, contratando empresas para realizar o serviço. Assim, a Coordenação Estadual além de contratar empresas, firmou parceria com os projetos que já vinham realizando esse trabalho no Estado, com financiamento do MS, entre eles, UNIVERSAIDS, o CT, instalado no HDIC, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), e a Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família da Secretaria de Saúde.

O UNIVERSADAIDS, coordenado pela odontóloga Margarida Bandeira, do núcleo de Medicina Comunitária do Centro de Ciências da Saúde da UFPI, em parceria com a Ação Social Arquidiocesana de Teresina (ASA) e as Coordenações Estadual e Municipal de AIDS tinha por objetivo promover a integração com a comunidade com a prestação de serviços de educação continuada, não somente para professores e profissionais de saúde das mais diversas áreas, mas também para grupos populacionais como: professores, profissionais do sexo, adolescentes, usuários de drogas, bem como para pessoas portadoras do HIV/AIDS.

O CT, coordenado pela enfermeira Fátima Sampaio, que desde 1994 já realizava cursos de Abordagem Sindrômica, tinha por objetivo capacitar exclusivamente médicos e enfermeiras para atuarem na identificação de sinais e de sintomas relacionados às DSTs/AIDS e estabelecerem um fluxograma de tratamento através do aconselhamento. Antes do processo de descentralização se efetivar em alguns municípios, o programa de DST/AIDS foi implantado no interior do Estado através desse projeto. Foram treinados 201 profissionais em 21 treinamentos.

O Projeto da ABEN, coordenado pela enfermeira Lucimar Ramos Ribeiro Gonçalves, tinha como objetivo capacitar equipes de enfermagem na prevenção do HIV e Assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS. O Projeto foi implantado no Piauí em 1997, com a

cooperação do Programa das Nações Unidas – PENUD, e apoio da UFPI. O Projeto treinou profissionais de todas as diretorias regionais de saúde.

A Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em parceria com a coordenação de DST/AIDS realizou capacitações sobre prevenção do HIV/AIDS com equipes do Programa Saúde da Família (PSF) de todos os municípios onde o programa estava implantado.

Dentro desse contexto das capacitações, a partir do ano 2000, a concepção metodológica que passa a nortear as ações de prevenção desenvolvidas pelo MS está referendada no modelo de capacitação pedagógica, no sentido de problematizar, com destaque para os princípios da participação e da democratização, contribuindo na criação de espaços de reflexão. Tal processo tem por base refletir sobre os problemas de saúde vivenciados e seus determinantes, possibilitando a instrumentalização e o compromisso coletivo na busca de alternativas para sua superação. No Piauí, os técnicos da Coordenação estadual e municipal participam de capacitações realizadas pelo MS tendo como referência a nova concepção metodológica.

No entanto, essa proposta não avançou, pois as intervenções continuam formatadas de maneira uniforme e, embora

utilizem metodologias ditas participativas, como as oficinas, continuam reforçando estratégias de disseminação de informações.

A prevenção às DSTs/AIDS esteve durante muitos anos voltada para o desenvolvimento de abordagens e de metodologias dirigidas à avaliação e percepção de risco, em particular, do comportamento de risco de grupos específicos. No entanto, essa abordagem apresenta limites porque esbarra na explicação do processo saúde-doença, orientado pela concepção de multicausalidade, na qual se articulam determinantes de ordem social, cultural e econômica. Como afirma Douglas (*apud* PAULILO, 1999), a escolha desse modelo constitui um erro, pois coloca todo o foco sobre a cognição individual, excluindo as influências sociais e as interações grupais.

Ainda em 2000, o MS em parceria com instituições governamentais e não-governamentais exige que os Estados elaborem um planejamento estratégico a partir da análise de situação do HIV/AIDS em cada estado, contemplando aspectos epidemiológicos, geográficos, econômicos e socioculturais, relacionados às novas tendências da epidemia tais como: heterossexualização, feminilização, juvenilização, interiorização e pauperização.

Segundo o relatório da análise de situação, o planejamento tinha como objetivo subsidiar a elaboração de políticas públicas voltadas para a prevenção e controle do HIV/AIDS, além de contribuir para o fortalecimento de parcerias, fomentando a descentralização, a sustentabilidade e o controle social dentro do SUS (SESAPI, 2000).

Nessa análise, foram detectados, dentro dos componentes de prevenção, diagnóstico e desenvolvimento institucional, os limites na execução do Projeto AIDS II, entre eles: administração centralizada e autoritária da Secretaria de Saúde; deficiência do quadro de recursos humanos; ausência de integralidade entre os programas; grande rotatividade dos profissionais de saúde nos serviços; ausência de compromisso político por parte dos gestores municipal e estadual; entraves burocráticos nos processos licitatórios; não operacionalização dos temas transversais nas escolas (educação sexual). Estes, como será visto no próximo item deste capítulo, são os mesmos problemas enfrentados pelo programa atualmente.

Os avanços na execução dos Projetos AIDS I e II, no Piauí, podem ser melhor identificados na área de assistência, pois, apesar de todas as deficiências na operacionalização, o Estado conseguiu, pelo menos na capital, implantar vários serviços, o que não poderia ser diferente, em virtude do modelo curativo de atenção à saúde que sempre predominou no país.

A capital, Teresina, atualmente é a única referência na área de assistência e de diagnóstico do Estado do Piauí e de outras cidades de estados vizinhos, como Maranhão e Ceará, contando com o maior número de procedimentos de alta complexidade, incluindo o confirmatório para HIV (WESTERN BLOT, IMUNOFLORESCÊNCIA), exames de CD4, CD8 e Carga Viral, dispensação de medicamentos anti-retrovirais, bem como assistência ambulatorial e hospitalar para pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Em Teresina, encontram-se, também, cinco maternidades que desenvolvem ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, com disponibilidade de anti-retrovirais e testes rápidos, sendo quatro municipais e uma estadual. As crianças infectadas pelo HIV ou com AIDS são atendidas no Hospital Infantil Lucídio Portela, bem como no IDTNP.

O IDTNP, hospital de referência para HIV e outras doença infectocontagiosas, é hoje a única unidade dispensadora de anti-retrovirais do Estado, inclusive para as maternidades. O hospital possui ainda o Serviço de Atenção Especializada (SAE), dispondo de equipe multiprofissional para atendimento a pacientes com HIV/AIDS. O SAE operacionaliza atendimento médico com resolutividade diagnóstica, assistência farmacêutica, acompanhamento psicossocial a pacientes e familiares.

Em 2001, a mudança na estrutura administrativa e política no Estado, quando houve a cassação do então governador Mão Santa, trouxe também mudança no gerenciamento do Programa Estadual de DST/AIDS, tendo como coordenadora uma enfermeira, com experiência na área de assistência aos portadores de DST/AIDS no HDIC e de capacitações com profissionais de saúde nessa área.

Essa gestão, que teve um curto período de duração – de novembro de 2001 a novembro de 2002, coincidiu com o último ano de vigência do Projeto AIDS II, que no Piauí foi prorrogado até agosto de 2003, e com a implantação pelo MS da Política de Incentivo para Financiamento das ações de HIV/AIDS, por meio da portaria nº 2.313/2002, destinando recursos próprios do nível federal para os programas estaduais e municipais de AIDS. A partir da política de incentivo, os programas tiveram mais sustentabilidade financeira, pois o repasse passa a ser ininterrupto, além de apresentar uma proposta de atuar em consonância com as diretrizes do SUS, e não mais de forma verticalizada.

Nesse processo de descentralização, no Piauí foram criadas as Coordenações Municipais de DST/AIDS de Parnaíba, Picos e Floriano, e também os CTAs de Picos e Floriano, e o Estado e municípios passaram a elaborar seus Planos de Ações e Metas (PAM), para serem encaminhados ao Programa Nacional de DST/AIDS, para a qualificação.

Como o Projeto AIDS II estava sendo concluído e recursos para serem gastos estavam disponíveis, a atuação dessa gestão foi facilitada, visto que não houve burocracia nos processos de licitações. A relação pessoal que a Coordenação estabelece com o gestor é também caracterizada pelos técnicos como facilitadora do desenvolvimento das ações.

Assim, segundo a coordenadora do período (gestão 2001-2002), foram realizadas não somente as campanhas pontuais, como a do Dia Mundial e do Carnaval, mas também campanhas no Dia Internacional da Mulher, Festas Juninas, Dia dos Namorados, Carnaval fora de época e Verão no Litoral, além da produção de material educativo para diversos grupos. Segundo a coordenadora, como o material da campanha sempre chegava na véspera, a Coordenação resolveu produzir com antecedência seu próprio material.

Houve mudança no foco das ações preventivas em âmbito nacional, com campanhas voltadas para os homens que fazem sexo com homens. No Piauí, foi iniciado um trabalho voltado para essa população, com objetivo de trabalhar questões como: diversidade sexual, direitos humanos, homofobia, violência e prevenção ao HIV/AIDS.

Em 2002, foi realizada a primeira manifestação do que viria a ser a “*Caminhada da Diversidade*”, que faz parte da “*Semana do orgulho de Ser*”, iniciada em 2003, organizada por uma parceria do Grupo Matizes, organização da sociedade civil pela livre expressão sexual, com a Coordenação de Livre Orientação Sexual (CELOS), entidade ligada ao governo do Estado. No entanto, não houve uma participação expressiva dos movimentos sociais, visto que estavam iniciando o processo de organização e, além do mais, o diálogo com o Estado, nesse momento, não foi nada democrático, pois os movimentos sofreram processo de engessamento.

As ações no campo da diversidade sexual e de direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/AIDS somente vão ter visibilidade com a criação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (RNP+), núcleo Piauí, em 2002, e do Fórum ONG/AIDS, em 2003.

Com a mudança no panorama político do país e do estado em 2003, assume como coordenadora estadual de DST/AIDS outra enfermeira que atuava na coordenação como

técnica na área de vigilância epidemiológica desde 1999. Nessa gestão (2003-2004), a Secretaria de Saúde mudou seu organograma, e a Coordenação de DST/AIDS passou para uma supervisão, subordinada à gerência de DT.

É nesse contexto de mudança que surgem os conflitos entre Estado e Sociedade Civil, em que a compreensão que a Coordenação tem é de que:

“Não existe uma política de ONGs. Falta definição de papéis. Há hora em que a Coordenação e as ONGs sentam juntas, mas há hora que não dá. As ONGs precisam entender melhor sua função, precisam ser preparadas politicamente, entender de controle social e não exercerem apenas a função de denunciadoras” (enfermeira, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2003-2004).

Por outro lado, é preciso entender que os movimentos sociais foram chamados para participar, mas não estavam naquele momento preparados para lidar com todas essas mudanças e para compreender como funciona a burocracia na organização dos serviços.

Nesse sentido, pode-se, utilizando o pensamento de Pedrosa (1997), avaliar como se institucionaliza o setor da saúde no Estado do Piauí, que, segundo este autor, *“integra as relações que o poder oligárquico tem historicamente imprimido à direção política do governo através dos investidores e da burocracia”* (PEDROSA, 1997, p. 85).

As Políticas Públicas, enquanto resposta do Estado diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade, se realizam num campo extremamente contraditório em que se entrecruzam interesses e visões de mundo conflitantes. É certo que mudanças mais substantivas só podem ocorrer quando efetivamente se muda a composição do poder, mas é possível obtê-las através da mobilização social, sobretudo quando essa passa a ter conteúdo de proposição, de debate público de alternativas e não de mera crítica. Para isso, é necessário que as proposições sejam legitimadas por um amplo consenso e que tenham uma abrangência maior que os interesses corporativos ou setoriais.

Nessa gestão, o PAM/2003, do estado, elaborado em 2002, passa por um processo de revisão, para que seja discutido e reformulado e, para isso, a nova coordenadora reúne representantes das instituições públicas e da sociedade civil. Essa estratégia não pode ser analisada fora das relações estabelecidas entre Estado e sociedade civil, porque se faz necessária reformulação do Estado, pois não cabe mais sua perduração nos termos de exclusivamente um comitê da burguesia, mas como uma arena de lutas políticas crivadas de contradições (TEXEIRA, 1995, p. 31).

Assim, mesmo com o envolvimento da sociedade civil, não houve muitos avanços nesse período. As ações planejadas no PAM-2003, segundo a coordenadora que esteve à frente da Coordenação no período de 2003 a 2004, não foram executadas em sua íntegra por incompetência técnica da Secretaria de Saúde, que não soube administrar os recursos que estavam disponíveis.

Na gestão 2003-2004, especificamente, as ações estiveram mais direcionadas para a área de diagnóstico, mais precisamente para prevenção da transmissão vertical do HIV, muito pela formação e pelo envolvimento da coordenadora em projetos de pesquisa na área.

Em 2003, passa a ser operacionalizada a Política de Incentivo, destinando recursos próprios do nível federal para os municípios, sendo elaborados PAMs para Teresina, Parnaíba, Floriano e Picos, com supervisão do Estado. Nesse processo, o Estado passa a assumir a função de supervisor das ações de DST/AIDS nos municípios e, como o objetivo principal do PAM é a descentralização das ações.

Em 2004, o Estado descentralizou recursos do seu PAM para 14 municípios que não receberam recursos do MS. Os critérios para repasse de recursos foram baseados nos aspectos epidemiológicos, na existência de assentamentos, barragens, ONGs e no compromisso dos gestores de assumirem a contrapartida dos recursos. Ainda em 2004, teve destaque a campanha para a testagem anti-HIV “*Fique Sabendo*”, do MS, com todo o apoio do Estado, também na área de diagnóstico.

Nos projetos AIDS I e II, como o custeio dos projetos de ONG não estava incluído na POA, do Programa Estadual de AIDS, o financiamento e os processos de concorrências eram realizados pela Coordenação Nacional. Com a nova Política de Incentivo, o financiamento dos projetos de ONGs passou a ser via Coordenação Estadual, com os recursos do PAM, que vinham direto do Fundo Nacional de Saúde. Nesse processo de descentralização, a Coordenação passou a promover a concorrência de projetos, iniciada com lançamentos de editais.

“A condução do processo de concorrência de forma centralizada antes da política e incentivo corroborou para a sobreposição de ações, para fragmentação de clientela e para a desarticulação de instâncias que deveriam atuar numa perspectiva convergente” (socióloga, ex-coordenadora e socióloga, gestão 1997-2001)

O processo de descentralização da política de AIDS já começa a apresentar os primeiros problemas, pois em 2004 os Programas de Prevenção que dependiam do repasse de preservativos foram prejudicados, não obstante a coordenadora da gestão 2003-2004 afirmar que uns dos avanços da sua administração foi a desburocratização na entrega dos preservativos para os municípios, onde em administrações anteriores só era possível com treinamento dos profissionais dos municípios no curso de Abordagem Sindrômica.

Na política de preservativo, discutida na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), 80% dos preservativos são repassados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, apenas 10% são de responsabilidade do Estado, e outros 10% do município. Assim, em função de problemas na licitação do MS, em 2004, e novamente em 2007, o Estado ficou sem o insumo, em plena campanha do Dia Mundial de Luta contra a AIDS – 1º de dezembro.

Em 2005, o programa de AIDS no Piauí muda novamente de coordenador e, a partir daí, isso ocorrerá nos dois anos seguintes: 2006-2007. Nesse período, o Programa enfrenta muitas dificuldades e não apresenta avanços significativos, diante de uma política de governo implementada pelo Estado. Isso pode ser observado na fala de um representante de ONG:

“O programa de AIDS não é um programa de Estado, o que dificulta a continuidade e a qualidade das ações [...] a coordenação não tem autonomia na gerência dos recursos, o que politicamente inviabiliza as ações” (psicólogo, coordenador da atual gestão).

Os coordenadores que estiveram à frente do Programa de DST/AIDS nos últimos três anos observam que as ações foram dificultadas exatamente por falta de autonomia na gestão dos recursos. Os problemas foram principalmente na operacionalização das ações, visto que a descentralização não favoreceu em nada a autonomia dos gestores, pois embora o recurso estivesse disponível na conta da AIDS, este, na maioria das vezes, não podia ser usado. Conforme uma ex-coordenadora: *“Não conseguimos fazer nem um treinamento, realizamos apenas uma campanha e produzimos material educativo apenas para prevenção da transmissão vertical”*.

Outro problema colocado pela Organização da Sociedade Civil (OSC) é que, no período de 2005 a 2007, as ações da política de AIDS sofreram um processo de descontinuidade, visto que, a cada ano, o programa mudava de supervisor. A falta de liberação de recursos para projetos de ONGs é consequência desse processo, pois desde 2005 que o Piauí não libera

recursos para as ONGs. Existem, hoje, na capital e no interior, oito projetos aguardando liberação de recursos que são assegurados pelo PAM do Estado para atuarem na área de prevenção.

Ao fazer-se análise, utilizando como referencial os trabalhos de Stein (1997), pode-se dizer que não apenas na política de saúde, mas nas políticas sociais de modo geral, o que aconteceu no Piauí, reflexo do modelo que se consolidou no país, foi um processo de desconcentração – entendido como delegação de competência sem deslocamento de poder decisório, pois o processo de descentralização implica a existência de pluralidade de níveis de decisão exercida de forma autônoma pelos órgãos, independentes do centro.

A dificuldade na execução de projetos de ONGs inviabilizou de certa forma as ações de prevenção no Estado, visto que, ao se fazer um exame da execução dos últimos PAMs do Estado, permitiu-se objetivar que as ações de prevenção, exceto o projeto de saúde e prevenção nas escolas, não são diretamente realizadas pelo programa estadual, mas sim através da implementação dos projetos de ONGs aprovados através de concorrência descentralizada. Assim, Rocha (1999) destaca que a concentração de esforços nos trabalhos educativos sob a gerência das ONGs, incentivado pelos programas oficiais, fez com que se investisse pouco nas práticas educativas nos serviços de saúde.

O discurso atual dos movimentos sociais no campo da AIDS no estado através do fórum ONG/AIDS é a de que o movimento vive uma fase difícil de sustentabilidade financeira, em virtude da redução dos recursos de organismos internacionais, o que tem ocasionado uma redução significativa na capacidade de intervenção das ONGs nas ações de prevenção.

“É necessária uma maior organização do poder público no Piauí. O SUS deve incorporar em sua dinâmica administrativa, operacional e financeira uma ação

mais integrada na atenção básica, investir na capacitação dos profissionais, melhorar as condições de atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS, criar as condições para ações de prevenção e testagem nos CTAs e nas unidades de saúde do PSF, e fortalecer relações de parcerias com a sociedade civil, elementos fundamentais na luta contra a AIDS” (representante do fórum ONG/AIDS).

De acordo com Camargo Jr. (2003), as ONGs, através de seus projetos, vêm desempenhando o papel de agentes paraestatais contratados pelo setor da saúde de modo não muito diverso daquele prevalente no SUS com relação aos serviços de assistência. As atribuições do Estado ao chamado terceiro setor fazem parte do ideário neoconservador que tem presidido a ação governamental em nosso país nas últimas décadas.

No Piauí, as pessoas vivendo com HIV/AIDS estiveram durante muito tempo sobre a tutela do Estado, o que dificultou o fortalecimento dos movimentos sociais na luta contra a doença, levando muitas vezes alguns grupos que tentaram se formar, a terem suas agendas atreladas ao Estado, intimidando assim o confronto com o setor governamental e descaracterizando o movimento.

“No Piauí, o perfil da epidemia segue o modelo africano, ou seja, atingiu inicialmente as pessoas pobres, diferentemente do sul do país, que atingiu primeiramente intelectuais. No Piauí, as pessoas que se contaminaram não eram politizadas, por isso não se mobilizaram [...] no entanto, quando a AIDS atingiu pessoas mais elitizadas, seus parceiros, seus amigos se mobilizaram” (enfermeira, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2001-2002).

A institucionalização, a partir de 2004, em âmbito nacional, da Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais, que atuam em conjunto com os programas estaduais e municipais, dos quais participam representantes da sociedade civil organizada, através do Fórum ONG/AIDS, contribuiu para um novo direcionamento na história da AIDS. A pressão desse movimento social levou a Coordenação de AIDS a realizar, em 2004, o I Seminário de Controle Social na história da AIDS no Piauí:

“Isso incomodou muita gente que achava que sabia tudo sobre a problemática, principalmente os profissionais de saúde catedráticos em seu conhecimento a respeito da doença. Os governos estaduais e municipais não conseguiram

entender qual é de fato o papel das ONGs/OSC nas políticas públicas de saúde, especialmente sobre AIDS” (ex-coordenadora, socióloga, gestão 1997-2001).

Contrariando esse discurso, a atual gestão caracteriza a relação com a ONG delicada, pois existe uma confusão de papéis, visto que, segundo o coordenador:

“Elas se ocupam de estarem denunciando e, de algum modo, não fazem a contento o que deveriam fazer, que é de controle social e, sobretudo de parceiros da coordenação [...] temos interesse de nivelar o discurso, mas é preciso estabelecer papéis” (psicólogo, coordenador da atual gestão).

Nesse conflito de interesses, é necessário entender que o papel dos movimentos sociais é o de propor políticas que venham ao encontro do interesse da coletividade, mas, se for necessário que a falta de compromisso dos gestores seja denunciada, ocorra de forma que não se comprometa o processo democrático.

No Piauí, hoje, o Fórum ONG/AIDS constitui-se num verdadeiro laboratório que sinaliza pontos frágeis e/ou descobertos nas ações desenvolvidas pelo programa estadual e pelo programa municipal de DST/AIDS e até pelas próprias ONGs que, ao discutirem em conjunto o cenário social local, passam a redefinir seu lugar e sua prática. Além de fortalecer as interlocuções locais, o Fórum retrata a enorme diversidade cultural e política da região, pois é extremamente diversificado entre si e possui níveis diferenciados de discussão políticas com os setores públicos.

A articulação política por meio do Fórum ONG/AIDS no Piauí tem contribuído para fortalecer a participação OSC e suas interlocuções com os representantes governamentais. Entretanto, observa-se que as discussões internas ainda são frágeis quanto ao processo democrático de gestão, nem sempre sendo previstas formas de dirimir conflitos e/ou alterar as ações das coordenações quando não atuam a contento.

Não se pode deixar de fazer referência a uma personalidade que se destacou na luta pela defesa dos direitos das pessoas com HIV/AIDS, o vereador Joaquim dos Velhos, figura emblemática que esteve por muito tempo no cenário piauiense lutando, principalmente, por mais leitos nos hospitais para pacientes com AIDS, bem como por uma Unidade de Terapia Intensiva, no antigo HDIC.

No entanto, é a partir da institucionalização da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (RNP+) que o movimento social na luta contra a AIDS ganha *status* mais ativista, significando grande avanço, porque essas pessoas passaram a ter evidência, pois até então só havia as instituições públicas em nome delas, além de personalidades representadas pela Igreja Católica, por meio do Lar da Fraternidade e de Graça Cordeiro com o Lar da Esperança, que intitularam de ONG/AIDS.

A direção da RNP+ no Piauí formula um discurso de oposição radical às tradicionais ONGs/AIDS, criticando-as por secundarizarem questões relativas às vivências das pessoas portadoras de HIV/AIDS e questiona a representatividade dessas instituições em advogarem em nome dos portadores.

Nesse contexto das ONGs, é importante ressaltar a importância das Casas de Apoio: Lar da Esperança e Lar da Fraternidade, referências no Piauí na área de assistência a pacientes provenientes do interior e de outros Estados que necessitam de abrigo. O Lar da Esperança oferece moradia permanente, enquanto o Lar da Fraternidade funciona em regime de abrigo temporário com duração de três meses.

O Lar da Fraternidade sempre contou com estrutura física adequada para atender a demanda, enquanto o Lar da Esperança teve, durante quase dez anos, sua sede instalada em pequenas salas do Edifício Saraiva Center, no centro de Teresina. Só depois de muitas campanhas travadas por sua administradora com o apoio da sociedade civil e de amigos de pessoas vivendo com HIV/AIDS conseguiu uma sede em um terreno doado pela UFPI. No entanto, a Casa continua enfrentando problemas, pois vive de doações e tem equipe reduzida de profissionais, sendo que o funcionamento depende da colaboração dos residentes.

Por outro lado, o Lar da Fraternidade conta com equipe de profissionais, como: enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Os recursos que mantêm o Lar são provenientes da Ação Social Arquidiocesana (ASA), de Teresina, com a colaboração do Clero italiano. A Igreja Católica, também, realiza todos os anos a Caminhada da Fraternidade, que utiliza como tema principal a luta a favor das pessoas vivendo com HIV/AIDS, e com isso arrecadam fundos para a maioria dos projetos sociais mantidos pela diocese de Teresina.

Na realidade, as Casas de Apoio, que durante mais de dez anos prestam serviço às pessoas vivendo com HIV/AIDS, sempre tiveram suas ações voltadas para o assistencialismo, sem a preocupação em efetivar-se trabalho de Terapia Ocupacional e de prevenção com seus residentes.

“As Casas tratam seus residentes com um assistencialismo exacerbado, elas precisam descobrir uma forma de incentivar a ocupação de seus residentes que possa servir de terapia ou até mesmo auferir renda para eles [...]

A sexualidade é outro tema que não é tratado dentro das Casas de Apoio. Na verdade, por trás do espírito humanitário de tratar os residentes com igualdade, existe um conhecimento ingênuo sobre as diversas expressões de sexualidade que se manifestam no dia-dia das Casas” (LIMA, 1997).

Ainda de acordo com as idéias de Lima (1997), o que se constata, também, com relação às Casas de Apoio é que elas não realizam trabalho educativo, e os únicos fóruns de discussão

para as pessoas vivendo com HIV/AIDS são a RNP+ e o Grupo Adesão, que funciona no HDIC, com o objetivo de discutir com as pessoas vivendo com HIV/AIDS as dificuldades de aderir aos medicamentos. Por isso, os espaços de tratamento também precisam ser pensados simultaneamente como espaços de prevenção. De acordo com Ayres (2002), talvez a estratégia mais sensível para detectar contextos vulnerabilizadores e possibilidades de respostas sociais seja trabalhar mais consequentemente a questão da prevenção secundária.

Assim, não se pode esquecer que a vulnerabilidade que levou as pessoas vivendo com HIV/AIDS a infectarem-se não desaparece em função da nova condição. Essas pessoas não vivem em outro mundo. Seus contextos de interação intersubjetiva permanecem muito pouco alterados em relação à situação em que se infectaram, especialmente se recebem atenção à saúde que se limita ao tratamento medicamentoso, deixando de lado o cuidado com a qualidade de vida, de forma mais ampla.

Assim, a Política de Incentivo para as ações de HIV/AIDS, através da transferência automática de recursos criada pelo MS apresenta avanços importantes pois amplia a cobertura do Programa Nacional; implanta repasse nas formas previstas pelo SUS (transferências mensais e automáticas para estados e municípios); cria formas regulares para financiamento de ações desenvolvidas pelas ONGs; amplia o processo de participação e controle social, com a aprovação do PAM pelos conselhos de saúde e pactuados nas reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite.

No entanto, a fase atual do processo de descentralização da Política de AIDS no Piauí, que teve início com a Política de Incentivo, não tem mostrado avanços significativos quando se analisam os PAMs do Estado e dos municípios. A prevenção continua sendo vista de forma secundária e considerada como componente de educação em saúde dissociada

das outras esferas de ação e intervenção da saúde coletiva. As atividades de promoção e proteção não estão integradas às atividades de rotina da rede básica de saúde, com oferta sistemática de materiais educativos e preservativos, bem como falta capacitação continuada de profissionais de saúde. Os projetos de ONGs sofrem constantemente com a falta de recursos.

Outro obstáculo para o avanço da política de AIDS é a falta de foco nas ações pois, durante muito tempo, a Coordenação Estadual de AIDS implementou as ações nos municípios. Mesmo com o processo de descentralização, os municípios não conseguiram romper essa dependência. Isso é compreensível porque, durante séculos, essa foi a cultura predominante no país. A proposta da atual gestão é fortalecer a autonomia dos municípios, ao tempo em propõe discutir, através das regionais de saúde, como cada município está organizado, qual a capacidade instalada, quais as pessoas capacitadas, quais as referências. Uma vez que organizado o município, a intenção da coordenação é capacitar supervisores para que possam fazer planejamento e entender como se avalia e monitora uma ação. Segundo o atual coordenador:

“Se fez capacitação de todas as formas, mas não tinha monitoramento, a proposta é fortalecer a autonomia dos municípios, instrumentalizar para desenvolver as ações e a coordenação entra com a supervisão técnica e a disponibilização de insumos” (psicólogo, coordenador da atual gestão).

Embora os serviços de referências tenham sido implantados, ainda se encontram muitas deficiências, principalmente em relação à falta de compromisso político dos gerentes, dos profissionais de saúde; estrutura adequada para atender a demanda, medicamentos para DSTs, testes rápidos para as maternidades e hospitais de referência, material educativo e preservativos. Há ainda descentralização para os municípios de medicamentos de AIDS, principalmente para as maternidades. Atualmente, não existe recurso para comprar medicação para DSTs, que é contrapartida do Estado.

O Piauí vem enfrentando dificuldades na implementação das ações para a prevenção da transmissão vertical, na qual os problemas estão relacionadas principalmente à estrutura do sistema de saúde, em que faltam recursos materiais e humanos para realizar testagem e aconselhamento. Entre os principais fatores que dificultam a identificação das gestantes no pré-natal e parto, pode-se destacar a baixa solicitação do exame pelos profissionais de saúde, além da dificuldade das maternidades de adquirirem e realizarem o teste rápido. Assim, as gestantes, que não são testadas no pré-natal, terminam não sendo testadas, também, nas maternidades, aliado à falta de informação sobre a importância do teste e a baixa percepção do risco da infecção pelo HIV.

No entanto, o Estado apresenta agora, para 2008, proposta para enfrentamento da feminilização da epidemia, pois foi elaborado um plano estadual com objetivo de estruturar uma resposta coordenada, articulada e sustentável que incorpore uma perspectiva de gênero. O Piauí, mesmo tendo projetos com profissionais do sexo e intervenções educativas pontuais com mulheres, desenvolvidas pelo PSF, o impacto das políticas de prevenção para a população feminina tem sendo insuficiente, em que os tradicionais modelos de prevenção, de sexo seguro, de promoção de vida sexual saudável requerem novo exame face à atual configuração da epidemia.

Com uma estrutura montada, Teresina não consegue atender toda a demanda do Estado, sendo necessário que o processo de descentralização ocorra. Dos municípios piauienses, apenas três

dispõem de CTA, sendo a única referência de diagnóstico para o HIV nos respectivos municípios. O CTA de Parnaíba enfrenta problema na operacionalização de suas ações, porque ainda está sob a gestão do Estado. Este ano, por exemplo, o serviço passou quatro meses sem realizar o exame, por problemas na liberação de recursos para a compra de *kits*, o que ocasionou problemas sérios, principalmente, no diagnóstico de gestantes.

Outra questão que precisa ser solucionada é a descentralização da assistência com a implantação nos municípios de maior contingente populacional do SAE, visto que a falta deste serviço levam as pessoas vivendo com HIV/AIDS, residentes no interior, a deslocarem-se para receber medicação em Teresina, porque esse serviço ainda não foi descentralizado. Esse processo ainda não ocorreu porque os projetos de SAE não foram implantados nos municípios, por falta de compromisso dos gestores, aliado à burocracia. Embora alguns municípios já tenham recebido o recurso do MS, ainda não implantaram o serviço.

Ao analisarem-se os PAMs 2003/2004/2005 do município de Parnaíba, constatou-se que houve problemas na execução das ações, principalmente as ações de prevenção, com exceção das campanhas educativas pontuais com distribuição de preservativos e as ações educativas realizadas pelas unidades de Saúde da Família. Mesmo com os recursos disponíveis na conta da Secretaria de Saúde, não foram liberados para a execução das atividades por incompetência técnica nos processos licitatórios e falta de vontade política.

Percebe-se que a mudança de gestor, a cada eleição, altera profundamente o quadro de profissionais, comprometendo todo o andamento do sistema.

A política de descentralização do programa de prevenção à AIDS veio a se constituir em ferramenta determinante nos processos de planejamento e de gestão entre os diversos níveis de governo. No entanto, essa decisão política enfrenta diversos desafios, haja vista persistir lógica própria dentro do sistema e cultura organizacional que requer ferramentas políticas para mudar a maneira tradicional do funcionamento do aparelho do Estado. O processo tem efeito ambíguo, pois, se por um lado garante visibilidade e propriedade necessária ao enfrentamento da epidemia, qualquer problema que fuja da atuação desses programas terá dificuldade de encaminhamento e soluções, visto que a descentralização não alterou a autonomia dos municípios, pois são os recursos financeiros que decididamente continuam determinando a execução das políticas.

Campos (1992), ao tematizar sobre a elaboração de novas propostas para a gestão das instituições estatais e dos serviços públicos, expõe os elementos de constatação da falência dos meios tradicionais de administração da coisa pública, apontados por diferentes vertentes de pensamentos. Entre eles a burocratização dos processos de trabalho e a falta de iniciativa do setor público em se modernizar para atender as novas exigências da sociedade, que dizem respeito principalmente às novas formas de relações entre Estado, instituições e sociedade.

Tradicionalmente concentrada na esfera federal, a transferência de recursos orçamentários para estados e municípios não implica apenas repasse de fundos, mas nova concepção da cultura organizacional do Estado, que supõe nova distribuição, não apenas de mecanismos de poder, mas, sobretudo, de responsabilidade. Dessa forma, o processo de descentralização

no país ainda ocorre de modo limitado, e o controle social busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para as ações de cidadania e ao Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade.

No Piauí, as ações de prevenção à AIDS sempre sofreram um processo de descontinuidade, seja porque os recursos demoravam a ser liberados, seja por falta de interesse dos gestores. Tal a questão do tratamento, o problema da prevenção é também um problema de acesso, de carência de recursos, de falta de empenho e de compromisso.

Numa perspectiva analítica, pode-se dizer que o Piauí vive atualmente um momento de transição no que se refere ao direcionamento da política de AIDS. Com o Pacto pela Saúde, a proposta é acabar com as famosas “caixinhas”, e que os recursos virão para um Fundo Único, da Secretaria de Saúde. A proposta pode ser interessante visto que existe a possibilidade de maior controle, pois o recurso estará mais concentrado. No entanto, isso pode trazer problemas, porque, dependendo dos interesses políticos, pode haver o desvio desse recurso. Assim, a crise representada pela epidemia no Estado nada mais é do que reflexo de uma crise maior vivida pela saúde pública no país.

4.2 Estratégias de prevenção desenvolvidas no âmbito do programa estadual de AIDS no Piauí: a percepção dos profissionais acerca do tema

Este item pretende analisar quais as concepções de prevenção que predominam no programa de prevenção do Piauí. Será mostrado que, a despeito de todos os esforços em politizar as questões que envolvem a AIDS, o discurso dos profissionais ainda permanece com referência às classificações de comportamentos, diferenciando comportamentos saudáveis dos de risco, privilegiando mudanças individuais. Do ponto de vista das ações

educativas, ainda pesam as estratégias que classificam as práticas sexuais em seguras (uso do preservativo) e inseguras (sem uso do preservativo). Na maioria das vezes, não há problematização do contexto em que essas práticas ocorrem.

Como foi visto no segundo capítulo desta dissertação, as práticas preventivas além de refletiram o preconceito e discriminação nas populações a cada mudança de conceito/categoria, apontando os culpados pelo seu comportamento sexual, sobretudo identificou a ausência do Estado enquanto nação, nas políticas de saúde voltadas para a AIDS. No Piauí, essa questão se traduz na dificuldade do Estado em gerenciar a política de saúde, que se mantém presa às decisões do MS e não abre espaço para definir sua própria política, levando em consideração a realidade local.

As análises a seguir apontam inicialmente para os limites estruturais na execução da política de prevenção de AIDS, entre eles o acesso aos meios de prevenção:

“Prevenção não é, nem nunca foi, prioridade do governo. Não existe uma política de saúde voltada para a questão da AIDS. No Piauí, as ações são implantadas, mas não existe monitoramento [...] O que determina a ação não é uma linha política da Secretaria de Saúde, mas os interesses do gestor” (Técnica do CTA, Assistente Social).

A ausência do Estado em atender a demanda de preservativos, por exemplo, reflete muito bem o discurso do profissional, pois a compra desse insumo no Brasil, ainda, depende em boa medida de recursos externos (Banco Mundial). Assim, a vinculação da compra do preservativo à dependência externa demonstra a fragilidade em garantir a sustentabilidade dessas ações nos estados e nos municípios. Na realidade, as políticas de prevenção estão propagando a necessidade do sexo seguro e do uso do preservativo em um país que não produz preservativo em quantidade suficiente para suprir o mercado. Sendo assim, não é possível pensar no incentivo sem a utilização de preservativos como estratégia de política pública de prevenção eficaz, sem considerar aspectos políticos e econômicos que interferem

na quantidade de preservativos disponibilizados na rede, uma vez que a compra desse insumo implica significativo investimento financeiro e, conseqüentemente, deliberações e comprometimento político de diversas ordens e instâncias. Na falta de repasse da cota de preservativos destinada ao governo federal, as ações de prevenção nos Estados e municípios ficam totalmente comprometidas.

Ainda com relação aos limites estruturais, os profissionais relatam que existe no programa de AIDS no Piauí um atraso histórico, tanto quanto de estrutura física como de quadro de pessoal, que muda a cada gestão. Essa rotatividade de profissionais foi colocada como um dos maiores entraves para a continuidade das ações. Muitos dos técnicos que atuaram e atuam no programa são contratados como consultores e, na maioria das vezes, esses contratos não são renovados. Mesmo com a realização de concurso público depois de 2003, não houve alteração no quadro de funcionários do programa, que atua com equipe mínima. Isso aconteceu desde os primeiros convênios estabelecidos entre MS e governo do Estado, comprometendo a qualidades das ações.

A questão acima pode ser reforçada pelo pensamento de Lima (1997), que, na década de 90, já colocava o problema da falta de infra-estrutura física e de pessoal, além das indicações políticas para ocupações de cargos de níveis superiores que saíam do programa a cada mudança de governo.

Os entraves burocráticos, a falta de recursos e, principalmente, a falta de vontade política em realizar ações mais concretas também foram questões abordadas por Lima (1997). No entanto, com relação à falta de recursos, constatou-se durante entrevistas com profissionais que atuam/atuaram no programa de AIDS do Piauí, que este nunca foi

um problema que dificultasse a execução das ações, mas sim o gerenciamento desses recursos.

Nesse contexto, os profissionais relatam a dificuldade de fluxo de processo dentro da Secretaria de Saúde que emperram o desenvolvimento dos trabalhos. Como exemplo, estão os processos licitatórios. O depoimento a seguir é apenas mais uma ilustração de como a burocracia permaneceu aparente:

“Não conseguimos fazer nem um treinamento, realizamos apenas uma campanha e produzimos material educativo apenas para prevenção da transmissão vertical” (enfermeira, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2003-2004).

Uma fala comum aos gestores da coordenação estadual e a restrita autonomia que eles têm para decidir sobre questões que lhe são de responsabilidade, como pode ser observado na fala do técnico, quando diz que:

“Desde a implantação do SUS, está preconizado que os estados têm autônoma para dar direção às suas políticas, mas o Piauí nunca questionou nenhuma campanha. Todos os eventos que o Piauí trabalha são os mesmos do Ministério da Saúde, inclusive o tema das campanhas” (Técnica do CTA, Assistente Social).

Essa questão da autonomia está relacionada com o caráter centralizador das políticas públicas brasileiras. Como vimos no primeiro capítulo, o processo de descentralização que ocorreu no Brasil a partir da CF/88 proporcionou maior autonomia financeira e política aos Estados e aos municípios, no entanto, a situação de dependência ou a tutela em relação à esfera federal ainda não foi totalmente rompida. Os estudos de Marta Aretche apontam nessa direção. Embora sejam observados avanços em alguns programas como o aumento do número de municípios habilitados em alguma forma de gestão do sistema de saúde e de municípios com conselhos formados e atuantes, o que de fato ocorreu foi uma desconcentração de recursos financeiros sem que Estados e municípios ganhassem um grau de autonomia sobre a condução do sistema de saúde (ARETCHE, 1998).

Outra questão na linha de trabalho de Aretche *op. cit.* se refere ao peso determinante dos atributos estruturais das unidades locais de governo para a descentralização, entre eles a capacidade fiscal e administrativa e a cultura cívica local, dentro de um Estado federativo como o brasileiro, caracterizado por expressivas desigualdades estruturais de natureza econômica, social e política e da capacidade administrativa de seus governos.

Assim, se a relação entre as três esferas ocorre de forma verticalizada, dentro das instituições ela se reproduz, pois os administradores dos programas ainda se encontram em situação firme de dependência hierárquica, em relação ao gestor da política, principalmente, através do controle do gerenciamento dos recursos.

“Funcionávamos sem estrutura física, faltava material para digitar um ofício, e a equipe técnica era insuficiente para acompanhar os projetos, tanto na área de assistência como de prevenção” (enfermeira, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2003-2004).

As campanhas, enquanto estratégia de prevenção da AIDS no Brasil e sua reprodução nos estados e municípios, também são objetos de análise deste trabalho. Em sua dissertação de mestrado, em que buscou fazer a avaliação das Campanhas do Dia Mundial de luta contra a AIDS realizadas pela Coordenação Municipal de DST/AIDS de Teresina, Oliveira coloca que, mesmo depois de 25 anos da epidemia de AIDS no Brasil, estados e municípios ainda se prendem com ênfase às decisões do MS e não abrem maior espaço para definirem sua própria política de comunicação, levando em consideração as especificidades locais (OLIVEIRA, 2007, p. 30).

Uma das conseqüências da adoção de um modelo verticalizado nas práticas educativas é a sua transposição mecânica a contextos diferenciados, já que não considera, na prática, a participação das pessoas na sua elaboração.

“Eu acho que deveria ser discutido junto aos estados e municípios todo o material das campanhas, as mensagens e a população direcionada, pois nós da coordenação não tínhamos nenhuma participação, ficávamos como meros expectadores” (socióloga, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 1997-2001).

Dentro dessa discussão, pode-se apontar para a falta de conexão existente entre saber dos formuladores e de implementadores das políticas como uma das principais dificuldades encontradas. As políticas são formuladas por profissionais que têm conhecimentos teóricos e compreendem a problemática em tela, diferentemente dos atores que de fato as implementam. Assim, não há como pensar numa política onde alguns atores sociais participam da formulação e outros da implementação. Na prática, tal dicotomia, bastante freqüente, aponta para uma forma de fazer política fragmentada, centralizada, não democrática e, conseqüentemente, pouco eficaz. O discurso a seguir retrata essa questão:

“As campanhas não são claras, são elitizadas, a linguagem não tem o alcance muito grande. De certa forma, gasta-se muito dinheiro com campanhas que não conseguem alcançar a população [...] as campanhas são elaboradas por ‘iluminados’ que não conhecem a realidade, não levam em consideração o vivido das pessoas [...] Os profissionais do sexo do Rio de Janeiro são diferentes dos profissionais do sexo do Piauí [...] a campanha é pensada em linhas gerais, mas não é traduzida para a realidade” (enfermeira, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2001-2002).

A fala reflete, também, o modelo de educação em saúde que ainda prevalece nas políticas de prevenção no país, que desconsidera os valores e a própria subjetividade dos sujeitos. As ações são impostas e desvinculadas da realidade dos sujeitos que se tornam objetos passivos das intervenções. Assim as campanhas no campo da prevenção da AIDS sempre se traduziram em mensagens que dificultam a percepção dos sujeitos, porque foram orientados por uma idéia de comunicação unilateral, dogmática e autoritária.

O discurso seguinte fundamenta ainda melhor a necessidade de trabalhar as campanhas, enquanto estratégias de prevenção, centradas no imaginário, embora a atenção seja ainda centrada na mudança de comportamento:

“[...] a população entendia as campanhas, mas não internalizavam, porque envolve mudança de comportamento e isso você não consegue com uma campanha pontual [...] no início, as campanhas mais amedrontavam do que informavam [...] a mensagem foi sempre passada ou que você tivesse medo da AIDS ou que a AIDS fosse algo muito distante de você. Era necessária uma campanha que levasse em conta o imaginário da população, o que ela realmente pensa sobre AIDS, como esta população vê a AIDS? como uma banalidade, como algo perigoso ou como algo próximo dela ou que só acontece com o outro” (Ex-técnica do CTA, Assistente Social).

Outra questão apontada pelos entrevistados foi com relação ao papel das capacitações em que as intervenções mesmo utilizando metodologias ditam participativas, como as oficinas, continuam reforçando estratégias de repasse de informações e o conceito de mudança de comportamento.

“Ainda hoje, há profissionais utilizando o conceito de comportamento de risco nas capacitações. Só vim despertar para a questão da vulnerabilidade depois da especialização que conclui em 2004. A metodologia utilizada nos treinamentos para grupos específicos era a mesma, porque se utilizava um manual” (Técnica do CTA, Assistente Social).

Outro problema que as falas a seguir retratam nas capacitações se refere à questão do monitoramento, as avaliações são pontuais e superficiais, não existiu um trabalho sistematizado, com ações bem definidas e com rigor na execução para que o resultado fosse positivo. As pessoas que se capacitam eram sempre as mesmas, que se envolviam em várias atividades, o que comprometia uma ligação mais visceral com as questões. Não se conseguiu envolver pessoas que estivessem fora do chamado gueto institucional:

“As capacitações não funcionaram porque capacitaram e soltaram as pessoas [...] as capacitações parece que eram apenas para constar números, para compor relatórios e não se estabeleceu vínculo com estas pessoas” (enfermeira, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2001-2002).

“Não existe uma política de saúde que implante uma ação e fique monitorando e avaliando para ver se está sendo implantada. Se você for atrás de todas as capacitações, já foram feitas na maternidade Dona Evangelina Rosa, você vai ver que a Secretaria já gastou muito dinheiro ali e, no entanto os serviços funcionam precariamente [...] o médico não se interessa em fazer o teste rápido [...] você vê que as coisas não acontecem” (Técnica do CTA, Assistente Social).

“Foi um trabalho de cima para baixo, não levou em consideração os interesses das pessoas envolvidas [...] será que as escolas tinham interesse de participar

da discussão da AIDS [...] qual seria o papel da escola do professor [...] foram simplesmente cooptados para participar” (Técnica do CTA, Assistente Social).

As concepções que norteiam as práticas educativas também foram objetos de análise criticadas por estarem referidas a um modelo de prevenção desvinculado da realidade das pessoas desconsiderando principalmente os fatores de ordem social.

“Avançamos muito no campo da informação, mas simplesmente focar a prevenção no uso da camisinha não tem resultado, não permite, por exemplo, que as mulheres tenham uma atitude mais empoderada” (representante do Fórum ONG/AIDS).

“Nunca se fez um trabalho pensando na identidade dos sujeitos [...] não se discute as dificuldades que as pessoas têm de se proteger (mulheres, por exemplo), quer se determinar o que se vai fazer [...] tenho questionado muito a prevenção da transmissão vertical do HIV, que está se perdendo a oportunidade de trabalhar estas mulheres de se discutir prevenção, o uso do preservativo” (enfermeira, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2001-2002).

As falas acima refletem a necessidade das ações de prevenção estarem voltadas para o contexto social em que os sujeitos estão inseridos. O primeiro discurso mostra como as práticas educativas reforçam a necessidade do uso do preservativo, muitas vezes numa linguagem diretiva e normatizadora. A camisinha é coroada como a mais importante forma de prevenção, em que os cidadãos teriam todas as condições de prevenirem-se, sendo desconsideradas questões de ordem tanto subjetiva, quanto socioculturais, que interferem na sua negociação. Esse caso é bastante claro quando se pensa em políticas de prevenção voltadas para mulheres, calcada em normatização de condutas, sem que se leve em consideração que nem sempre essa prática é viável a essa população alvo, tornando a referida população a única responsável por sua condição de risco frente ao HIV.

Os discursos, além de abordarem a necessidade do trabalho preventivo estar voltado para a realidade do sujeito, colocam ainda como desafio a integralidade das ações, em que as ações de prevenção deveriam ser integradas no cotidiano das atividades de saúde. Embora

os profissionais do PSF estejam sendo capacitados para incluir essas atividades na rotina do serviço, na prática essas medidas ainda não foram implementadas.

Assim, propor o uso do preservativo implica ações que se aproximam da realidade populacional, reconhecendo e legitimando as diferenças culturais, para, a partir delas, buscar forma de fazer prevenção.

O que chama a atenção nos discursos dos técnicos e gestores em alguns momentos é a ausência de referências claras sobre proposta preventiva. Assim, ao mesmo tempo em que abordam questões referentes ao contexto do sujeito deixam transparecer a concepção de risco individual. Os discursos a seguir abordam essa questão:

“Tenho que fazer algo para não entra em contato com o vírus [...] assim, em todas as relações sexuais tenho que utilizar uma barreira para evitar o contato [...] prevenção é você se antecipar a alguma coisa, é uma atitude, postura que vai fazer com que você não se exponha a qualquer coisa [...] é minha atitude diante da vida, daquilo que eu considero como risco e a forma de prevenir vai depender muito do que eu já tenho de experiência de vida” (enfermeira, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2001-2002)

“Fazer com que as pessoas incorporem conhecimentos e comportamentos, criando estratégias que sejam adequadas, que levem a mensagem [...] prevenir é educar, mas oferecer condições [...] o vírus tem o poder de infectividade, mas tem aspectos que são relativos ao hospedeiro – o comportamento [...] tem que ser levado em consideração o sujeito e todo o seu contexto” (enfermeira, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2003-2004).

“Tem a ver com a questão da mudança nas políticas de saúde do coletivo para o individual [...] houve uma época que se pensava que as doenças eram causadas somente por bactérias [...] hoje tem a ver com estilo de vida [...] tem a ver com o indivíduo, ele é autor da própria história [...] você é responsável pela sua própria saúde [...] enquanto a gente não se responsabilizar, vai estar cada vez mais criando o mal do século” (Psicóloga, Coordenadora na gestão 1989-2005).

Os discursos deixam clara a compreensão desses profissionais acerca da prevenção enquanto responsabilidade individual, concepção que se fundamenta no paradigma racionalista, que prevalece nas ações no campo da prevenção, permeando os conceitos de boa parte dos profissionais. Douglas, *apud* Paulilo, 1999, afirma que a escolha desse modelo constitui

um erro que provoca distorção em uma análise sobre risco. Colocar todo o foco sobre a cognição individual exclui as influências sociais e as interações grupais. A análise de individualização do risco falha por não registrar a percepção de risco como uma resposta culturalmente tomada (PAULILO, 1999, p. 621).

O discurso a seguir caracteriza a atuação nos profissionais nos primeiros anos da epidemia, o contexto de surgimento:

“Os técnicos no início não conheciam a situação-problema, por isso não questionávamos [...] estávamos trabalhando com algo novo que a gente não sabia lidar e precisávamos das diretrizes do MS [...] quem está no Estado, mesmo com o processo de descentralização, esperam que estas diretrizes venham do MS [...] depois de algum tempo começou-se a planejar de acordo com o perfil epidemiológico e o próprio MS começou a repensar isso. Utilizava-se o modelo de comportamento de risco [...] é você internalizar este modelo de comportamento preventivo: redução do número de parceiros, uso do preservativo em todas as relações sexuais, como se pega, e não se pega [...] como estávamos muito envolvidos no ato de fazer, você não pensa, só viemos questionar depois de algum tempo” (Técnica do CTA, Assistente Social)

No entanto, a fala seguinte mostra que a realidade não apresenta mudanças, pois as ações de prevenção ainda permanecem focadas na transmissão de conhecimento:

“Houve uma mudança na postura dos técnicos após a mudança no perfil da epidemia. O MS começou a fazer capacitações pedagógicas para problematizar, mas o processo educacional de transmissão de conhecimento permanece [...] os técnicos devem mudar seus conceitos, as mudanças passam por eles” (Técnica do CTA, Assistente Social).

Durante oficina de prevenção das DSTs/AIDS para funcionários da Secretaria de Administração do Governo do Estado do Piauí, em 2006, em que a pesquisadora participava como ouvinte, uma técnica da área de prevenção da Coordenação Estadual de DST/AIDS, mesmo depois de todas as discussões sobre a metodologia da problematização, utilizava na palestra um dos primeiros cartazes elaborado pelo MS sobre as formas de transmissão e as formas de não transmissão intitulado: *“Assim pega. Assim não pega AIDS”*. As falas a seguir fundamentam o que estamos abordando:

“Durante muito tempo, fez-se palestra e as Coordenações continuam estimulando palestras [...] as oficinas permitem você vivenciar alguma coisa [...] as intervenções têm que ser mais próximas, pois possibilita a troca de idéias” (enfermeira, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2001-2002).

“Existe uma dicotomia entre sujeito e objeto nas ações de saúde em geral, ainda mesmo com o PSF, continua acreditando que as pessoas que vão aos serviços de saúde são objetos receptores e informações e não sujeitos reflexivos, bloqueando qualquer iniciativa de prevenção, mesmo que exista material educativo e preservativo” (socióloga, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 1997-2001).

Assim, apesar deste contexto adverso, foi possível observar uma perspectiva diferenciada no direcionamento das ações de prevenção, implicando, inclusive, nova abordagem da prevenção por outro viés, que é o envolvimento dos aspectos sociais e subjetivos:

“A prevenção deve considerar as particularidades de cada grupo social em questão para que possa ter um bom resultado. Prevenir não é remediar, ao contrário, ela antecede qualquer ação de assistência curativa, mas também faz parte dela, pois fazemos prevenção numa conversa informal, numa reunião, numa palestra, numa campanha, através de informes educativos, numa consulta” (socióloga, ex-coordenadora da gestão 1997-2001).

“Trabalhar com o imaginário da população com questões de sexualidade [...] os sujeitos têm um conceito formulado sobre AIDS, mas a informação não é suficiente, é preciso que esta informação se torne um ato rotineiro trabalhar prevenção, a partir do que eles pensam a respeito da doença [...]” (Técnica-CTA - Assistente Social)

“A prevenção continua priorizando a doença em detrimento da subjetividade do sujeito, da saúde [...] não sei até quando vamos ficar ligado a este modelo que prioriza o lado curativo” (socióloga, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 1997-2001).

Na maioria das vezes, os sujeitos a quem o trabalho de prevenção se destina, têm uma concepção de saúde diferente da perspectiva dos formuladores da política. Muitas vezes, sujeitos portadores de tuberculose não desejam fazer o tratamento; pessoas mantêm foco de água parada, correndo o risco de gerar criadores de vetores da dengue, e a mesma coisa pode acontecer com os sujeitos que decidem não usar preservativo. Por aspectos ideológicos, ou outros aspectos de ordem socioeconômica, religiosa ou cultural, geralmente é necessária a negociação entre o profissional que executa a ação e a população com a qual trabalha.

Essa negociação permite os sujeitos se expressarem e decidirem que tipo de vida desejam ter, mas, na realidade, o que se observa, de acordo com a fala deste profissional, é:

“O discurso dos técnicos não condiz com a realidade vivida pelos grupos [...] a abordagem é feita por um técnico que não consegue interagir com a população, pois não tem a experiência de vida daquela população [...] as estratégias têm que ser pensadas, levando em conta o modo de viver deles. Como vai um adolescente pegar preservativo no posto de saúde? Deveria estar disponível na escola” (enfermeira, ex-coordenadora de DST/AIDS, gestão 2001-2002).

Para Araújo Jr. e Sampaio (2006), nesse campo do diálogo devem ser estabelecidas relações de direito mútuo, cidadania e respeito pelo outro, em que a saúde deixa de ser questão de controle para ser construção negociada dos modos de vida satisfatório para quem os vive. Trata-se, assim, de construir-se uma intervenção sustentável, pois, possibilitando a apropriação das noções de cuidado consigo mesmo e com o outro, os sujeitos podem desenvolver diversas formas de promover saúde. Isso ocorre porque os sujeitos deixam de ser passivos e passam a se apropriarem do processo de construção da saúde, avaliando, inclusive, a qualidade das ações desenvolvidas.

Assim, encarar o sujeito ao qual se destina a política como mero receptor fornece à política um caráter pouco democrático e muitas vezes ineficiente. Para Ayres (2003), apenas dialogando com os sujeitos, compreendendo suas necessidades, possibilidades e vulnerabilidades é que se torna possível construir estratégias de intervenção que tenham maior grau de efetividade, pois tenderão a ser pactuadas e, conseqüentemente, com maiores possibilidades de serem estruturadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou explicitar a relevância dos fatores socioculturais e subjetivos na implementação das políticas públicas de AIDS. Pensar as políticas públicas de prevenção de AIDS implicam leitura ampla de vários fatores sócio-político-econômicos e culturais que se fazem presentes e que delimitam ações. Isso porque a implantação de tal política requer responsabilidade sanitária, recursos financeiros, capacitação de técnicos, organização do sistema de saúde, entre outras questões que evidenciam a complexidade não apenas da temática AIDS, como também das políticas de saúde.

Pudemos observar que a história da política de prevenção da AIDS no Piauí se caracterizou no final da década de 80, da mesma forma que no Brasil, pela perspectiva de urgência nas respostas sem maior elaboração teórica que explicasse o modelo adotado ou o porquê da adoção. Tanto pela urgência imposta, quanto pela preocupação em atingir o êxito, os profissionais tiveram pouco espaço para registrar e refletir sobre o caminho percorrido. A consequência maior foi a reprodução de modelos de prevenção fora do contexto em que estava sendo desenvolvido. O exemplo mais contundente foi a construção de uma política educativa associada diretamente ao repasse de informações, semelhante ao movimento higienicista no Brasil do início do séc. XIX, que entendia que para ter saúde bastaria ensinar hábitos saudáveis para a população notadamente ignorante.

Assim, no Brasil e no mundo, houve sempre uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população em geral sobre as principais doenças enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos ‘certos’ ou ‘errados’, relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção.

Ao longo do tempo podemos observar diversas formas de interpretar e explicar a ocorrência das doenças, que influenciam também na forma de se estruturar as intervenções no âmbito

da educação em saúde. Apesar disso, a organização das ações educativas ainda na atualidade demonstra fragilidade em sua organização aliada a falta de discussão mais aprofundada sobre os referenciais teóricos mais adequados para sua estruturação, nos diferentes modelos assistenciais adotados.

Associado a esse aspecto, destaca-se a vigência predominante nos serviços de saúde brasileiro, de um modelo assistencial que privilegia ações curativas e centra-se no atendimento médico, segundo visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Este modelo condiciona a prática educativa, ações que visam a modificar práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamento, de condutas e de mudanças de comportamentos. Neste modelo, ainda quando se propõe atividades chamadas participativas, particularmente a formação de grupos, sua organização prevê prioritariamente palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais.

Uma das conseqüências da adoção de um modelo teórico autoritário nas práticas educativas no Brasil é a sua transposição mecânica a contextos diferenciados, já que não considera, na prática, a participação das pessoas na sua elaboração e desenvolvimento.

As dificuldades operacionais para efetivação de um programa de prevenção de AIDS eficaz esteve relacionada no país e nos estados ao planejamento deficiente, priorização inadequada das ações e pouca capacidade para monitorar e mostrar os resultados. Para que as estratégias de prevenção possam ser adaptadas às condições locais, é necessária uma compreensão da natureza, da dinâmica e das características da epidemia local.

As atividades educativas pontuais como debates, campanhas, distribuição eventual de preservativos são importantes, desde que reconhecidos seus limites, e, portanto, assumidas suas possibilidades de impacto. A informação sobre prevenção deve ser disponibilizada em todas as oportunidades. Essas incluem a inserção do tema no currículo escolar, educação informal, educação comunitária e local de trabalho. Para desempenhar um papel educacional em sintonia com o que desejamos, as oficinas e campanhas de prevenção devem ser momentos em que se gerem mais perguntas do que respostas, perguntas que alimentem debates em que cada um coloca sua identidade em discussão. Os bons programas de prevenção priorizam os indivíduos e suas trajetórias de vida e não as informações técnicas. Assim temos que instaurar nas campanhas de prevenção um dialogo que não pode excluir o conflito das diferenças de posição, sejam elas de gênero, geração classe social e econômica, etnia e religião, etc, sob a pena de patrocinararmos apenas um dialogo ingênuo acerca dos temas da prevenção.

No Brasil, a pouca efetividade de sucessivas campanhas de prevenção colocaram em xeque as práticas de educação em saúde que desconsideraram a forma como a população percebe e lida com os problemas de saúde. A epidemia de AIDS evidenciou necessidade de se conhecer a lógica que ordena as representações da população sobre sexualidade, papéis de gênero, e o uso do preservativo, de forma a se poder atuar mais efetivamente na promoção de atitudes preventivas.

Vimos que a intervenção no campo da saúde publica em geral, e na área da prevenção do HIV, especificamente com as discussões de Paulo Freire pretendem ultrapassar campanhas de informação educação e comunicação para garantir diversas formas de mudança estrutural. Essa mudança de ênfase que se produziu nos últimos anos parece

assinalar uma reorientação fundamental na qual a questão chave não é simplesmente a mudança de comportamento, mas de transformação social em resposta ao HIV.

A partir dessas discussões, teve início uma importante reformulação do próprio conceito de intervenção chegando a conclusão de que as intervenções de prevenção raramente funcionam na esfera do comportamento, mas sim na das representações sociais ou coletivas, e que o conhecimento e as informações sobre AIDS são necessariamente, sempre interpretadas dentro do contexto de sistemas preexistentes de significado que medem as formas pelas quais essas informações serão incorporadas em ação.

Trabalhos educativos que não se preocupam em levantar as noções que os sujeitos tem sobre determinado fenômeno são vistos como ultrapassados e equivocados com relação ao modo como efetivamente se dá. A ênfase informativa de muitas campanhas de prevenção asfixia as possibilidades de formação dos indivíduos, as possibilidades de operar na formação de identidades com algum grau de autonomia. Dessa forma, a chance de formamos consumidores de camisinhas e portadores de técnicas são muito grandes, mas não atende ao objetivo mais profundo de auxiliar o indivíduo a gerar condições para que ele continue a educar-se para o cuidado de si e o cuidado dos outros.

A despeito de todos os esforços em politizar as questões que envolvem a AIDS, ela ainda é percebida pela maioria unicamente pelo viés médico, e a prevenção, também apesar dos esforços, continua sendo percebida pela maioria como atitude de cunho individual.

Nossa hipótese inicial apontava na direção de que a incidência da AIDS no Piauí, com o aumento acelerado da doença entre a população de nível socioeconômico baixo, estava relacionada principalmente à forma como a epidemia vem sendo administrada no Estado.

Constatamos com a pesquisa que, além da ineficácia das campanhas, que são realizadas de forma pontual, e fora do contexto da realidade local, cujas diretrizes são enviadas pelo MS. Outro fator refere-se aos aspectos socioculturais, as dimensões simbólicas que não são levadas em consideração no momento da elaboração dos programas de gestão da epidemia, de informação e de prevenção.

Com os referenciais teóricos sobre a prevenção do HIV/AIDS no Brasil, constatamos que o governo tem apresentado consideráveis dificuldades para gerenciar financeiramente as questões de prevenção e assistência ao HIV/AIDS; as ONGs estão vivendo um período de transição nas suas estruturas, na relação com o governo e na sua sustentação financeira, o que poderá influenciar sua forma de organização interna e o papel crítico que têm exercido em relação às políticas de controle da aids; as respostas em termos de prevenção ainda estão baseadas na definição da AIDS como um problema derivado de um comportamento individual, não vinculando a epidemia ao contexto social; o governo tem negligenciado sua atuação entre os segmentos mais vulneráveis da epidemia (populações empobrecidas), aumentando o fosso da desigualdade; a estratégia de considerar a AIDS como um problema único, dissociado das outras políticas de saúde, mostrou-se obsoleto, mas, apesar disto, a deficiência fundamental dos programas de AIDS no país têm sido a falta de ações concretas dirigidas aos determinantes sociais das doenças, que influenciam enormemente a vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

No Piauí, apesar das medidas governamentais e do recente envolvimento da sociedade civil no enfrentamento da AIDS, os diversos anos da epidemia têm demonstrado a incapacidade do Estado em controlar a disseminação da doença que cresce em escala progressiva. No estado são evidentes os problemas de cobertura e qualidade da atenção às pessoas vivendo com HIV, onde se constata taxas de mortalidade consideravelmente elevadas e dificuldades

relacionadas ao acesso ao diagnóstico e ao tratamento. A imagem da epidemia nesta região do país se assemelha à primeira fase vivenciada na década de 80, com todas as suas mazelas: estigma, preconceito, falta de assistência, abandono e baixa mobilização social.

Além disso, temos uma distância considerável entre o SUS e o lugar no qual efetivamente a prevenção vem se realizando. O cotidiano da prevenção não é o mesmo da assistência, sendo que também os atores, agentes e públicos são diferentes. Além disso são bem conhecidos os percalços para se alcançar a participação popular, imersos que estamos em sistemas de educação e de decisões políticas altamente verticalizadas e hierarquizadas.

No Piauí, a epidemia se manifesta de muitas maneiras, sendo influenciada por um complexo conjunto de fatores relacionados, incluindo cultura, normas relacionadas a gênero, pobreza, e também aos níveis de investimento na prevenção. Se um esforço for feito no sentido de atingir aqueles indivíduos excluídos do acesso à saúde e a outros serviços, isso resultará em programas mais relevantes e com mais maiores impactos efetivos.

Podemos afirmar que, no Brasil, e com reflexos nos estados e municípios, estamos vivendo um período de transição em relação à política da AIDS. Durante o desenvolvimento dos projetos AIDS I e II, mesmo com todas as dificuldades já citadas no processo de operacionalização, muitas ações foram implementadas, no entanto o processo de descentralização da política de AIDS, a partir de 2003, com a execução dos PAM nos estados e municípios não conseguiu modificar o perfil da política, que continua com ações centralizadas. No Piauí, o programa ainda tem muita dificuldade de foco nas ações, durante muito tempo a coordenação tem implantado as ações nos municípios em vez de estar gerindo a política, propondo ações e monitorando.

Outra questão que não foi resolvida com o processo de descentralização da política da AIDS no Piauí se refere a indissociabilidade da prevenção e da assistência. Um programa de prevenção que não seja acompanhado de medidas de cuidado das pessoas com HIV corre o risco de ineficácia. Os indivíduos soropositivos devem ser integrados aos programas de prevenção, não apenas evitando que eles próprios disseminem o vírus, mas também que se reinfectem. Ainda com respeito à integração, à prevenção e à assistência, a área fundamental de atuação é no pré-natal, em que já está comprovada a eficácia do tratamento contra a transmissão vertical, mesmo assim, no estado com rede de serviços de saúde estabelecidas, muitas mulheres dão a luz sem saber seu status sorológico.

Não se deve perder de vista também a necessidade de diagnosticar e de curar outras doenças infecciosas que podem representar risco adicional para a infecção do HIV, como as DSTs e os adicionais agravos as pessoas com HIV/AIDS, entre os quais a tuberculose. Além disso, não se deve esquecer a especial atenção a adesão a terapêutica visto que os tratamentos inadequados ou interrompidos podem tornar o vírus resistente, sendo também um problema para prevenção.

Essas situações demonstram a necessidade de um programa abrangente de prevenção do HIV/AIDS, olhar para além das fronteiras da intervenção comportamental. Para isso é fundamental a integração não apenas intra-setorial, mas a intersetorial com outras políticas públicas.

O grande desafio colocado hoje para o país é a necessidade de uma efetiva reforma no Estado, na gestão das políticas públicas, não apenas transferências de recursos, mas de capacidade técnica e administrativa dos estados e dos municípios. A questão da AIDS precisa ser entendida dentro da nova concepção de saúde coletiva preconizada pelo SUS, dentro

da perspectiva que ultrapasse o campo do naturalismo biologista da medicina, implicando uma diversidade de leituras e permitindo uma ruptura com a concepção tradicional de prevenção e saúde pública.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, C. & BARBOSA, R., 1992. *Solidariedade e valorização da vida: uma reconstrução necessária na política de saúde no Brasil*. Boletim ABIA, 17: 8-11.
- ARRECHE, M., *Mitos da descentralização: Mais Democracia e Eficiência nas Políticas Públicas*. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, nº 31, ano 11, 1996.
- _____. *Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado Federativo*. UNESP, São Paulo / UNESP, Apresentado no XXI Encontro de Estudos Latino Americano, Chicago, 1998 (mimeo).
- ARRUDA, Silvani, *Modelos de Prevenção a AIDS*. ECOS: São Paulo, 1993 (mimeo).
- ASSIS, M., 1992. *Da Hipertensão à Vida: por uma práxis comunicativa na educação e saúde*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ.
- AYRES, J. R. C. M., 1994. *Epidemiologia sem números: outras reflexões sobre a ciência epidemiológica, a propósito da AIDS*. In: Seminário A Epidemiologia Social da AIDS, Anais. pp. 8-19, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ / ABIA.
- AYRES, J. R. C. M.; JÚNIOR, I. F.; CALAZANS, G. J., *AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção*. In: Seminário Saúde Reprodutiva em tempos de AIDS. Anais /ABIA, 1997.
- AMMAN, S. B., *Ideologia e Desenvolvimento de Comunidade no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1980.
- BASTOS, F. I., 1996. *Ruína e Reconstrução - AIDS e Drogas Injetáveis na Cena Contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume Dumará / ABIA / Instituto de Medicina Social, UERJ.
- BAYER, Gustavo F.; LEYS, Heitor R., *Saúde enquanto questão politicamente intermediada*. In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo; Cortez, nº 36, 1986.
- BOLTANSKY, L., *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- BÓGUS, Maria, Claudia. **Promoção da Saúde como referencial para a formulação de políticas públicas saudáveis**. In Boletim do Instituto de Saúde de São Paulo nº 34, 2004
- BRAVO, M. I. S., *Questão da saúde e serviço social: as práticas profissionais e a luta do setor*. Tese de Doutorado, PUC/SP; São Paulo, 1991.
- _____. *A política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões*. In: Revista Inscrita, nº 09, Brasília: CFESS, 2004.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M., *As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais*. Rev. Esc. Enf., USP, V. 30, nº 3, pág. 380-98, dez.1996.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G., *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: HUCITEC, 1986.
- BRASIL. Comissão Intergestora Tripartite do SUS: *Pacto pela Vida, em defesa do SUS e da gestão*. Brasília: MS; 2006. Série A, manuais e normas técnicas.
- _____. Ministério da Saúde. *As Cartas de Promoção da Saúde*. Brasília: MS. 2002. Disponível em www.saude.gov.br/bvs.
- _____. Ministério da Saúde. *AIDS II: Documento de referência do Projeto AIDS II*. Brasília: MS / Coordenação Nacional de DST/AIDS (mimeo), 1998.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, 2002.

_____. **Boletim Epidemiológico de DST/AIDS**; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS, Ano IV, nº 01, Brasília, 2007.

BUSS, P. M., **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

IRIART, J. A. B., **Concepções e representações da saúde e da doença**. Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 2003 (mimeo).

CAMPOS, G. W. S., **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Um Método para Análise e Co-Gestão do Coletivo**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, O. R., **A promoção da saúde e a clínica: o dilema promocionista**. In: CASTRO, A. e MALO M. (org.), **SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMARGO, Jr, Kenneth Rochel, **Políticas públicas e prevenção em HIV/AIDS**. In: **Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à AIDS no Brasil**. PARKER, R. G. GALVÃO, J., BESSER, M. S., (Orgs), Rio de Janeiro: ABIA, 34, São Paulo, 1999.

CAMARGO, Jr, **Prevenção do HIV/AIDS: desafios múltiplos**. Revista de divulgação em Saúde para o debate, nº 27, Rio de Janeiro, 2003.

CONH, Amélia e Elias, Paulo E., **Saúde no Brasil: política e organização de serviços**. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1996.

COSTA, N. R., **Estado, Educação e Saúde: a higiene da vida cotidiana**. In: Pino, I. R. (coord). Cadernos do CEDED, nº 4, Educação em Saúde. São Paulo, 1987.

CZERESNIA, D., **O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção**. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FERNANDES, J. C., 1992. **Práticas Educativas para a Prevenção do HIV/AIDS**. Rio de Janeiro, 1992 (mimeo).

FERRARA, L. C., **As cidades elegíveis, percepção ambiental e cidadania**. In: Del-rio, V. Oliveira L. (org), **Percepção ambiental: a experiência brasileira: studio Nobel**: 1996.

FREIRE, P., **A Pedagogia do Oprimido**. 6ª Edição, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.

GALVÃO, J., 1997. **As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil**. In: Políticas Instituições e AIDS – Enfrentando a Epidemia no Brasil (R. Parker, org.), pp. 69-108, Rio de Janeiro: ABIA - Jorge Zahar Editor.

_____. **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: editora 34, 2000.

GRANJEIRO, A., 1994. **O perfil socioeconômico dos casos de AIDS na cidade de São Paulo**. In: **A AIDS no Brasil** (R. Parker; C. Bastos; J. Galvão & J. S. Pedrosa, orgs.), pp. 91-128, Rio de Janeiro: ABIA/Instituto de Medicina Social, UERJ/Relume Dumará.

GRAZINELLI, M. F. *et al.*, **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências de doença**. Caderno de Saúde Pública, nº 21, Rio de Janeiro, 2005.

GUERRA, M. A. T., 1993. *Política de controle da AIDS da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, no período 1983-1992: a história contada por seus agentes*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

HAMANN, E. M., 1996. *A adolescência, os riscos da AIDS, e a prática da Educação em Saúde: em busca de novos caminhos*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

_____. *Os ensinamentos da Educação para a Saúde na prevenção do HIV/AIDS: subsídios para a construção de uma práxis integral*. Caderno de saúde pública, nº 15. Rio de Janeiro, 1999.

HEILBORN, M. L., 1997. *Gênero, Sexualidade e Saúde*: In: *Saúde e Reprodução, Compartilhando Responsabilidades* (SILVA, D. P. M. org.), pp. 101-110, Rio de Janeiro: UERJ.

HENNINGTON, E. A., PASCHE D. F., *O sistema único de saúde e a promoção da saúde*. In: CASTRO, A. e MALO M. (org). SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

JUNQUEIRA, L. A. P., Trevisan, L. N., *Construindo o Pacto de Gestão no SUS: da descentralização tutelada a gestão em rede*. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 12, nº 04, Rio de Janeiro, 2007.

KALICHAMAN, A., 1993. *Vigilância Epidemiológica da AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas*. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, USP.

LAPLANTINE, F., *Antropologia da Saúde*. São Paulo: Martins Fortes, 2001.

LIMA, S. O., *Portadores de Sonho*. MH&N, 1997.

LUZ, M. T., *Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de Transição Democrática anos 60*. Saúde e Debate, nº 32, 1991.

_____. *Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em Saúde no fim do século XX*. Revista de Saúde Coletiva, nº 07, 1997.

MANN, J., TARANTOLA, D. e NETTER, T. (org), *A AIDS no Mundo Instituto de Medicina Social*. ABIA, Rio de Janeiro: Relume Demurá, 1994.

MELO, J. A. C., *Educação sanitária: uma visão crítica*. In: Cadernos do CEBES, nº 04, São Paulo: cortez, 1981.

MENDES, E. V., *O Sistema Único de Saúde e o papel das secretarias estaduais de saúde*. Caderno da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992.

_____. *Distrito Sanitário, o processo social de mudança nas práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Saúde em Debates, nº 55. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

_____. *Uma Agenda para a Saúde*. 2 ed., São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S., *Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

MONTEIRO, M., *Qual Prevenção? AIDS, Sexualidade e gênero em um favela carioca*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

NOGUEIRA, P. N., *Da Medicina Preventiva à Medicina Promotora*. In: AROUCA, S. O dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo-Rio de Janeiro: UANESP-Fiocruz, 2003.

- OLIVEIRA, M. H. A., *O Averso da AIDS, pós-coquitel, expressa aos olhares da cidade: como a relação entre as políticas públicas e a publicidade contam a história social da AIDS em Teresina de 1997 a 2006*. Dissertação de Mestrado. Mestrados em Políticas Públicas/UFPI. Teresina, 2007.
- OLIVEIRA, J. A. A.; TEXEIRA F., S. M., *Previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.
- OSHIRO, J. H., *Educação para a Saúde nas Organizações de Saúde Pública*. São Paulo, 1888, Dissertação de Mestrado em Filosofia da Educação, PUC/São Paulo.
- PAIVA, V., 1994, *Sexualidade e Gênero num Trabalho com Adolescentes para Prevenção do HIV/AIDS*. In: A AIDS no Brasil. (R. Parker; C. Bastos; J. Galvão & J. S. Pedrosa, orgs.), pp. 231-250, Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de Medicina Social, UERJ/ Relume Dumará.
- PAIM, S. J., *A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários*. In: MENDES, E. V. (org.), Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- _____. *Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais a promoção da saúde*. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- PARKER, R. BASTOS, C, GALVÃO, J. & PEDROSA, J. S. (orgs.), *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de Medicina Social, UERJ/Relume Dumará, 1994.
- PAULILO, M. A. S., *AIDS: o sentido dos riscos*. São Paulo: Veras, 1999.
- PEDROSA, J. I. S., *Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública no Piauí - espaço e movimento*. São Paulo, 1997. Tese de doutorado.
- _____. *Avaliação das práticas educativas em saúde*. In: VASCONCELOS E. M., organizador. A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da rede popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.
- PEDROSA, J. I. S., *Promoção da saúde e Educação em saúde*. In: CASTRO, A. e MALO M. (org). SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.
- PIAUI. *Boletim Epidemiológico de AIDS e Transmissão Vertical do HIV e Sífilis*, Ano I, nº 01, Teresina, 2006.
- _____. *Aula da disciplina Tópicos Especiais nas Ciências Humanas - Tema: AIDS, Sexualidade e Política*. Mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/ UERJ, 1997a.
- _____, *Introdução*. In: *Políticas, Instituições e AIDS - Enfrentando a Epidemia no Brasil* (R. Parker, org.), pp.7-16, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/ABIA, 1997b.
- _____, *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro; ABIA; São Paulo: ed. 34, 2000.
- _____, *Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DST/AIDS*. Aprimorando o Debate: respostas sociais frente à AIDS. Anais do Seminário: princípios possíveis para respostas ao HIV/AIDS. Org. Richard Parker, Veridiano Terto Jr., Maria C. Pimenta. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.
- _____, CAMARGO JR., K. R. *Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos*. Cadernos de saúde pública, Rio Janeiro, 2000b.

- PIAUI. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório de Análise de Situação do HIV/AIDS e outras DSTs no estado do Piauí*. Teresina, 2000.
- PEREIRA, G. S., *O Profissional de saúde e a Educação em saúde: representações de uma prática*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.
- PETERSON, C. R., *Risco sob Risco: prostituição e AIDS*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.
- RAIZER, E. C., *O Estatal, o Público e o Privado e Suas Expressões na Epidemia da AIDS*. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1997.
- ROCHA, F. M. G., *Política de Prevenção de AIDS no Brasil: O lugar da prevenção nesta trajetória*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- ROUCO, J. J. M., *Sexualidade e mudanças de comportamentos: uma estratégia lúdica de prevenção da AIDS*. In: HEILBORN, M. L. (org), *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- ROUQUETE M. L., *Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos*. In: Moreira A. S. P., Oliveira D. C., organizadores. *Estudos interdisciplinares de representação social*, 2ª ed, Goiânia: AB editora, 2000.
- SANTOS, E. M., 1995, *Comportamentos sexuais, práticas sexuais, habitus, trabalho erótico: uma contribuição ao estudo das sexualidades*. In: *AIDS Ética, Medicina e Biotecnologia* (D. Czeresnia; E. M. Santos; R. H. Barbosa & S. Monteiro, orgs.), pp. 77-100, Rio de Janeiro: Hucitec.
- SILVA, C. L. C., *ONGs/AIDS, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social*. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Sup. 2): 129-140, 1998.
- SABROZA, Paulo *et al.*, *Doenças transmissíveis ainda um desafio*. In: Minayo, M. C. (org), *Os muitos brasis, saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- SANTOS, N. R., *Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos*. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 12, nº 02, março 2007.
- SANTOS, W. G., *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- SHCALL, V. T.; STRUCHINER. M., *Educação no contexto da epidemia do HIV/AIDS, teorias e tendências pedagógicas*. In: CZERESNIA, D. et al. *AIDS: pesquisa social e educação*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/Abrasco, 1995.
- SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S., *Educação em Saúde e Concepções de Sujeito*. In: Vasconcelos, E. M. (org), *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SONTAG, S., *A doença como metáfora*. São Paulo: Companhia das Letras, 1984.
- _____. *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- STEIN R. H, *A descentralização com instrumento de ação política e suas controvérsias*. In: *Serviço Social e Sociedade*, nº 54. São Paulo: Cortez, 1997.
- TESTA, M., *Tendências em planejamento*. In: *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes médicas-Abrasco, 1992.

- TEXEIRA, P., *Políticas Públicas em AIDS*. In: Políticas, Instituições e AIDS. Enfrentado a epidemia no Brasil. PARKER, R. (org), Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997.
- TEXEIRA, C. F., *O sistema único de saúde e a promoção da saúde*. In: CASTRO, A. e MALO M. (org). SUS: Resignificando a Promoção da Saúde. São Paulo, 2006.
- _____. *Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias da saúde*. Caderno da 11ª Conferencia Nacional de Saúde, Brasília, 2000.
- TEXEIRA, S. F. (org), *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1995.
- _____. *O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira*. In: Reforma Sanitária Itália e Brasil. Berlinguer; Texeira Fleury e Campos (Orgs). São Paulo: HUCITEC- CEBES-1988.
- VASCONCELOS, C. M. E PASCHE, F. D., *O Sistema Único de Saúde*. In: Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.
- VASCONCELOS, C. M., *Paradoxos de mudança no SUS*. Tese de doutorado. Campinas: Unicamp / Faculdade de Ciências Médicas / Departamento de Medicina Preventiva, 2005.
- VASCONCELOS, E. M., *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*. 2ª Ed., São Paulo-Sobral/CE; Hucitec, 2001a.
- _____. *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da rede popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001b.
- VILARINHO, L. S., *Re-Pensando a Educação em Saúde no Âmbito Hospitalar*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, 1999.
- VILLELA, W., 1982. *Algumas considerações sobre a prática da Educação em Saúde no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)