



Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Departamento de Saúde Coletiva



**Juliana Sampaio**

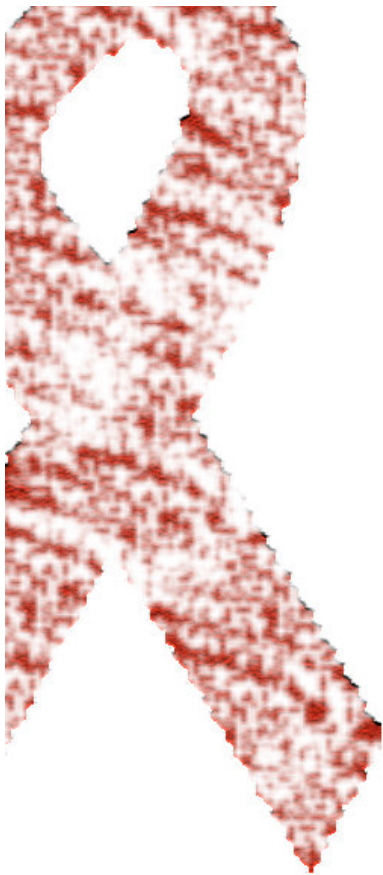
---

**A CONSTRUÇÃO DE NOVAS POLÍTICAS  
PÚBLICAS COMO CAMINHO PARA A  
PREVENÇÃO DA AIDS**

---

---

Recife, 2006

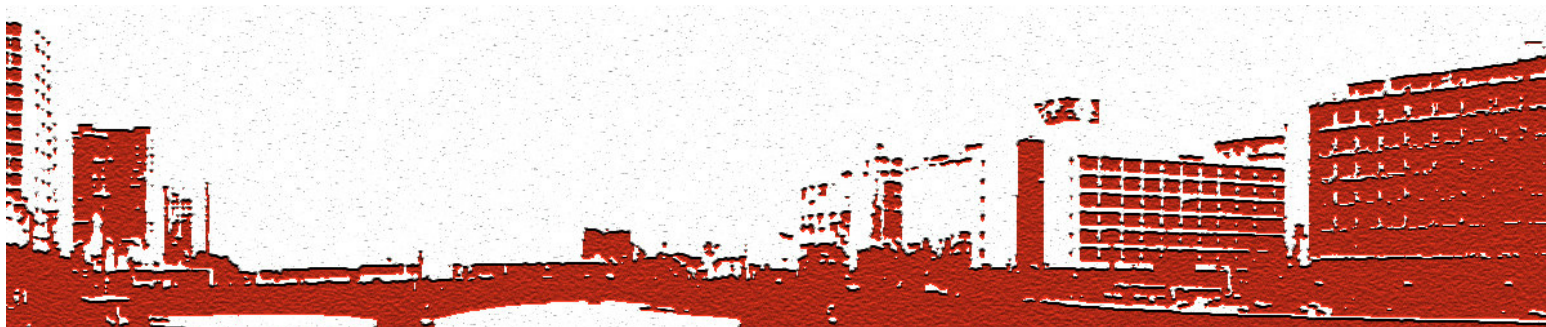


Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

**Juliana Sampaio**

A construção de **novas** políticas  
públicas como **caminho** para a  
prevenção da **aids**

Recife. 2006





**Juliana Sampaio**

# A construção de **novas** políticas públicas como **caminho** para a prevenção da **aids**

Tese apresentada no Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM / Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, como pré-requisito para a obtenção do título de Doutora em Saúde Pública, área de concentração em Políticas Públicas.

**Orientador: José Luiz Araújo Junior.**

Recife, 2006.





**Juliana Sampaio**

## **A construção de novas políticas públicas como caminho para a prevenção da aids**

Tese apresentada no Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM / Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, como pré-requisito para a obtenção do título de Doutora em Saúde Pública, área de concentração em Políticas Públicas.

**Aprovada em 11 / 12 / 2006**

Banca Examinadora:

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. José Luiz Araújo Junior.  
NESC / CPqAM / FIOCRUZ

---

Examinadora Interna: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ana Maria de Brito  
NESC / CPqAM / FIOCRUZ

---

Examinadora Interna: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Rejane Ferreira da Silva  
NESC / CPqAM / FIOCRUZ

---

Examinadora Externa: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Vera Paiva  
PSTUSP & NEPAIDS

---

Examinador Externo: Prof<sup>o</sup> Dr. Benedito Medrado  
Departamento de Psicologia / UFPE

---



## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo desses anos muito foi construído com sucessos, alegrias, dificuldades e sofrimentos. Percorrer este caminho só foi possível graças ao apoio e à colaboração de pessoas especiais que, de uma forma ou de outra, acreditaram em mim e me ajudaram a elaborar este produto, que é sempre inacabado.

Assim, agradeço

À minha mãe e meus irmãos, que me deram a maior prova de amor possível, estando sempre, e quando mais precisei, ao meu lado;

A Mariana, verdadeira AMIGA e companheira, e a Guilherme, pelo apoio de sempre;

A Hécio, Eline, Ivan e Mirian, amigos, confidentes e eternos apaixonados pela busca do saber;

A todos aqueles que, ao longo desses anos, passaram por minha vida, acreditaram em mim e me deram, de alguma forma, força para prosseguir;

Aos amigos do NESC, em especial a Eduardo Freese e a Duda que, não apenas acreditaram, mas impulsionaram minhas conquistas;

Ao LAM-SAÚDE e a Alessandro, que com muito carinho e disponibilidade me acolheram;

A Vera Paiva, Ricardo Ayres e Dreyf Gonçalves, sempre solícitos nos momentos mais confusos, ofertando-me textos, críticas e atenção;

Ao meu orientador, por me acolher, ensinando-me a caminhar com meus próprios pés;

Por fim, aos informantes-chaves desta pesquisa, em especial à Coordenação Municipal de DST/Aids, que tão gentilmente atenderam às minhas solicitações, sem os quais esse trabalho não seria possível.







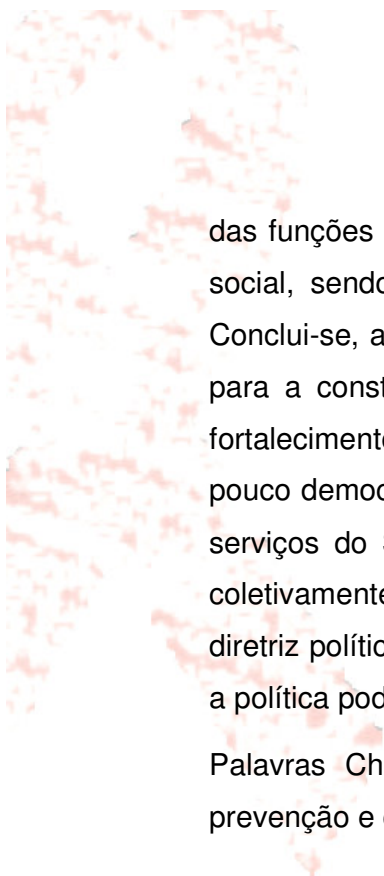
**“Quanto mais se tenta dirigi-las com regras e proibições, mais pobres se tornam as vidas das pessoas, mais elas vivem em oposição.”**

**(Lao Tzu, Tão Te Ching 57, 2600ca.)**



## **RESUMO**

As políticas públicas são de grande relevância para prevenção da aids, institucionalizando ações do poder público. Sua análise assessora os gestores na tomada de decisão, permitindo seu aprimoramento. Para garantir a ampliação e sustentabilidade das ações de prevenção da aids é imprescindível sua inserção na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir das propostas de Araújo (2000) e Viana (1996) objetiva-se analisar a política de prevenção da aids da Secretaria Municipal de Saúde do Recife de 2001/2004, identificando sua articulação com a rede SUS, e as implicações daí decorrentes. Foram feitas 8 entrevistas com gestores, profissionais de saúde, membros do conselho municipal e do movimento aids e coletados documentos oficiais (plano municipal, relatórios de gestão e projetos de intervenção). Realizou-se análise interpretativa de todo o material. Como resultados, observa-se: a política apresenta fragilidade no enfrentamento das desigualdades de gênero; a rede de saúde mantém o modelo tradicional de atenção, centrado na cura e na normatização de condutas, com despreparo dos profissionais para discussões sobre sexualidade, drogas, violência, gênero e forte preconceito em relação à soropositividade e diversidade sexual; as capacitações, apesar de introduzem tais temas, se dão fora da prática cotidiana, não permitindo a articulação teoria/prática; a política de comunicação se restringe a peças publicitárias em datas estratégicas e produção de materiais educativos, que tratam do direito aos insumos, particularmente ao preservativo, alvo de uma política de massificação, com expressivo aumento no quantitativo disponibilizado; o processo da política se estrutura a partir de tomadas de decisão elitistas, pouco baseadas em evidências e implementação incrementalista, com fragilidade em avaliação, monitoramento e planejamento. Tal processo não permite a construção de uma diretriz política que seja apropriada pela rede de serviços, dificultando a construção de uma rede descentralizada, hierarquizada, com comando único. Percebe-se a frágil delimitação



das funções dos gestores de saúde e as dificuldades em garantir o efetivo controle social, sendo relevante a entrada na gestão de um ativista do movimento aids. Conclui-se, assim, que apesar de sustentar no discurso oficial conteúdos relevantes para a construção de sujeitos capazes de se protegerem do HIV, valorizando o fortalecimento da autonomia e da sexualidade, a política em tela parte de processos pouco democráticos de construção, sendo implementada paralelamente aos demais serviços do SUS, não permitindo sua sustentabilidade. É necessário se construir coletivamente uma rede de atenção, na qual os serviços possam construir uma diretriz política, apropriando-se desta. Somente assim, os conteúdos que estruturam a política poderão orientar mudanças estruturais no Sistema Único de Saúde.

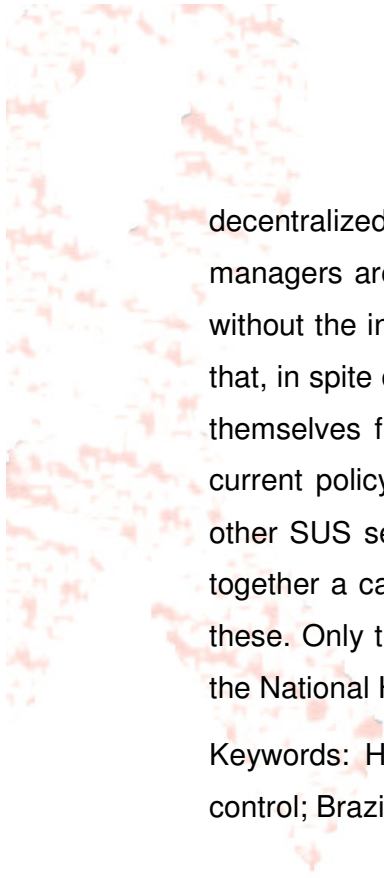
Palavras Chave: Política de Saúde. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - prevenção e controle. Sistema Único de Saúde.





## ***ABSTRACT***

Public policy, by institutionalizing action taken by the public authorities, plays a very important role in the prevention of AIDS. By analyzing public policy it is possible to advise managers on making decisions and improving the quality of the decisions made. To ensure the expansion and the sustainability of AIDS prevention action it is indispensable that this be incorporated into the National Health System (SUS) care network. Using as a starting point the proposals put forward by Araújo (2000) and Viana (1996) the aim of this study is to analyze the AIDS prevention policy of the Municipal Health Department of the city of Recife between 2001 and 2004, identifying its lack of articulation with the SUS network and the consequences of this. Interviews were conducted with managers, health professionals, municipal council-members and AIDS activists, and official documents were gathered (Municipal Plan, management reports and intervention projects). An interpretative analysis of all these materials was carried out. The results were as follows: the policy is weak in terms of confronting gender inequalities; the health network still follows a traditional model of care, centered on cure and normalization of conduct, with staff unprepared for discussion of sexuality, drugs, violence, and gender and harboring strong prejudices against people who are HIV-positive and sexual diversity; although training has included such issues, this does not form part of everyday practice, and there is therefore no link between theory and practice; the communications policy is restricted to publicity shots on strategic dates and the production of educational materials, which deal with the right to medical supplies, in particular condoms, which were the subject of a mass campaign, leading to a significant rise in availability; the political process is structured around elitist decision-making with little basis on evidence and implementation is piecemeal and weak in terms of evaluation, monitoring and planning. Such a process does not make it possible to draw up policy guidelines that could be followed by the network of services, and hinders the construction of a



decentralized, hierarchical network with a single command. The roles of health-care managers are not clearly defined and it is difficult to ensure effective social control, without the involvement of an activist from the AIDS movement. It is thus concluded that, in spite of the official discourse regarding building subjects capable of protecting themselves from HIV, and according value to building up autonomy and sexuality, current policy is based on undemocratic processes and implemented in parallel to other SUS services, and is, therefore, not sustainable. There is a need to build up together a care network, whose services could develop policy guidelines and follow these. Only thus will the content of the policy be able to guide structural changes in the National Health Service.

Keywords: Health policy; Acquired Immunodeficiency Syndrome – prevention and control; Brazilian National Health System (SUS).



## ***LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS***

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids  
ASA – Agentes de Saúde Ambiental  
CISAIDS – Comissão Intersectorial de Aids  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNAIDS – Comissão Nacional de Aids  
COA – Centro de Orientação e Aconselhamento  
CRT – Centro de Referência e Testagem  
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento  
DAS – Diretoria de Atenção à Saúde  
DGP – Diretoria Geral de Planejamento  
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
DIEVS – Diretoria Executiva de Vigilância em Saúde  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
ONG – Organização Não Governamental  
OSC – Organização da Sociedade Civil  
PAM – Plano de Ações e Metas  
PES – Planejamento Estratégico Situacional  
POA – Plano Orçamentário Anual  
PPA – Plano Plurianual  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RPA – Região Político-Administrativa  
SAE – Serviço de Assistência Especializada  
SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidades Básicas de Saúde  
UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV e aids



## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho é fruto de um investimento acadêmico no campo da prevenção da aids, buscando integrar o olhar das políticas públicas às contribuições de autores que discutem a prevenção enquanto um direito do sujeito-cidadão (PAIVA, 2001).

Sua produção se deu para obtenção do título de doutorado, mas representa ainda mais uma etapa na discussão sobre a aids e suas repercussões na construção social da realidade. Este caminhar teve início na dissertação de mestrado da autora e deverá ter continuidade em futuros projetos, no aprofundamento de várias questões suscitadas no presente trabalho.

Para a apresentação deste estudo, o mesmo foi organizado em cinco capítulos. O primeiro capítulo trata da introdução do trabalho, onde são apresentadas as principais justificativas do presente estudo. No segundo, são apresentadas algumas definições conceituais, explicitando o que se compreende por políticas públicas e análise de políticas públicas, que orientam o presente estudo. Também é discutido brevemente o conceito de poder utilizado neste estudo, e realizado um breve resgate histórico das políticas públicas de aids no Brasil.

No terceiro capítulo são definidos os objetivos do estudo e defendida a proposta metodológica utilizada.

No quarto capítulo são apresentados e discutidos os resultados encontrados. Este capítulo é dividido em quatro tópicos, seguindo as categorias de análise de políticas, propostas por Araújo (2000):

No primeiro tópico é apresentado o contexto da política, o qual está subdividido em contexto nacional e contexto local, considerando, respectivamente as categorias de análise de macro e micro contextos da política.

O segundo tópico versa sobre os atores da política, sendo apresentados os principais atores que aparecem interferindo na política, pontuando sua posição frente



à mesma, ou seja, identificando se estes atores fazem apoio ou oposição à política e seu grau de poder na tomada de decisão.

No terceiro tópico é abordado o conteúdo da política, discutindo os seguintes temas: A existência de uma política de gênero; a descentralização da testagem para detecção do HIV através do Programa de Saúde da Família (PSF); as propostas de capacitação da rede; as atividades educativas desenvolvidas; a reorientação do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); a existência de uma política de comunicação e os materiais produzidos; a política de distribuição de insumos; o fortalecimento da capacidade de governo; e a compreensão de prevenção, que dá suporte às ações programáticas.

No quarto e último tópico do quarto capítulo é discutido o processo de construção e implementação da política. Neste tópico, são analisados: a forma centralizada de construção da política e suas conseqüências; a relação da coordenação da política com o controle social; e a articulação da política de aids com as ações da rede de atenção do SUS.

Finalmente, no quinto capítulo, são apresentadas as principais conclusões do estudo, propondo algumas recomendações aos gestores públicos, ocupados com a política de prevenção da aids, podendo algumas serem extrapoladas para outras experiências. São identificadas ações programáticas inovadoras e conteúdos ideológicos – que sustentam o discurso oficial da política – pautados na defesa da diversidade sexual e nos direitos sociais. Entretanto, são evidenciadas algumas questões processuais, de ordens social, política e administrativa, que dificultam a implantação desses conteúdos nas práticas de saúde da rede de atenção do SUS, inviabilizando a efetivação da política e a qualificação da atenção do Sistema Único de Saúde.





## SUMÁRIO

<b><i>CAPÍTULO 1 Introdução</i></b> .....	<b>16</b>
<b><i>CAPÍTULO 2 Delimitações Teóricas</i></b> .....	<b>20</b>
<b>2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: REVISITANDO CONCEITOS</b> .....	<b>22</b>
<b>2.2 A ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	<b>24</b>
<b>2.3 OS MOMENTOS DE UMA POLÍTICA</b> .....	<b>31</b>
<b>2.4 PODER: UM CONCEITO RELEVANTE PARA A ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS</b> ....	<b>39</b>
<b>2.5 AS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DA AIDS NO BRASIL: UM BREVE RESGATE HISTÓRICO</b> .....	<b>43</b>
<b><i>CAPÍTULO 3 Definição dos Objetivos e Métodos do Estudo</i></b> .....	<b>47</b>
<b>3.1 OS OBJETIVOS QUE CONFORMAM O ESTUDO</b> .....	<b>48</b>
<b>3.2 A PROPOSTA METODOLÓGICA QUE SUSTENTA O ESTUDO</b> .....	<b>50</b>
<b>3.2.1 QUANTO AO APORTE TEÓRICO DO ESTUDO</b> .....	<b>52</b>
<b>3.2.2 QUANTO À ÁREA DO ESTUDO</b> .....	<b>54</b>
<b>3.2.3 QUANTO AOS RECURSOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>54</b>
<b>3.2.3.1 Análise documental</b> .....	<b>55</b>
<b>3.2.3.2 Entrevistas</b> .....	<b>57</b>
<b>3.2.4 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO</b> .....	<b>62</b>
<b><i>CAPÍTULO 4 Resultados e Discussão</i></b> .....	<b>63</b>
<b>4.1 CONTEXTO</b> .....	<b>66</b>
<b>4.1.1 O CONTEXTO NACIONAL</b> .....	<b>66</b>
<b>4.1.2 O CONTEXTO LOCAL</b> .....	<b>70</b>
<b>4.2 ATORES</b> .....	<b>81</b>
<b>4.2.1 O SECRETÁRIO DE SAÚDE</b> .....	<b>81</b>
<b>4.2.2 O GRUPO GESTOR</b> .....	<b>81</b>
<b>4.2.3 A DIRETORIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b> .....	<b>82</b>
<b>4.2.4 OS GERENTES DOS DISTRITOS SANITÁRIOS</b> .....	<b>82</b>

4.2.5 A EQUIPE DA COORDENAÇÃO .....	83
4.2.6 A REDE DE SAÚDE .....	84
4.2.7 AS DEMAIS COORDENAÇÕES DAS POLÍTICAS DA SECRETARIA DE SAÚDE .....	85
4.2.8 A SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO .....	86
4.2.9 O MOVIMENTO SOCIAL .....	86
<b>4.3 CONTEÚDO .....</b>	<b>88</b>
4.3.1 A POLÍTICA DE GÊNERO .....	90
4.3.2 DESCENTRALIZAÇÃO DA TESTAGEM PARA DETECÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV, VIA PSF .....	98
4.3.3 POLÍTICA DE CAPACITAÇÃO DA REDE .....	101
4.3.4 ATIVIDADES EDUCATIVAS .....	103
4.3.5 A REORIENTAÇÃO DO CTA .....	110
4.3.6 A POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO .....	114
4.3.7 A POLÍTICA DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS .....	124
4.3.8 O FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GOVERNO DA COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE AIDS .....	134
4.3.9 A POLÍTICA DE PREVENÇÃO .....	137
<b>4.4 PROCESSO .....</b>	<b>145</b>
4.4.1 GESTÃO CENTRALIZADA .....	146
4.4.2 O CONTROLE SOCIAL .....	155
4.4.3 POLÍTICA PARALELA À REDE DE SERVIÇOS DO SUS .....	163
<b><i>CAPÍTULO 5. Considerações Finais .....</i></b>	<b><i>174</i></b>
<b><i>REFERÊNCIAS .....</i></b>	<b><i>184</i></b>
<b><i>APÊNDICE A “ROTEIRO DE ENTREVISTAS” .....</i></b>	<b><i>195</i></b>
<b><i>APÊNDICE B “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO” .....</i></b>	<b><i>208</i></b>
<b><i>ANEXO A “CARTA DE ANUÊNCIA” .....</i></b>	<b><i>210</i></b>
<b><i>ANEXO B “FOLDERS, CAMPANHAS E MATERIAIS PUBLICITÁRIOS” .....</i></b>	<b><i>212</i></b>





***CAPÍTULO 1.***  
***Introdução***



A aids é uma doença que tem se apresentado como um grave problema para a sociedade, sem cura até os dias atuais, responsável pela morte de um grande número de pessoas. No Brasil, em 1996, ela foi quarta causa de morte em pessoas entre 20 a 49 anos de idade, de ambos os sexos e, em 2002, foi responsável por 1423 óbitos informados em sujeitos com mais de 13 anos (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, 2003). Do início da epidemia, até os dias atuais, foram notificados, cerca de 371 mil casos da doença, alcançando uma taxa de incidência de 19,2 casos por 100 mil habitantes (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, 2005). Por outro lado, é observada uma diminuição no número de óbitos a partir de 1995, devido a vários fatores como novas medicações, auto valorização do sujeito soropositivo e maior nível de informação da população (SOARES,1999).

Os avanços no campo da assistência às pessoas com infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e/ou com aids – aliados ao aprimoramento de novos medicamentos e tratamentos - têm posto, cada vez mais, em questão a necessidade de se desenvolver políticas de prevenção (UNAIDS, 2005). Como apontam Monteiro e Vargas (2003), o prolongamento da sobrevivência das pessoas com aids pode promover maiores chances de transmissão do HIV. Se, por um lado, os anti-retrovirais baixam a carga viral, por outro, podem permitir a transmissão de cepas mais resistentes. Ao mesmo tempo, pode haver um relaxamento das práticas preventivas, já que a aids começa a ser considerada uma doença crônica.

Tendo em vista concepções como as de Viana (1997) e Araújo e Maciel (2001), é possível considerar que, frente a problemáticas sociais, são desenvolvidas diversas políticas públicas, que surgem, a partir das demandas e tensões. As políticas públicas são respostas a determinados problemas sociais, que precisam ter magnitude e relevância social suficientes para comporem a agenda de prioridades de um determinado órgão fomentador.

Uma política pública pode ser regida por diretrizes que, em princípio, visem a garantia dos direitos sociais. Mas, durante sua implementação, devido a diversos fatores, suas ações podem se tornar contrárias às diretrizes iniciais e reforçarem, por exemplo, as desigualdades sócio-culturais dos cidadãos, o que repercute diretamente na garantia dos direitos (FOLTZ, 1996, PARKER, 1997). Movimentos de exclusão social, que interferem diretamente na qualidade e no acesso aos serviços, podem ser



reforçados por campanhas, materiais educativos e publicitários, ou mesmo pelo próprio processo de formulação e implementação de uma política.

Assim, optou-se por realizar uma releitura de autores que trabalham com o estudo das políticas públicas, adaptando seus métodos e categorias de análise ao objetivo proposto. Isto porque foi necessário construir categorias de análise de políticas públicas que para além das questões políticas, sociais e econômicas, pudesse evidenciar os entraves sócio-culturais para a efetivação de uma política.

Como a reforma sanitária brasileira, expressa no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), a política de prevenção da aids assume lugar de destaque internacional, por refletir posicionamentos ideológicos inovadores em defesa dos direitos sociais, inclusões sociais, respeito e legitimação das diferenças, cidadania, entre outros. Compreendendo que as políticas públicas estão, intrinsecamente, relacionadas a concepções políticas e ideológicas, esta proposta assume especial relevância, quando enfoca as políticas públicas de prevenção em aids comprometidas com a construção de sujeitos críticos e a ampliação do conceito de saúde – defendido pelo SUS (BRASIL. Constituição Federal de 1988, 2001). A Política Nacional de Aids está sustentada em princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro, como a integralidade, a universalidade e o controle social (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST e Aids, 2003).

Partindo do exposto, o presente estudo tem como principal objetivo realizar uma análise da política pública de prevenção da aids da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, no período de 2001 a 2004.

Este estudo torna-se relevante por apresentar uma análise inédita da política local, possibilitando um juízo de valor sobre a política, que permita seu permanente aperfeiçoamento crítico. O monitoramento e a avaliação em saúde é atualmente uma das grandes prioridades do Governo Federal, que reconhece a relevância desta prática para o aprimoramento das ações governamentais (FELISBERTO, 2004). É preciso o constante olhar sobre a política, já que a mesma surge de uma demanda social e atua sobre esta, modificando-a e sendo, dialeticamente, modificada por ela.

A análise da política, além de um juízo de valor, deve ser propositiva, apontando possíveis estrangulamentos e possibilidades, tornando-se um importante instrumento para a gestão - pretensão do presente estudo.





Por fim, esta investigação permite uma articulação entre os conteúdos sobre as políticas públicas e as contribuições de autores como Paiva (1999), Ayres (1999), Monteiro e Vargas (2003), entre outros. Estes autores propõem novas estratégias de prevenção da aids, a partir de práticas dialógicas que permitam os sujeitos reinventarem suas próprias estratégias para viver as experiências afetivo-sexuais com autonomia e segurança. Estas propostas se articulam diretamente com o modelo de promoção da saúde, com a construção da cidadania e com a concepção, expressa na Constituição Brasileira, da “saúde com um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL. Constituição Federal de 1988). Neste sentido, é aberta a perspectiva para a construção de uma política pública de prevenção menos normatizadora, capaz de favorecer a legitimação das diferenças e, conseqüentemente, a construção de sujeitos-cidadãos (PAIVA, 2001) implicados na promoção de sua saúde.

Assim, este estudo explicita a relevância dos fatores sócio-culturais na implementação das ações programáticas de prevenção da aids, tornando-se de fundamental importância, na medida em que amplia o leque de discussão sobre as políticas públicas e a garantia dos direitos sociais. Ele possibilita o estabelecimento de pontes entre o econômico e cultural, o político e o social, o objetivo e o simbólico, no bojo das análises das políticas públicas de prevenção em aids.





## ***CAPÍTULO 2.***

### ***Delimitações Teóricas***

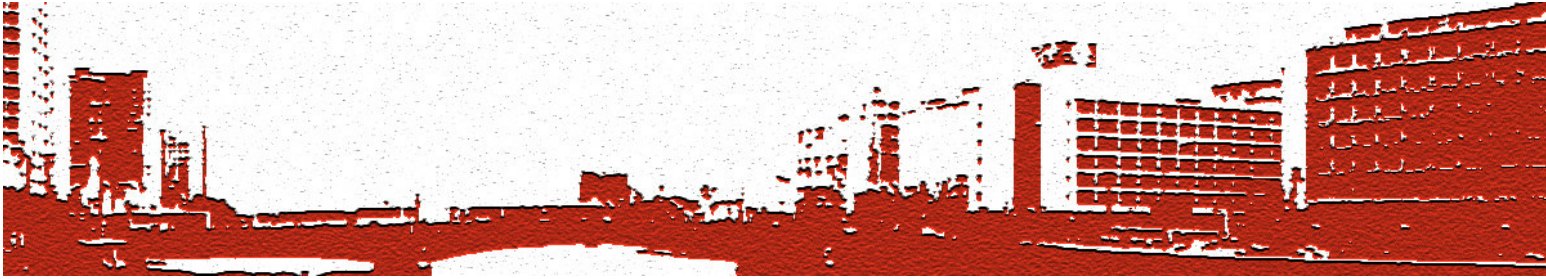


As articulações teóricas do presente estudo tornam imprescindível a delimitação de alguns conceitos e compreensões que norteiam as discussões e evidenciam a relevância da análise das políticas públicas. É necessário compreender como conceitos e valores são negociados, no campo político e como estes interferem na implementação de políticas.

Desta forma, torna-se importante discorrer, num primeiro momento, sobre o que se compreende por políticas públicas, definindo a relevância de seu estudo. A partir de então, torna-se possível discorrer sobre algumas perspectivas de análise de políticas. Neste sentido, busca-se realizar uma costura teórica entre as proposições de Araújo (2000) e Viana (1996), propondo um novo modelo de estudo que permita a consideração de aspectos sócio-culturais na construção e implementação de políticas públicas.

Ainda como delimitações teóricas, será definido o conceito de poder assumido no presente trabalho e realizado um breve resgate histórico das políticas de prevenção da aids no Brasil, buscando circunscrever o objeto de estudo em tela.





## 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: REVISITANDO CONCEITOS

O termo Políticas Públicas, segundo Viana (1997), tem sido definido com pouca precisão por grande parte dos autores, sendo, freqüentemente, trabalhado no contexto de áreas e setores políticos específicos. Numa definição ampla e abrangente, desvinculada das diversas áreas de aplicação, políticas públicas são ações que tentam regular problemas públicos; problemas que surgem no conjunto de uma sociedade e que têm relevância social.

Para Teixeira (1997, p. 43),

Entendemos as políticas públicas como sendo o conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta [...] é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade.

Mesmo considerando o debate existente sobre o papel das organizações não governamentais (ONG's) em relação ao Estado, que para muitos deveria ser prioritariamente a participação na definição das políticas sociais, tem sido freqüente a implementação de políticas públicas por ONG's e instituições filantrópicas, com recursos nacionais e internacionais (SANTOS, 1998). Suas ações, contudo, devem ser reguladas pelo Estado e estar a serviço do bem estar coletivo.

A sociedade civil é formada por sujeitos sociais que se organizam em diferentes estruturas (exemplos: sindicatos, ONG's e movimentos sociais de categorias) e interferem, direta ou indiretamente, tanto na formulação, quanto na implementação das políticas públicas (VIANA, 1997).

Como tentativa de regulação de problemas, as políticas públicas, mesmo buscando apaziguar as tensões, não conseguem eliminar o conflito social. Caso o fizesse, estariam - em última instância - produzindo uma sociedade utópica. O conflito existe, e dele se mantém a dinâmica social. Daí a relevância da contínua negociação de interesses dos diversos segmentos sociais, e, conseqüentemente, do controle social e da participação e organização da sociedade civil.

A percepção do grau e da qualidade da regulação de um determinado



problema poderá ser distinta para diferentes atores sociais, a partir da interferência que este problema assume em suas vidas (VIANA, 1996).

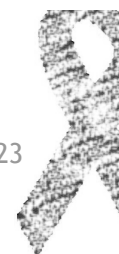
Políticas públicas constituem um processo dinâmico, no qual interage uma diversidade de atores e intenções, jogos de poder, recursos financeiros, estruturas políticas e sociais, entre outros, não sendo apenas resultado de definições, restritas ao campo político, e da execução destas, restritas ao campo administrativo (VIANA, 1996).

São ações públicas relacionadas com os diferentes problemas que visam responder, ou seja, se estruturam a partir de uma realidade concreta. Retomando Texeira (1997), ao assumir uma demanda social, o Estado define sua área de atuação (por exemplo: saúde ou educação). A partir dessa, monta estratégias, mais ou menos estruturadas, desde ações pontuais, até programas, delegando responsáveis e disponibilizando equipamentos, instrumentos e outros recursos.

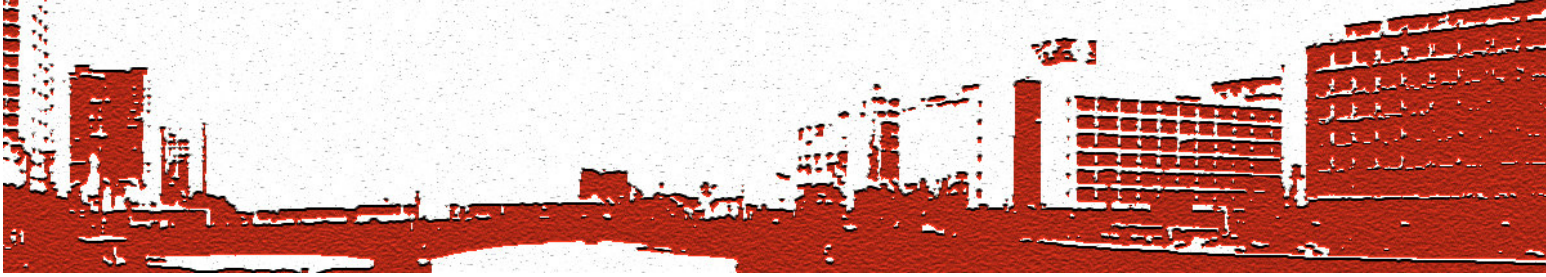
Há várias formas de trabalhar, teoricamente, as políticas públicas, inseridas em qualquer área temática. O presente trabalho busca fazer uma articulação entre as proposições de Araújo (2000) e Viana (1996), propondo um novo modelo de análise das políticas públicas.

Para tanto, faz-se necessário circunstanciar ambas as proposições, definindo as inovações interpretativas que se propõe na leitura de cada um desses autores, abrindo-se o campo para as considerações dos fatores sócio-culturais na construção de políticas públicas.

Para efeitos didáticos, num primeiro momento, será apresentada a proposta de Araújo (2000) de *Análise* de políticas públicas e depois a de Viana (1996) sobre os momentos de uma política pública.







## 2.2 A ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

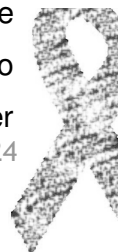
A análise de políticas públicas (Araújo, 2000) é uma técnica de estudo que permite formar uma opinião acerca das políticas públicas e fazer comparações entre diferentes políticas. De acordo com os interesses e do ponto do qual é interpretada e analisada, é possível obter diversos julgamentos sobre ela.

Nesta perspectiva, são considerados os discursos oficiais e não oficiais que sustentam as políticas públicas, ou seja, seus discursos explícitos e implícitos, compreendendo, inclusive, a ausência de uma política como forma de se fazer política. Ou seja, o silêncio acerca de uma determinada questão pode ser uma estratégia de ação em relação à mesma (ARAÚJO; MACIEL, 2001).

A análise amplia e facilita a observação dos diversos determinantes da política. Este referencial teórico permite visualizar os diferentes elementos que influenciam a produção de uma política, em todo o seu processo. Ela pode ser determinada por questões de ordem política, ideológica e social ou estar baseada em evidências (ARAÚJO, 2000). Entretanto, em alguns casos é possível, ainda, observar a formulação de políticas calcada em interesses pessoais dos seus formuladores.

Araújo (2000) ao propor o desenvolvimento de um método de análise de políticas públicas, o faz contextualizando as políticas no setor saúde, sua principal área de estudo. Entretanto, suas contribuições fortalecem o campo teórico das políticas públicas em geral. Este autor salienta que a análise tem o objetivo de intervir nas políticas públicas, seja formulando-as, ou propondo outras diferentes, analisando-a antes, durante, ou após sua implementação. O importante é que a análise permita o fortalecimento teórico do campo e o aprimoramento das intervenções públicas do setor saúde.

Definir um método de análise das políticas públicas é imprescindível, pois permite que diferentes estudos possam ser comparados e replicados. Apesar de existir uma série de métodos para o estudo de políticas públicas (VIANA, 1996) não se consegue suprir a multiplicidade de fatores, atores e elementos que precisam ser



considerados para dar conta da complexidade do evento processual, no qual se caracteriza uma política pública.

Araújo (2000) utiliza quatro categorias de análise de políticas públicas, propostas por Walt e Gilson (1994), as quais seriam: o contexto, os atores, o conteúdo e o processo. Entretanto, ele vai além da proposição de suas antecessoras, na medida em que estas, segundo ele, não fornecem, detalhadamente, as definições destas categorias, dificultando a diferenciação e especificação de cada um dos termos.

No presente trabalho, são utilizadas as contribuições de Araújo (2000) para a análise da política de prevenção da aids da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife. Entretanto, enquanto este autor enfoca, preferencialmente, as produções sócio-econômicas, no presente trabalho, são consideradas, preferencialmente, as produções sócio-culturais, na construção e implementação das políticas públicas. Desta forma, as quatro categorias de análise propostas por Araújo (2000) serão apresentadas sob um novo recorte interpretativo, sendo reorganizadas conceitualmente.

Para Araújo e Maciel (2001), a categoria de análise **contexto** refere-se às realidades política, econômica e social que cercam a política e interagem com a mesma.

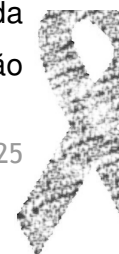
Em sua perspectiva, podem ser diferenciados o macro e o micro contextos; o primeiro representando a dimensão ampla e o segundo, a dimensão setorial da política em estudo.

No **macro contexto**, várias características podem ser evidenciadas, considerando as diferentes esferas de análise:

Na esfera política: podem ser consideradas as mudanças de política, os regimes políticos em vigência, as ideologias dominantes, as políticas públicas propostas e as influências internacionais.

Na esfera econômica: podem ser consideradas as mudanças e condições da economia, as políticas econômicas e financeiras em execução e os gastos públicos existentes.

Na esfera social: podem ser consideradas as mudanças demográficas da região, a qualidade de vida e as condições de pobreza da população e a distribuição de renda e suas disparidades quando comparados os diversos segmentos sociais.



Para o estudo do **micro contexto**, podem ser analisadas: mudar a posição dos atores

A política setorial: identificando seus principais interesses, os principais jogos de poder dentro do setor, as políticas públicas implementadas e a relação existente entre o setor público e privado.

As finanças do setor: analisando o orçamento e os gastos existentes dentro do setor, as políticas e mecanismos de financiamento, assim como as fontes de recursos.

Os problemas sociais e os serviços existentes: analisando, no caso, o setor saúde, podem ser consideradas as mudanças epidemiológicas, os principais problemas de saúde existentes, os recursos humanos disponíveis e a rede de serviços estruturada.

Para o presente estudo, o contexto refere-se às produções sócio-históricas, políticas e ideológicas que circunscrevem a política e que dão sentido à mesma. A política surge como resposta a este contexto, interferindo e sendo interferida pelo mesmo. Isto implica em dizer que as políticas públicas são históricas e comprometidas com determinados contextos, seja com o objetivo de modificá-los, ou perpetuá-los.

Opta-se, ainda, por focalizar a análise no micro contexto, buscando identificar as principais características do cenário local, como a organização política e administrativa da secretaria de saúde e sua posição nos jogos de poder com outros atores. Em alguns momentos, características do macro contexto serão apontadas, na medida em que se façam relevantes para a compreensão da política local, objeto do presente estudo. Assim, deveram ser considerados, elementos do cenário nacional, como as diretrizes do Programa Nacional de Aids e sua relação com o que é proposto e produzido localmente.

Assim, é relevante considerar a categoria de análise: **atores**. Com relação a esta categoria, Araújo (2000) propõe que sejam identificadas todas as pessoas, instituições e organizações sociais que interferem, direta ou indiretamente, na política em estudo, em especial seus formuladores e implementadores.

Nesta categoria, devem ser analisadas, ainda, as posições de cada ator em relação à política e seu grau de mobilização, identificando, assim, os opositores e apoiadores da política em estudo.



Por fim, deve ser analisada a correlação de forças existente entre os diferentes atores considerados, identificando as alianças e confrontos conformados, assim como, os principais beneficiados e/ou prejudicados pela política.

No cenário nacional das políticas de aids, há uma infinidade de atores envolvidos. Alguns movimentos sociais - como os grupos de feministas, homossexuais e pessoas que vivem com HIV e aids - desempenham importantes papéis nos diversos âmbitos da política.

Ainda como atores sociais importantes, podem ser considerados os acadêmicos, pesquisadores e consultores, além da mídia, partidos políticos e a opinião pública. Estes grupos, muitas vezes, se coadunam, havendo muitos consultores, pesquisadores e acadêmicos dentro dos partidos políticos e nos movimentos sociais; com acesso à mídia, sendo importantes formuladores de opinião pública. É comum encontrar militantes dos movimentos sociais inseridos na própria máquina estatal, inclusive, como formuladores da política, o que lhe concerne uma característica bastante politizada (VIANA, 1996).

Para a análise da categoria **conteúdo**, Araújo (2000) propõe que sejam considerados os programas, projetos e ações desenvolvidos, buscando definir seus objetivos e metas. Devem ser considerados também:

- Os resultados obtidos pela política, considerando o alcance ou não das metas propostas;
- Os recursos financeiros alocados e investimentos realizados;
- A coerência entre os objetivos e metas propostos com relação aos programas, projetos e ações desenvolvidos;
- A perspectiva político-social que fundamenta as propostas da política (objetivos, metas, programas, projetos e ações).

Neste estudo, que busca lançar um olhar para a relevância das construções subjetivas na produção das políticas públicas, será focalizado, prioritariamente, o conjunto de significados que sustentam a política e que se expressam nos programas, projetos e nas mais diversas ações programáticas e produtos. Trata-se de compreender quais as ideologias, valores, crenças, representações e interesses - financeiros ou políticos - orientam a política.



De acordo com seus diferentes conteúdos, para Araújo (2000), uma política pode apresentar diferentes perfis, como por exemplo, políticas com viés neoliberal, social-democrata, conservador, socialista ou feminista.

É possível, atualmente, evidenciar na Política Nacional de Prevenção da Aids fortes elementos feministas. Esta política traz discussões a respeito das desigualdades nas relações de gênero para a discussão da vulnerabilidade e definição de estratégias e ações prioritárias, como por exemplo a disponibilização do preservativo feminino (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST e aids, 2003).

Entretanto, nesta mesma política, a forma como é trabalhada a prevenção da transmissão vertical, pelo Projeto Nascer, muitas vezes, parece reduzir a mulher a sua condição reprodutora (BARBOSA; LAGO, 1997), incompatível com o perfil feminista anteriormente apontado.

Esta coexistência de valores pode ser compreendida uma vez que a política pode ser permeada por diversos conteúdos, por vezes, até contraditórios. Esses conteúdos se organizam de forma a dar corpo e estrutura à política, não sendo, muitas vezes, possível definir um único perfil que a delimite. Os conteúdos de uma política são resultados de diversas negociações de crenças, valores e representações construídas socialmente e que são postas em disputa, nos jogos de poder travados entre os diversos atores sociais. Como já apontado anteriormente, visões de mundo representam poder sobre a compreensão e determinação da realidade, dos sujeitos e de seus corpos.

A forma como os conteúdos são construídos, dando concretude à política, deve ser compreendida pela categoria de análise **processo**. Como argumentado anteriormente, as políticas públicas são processuais, dinâmicas e dialéticas. Para vários autores, inclusive Walt e Gilson (1994), as fases ou etapas de uma política se resumem na identificação de problemas, formulação da política e sua implementação. Segundo Araújo (2000), no processo da política devem ser identificados os seguintes aspectos:

A tomada de decisão: A política pode ser considerada *elitista*, quando apenas uma elite restrita de atores é suficientemente capaz para decidir e controlar a





política; ou *pluralista*, quando a tomada de decisão é compartilhada com diversos atores, não sendo monopólio de poucos.

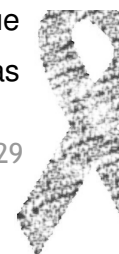
A extensão da política: As políticas podem ser *sistêmicas ou macro-políticas*, quando afetam estruturas maiores da sociedade ou implicam em significativas somas de recursos. Segundo o autor, este tipo de política tem frequentemente uma tomada de decisão elitista. Em contrapartida, as políticas podem ser *setoriais ou micro-políticas*, quando atingem pequena parte da sociedade e requerem a re-alocação de menor soma de recursos, podendo ser mais facilmente evidenciadas em conduções pluralistas de tomada de decisão.

O tipo da política: A política tem caráter *redistributivo* quando re-aloca os recursos de alguns beneficiários para outros, ou seja, redistribui os recursos disponíveis. Por sua vez, as políticas *distributivas* prestam serviços ou disponibilizam bens de consumo, sem reduzir benefícios de uns, em detrimento de outros. A política pode ser, ainda, *regulatória*, estabelecendo regras definidas pelo poder público sobre interesses privados ou *auto-regulatória*, estabelecendo regras definidas pelo poder público sobre interesses também públicos.

A forma de implementação: A política pode ser caracterizada como *tradicional*, quando os gestores de primeiro escalão têm o poder decisório e os demais são vistos como “meros” implementadores; ou *participativa*, quando os implementadores da política, os profissionais dos serviços de saúde, são convocados a pensar e decidir sobre a política que implementam.

A relação entre os níveis de governo: A política pode alterar a relação entre as diferentes esferas de governo, promovendo uma *relação bilateral* ou *mecanismos de controle*, dentre os quais podem ser citados: controle financeiro, controle via normas e regulamentos ou via preservação das fragilidades da gestão de menor nível de governo.

A concepção de políticas públicas: A política pode seguir um modelo *racional ou sinótico*, quando seus processos são altamente controlados por técnicos supostamente habilitados, compreendendo que as transformações são resultados de operações técnicas, precisamente operacionalizadas. Por outro lado, a política pode seguir um modelo *incrementalista*, definindo seus processos de forma mais pragmática. Assim, são promovidas pequenas e sucessíveis mudanças que resultam em soluções, mas também em novos problemas que irão demandar novas

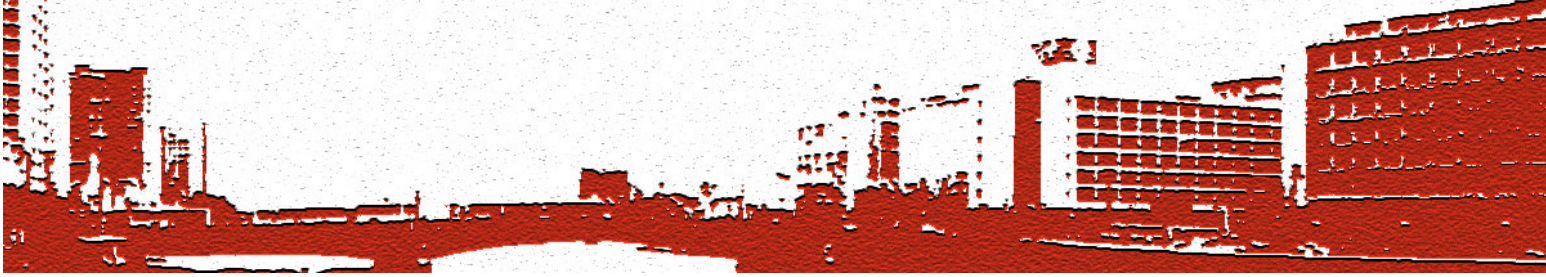


e pequenas estratégias, no processo adaptativo. Por fim, é possível identificar modelos *mistos ou estratégicos*, que buscam a viabilização da política, partindo de propostas racionais, mas considerando as limitações que condicionam o processo da política, permitindo assim, mudanças incrementais. A ênfase é dada à formulação de estratégias que permitam a combinação de pequenas mudanças que promovam grandes transformações.

Para a análise do presente estudo, serão consideradas, prioritariamente, as características do processo da política relacionadas à tomada de decisão, à forma de implementação e à concepção da política assumida pelos gestores. Este recorte busca dar maior ênfase aos processos de construção e implementação das políticas, evidenciando o grau de democratização do processo entre os atores sociais.

Ainda buscando novos elementos para se compreender como as políticas públicas são construídas e implementadas, o presente trabalho busca articular a teoria de Araújo (2000) com a leitura de Viana (1996), que coloca em foco os momentos de uma política. Assim, seguir propõe-se a análise da proposta teórica desta segunda autora, buscando-se elementos que contribuam com as discussões até então apresentadas.





## 2.3 Os Momentos de uma Política

Para Viana (1996), uma política apresenta quatro momentos que se interpõem, quais sejam: a construção da agenda, formulação de políticas, implementação de políticas e avaliação de políticas.

Araújo (2000) propõe as quatro categorias de análise anteriormente citadas, evidenciando no processo da política, dentre outros aspectos, a tomada de decisão, sua formulação e sua implementação.

Mais uma vez, no presente estudo, busca-se a articulação de diferentes contribuições teóricas, que possibilite o alcance dos objetivos ora propostos. Percebe-se que apesar de proporem categorias diferentes para o estudo das políticas públicas, os dois autores se complementam, sendo possível, então, a utilização de ambos os conjuntos analíticos.

Assim, uma vez tendo sido expostas as categorias de análise propostas por Araújo (2000) é possível, a seguir, discorrer sobre as contribuições teóricas de Viana (1996).

Para esta autora, na **Construção da Agenda** são estabelecidas as prioridades, sendo definidas as ações estratégicas. Nesta definição, articulam-se diversos elementos, desde recursos, até pressões sociais. Na compreensão da construção de uma agenda, há três pontos importantes a se salientar.

O primeiro diz respeito à disputa decisória, na qual fatores, mais ou menos, relevantes ganham força, de acordo com o interesse dos formuladores da política. Viana (1996) afirma que grande parte das políticas públicas é desenvolvida a partir de preferências, predileções, orientações e expectativas dos formuladores de políticas. Ou seja, grande parte do tempo, é o governo executivo que, a partir de suas próprias convicções e interesses, determina a agenda política.

Com o fortalecimento do saber epidemiológico e da perspectiva sanitária, cresce a tendência de fundamentar a política em evidências, o que eleva a implicação dos indicadores epidemiológicos no processo de definição de agenda (SOUZA, CONTANDRIOPOULOS, 2004; VICTORA, HABICHT, 2004).

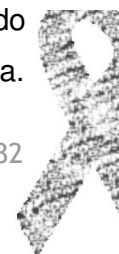


No caso da política pública de prevenção da aids, os dados epidemiológicos são de fundamental importância, pois evidenciam a magnitude do problema. Recife apresentou, entre 1984 a 2003, um acúmulo de 3252 casos de aids (RECIFE. Coordenação de DST e aids, 2003a). Esses dados precisam ser considerados com cautela, visto que, além de haver uma significativa sub-notificação dos casos de aids, eles não contabilizam os sujeitos com infecção pelo HIV, nem oferecem estimativa do potencial de sua disseminação, o que sugere que a magnitude da problemática seja bem mais elevada do que a apresentada.

O cuidado com a cautelosa utilização dos recortes epidemiológicos se deve ao fato de que estes orientam estratégias e ações programáticas, na medida em que possibilitam a especificação de populações e regiões que apresentam risco acrescido. Estes recortes podem favorecer a segmentação da aids e a estigmatização de grupos sociais. Apoiada em dados epidemiológicos, a aids foi referida por muito tempo como a “peste gay”, sendo compreendida como uma doença fatal, reflexo de práticas sociais desviantes, de acordo com códigos morais e religiosos hegemônicos (AYRES, 2003; LENT, [2000]; MONTEIRO, VARGAS, 2003; SONTAG, 1989).

Por outro lado, um fenômeno apesar de ser - em termos epidemiológicos - um problema de saúde pública, não é, necessariamente, indicado como prioridade na agenda. Tem-se como exemplo, a hepatite C que atualmente é considerada uma grave pandemia (PASSOS, 2006), mas que não é alvo de uma política pública de prevenção da magnitude da política de aids. Isto porque, no momento de definição da agenda, são considerados outros elementos além das evidências epidemiológicas, como, por exemplo, o poder de pressão dos movimentos sociais organizados.

O segundo ponto que Viana (1996) identifica como relevante para a compreensão da construção da agenda está relacionado ao espaço político e temporal de uma gestão. É relevante o impacto da mudança do poder executivo na definição e implantação das políticas públicas. Com a mudança de governo, as políticas podem ser mantidas, redefinidas ou mesmo paralisadas (VIANA, 1996). Por isso, é interesse do presente trabalho estudar a política pública de uma mesma gestão, para visualizar seu processo de implementação, sem a variável: mudança do gestor executivo que, no caso, caracteriza-se como o principal formulador da política.



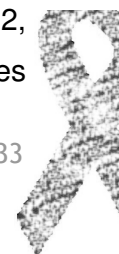
A consideração do espaço político de uma gestão permite ainda evidenciar entraves entre os diferentes níveis de governo - Federal, Estadual e Municipal – interferindo no desenvolvimento de uma política. Um exemplo que pode ser citado refere-se a implementação do Projeto Escola, proposto em 2000 pelo governo federal (SAMPAIO, 2001). A partir deste, foram financiados projetos de intervenção para prevenção de DST e aids em escolas públicas. Como o projeto previa ações nos ensinos fundamental e médio, era necessária uma estreita parceria entre os governos estaduais e municipais. As dificuldades de pactuação entre as diversas instâncias de governo inviabilizaram, em alguns estados, a própria concretização do projeto. Em Recife, ele foi desenvolvido sem maiores dificuldades, sendo a possibilidade de negociação entre os gestores - estadual e municipal - apontada como uma das facilidades encontradas (SAMPAIO, 2001).

Por fim, o terceiro ponto relevante para a compreensão da construção da agenda refere-se à participação social e à democracia (VIANA, 1996). O poder da pressão social é um forte elemento na definição da agenda política, que vai estar, intrinsecamente, relacionado com o caráter, mais ou menos, democrático da gestão pública e da capacidade de organização popular (MATTOS, 1999).

No caso da aids, os movimentos sociais estão fortemente estruturados, com representatividade em diversos espaços de controle e pressão social, tanto no Brasil, quanto em Recife. É inegável sua contribuição na luta pela quebra das patentes dos medicamentos e por sua distribuição pelo SUS, além da expressiva participação em conferências e conselhos de saúde (PARKER, 1997; GALVÃO 2000).

Além desses três pontos identificados por Viana (1996) cabe ainda salientar a relevância do incentivo financeiro para a definição das prioridades na construção de uma agenda política. A aids vem se destacando pelo volume de recurso que disponibiliza, que tem como principal financiador o Banco Mundial (MATTOS, 1999; GALVÃO, 2000).

Estes recursos são relevantes na medida em que podem sustentar propostas de prevenção, como a sustentada pelos Estados Unidos da América, a qual sugere três grandes medidas: abstinência sexual ou o máximo retardo da primeira relação; redução de parceiros, calcada na monogamia e na heterossexualidade; e, finalmente, o uso de preservativo nessas condições (UNICEF/ONUSIDA/OMS, 2002, GIRARD, 2005). Esta política apresenta uma clara contradição com as construções



teóricas desenvolvidas sobre vulnerabilidade e risco, no contexto da aids, e com as estratégias de prevenção que consideram a legitimação das diversas experiências sexuais e buscam garantir a cidadania e a inclusão social. Mesmo assim, por ter como financiador o Banco Mundial, esta política tem conquistado forte expressão no cenário mundial, o que vem evidenciar a relevância dos fatores políticos e econômicos para a definição das políticas públicas (GALVÃO, 2000; MATTOS, 1999).

Uma vez composto o elenco dos variados fatores que permeiam a construção de uma agenda política, é possível focar a discussão na formulação das políticas, identificando os diversos elementos que interferem neste processo, compreendendo que, na prática, formulação de política e construção da agenda ocorrem articuladamente.

**A Formulação da Política** é o momento, no qual é pensado e definido o que será realizado. É um processo teórico, no qual não deixam de estar atrelados interesses políticos, pressão de grupos sociais, disponibilidade de recursos e a própria experiência.

Ayres (2003) defende que, na formulação de políticas, é imprescindível que sejam analisadas as reais possibilidades, destas, serem postas em prática. Isto requer que sejam consideradas as chances desta política, ou mesmo de ações programáticas específicas, serem efetivadas. Significa avaliar se o objetivo que se deseja alcançar será realmente possível, a partir da realidade política, filosófica, ética e técnica na qual se trabalha. Implica, ainda, em considerar se os recursos disponíveis - sejam eles materiais ou simbólicos - permitem a operacionalização da ação/política e na necessidade de avaliar se sua implantação requer medidas de curto, médio ou longo prazo, com o objetivo de planejar e monitorar o que propõe viabilizar.

A disponibilidade de recursos também é um importante elemento delimitador no processo de formulação da política. Isto porque, no momento de se pensar o que fazer, é preciso considerar como fazer. Para se desenvolver ações são necessários recursos financeiros, humanos, políticos e materiais, sem os quais se torna impossível qualquer ação (MATOS, 1996).

Segundo Viana (1996), a formulação da política se estrutura nos seguintes processos: percepção da necessidade (o qual poderia ser entendido como definição





de necessidades negociadas); elaboração de um plano preliminar; equacionamento do problema do financiamento (ou adequação do desejado ao possível ou negociado financeiramente); plano detalhado; aprovação institucional; implementação e *feedback*.

A partir da formulação da política, processo que se estrutura em negociações de diferentes ordens, há o processo de implementação da política. Pode ser dito que esta fase caracteriza o “por a política em ação”. Trata-se da própria execução-ação do que é pensado e negociado.

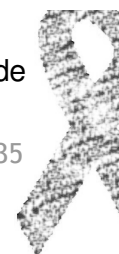
Durante a **implementação** da política, também ocorrem disputas, pressão social, interesses individuais dos atores envolvidos, interferências por falta de recursos, entre outros, a partir dos quais são redefinidas prioridades, metas e ações (VIANA, 1997).

A política é o diálogo entre sua formulação e sua implementação, ou seja, a interação entre o que é proposto e, de fato, executado. Deste diálogo, deve surgir a constante avaliação e monitoramento das ações, com formulações e reformulações da política (VIANA, 1997). Este movimento caracteriza a dinamicidade do processo de construção das políticas públicas e amplia a própria concepção de formulação, implantação e avaliação, não mais como momentos estáticos e independentes, mas como partes de um processo contínuo de construção e reconstrução.

Neste sentido, a concepção de planejamento das ações, que *a priori* poderia ser pensado como parte do processo de formulação da política, ganha nova conotação, com a característica de processo, fundamental para a tomada de decisão do gestor público (MATUS, 1996; RIVERA, MATUS, TESTA, 1989).

Atualmente tem sido valorizado o planejamento construído junto com os diversos atores envolvidos com a política. No modelo do Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Matus (1996), a análise de envolvimento dos atores é fundamental para a análise da governabilidade e para a tomada de decisão. O processo se torna mais rico, e o planejamento mais operacional, quando são considerados os diversos atores envolvidos - desde os gestores e os profissionais que implementarão a política, até a população a qual ela se destina. Essa tem seus próprios interesses, orientados, sejam por convicções políticas e ideológicas, por manobras de grupos hegemônicos, ou interesses particulares (VIANA, 1996).

Não raramente, a população “alvo” da intervenção tem uma concepção de



melhoria de qualidade de vida diferente da perspectiva dos formuladores da política (VIANA, 1996). Muitas vezes, sujeitos portadores de tuberculose não desejam o tratamento; pessoas mantêm focos de água parada, correndo risco de gerar criadouros de vetores da dengue; populações moradoras em áreas de risco optam por não mudar o local de residência; e usuários de drogas desejam a continuidade do uso das mesmas.

Por questões ideológicas, falta de informação ou outros aspectos de ordem sócio-econômica, religiosa ou cultural, sempre será necessária a negociação entre o profissional de saúde que executa a ação programática e a população com a qual trabalha. Esta negociação permite os sujeitos se expressarem e decidirem que tipo de vida desejam ter. Neste campo do diálogo, são estabelecidas relações de direito mútuo, cidadania e respeito pelo outro, em que a saúde deixa de ser questão de controle, para ser uma construção negociada de modos de vida satisfatórios para quem os vive (CARVALHO, 1995).

Muitas vezes, a população alvo da política é responsabilizada pela ineficiência das ações programáticas, que impõem normatizações de condutas. Este fato é evidente em políticas de prevenção da aids calcadas no uso do preservativo, sem que seja considerado que, nem sempre, esta prática é viável para alguns sujeitos (GOLDESTEIN, 1996; VILLELA, 1996), tornando-os responsáveis por sua condição de risco em relação ao HIV. A normatização, no final, busca a conformidade da população, que deve seguir o que é preconizado pelos detentores do saber técnico-teórico.

Encarar o sujeito, ao qual se destina a política, como um mero receptor, além de ir contra os pressupostos do SUS, principalmente, no que tange à participação popular (CUNHA, CUNHA, 2001), 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 possível construir estratégias de intervenção efetivas. Isto porque as ações públicas precisam ser pactuadas e coletivamente protegidas, para poderem ser efetivamente implementadas.

A desconexão entre o saber dos formuladores e dos implementadores é uma grande dificuldade enfrentada no processo de políticas públicas (MATUS, 1996; RIVERA, MATUS, TESTA, 1989). Estas são formuladas por profissionais que



compreendem a problemática em tela de forma diferente dos atores que de fato a implementam.

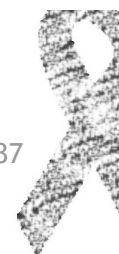
Não há como pensar uma política, na qual alguns atores sociais participem da formulação e outros da implementação. Na prática, tal dicotomia, bastante freqüente, evidencia a forma de fazer política fragmentada, centralizada, não democrática e, conseqüentemente, pouco eficaz. É evidenciada, nesta forma de trabalho, a dicotomia teórica da formulação - como uma fase de definições puramente política - e a implementação – como, fundamentalmente, administrativa (VIANA, 1996).

É imprescindível que os implementadores estejam conscientes das metas e objetivos da política, tenham uma postura crítica em relação ao problema em questão e compreendam a importância de suas ações para o alcance dos resultados esperados. Ou seja, é importante que eles sejam sujeitos ativos no processo, conscientes de suas ações, mesmo compreendendo que alguns atores participantes da formulação da política, não sejam seus implementadores, como no caso de teóricos, acadêmicos, gestores, usuários da política e a sociedade civil organizada (RIVERA, 1996).

Frequentemente, gestores se colocam de forma centralizada na formulação da política, compreendendo que basta apenas o repasse de informações para seus subordinados, os profissionais dos serviços de saúde, os reais implementadores da política. Estes profissionais, não ouvidos na formulação, tornam-se os responsáveis pelo fracasso de uma política que, sequer, pensaram, compreenderam ou concordaram. Há uma visão centralizadora, na qual a ação do profissional deve ser regida, não por suas crenças e valores, mas por um saber de fora, estranho, não compartilhado (RIVERA, MATUS, TESTA, 1989).

A partir da consideração desta rede de fatores e elementos - que complexificam a operacionalização de uma política – tornam-se necessários sistemáticos processos de **Avaliação de políticas**, que criem juízos de valor acerca do que é realizado, e possibilitem a readequação da política às exigências contextuais (VIANA, 1996).

O processo avaliativo deve ser compreendido como uma ferramenta de planejamento, monitoramento e acompanhamento de uma política, permitindo ao gestor compreender sua realidade e se posicionar em relação à mesma.



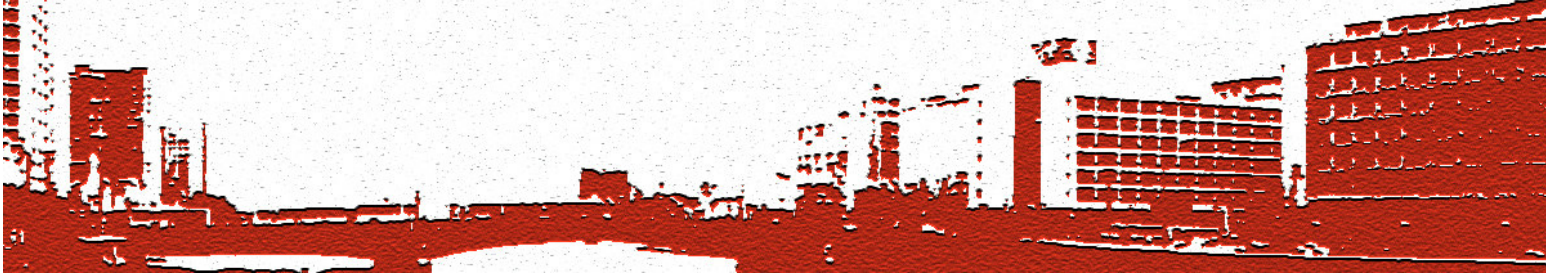
A avaliação pode ser investigativa, quando realizada antes da implementação da política, objetivando o cálculo do seu custo-efetividade e custo-benefício. Quando a avaliação é realizada durante o processo de implementação da política, há a avaliação de processo. Por fim, a avaliação de impacto, realizada após a implementação da política, avalia se esta atendeu aos objetivos a que se destinava (VIANA, 1996).

Para o presente trabalho é importante identificar como - e em que medida - a avaliação, em suas diversas modalidades, é utilizada pela gestão pública, como ferramenta para a tomada de decisão (SESSIONS, 2001).

Identificar a existência de processos avaliativos permitirá analisar algumas categorias propostas por Araújo (2000) como a concepção de política, evidenciando em que medida ela se apresenta incrementalista ou estratégica, e a tomada de decisão, evidenciando em que medida a política está baseada em evidência.

Para concluir a presente discussão sobre o estudo de políticas públicas, torna-se relevante considerar que a política é construída a partir de diversos jogos de poder estabelecidos entre os atores envolvidos. Por isso, para compreender melhor as relações de poder que caracterizam determinada política, faz-se necessário discutir brevemente o que se compreende por poder. Este é um conceito bastante trabalhado nas ciências sociais, mas também bastante polissêmico (PERISSINOTTO, 2003). Diversos atores, a partir de interesses e posturas epistemológicas, conceitualizam o poder de diversas formas, muitas vezes até contraditórias, tornando necessária a delimitação da perspectiva ora adotada.





## 2.4 PODER: UM CONCEITO RELEVANTE PARA A ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Não é objetivo do presente estudo discorrer sobre a construção do conceito “poder”, nem tampouco analisá-lo criticamente. Propõem-se, apenas, a apresentação da perspectiva ora adotada, fundamentando-a em alguns autores. Busca-se, como propõe Cappelle et al. (2005), articular diversas proposições teóricas, buscando a complementaridade das mesmas.

Para compreender o poder como inerente a todo e qualquer tipo de relação interpessoal, e conseqüentemente, institucional, faz-se necessário partir da contribuição de alguns autores. Entre eles, pode-se citar Bourdieu (2001), para o qual, o poder se estrutura dentro de campos de forças, ou seja, espaços onde são travados jogos de poder entre agentes - sujeitos e instituições. Estes possuem capitais (econômicos, sociais e simbólicos) diferentes e lutam para ampliá-los ou mantê-los. O capital simbólico caracteriza-se pela legitimação dos capitais materiais e sociais. Neste sentido, o poder simbólico, operado pelo capital simbólico, estrutura-se nos discursos, capazes de manter e/ou subverter a ordem, mantido na legitimação das palavras daqueles que as pronunciam. Por isso, o poder simbólico é invisível e necessita da cumplicidade, mesmo que velada, de ambos os atores envolvidos na relação de produção de sentido.

Durante as práticas discursivas, que produzem os sentidos da realidade, são possíveis as trocas simbólicas. A partir destas, formas de pensar e sentir o mundo são forjadas. Aquele que detém maior capital simbólico terá maior capacidade de disputa na prevalência dos sentidos da realidade, e conseqüentemente, sob a forma dos sujeitos pensarem, sentirem e intervirem em suas próprias experiências. Assim, a ordem proposta pelo que detém o poder será eficaz, na medida em que, quem obedece, o faz, por acreditar nesta ordem, pois passou a ter, como seu, os sentidos oferecidos pelo outro. Ao contrário da força física e declarada, o poder verdadeiro se estrutura como poder simbólico. Pode-se compreender que a violência começa, quando o poder termina.



Por outro lado, o poder simbólico está intimamente relacionado com as estruturas materiais e institucionais de uma dada sociedade. Afinal, este poder se fortalece na legitimação destes capitais, fortalecendo-os.

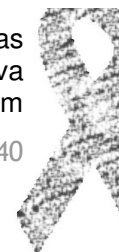
Corroborando com Inesita Araújo (2000) as políticas públicas são constituídas nas disputas discursivas, em contextos institucionais, modeladores de sentidos. Os sujeitos sociais assumem diferentes posições nas organizações, determinadas pelas correlações de forças e disputas de poder travadas na sociedade. Por sua vez, tais posições são tão flexíveis quanto às possibilidades de produção de sentidos e novas modelações das disputas de poder.

Ainda seguindo a autora, não são apenas as instituições ou o poder econômico e social dos sujeitos que lhes conferem o poder e legitimidade discursiva. Esta também sofre influências do contexto existencial, ou seja, por interesses de classes e grupos sociais; pelo contexto situacional, caracterizados pelas mediações discursivas existentes; ou mesmo pelo contexto intertextual, que se fundamenta na disputa – concorrência – das falas em determinados discursos. O poder simbólico se dá precisamente, segundo Inesita Araújo (2000), na legitimação de uma determinada fala que passa a pertencer ao conjunto simbólico de um determinado grupo, mediando não apenas seu comportamento, como também seus afetos, crenças e pensamentos.

Considerando as contribuições de Foucault (1979), o poder simbólico perpassa todas as modalidades das relações sociais, para além da repressão e do uso da força, este tipo de poder constitui-se na produção de coisas, saberes e prazeres humanos. Na construção das verdades sobre as coisas, os sujeitos constroem formas de poder. O saber é poder, na medida em que determina, a partir da legitimação social de um dado conhecimento – ou discurso, a forma de se compreender e intervir na realidade e nos homens. O poder disciplinador controla os corpos e os afetos dos sujeitos, sua forma de ver, sentir e operar a realidade.

Apesar das divergências teórico-epistemológicas, acredita-se, apoiando-se em Cappelle et al. (2005), ser possível articular as proposições de Foucault (pós-estruturalista) e Bourdieu (estruturalista construtivista).

Os estudos de Bourdieu e Foucault inserem-se entre aquelas novas linhas de trabalho, nas quais se questiona tanto a perspectiva funcional como a teoria crítica modernista, na tentativa de serem



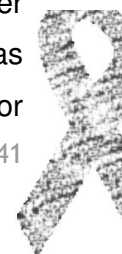
mais abrangentes na compreensão das relações de poder no espaço organizacional.

No âmbito das organizações sociais, é relevante, ainda, considerar as contribuições de Lukes (1980) que faz uma crítica à concepção clássica sobre poder, propondo uma perspectiva tridimensional, ou como prefere chamar, radical, do poder. Na perspectiva clássica, Dahl (1989) propõe que o poder seria definido como a capacidade de A fazer B realizar algo que sem sua influência não realizaria. Tem-se, aí, a compreensão de poder relacionada ao comportamento e à força, coerção e conflito de interesses. Em crítica a esta perspectiva, Bachrach e Baratz (1983) defendem que o poder também se efetua quando os conflitos não são postos nas arenas de disputas. Ou seja, estes se mantêm velados, como ruídos, sem entrarem na disputa decisória da agenda política. Para estes autores, os conflitos são conscientes, existem e estão postos, mas são invisíveis na arena política.

Lukes (1980) evidencia que o poder também se caracteriza quando estes conflitos não são sequer sentidos. Neste contexto, os sujeitos não se tornariam conscientes de quanto os seus interesses são desconsiderados pelos que de fato determinam a agenda política. Neste sentido, A teria poder sobre B também ao influenciar, moldar ou determinar seus desejos, impossibilitando-o identificar seus próprios interesses. Neste contexto, o poder não apenas se estabelece pela força, como queria os pensadores clássicos, ou pelo velamento dos conflitos, mas fundamentalmente, pela aparente ausência destes últimos, na determinação dos interesses dos sujeitos.

Lukes (1980) enfatiza a dimensão simbólica do poder, a partir da legitimação dos valores de outrem. Apesar de enfatizar o poder como um atributo, ou capacidade, e não como uma engrenagem das relações sociais que produzem cotidianamente sentidos para a realidade, Lukes (1980) permite questionar como os sujeitos sociais, inseridos em posições institucionais que lhes conferem legitimidade social, lançam mão de recursos e jogos de poder para mediar e velar conflitos ou mesmo impedir que estes se constituam.

No presente trabalho opta-se por considerar a contribuição de cada um desses autores, articulando suas principais proposições teóricas para compreender como entram em jogo diversas disputas de poder na definição e implantação das políticas públicas. São relações simbólicas, explícitas e implícitas, travadas por

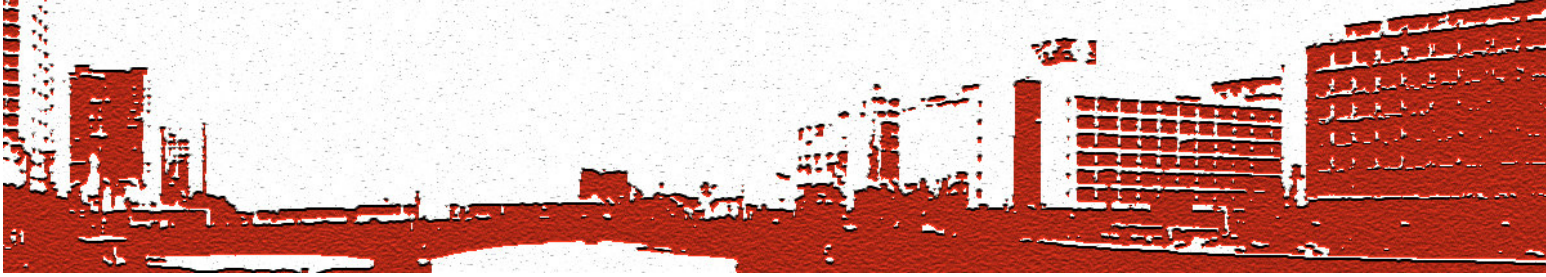




*atores* específicos, em *contextos* delimitados, conformando determinados códigos lingüísticos, *conteúdos*, que dão sentido à realidade, que delineiam o *processo* de uma determinada política pública.

Uma vez tendo sido apresentadas as proposições teóricas que sustentam o presente trabalho, torna-se necessária a discussão sobre seu objeto empírico de estudo, qual seja, a política de prevenção da aids. Para tanto, torna-se relevante fazer um breve resgate histórico da formação da política de prevenção em aids no Brasil.





## 2.5 AS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DA AIDS NO BRASIL: UM BREVE RESGATE HISTÓRICO

As primeiras estratégias públicas de enfrentamento da aids foram desenhadas em São Paulo, onde surgiram os primeiros casos, no início dos anos 80, do século XX (PARKER, 2003). A partir de uma demanda de grupos de homossexuais, a secretaria estadual formalizou, em 1983, um grupo de trabalho composto de sanitaristas, infectologistas, especialistas em laboratório e na área social, sob a coordenação da Divisão de Hansenologia, que vinha trabalhando na estruturação de um serviço para atenção às DST e já estava habituada em lidar com preconceito e exclusão social. A experiência paulista se tornou referência, não apenas para programas em outros estados brasileiros, como para profissionais de outros países como Argentina, Bolívia e Uruguai (TEXEIRA, 1997, 2003).

O Programa Nacional foi estruturado em 1985 e, em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) cria o Programa Especial de Aids. Neste ano, o programa brasileiro organizou reuniões macroregionais e desenvolveu estratégias, diretrizes e ações programáticas articuladas nacionalmente. Ao lado das normatizações clínicas e epidemiológicas, são desenvolvidas comissões para discussão sobre direitos humanos, trabalhistas e previdenciários de pessoas vivendo com HIV. São redesenhadas, ainda, algumas recomendações comportamentais, sendo abandonadas propostas como a diminuição da promiscuidade, vigentes até o ano anterior (CAMARGO, 1999; GALVÃO, 2000).

Paralelamente, em 1986, é realizada a VIII Conferência de Saúde, sendo proposto o Sistema Único de Saúde, regulamentado na Lei 8.080 em 1990. A VIII Conferência representou o fortalecimento democrático, com grande participação popular, precedida por pré-conferências municipais e estaduais.

Nos anos seguintes, o Programa Nacional se amplia. Em 1987, articula-se com o Ministério da Educação e, em 1988, com a Ordem dos Advogados, Ministérios do Trabalho e da Justiça, Universidades e ONG's. Entretanto, a aids continua sendo, de fato, uma questão do setor saúde, não sendo incorporada por nenhum outro setor. Nem a educação, apesar do clamor social, conseguiu inserir,



sistematicamente, um programa de prevenção de DST e aids no currículo escolar (CAMARGO, 1999).

Para alguns autores, como Teixeira (1997) e Marques (2003), uma vez consolidado, o Programa Nacional - a partir de cooperação técnica e financeira de organismos internacionais - assume uma postura centralizadora, na qual os programas estaduais passam de interlocutores, para executores de propostas elaboradas e coordenadas nacionalmente. Há a perda da autonomia dos estados e a adaptação de diretrizes às demandas e especificidades econômicas, sócio-culturais e epidemiológicas de cada região.

No período de 1990 a 1991, o Programa Nacional lança a campanha: “Se você não se cuidar, a aids vai te pegar” (PARKER, 1994). Naquela época, enquanto o Estado afirmava que seu interesse estava dirigido às pessoas ainda não infectadas - delegando à morte civil as pessoas com infecção do HIV - Betinho<sup>1</sup> sustentava, nos movimentos sociais, a campanha pela solidariedade, como a principal estratégia de enfrentamento da aids, articulando prevenção e inclusão social dos sujeitos infectados pelo HIV (GALVÃO, 2000, PARKER, 2003).

Em 1993, com mudanças ministeriais, o Programa Nacional firma novas articulações com estados, ONG’s e instituições internacionais. Começam as negociações com o Banco Mundial que firma um projeto que, financeiramente, estrutura o programa até os dias atuais. Texeira (1997) salienta que, comparado com outros projetos de financiamento do Banco Mundial, o Projeto Aids foi negociado em tempo recorde.

O Programa Nacional de Combate à Aids investe em pesquisas. Fazendo metáfora da morte, o HIV foi concebido como uma problemática estritamente médica. O campo das pesquisas biológicas se torna prioritário para os investimentos. As primeiras articulações do programa nacional com atores das universidades, por exemplo, surgiram nas áreas clínica e biomédica (MATTOS, 1999).

Entretanto, as pesquisas sobre vacinas caminham lentamente, em relação às progressivas mutações do vírus. A valorizada cura biológica não foi encontrada e, no enfrentamento da aids, começou a ser reconhecido o campo das práticas sociais, como um profícuo espaço para o controle da pandemia.

---

<sup>1</sup> Betinho foi um militante em defesa dos direitos das pessoas com infecção pelo HIV, de grande expressão social no Brasil.



A prevenção dos sujeitos, a partir da normatização de suas condutas, foi uma estratégia de enfrentamento, por muito tempo, adotada. Eram produzidas campanhas que propunham uma série de comportamentos a serem desenvolvidos, como usar camisinha e diminuir o número de parceiros sexuais (CAMARGO, 1999; NILO, 2005). Cartazes, *folders* e campanhas estipularam padrões de comportamentos que representavam risco em relação ao HIV, sem trabalhar temas estruturadores, como identidade sexual, por exemplo.

No campo da sexualidade, no qual a problemática da aids se insere, é possível evidenciar a pouca efetividade das estratégias normatizadoras. Isto possibilitou novas articulações teórico-interpretativas, inserindo nas discussões, profissionais do campo da psicologia, antropologia, entre outros (TEXEIRA, 1997).

Novos saberes implicaram em novas demandas e a aids passou a requerer estratégias de prevenção que trabalhassem temas como sexualidade, relações de gênero, práticas sexuais, religiosidades, entre outros aspectos sócio-culturais e intersubjetivos (ARILHA, 2001; CAMARGO, 1999; BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST e aids, 2003). Estas novas demandas da aids estão extremamente relacionadas com os conceitos de cuidado e promoção à saúde que servem de suporte para a efetivação do SUS.

Assim encontra-se o complexo campo da aids, que articula efeitos de medicamentos no organismo, monitoramento molecular do vírus, administração clínica de medicamentos e minimização de seus efeitos colaterais. Articula, ainda, a garantia de direitos sociais e humanos, combate à exclusão social, reinserção social das pessoas com infecção pelo HIV, identidades sociais, posturas autônomas de cuidado com o corpo, negociações com o/a parceiro/a, reconstruções de modelos idealizados socialmente, entre outros (BARBOSA, 2000; CAMARGO, 1999; GALVÃO, 2000; MARQUES, 2003; PARKER, 1997)

Entretanto, analisar a política de aids nacional não garante compreender como ela se concretiza em cada região brasileira. Em cada município, os atores sociais são distintos e travam disputas ideológicas e políticas diferentes. Por este motivo, é sempre relevante poder realizar uma análise da política nas diversas localidades do país, que têm experiências próprias, o que dá relevância para a proposta do presente estudo.



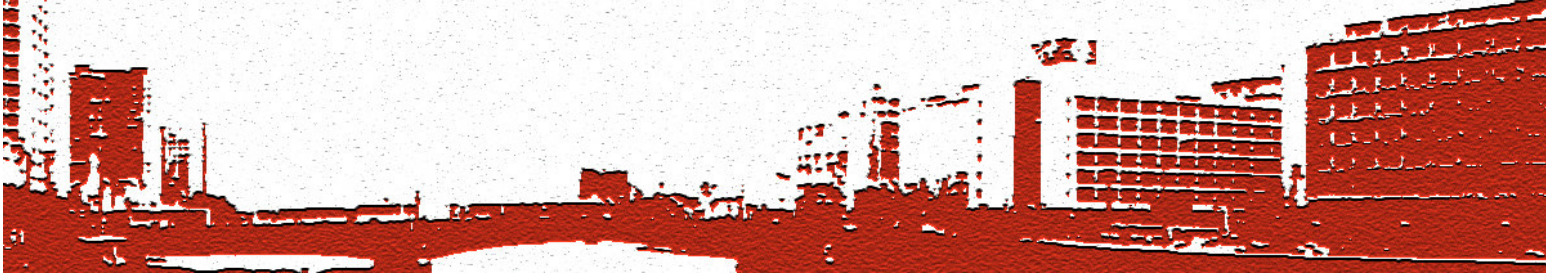
Entretanto, para poder circunscrever adequadamente o estudo, que é fruto de um modelo teórico inédito, faz-se relevante delimitar sua perspectiva metodológica, seus métodos e técnicas, à luz dos objetivos propostos. Assim, será possível estabelecer a coerência entre o suporte teórico, a pesquisa de campo, os resultados encontrados e a interpretação daí decorrente.





***CAPÍTULO 3.***  
***Definição dos Objetivos e Métodos do***  
***Estudo***





### 3.1 OS OBJETIVOS QUE CONFORMAM O ESTUDO

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a política pública de prevenção da aids da Secretaria de Saúde do Recife, no período de 2001 a 2004. O interesse é evidenciar quais elementos objetivos e/ou subjetivos dificultam a construção e implantação de uma política de prevenção que de fato permita a construção de sujeitos capazes de produzir estratégias de proteção à infecção pelo HIV.

Como discutido no capítulo anterior, muito tem sido construído por teóricos e demais atores sociais comprometidos com o enfrentamento da aids sobre o tema da prevenção. Considerando os atores já citados, é necessária a construção de novos discursos sobre a aids e sexualidade, para a promoção da autonomia do sujeito em relação à experiência afetivo-sexual. Assim, é possível investir no cuidado do sujeito consigo e com o outro, que permita a construção de práticas sexuais mais prazerosas e seguras.

Busca-se, então, compreender quais os impasses para a construção de uma política de prevenção que desenvolva esta perspectiva de promoção de saúde sexual dos sujeitos. Significa tentar compreender como e porque propostas de intervenção no âmbito da relação profissional-usuário não conseguem ser instituídas, enquanto uma política municipal de prevenção.

Optou-se por seguir uma releitura da proposta teórica de Araújo (2000), articulando com algumas contribuições de Viana (1996). Na medida em que Araújo (2000) sugere as quatro categorias de análise das políticas públicas, o presente trabalho tem como objetivos específicos:

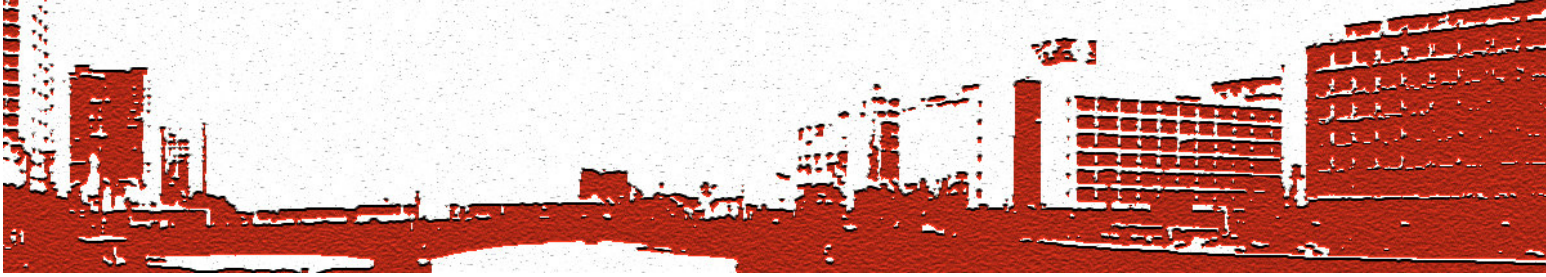
- I. Descrever o contexto, no qual a política municipal de prevenção da aids está inserida.
- II. Identificar os principais atores envolvidos nesta política.
- III. Analisar o conteúdo da política em tela, considerando:
  - a) os saberes atrelados às ações programáticas de prevenção da aids;





- b) como tais conteúdos favorecem o desenvolvimento de posturas preventivas por parte dos sujeitos.
- IV. Analisar o processo de construção da política, identificação suas implicações para a efetivação da mesma.
- V. Oferecer interpretações que contribuam para o aperfeiçoamento da política em questão.





### 3.2 A PROPOSTA METODOLÓGICA QUE SUSTENTA O ESTUDO

A metáfora da pintura nos inspira a idéia de uma projeção em que a realidade é captada com cores e matrizes particulares, onde os objetos e as pessoas são reinterpretados e criados num processo de produção artística. Ninguém diz que uma pintura é o retrato da realidade. É uma dentre muitas possíveis imagens onde o autor introduz métodos e técnicas, mas onde predomina sua visão sobre o real e sobre o impacto que lhe causa (MINAYO, 2000, p.35).

A escolha por uma determinada forma de trabalho metodológico deve estar orientada pelas especificidades do objeto estudado. Em defesa de uma abordagem qualitativa na presente tese, deve ser considerado que seu objeto de estudo está subscrito no campo das ciências sociais. Esta delimitação, a partir das contribuições de Minayo (2000), permite salientar algumas características deste campo de conhecimento que validam a abordagem qualitativa:

1. Trata de fenômenos históricos e mutáveis, dentro do âmbito das relações sociais;
2. Apresenta uma relação dialética entre a identidade do pesquisador e do objeto de pesquisa, na medida em que o sujeito que pratica o estudo, muitas vezes está inserido nas relações sociais que investiga;

Assumindo tal perspectiva, deve ser considerado que foi eleita para o estudo uma política de saúde com a qual a autora do presente trabalho tem grande aproximação. Com isso, os entrevistados tinham uma relação prévia com a pesquisadora que, por sua vez, se via bastante implicada no objeto de seu estudo. Não recuar frente a este fato, assumir que entre pesquisador e objeto de estudo não há o distanciamento desejado pelo modelo positivista de ciência, foi uma grande aposta. Foi levada às últimas conseqüências a crença em que o pesquisador constrói seus objetos de estudo também a partir de seus próprios interesses e desejos.

3. Trata de uma ciência que se encontra vinculada às visões de mundo, valores e representações construídas socialmente, no qual seu processo de



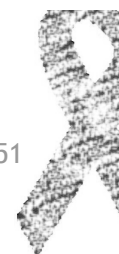
conhecimento está implicado nos valores do pesquisador e dos atores sociais, desde a delimitação do objeto a ser estudado;

4. Está preocupado com uma realidade que só pode ser apreendida por aproximação, não podendo ser dividida, separada ou sobreposta a qualquer teoria ou idéia.
5. Enfim, trabalha, fundamentalmente, com um objeto complexo, contraditório e inacabado e que, por isso, necessita de uma leitura qualitativa.

Inserida no campo dos fenômenos sociais, a tese em tela, propõe uma abordagem analítica, considerando aspectos de ordem social, política, econômica e cultural, que circunscrevem tanto as noções de prevenção à saúde, quanto às de direitos sexuais e reprodutivos. Este objeto de estudo tem como principal característica estar imerso a um universo de significações, em que os motivos, as aspirações, atitudes, crenças, valores e principalmente os diversos jogos de poder - nas micro e macro relações sociais - são seus principais organizadores.

Considerando o exposto, o presente trabalho assume uma perspectiva hermenêutica-dialética, a partir da qual é feita uma leitura interpretativa (hermenêutica = arte da interpretação) de um determinado objeto social (as políticas públicas de prevenção da aids), que é multifacetado. Ainda na dimensão dialética desta perspectiva, são considerados: a transformação da quantidade em qualidade; a interpretação dos contrários e a negação da negação (TRIVIÑOS, 1987).

Ao considerar as especificidades que caracterizam o objeto da referida tese, é importante a delimitação do aporte teórico que sustenta a presente leitura interpretativa; da área em que o estudo se conforma; assim como dos métodos e das técnicas escolhidas para a realização da coleta e da análise dos dados. Estes estão respaldados pela concepção metodológica, ora trabalhada, adequando-se às necessidades do objeto estudado e fornecendo a leitura interpretativa desejada.



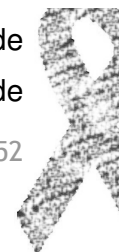
### 3.2.1 QUANTO AO APORTE TEÓRICO DO ESTUDO

Araújo (2000) e Viana (1996) propuseram suas articulações teóricas como diferentes formas de estudo das políticas públicas. Considera-se que articuladas, ambas as construções podem contribuir para o alcance dos objetivos ora propostos, possibilitando o enfoque dos aspectos subjetivos que interferem nas políticas públicas. Para tanto, foi organizado um novo esquema teórico que permitisse a análise do presente estudo. Tem-se, assim, uma adaptação inédita destes referenciais, que foi testada, oferecendo mais uma forma de analisar as políticas públicas. Esquemáticamente, a presente proposta pode ser visualizada no esquema a seguir.



**Esquema I: Apresentação esquemática da articulação proposta no presente estudo, a partir das contribuições teóricas de Araújo (2000) e Viana (1996).**

Neste novo esquema teórico, são consideradas as quatro categorias de análise propostas por Araújo (2000), adaptando seus conceitos às necessidades de



análise do objeto do presente estudo. Articulando com estas categorias são considerados os quatro momentos da política, propostos por Viana (1996). Assim, para a análise dos processos de tomada de decisão, formulação e implantação da política, dos atores envolvidos, o contexto que o orienta e os conteúdos que o estrutura – categorias de Araújo (2000), são considerados os momentos de construção da agenda, formulação, implantação e avaliação da política – categorias de Viana (1996).

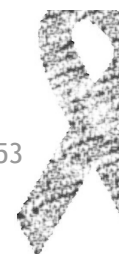
Deve ser delimitado, ainda, que no presente estudo, foram trabalhadas mais expressivamente as categorias processo e conteúdo, visto que, as mesmas, ofereceram maiores subsídios sobre o tema em questão.

Quanto ao contexto, foram explorados alguns dos cenários políticos, culturais e sociais que parecem relevantes para a política.

O trabalho com a categoria atores merece destaque. Considerando os objetivos do presente trabalho e o volume de dados coletados, optou-se por fazer um recorte interpretativo das categorias de análise. Assim, face aos atores, buscou-se apenas identificar as principais pessoas e/ou grupos sociais estratégicos para política, apontando seu posicionamento e seu grau do poder em relação à mesma. A relação de poder estabelecida entre os diversos atores na construção e implementação da política, foi abordada ao longo da categoria de análise processo.

Quanto aos conteúdos, foram identificadas as principais ações programáticas desenvolvidas pela política, evidenciando quais representações guiam as proposições governamentais. Foi analisado como os atores compreendem o fenômeno da aids - e sua prevenção – identificando, em que medida, estas representações são compartilhadas e organizam as práticas na rede de atenção à saúde do SUS.

Por fim, buscou-se compreender o processo da política, identificando mecanismos e estratégias de tomada de decisão, formulação, implantação e avaliação da política, identificando seu grau de democratização e construção coletiva, assim como sua relevância para a efetivação e institucionalização da política na rede de saúde.



### 3.2.2 QUANTO À ÁREA DO ESTUDO

O presente estudo circunscreve sua análise nas ações de prevenção da aids da Secretaria de Saúde do Recife, na gestão que corresponde ao período de 2001 a 2004.

Tal escolha se dá, na medida em que esta gestão propunha ser democrática, comprometendo-se, no âmbito da saúde pública, com o resgate e a efetivação dos pressupostos do SUS, ratificando o interesse em trabalhar junto aos grupos minoritários. Esta gestão propunha modelos mais democráticos de governabilidade, priorizando a construção de sujeitos políticos (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, 2002). Ela propunha, ainda, subsídios para a construção de uma política pública menos normatizadora, capaz de favorecer a legitimação das diferenças e, conseqüentemente, a construção de sujeitos responsáveis por suas experiências sexuais (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, 2001, 2002, 2003b).

### 3.2.3 QUANTO AOS RECURSOS METODOLÓGICOS

A partir da complexidade do objeto selecionado, foi realizada uma triangulação metodológica (NEVES, 1996, DESLANDES; ASSIS, 2002), a partir da utilização de mais de uma técnica de coleta de dados. Isto permitiu a obtenção de uma série de informações, tanto no campo do discurso oficial da gestão que implementa a política, quanto dos valores, crenças e representações dos atores envolvidos, que, muitas vezes, não são explicitamente divulgados. Assim, foram utilizadas as técnicas de análise documental e entrevista semi-dirigidas.



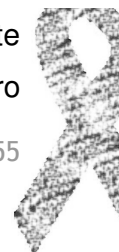
### 3.2.3.1 Análise documental

Este recurso metodológico se adequou aos objetivos propostos, uma vez que os documentos são importantes fontes de registros, não apenas de acontecimentos, mas, também, de valores e representações de um grupo social em determinada época, exprimindo diversas formas de relações sociais, inclusive os jogos de poder (RICHARDSON, 1989).

Existem diversos tipos de documentos que retratam diferentes relatos, em níveis de aprofundamento e estruturas de linguagens. Por isso, foi necessário definir os documentos utilizados de acordo com o objeto a ser estudado, sendo, inclusive, observado o adequado manuseio do documento, buscando compreender qual o interesse do narrador ao produzi-lo.

Para o estudo em tela, foram considerados como materiais documentais válidos:

1. Os documentos de gestão: as resoluções das V e VI Conferências Municipais de Saúde; a Plano Municipal de Atenção à aids (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, 2001); os Relatórios de Gestão de 2001, 2002, 2003 e 2004 (RECIFE, [2004b]); as planilhas construídas pela Diretoria de Planejamento da Secretaria de Saúde, a partir do Plano Plurianual (PPA) (RECIFE, [2003]; [2004a]); o Consolidado de ações propostas para 2001/2002 (RECIFE, [2002]); o Programação Orçamentária Anual (POA) 2003 (RECIFE. Coordenação de DST/Aids, [2002]); o Plano de Ações e Metas (PAM) 2004 (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, [2003]); Boletins Epidemiológicos (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, 2003a) e projetos específicos da coordenação municipal financiados pelo Programa Nacional;
2. Os materiais educativos produzidos, como peças publicitárias; blusas; panfletos; *folders*; cartilhas; porta-camisinhas; cartazes; e *jingles*;
3. Foi, ainda, considerado como documento válido para o presente estudo, o Relatório Final da Pesquisa sobre as Relações de Gênero





no Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolvida pela Coordenadoria da Mulher, Secretaria de Saúde, SOS-Corpo, USP e FAGES (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004]).

Estes documentos foram solicitados, prioritariamente, aos próprios gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, mais especificamente, aos profissionais que trabalham na Coordenação Municipal de Aids, na Diretoria de Planejamento da Secretaria e, especificamente, em relação à pesquisa sobre gênero no PSF, à Coordenadora da Mulher da Prefeitura do Recife. Isto, porque esses atores têm maior acesso aos materiais, sendo importante, inclusive, perceber o grau de organização e disponibilização (socialização) destas informações.

Durante a coleta dos documentos, houve bastante dificuldade para a obtenção dos mesmos. A secretaria de saúde não dispõe de nenhum tipo de arquivo oficial de documentos, produtos e peças publicitárias ou materiais informativos. Alguns atores-chaves, como os técnicos da coordenação de aids dispunham de poucos materiais informativos e registros de campanhas publicitárias. Os documentos coletados foram identificados porque estavam disponíveis na rede ou foram apresentados pelos entrevistados, não sendo possível afirmar se o conjunto de material coletado refere-se à produção total da gestão no período estudado.

A coordenação de aids produziu dois projetos específicos para financiamento do Ministério da Saúde: Projeto Lua Cheia de Saúde (RECIFE. Coordenação de DST e aids, 2002) e Projeto Respeitando as Diferenças (RECIFE. Coordenação de DST e aids, 2003a). Do primeiro projeto, foi disponibilizado um documento que o discutia teoricamente. Entretanto, do segundo, foi disponibilizada uma cópia do formulário enviado para o Ministério da Saúde, que descrevia suas principais ações e objetivos, mas não detalhava os seus pressupostos teóricos.

As planilhas construídas a partir do PPA (RECIFE, [2003]; [2004a]), o consolidado das ações previstas para 2001 e 2002 (RECIFE, [2002]), o PAM 2004 (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, [2003]) e o POA 2003 (RECIFE. Coordenação de DST/Aids, [2002]) foram disponibilizados em disquete, não havendo uma cópia oficial da última versão realizada, não sendo possível garantir se as versões disponibilizadas são, de fato, as utilizadas oficialmente.

Os materiais publicitários e peças de campanha, como shows; outdoors e outbus; camisetas; porta-camisinhas; e *jingles*, foram fotografados, xerocados e



transcritos (ANEXO B). Dos informativos, foram disponibilizados exemplares dos existentes na rede.

Para a análise dos dados, todo o material documental foi reconhecido como conjuntos de significados socialmente construídos, que têm por objetivo produzir discursos que dêem sentido à realidade, reformulando-a. Não somente os textos escritos, como as imagens e os demais signos utilizados nos materiais publicitários, fazem parte de cadeias lingüísticas que têm intencionalidade de construção da realidade (SPINK, 1999), e, assim, foram tratados analiticamente.

Para a interpretação dos conteúdos textuais (escritos ou verbais - no caso do *jingle*), foi realizada a categorização temática, a partir das orientações de Bardin (1994) para a análise de conteúdo, que a compreende como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, a descrição do conteúdo das mensagens.

### **3.2.3.2 Entrevistas**

As entrevistas foram de grande contribuição, na medida em que além de serem uma técnica marcadamente qualitativa, permitiram esmiuçar questões junto a informantes chaves do objeto estudado.

Segundo Minayo (2000), as entrevistas podem fornecer duas modalidades de informações: uma referente a dados “objetivos”, que poderiam também ser adquiridos em outras fontes, como bancos de dados: documentos ou sistemas de informações – o que permite fazer um contraponto com os dados coletados via análise documental - e outra, referente a dados sócio-culturais, tais como opiniões, atitudes, crenças e valores dos entrevistados. Estas informações não são antagônicas e puderam ser obtidas nas entrevistas com os atores entrevistados, sendo ambas de mesma relevância para o presente estudo.

Ao ter sido aplicada a gestores do Município do Recife, a entrevista funcionou como uma fonte de dados que permitiu retirar dúvidas sobre o material documental coletado, aprofundando a compreensão das concepções dos atores entrevistados e fornecendo subsídios teóricos para a avaliação/interpretação do objeto estudado.



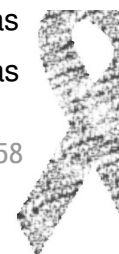
Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (MINAYO, 2000), com as quais foi possível ir a campo com roteiros de perguntas e questionamentos chaves, relacionados, diretamente, com o problema de pesquisa. Estes, apenas, nortearam a intervenção, deixando os entrevistados, relativamente, “livres” para discorrerem sobre o assunto. Os roteiros das entrevistas (APÊNDICE A) foram compostos por questões abertas, para em vez de determinar, apenas nortear a entrevista, sem cercear a fala dos sujeitos. Seguindo Triviños (1987) as questões chaves que orientaram a entrevista semi-estruturada foram formuladas a partir da teoria que orienta o estudo - teoria da análise de políticas públicas - somada a informações prévias existentes sobre o objeto estudado - prevenção da aids.

Evidentemente, o desenrolar das entrevistas só foi possível porque os entrevistados se dispuseram a realizá-la. Toda entrevista caracteriza-se por ser uma relação de interação entre o entrevistador e o entrevistado, permeada por jogos de poder, onde por mais sensibilizado que seja o primeiro, este está numa posição impositiva e questionadora, mas que também está em dependência do interesse e disponibilidade do seu interlocutor (MINAYO, 2000).

Para minimizar a interferência do gravador, e garantir um maior *rapport* entre pesquisador e entrevistado (TRIVIÑOS, 1987), antes do início da entrevista propriamente dita, foi desenvolvida uma conversa inicial para “quebrar o gelo”, proporcionando maior conhecimento entre a pesquisadora e seus informantes-chaves. No final da entrevista, foi aberto o espaço para qualquer questionamento do entrevistado sobre a pesquisa e o tema por ela abordado.

As entrevistas tiveram durações variadas. A maior entrevista teve duração de oito horas – transcorrida em pequenos encontros de uma a duas horas, cada. Outra entrevista foi realizada em dois encontros – somando o total de três horas. As demais tiveram duração média de uma hora e meia e ocorreram em encontros únicos.

No Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o primeiro informante chave convidado a participar da pesquisa solicitou que outra pessoa no serviço fosse também entrevistada, para evitar futura identificação dos informantes e garantir maior legitimidade às informações coletadas. A partir da perspectiva qualitativa adotada, o presente trabalho considera que a consistência das informações não necessariamente é obtida pela quantidade de entrevistas



realizadas, mas pela qualidade das informações coletadas. Entretanto, foi preferível realizar as duas entrevistas no CTA, para dar maior segurança ao ator entrevistado, que se sentiu mais à vontade, não sendo o único informante-chave do serviço.

Como informantes chaves entrevistados, foram considerados os seguintes atores:

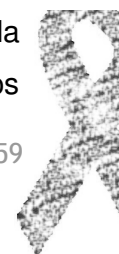
1. O Coordenador da Política Municipal de Aids;
2. Uma funcionária técnica que trabalhou na Coordenação da Política Municipal de Aids, no período estudado;
3. A antiga coordenadora da Política Municipal de Aids, que atualmente ainda se encontra na Secretaria de Saúde, na coordenação de outro programa de saúde. A relevância de sua participação na pesquisa se deve à necessidade de se ter acesso ao processo histórico de construção da política, contextualizando-a.
4. Dois profissionais do CTA – Serviço de referência na prevenção da aids;
5. Um membro de ONG que trabalha com prevenção da aids e reconhecido por sua atuação no controle social;
6. Um membro do Conselho Municipal de Saúde, que também é membro de uma ONG Aids;
7. Uma gerente de Distrito Sanitário do município.

Para a sistematização das entrevistas, estas foram transcritas literalmente.

A partir da sistematização de todo o material, foi realizada a análise dos mesmos, tendo como pressuposto a perspectiva de Minayo (2000) de Interpretação do material coletado. Sua proposição surge como tentativa de superação das limitações das técnicas de análise de conteúdo e de discurso, pois pressupõe a contextualidade e pragmaticidade da linguagem.

Os refinamentos técnicos, tanto da análise de conteúdo, como da análise do discurso, se apóiam na crença de que a 'verdade' dos significados se situa nos meandros profundos da significação dos textos. Ora, a absolutividade desta crença deixa em segundo plano os aspectos extradiscursivos que constituem o espaço sócio-político-econômico e cultural onde o discurso circula (Minayo, 2000, p. 230).

É evidenciado, aqui, o suporte da perspectiva hermenêutica-dialética que fundamenta este estudo. Por outro lado, a maneira desta autora compreender as produções da linguagem (os sentidos da fala), também, parece se aproximar da perspectiva das práticas discursivas, as quais são referenciadas por diversos



autores utilizados no corpo teórico do presente trabalho, tais como Rorty (1992) e Spink (1999).

as categorias semânticas, embora freqüentemente consensuais, têm limites de pertencimento fluidos, permitindo múltiplas e contrastantes possibilidades de uso [...]. As categorias de linguagem são adaptáveis à situações em que ocorre a conversa, aos requisitos necessários para as descrições e às diferenças de perspectivas. Há, portanto, um aspecto pragmático do uso de categorias que extrapola o âmbito puramente semântico (SPINK, 1999, p.81).

Como relatos discursivos, os conteúdos das entrevistas possibilitam o desvelamento dos contextos simbólicos de um determinado grupo social, historicamente datado. Estes conteúdos foram analisados, a partir do conjunto de produções sociais do referido grupo, dando sentido a sua experiência.

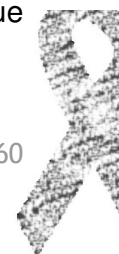
O objetivo da análise foi buscar os “sentidos da fala”, a partir de sua intencionalidade, considerando seu conteúdo, seus atores e seu contexto de produção (MINAYO, 2000).

Como uma forma sistemática de análise do material coletado, realizou-se uma adaptação da técnica de condensação de significados de Kvale (1996), que originalmente a cria para a análise de conteúdo de entrevistas, mas que foi aqui utilizada enquanto uma estratégia esquematizada de organizar e apresentar os conjuntos de sentidos expressos.

Kvale (1996) propõe que o pesquisador realize um resumo dos significados dos discursos, retirando do corpo do texto unidades naturais do mesmo (frases curtas ou expressões que contenham as ideias centrais de forma condensada), sendo leal às expressões utilizadas por cada sujeito ou material transcrito. Esta técnica permite uma fácil identificação e visualização de citações que foram utilizadas como exemplificações da leitura interpretativa (ARAÚJO, 2000).

A seleção das unidades naturais tiveram como suporte os objetivos de pesquisa que orientaram o estudo e que serviram de base para a construção do roteiro de entrevista e para a coleta dos documentos.

A partir da proposta de Kvale (1996) cada entrevista foi analisada tendo por base cada um dos objetivos da pesquisa em separado. Funcionou como perguntas para cada um dos materiais, a partir de cada um dos objetivos da pesquisa, buscando identificar em cada um deles, os elementos (unidades naturais) que expressam a resposta referente a cada um dos objetivos.



Em seguida, foram condensados os significados contidos em cada uma dessas unidades naturais selecionadas, categorizando-as em temas centrais. Aqui consiste a análise propriamente dita, e é neste ponto onde a adaptação desta técnica à perspectiva adotada no presente estudo deve estar bem clara.

Enquanto Kvale parte de uma perspectiva fenomenológica, considerando que o pesquisador pode ter acesso ao significado original das unidades naturais; no presente estudo, partiu-se da perspectiva hermenêutica-dialética, que considera que o pesquisador, a partir das unidades naturais, pode propor um sentido para as mesmas, sentido este que é fruto de uma prática interpretativa/argumentativa.

Uma vez construída as análises de cada unidade natural, categorizadas em temas centrais, o conjunto dos temas centrais foi sistematizado e interpretado. Buscou-se compreender no corpo do material coletado, o que cada sujeito expressou frente a cada um dos objetivos da pesquisa, o que permitiu a construção do quadro abaixo:

<b>Identificação da entrevista</b>	
<b>Identificação do objetivo</b>	
<b>Unidades Naturais</b>	<b>Temas Centrais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trechos do material que se referem ao objetivo da pesquisa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Categorização do pesquisador de cada trecho selecionado.</li> </ul>
<b>Descrições essenciais para responder a pergunta de pesquisa</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistematização e Interpretação realizada pelo pesquisador acerca do objetivo tratado no material analisado.</li> </ul>	

**Quadro I: Modelo para condensação de significados de Kvale (1996) adaptado para a proposta do presente trabalho.**

Por fim, foi sistematizado o conjunto de todo material coletado, a partir de cada objetivo de pesquisa, orientando assim a análise ao foco de estudo desenhado. Esta orientação, entretanto, não impossibilitou a identificação de novos elementos que se fizeram emergentes no material, servindo como norteadores e organizadores, mas não como tampões ou limites.



### 3.2.4 Questões éticas do estudo

Para atender às normas éticas da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde, sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos, o presente estudo tomou as seguintes providências:

1. Foi esclarecido para os sujeitos entrevistados sobre o tema do trabalho; o tempo médio necessário para a realização da entrevista e a utilização feita dos dados fornecidos, solicitando a utilização do gravador, garantindo o anonimato e oferecendo o retorno do trabalho finalizado.

2. Foi solicitado que todos os entrevistados assinassem um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), a partir do qual declarou estar ciente do trabalho e de acordo em participar do mesmo.

3. Para se ter acesso aos profissionais e documentos da Secretaria de Saúde do Recife, foi recebida da mesma, uma carta de anuência, autorizando a realização da pesquisa e disponibilizando o material necessário. (ANEXO A).

4. O presente trabalho foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ.







***CAPÍTULO 4.***  
***Resultados e Discussão***



Nos próximos tópicos deste capítulo será apresentada a análise da política municipal de prevenção da aids do Recife. Deve ser destacado que, a partir da perspectiva teórico-metodológica assumida, é apresentada uma leitura - um juízo de valor - que se respalda em determinados conceitos teóricos e escolhas epistemológicas. Estas escolhas orientam os recortes e as interpretações realizadas, mas não lhes conferem o estatuto de verdade, pois são alguns dos infinitos olhares possíveis sobre a realidade.

Com esta análise, há o objetivo último de assessorar os gestores e demais atores interessados no enfrentamento da aids, na construção de políticas públicas mais efetivas, e contribuir com o campo teórico da gestão e da análise de políticas públicas. A análise de política deve implicar na produção de novas práticas de saúde e priorizar, fundamentalmente, a construção de saberes compartilhados entre profissionais de saúde e usuários.

O propósito do estudo está ligado à perspectiva da promoção da saúde, um dos pilares da reforma sanitária (BUSS, 2003), que tem como seu principal instrumento a construção do Sistema Único de Saúde.

Propor prevenção - na perspectiva de autores, como Paiva (1999) e Ayres (1999), a partir da construção de espaços de diálogos e da autonomia dos sujeitos – está, intimamente, articulado com os princípios da reforma sanitária, com enfoque na cidadania e garantia dos direitos sociais.

Não é possível, então, pensar em prevenção fora das relações cotidianas que são estabelecidas nas práticas de saúde do SUS. Neste sentido, o presente trabalho questiona como a política de prevenção da aids propõe institucionalizar, na rede de saúde, novas práticas de intervenção, rompendo com o tradicional controle dos corpos e das práticas sexuais (FOUCAULT, 2003), promovendo o reconhecimento de sujeitos especialistas em suas próprias histórias de vida (PAIVA, 2001).

Para a apresentação dos recortes interpretativos ora propostos, a análise será apresentada em quatro tópicos, contemplando as categorias de análise de políticas: contexto, atores, conteúdo e processo (ARAÚJO, 2000).

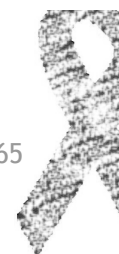
É imprescindível compreender que a divisão destas categorias de análise tem efeito apenas de organização da apresentação. Elas se articulam e se justapõem,

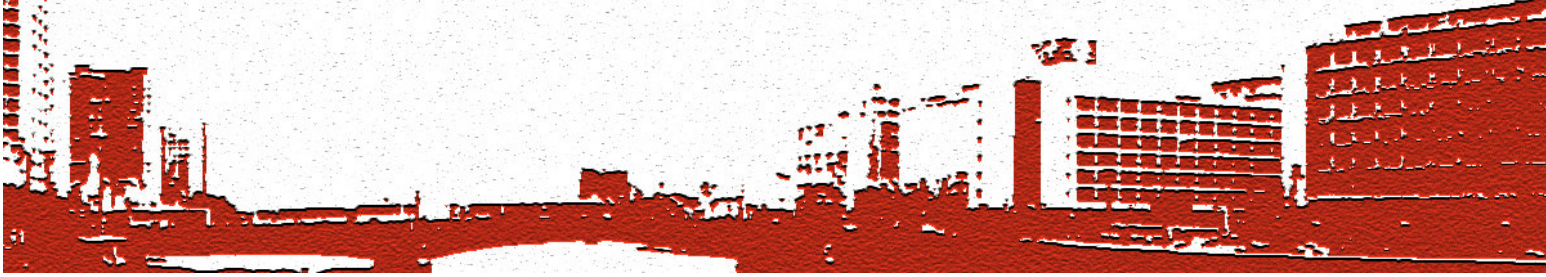


dando sentido e suporte umas as outras. Ao compreender em que lugar político se coloca determinado ator, deve ser considerado que ele o faz a partir de um contexto social, apoiando-se em conteúdos específicos e em processos relacionais próprios.

É possível apresentar estas quatro categorias de análise em qualquer ordem. Esta opção de apresentação é apenas uma forma esquemática, dentre tantas outras possíveis. Não há nenhuma pretensão de obscurecer ou evitar os entrelaçamentos - as idas e vindas - que a discussão destas categorias impõe.

Por fim, é relevante evidenciar que, dentre os dados que serão apresentados neste capítulo, chama a atenção como principal resultado desta tese, o que se propõe chamar de “política paralela à rede de serviços do SUS”. Compreende-se por este “paralelismo” que a política de prevenção proposta pelo município não tem conseguido institucionalizar na rede de atenção à saúde, práticas que promovam a autonomia dos sujeitos. Apesar de apresentar, no bojo dos seus conteúdos, iniciativas inovadoras e diferenciadas, que propõem, por exemplo, a erotização do preservativo e a legitimação das diferenças sexuais, a política, em tela, parece guardar uma expressiva dificuldade em tornar tais propostas de intervenção orientadoras das ações de saúde da rede de atenção do SUS.





## 4.1 CONTEXTO

### 4.1.1 O CONTEXTO NACIONAL

Dentro da categoria de análise contexto, seguindo Araújo e Maciel (2001), podem ser diferenciados o micro e o macro contextos. Como macro contexto da política em estudo, pode ser considerada a política nacional de prevenção da aids, podendo ser analisado nas esferas política, econômica e social.

Para a análise da **esfera econômica**, é importante considerar a expressiva atuação do Banco Mundial na definição das políticas públicas referentes à aids. Não apenas no Brasil, mas em todo o mundo, ele tem financiado diversas intervenções e imprimido suas diretrizes e prerrogativas, que são, mais ou menos, implementadas pelos diversos Estados Nações, de acordo com seus contextos sócio-políticos.

O recurso destinado a uma determinada política pode favorecer outras tantas que, a ela, estejam articuladas. No caso da aids, seu financiamento favorece outras políticas como, por exemplo, saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente e saúde do trabalhador. É um financiamento que torna a política da aids extremamente estratégica. No Recife, os financiamentos da aids foram responsáveis pela estruturação de serviços e compra de equipamentos como computadores, carros, ar condicionados, centrífugas, entre outros, que possibilitaram a estruturação de serviços estratégicos, como vigilância epidemiológica, laboratório e outros (informação verbal<sup>2</sup>; RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, [2003]).

Este fato corrobora com o que Viana (1996) e Araújo (2000) salientam sobre a relevância dos interesses econômicos na tomada de decisão, onde são determinadas as prioridades e construída a agenda de governo.

Entretanto, como afirmam Parker (1997) e Mattos e Parker (2001), o recurso do Banco Mundial, previsto para o Projeto Aids é finito. Ele foi pensado para três

---

<sup>2</sup> entrevista 6



fases: Aids I, Aids II e Aids III. Atualmente, o Brasil se encontra na finalização do Aids III. Este recurso é repassado para estados e municípios, além de financiar projetos e intervenções de centros formadores, ONG's e outros, a partir de concorrências públicas e convênios, ou mediante políticas de incentivos, como acontece com o PAM (Plano de Ações e Metas), com repasse fundo-a-fundo. A finalização do Projeto Aids implica que a continuidade das ações dependerá da disponibilização dos recursos do Tesouro Nacional, estadual e municipal, passando a concorrer com as demais políticas existentes.

A grande preocupação do Programa Nacional de DST e Aids e das principais fontes financiadores tem sido a sustentabilidade da política da aids.

Ao referir o conceito sustentabilidade é importante considerar que se trata não somente das fontes de recursos físicos, humanos e financeiros para execução de políticas e ações em saúde. Sustentar significa dar o apoio, a base, o suporte fundamental para o reordenamento desses recursos tão necessários. A sustentação das políticas públicas de saúde significa assegurá-las como prioridade, significa reconhecê-las como uma estrutura com elementos inalienáveis e, por fim, significa defendê-las dos movimentos de fragmentação e desmobilização destes elementos. A partir disso é que são geradas condições viáveis para a constituição dos seus recursos (ÁVILA, 2004).

Os entraves financeiros se colocam na discussão das propostas de intervenção, na medida em que são necessárias ações que assumam sistematicidade e continuidade, que não estejam atreladas a recursos externos ou prazos pré-estabelecidos em projetos e financiamentos (MATTOS, PARKER, 2001, JUNIOR, 2003). É necessário que os trabalhos destinados à prevenção sejam garantidos, independentemente do caminhar da epidemia, uma vez que estes, quando bem orientados, podem trazer ao debate a construção de novos valores e possibilidades de vivência da sexualidade, no exercício da cidadania.

Se um dia chegar a cura da aids que tanto esperamos, que esta experiência permaneça como inspiração para os que vão continuar enfrentando a falta de direitos sexuais e de acesso à saúde reprodutiva que, infelizmente, num país tão desigual como o nosso, teimarão no tempo (PAIVA, 2000, p. 25).

Outro enfoque importante para o estudo do macro contexto (ARAÚJO, 2000) é sua **esfera política**. Neste sentido, uma questão relevante no cenário nacional diz respeito ao processo de descentralização com comando único proposto pelo SUS (BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de dezembro de 1990, 2001; FERREIRA, BUSS, 2001).



Cabe ao gestor municipal seguir as diretrizes nacionais, adaptando-as aos contextos e necessidades locais.

A partir dos dados coletados, a política municipal do Recife parece estar orientada pelas diretrizes que norteiam a política nacional, inclusive se apropriando dos discursos da pauperização e feminilização (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

Eu acho que a gente tem um discurso muito parecido da diversidade, da questão do aconselhamento e dos seus limites, eu acho que isso bate muito. No nível de ações, eu não sei muito, mas no nível de discurso a gente percebe que bate. (informação verbal)<sup>3</sup>.

A política nacional oferece orientações técnicas e recursos financeiros para a implementação da política local. O coordenador do Recife, atualmente, compõe a representação das coordenações do nordeste, num colegiado proposto pelo Programa Nacional para discutir e traçar políticas públicas em aids. Entretanto, a partir dos dados apresentados ao longo desse estudo, poderá ser observado que as diretrizes nacionais têm relevância circunstancial, em relação à política local. Este fato corrobora o hiato que Viana (1996) evidencia entre a formulação e implantação das políticas.

Diferentemente de outras gestões locais, a coordenação municipal não se restringe à reprodução de ações propostas pela política nacional. Podem ser observadas iniciativas locais, de caráter inovador e propositivo, com priorização de grupos, como os homossexuais e profissionais do sexo.

Quando o programa nacional propõe alguma ação que contradiz o que a política municipal tem priorizado, a coordenação municipal assume um posicionamento de não investimento. Segundo o coordenador da política, isto aconteceu com a campanha de testagem “Fique Sabendo”, na qual o município não investiu, buscando, apenas, estruturar os serviços, com aquisição de insumos, para a demanda que surgiria, a partir da campanha nacional.

Na prática, a gente se organizou mais em relação a suprir, fortalecer o CTA pra atender uma demanda maior de pessoas querendo o teste, e o laboratório na aquisição maior de kits. Não fomos mais além disso. Porque teve municípios que colocaram carros, CTA volantes, estande na rua, saiu procurando gente pra testar nas empresas, teve município que agiu assim. Nós optamos, nesse momento, em

---

<sup>3</sup> entrevista 4



fortalecer o CTA e o laboratório pra demanda que veio da campanha feita na televisão. (informação verbal)<sup>4</sup>.

Como salienta Araújo (2000), a análise de política é relevante, pois permite identificar e analisar uma “não política”. Ou seja, se posicionar de forma neutra, não investir ou não dar visibilidade a determinadas questões, expressa um posicionamento político da gestão pública, que deve estar relacionado com suas prioridades e com os jogos de interesses que organizam as tomadas de decisão.

Por fim, considerando a **esfera social** do macro contexto, deve ser salientado que, por se caracterizar como uma pandemia, a aids requer esforços múltiplos e articulações de dimensões mundiais. Diversas instâncias pensam, propõem e avaliam a problemática da aids e suas estratégias de enfrentamento. Muitas delas foram criadas, especificamente, para tratar da aids, como a *Joint United Nations Programme on HIV e Aids* (UNAIDS), a Comissão Nacional de Aids (CNAIDS) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) (GALVÃO, 2002). O Brasil está inserido em grande parte desses espaços de debate sobre aids e tem sido, atualmente, uma das grandes referências em políticas públicas, principalmente, quanto a patentes de medicamentos e à proposição de ações de prevenção (GALVÃO, 2002).

Outro aspecto relevante a ser considerado dentro do contexto nacional diz respeito ao papel da igreja católica frente ao uso de preservativos e à normatização do comportamento sexual (SPINK et al., 2001). Sustentando a defesa do sexo monogâmico e heterossexual, no âmbito do casamento, a igreja católica tem um importante papel nas decisões dos casais quanto aos métodos contraceptivos (PEDRO, 2003; MOREIRA, 2004), inclusive proibindo o uso do preservativo, mesmo entre casais soro discordantes (KISSLING, 1998).

Por outro lado, deve-se considerar que no presente trabalho, não houve qualquer referência, seja nas entrevistas, seja nos documentos, à igreja católica. Com isso, pode ser considerado que este ator social não parece interferir na construção da política de prevenção em aids da Secretaria de Saúde do Recife. Este dado torna-se relevante na medida em que se conhece a importância do papel desta instituição na vivência afetivo-sexual dos sujeitos.

---

<sup>4</sup> entrevista 6



Assim, é relevante considerar que analisar a política de aids nacional não garante compreender como ela se concretiza em cada região brasileira. Em cada município, os atores sociais são distintos e travam disputas ideológicas e políticas diferentes. Por este motivo, é realizada, a seguir, a análise do contexto local da política.

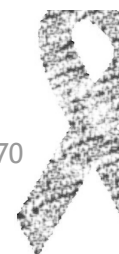
#### 4.1.2 O CONTEXTO LOCAL

O cenário local pode ser compreendido, à luz da teoria da análise de políticas, como o micro contexto. Frente a este, devem ser considerados, dentre outros aspectos: a rede de serviços existentes e a política setorial, evidenciando as particularidades que conformam a política em estudo.

Quanto à **rede de serviços** disponíveis, a Secretaria de Saúde se organiza em seis Distritos Sanitários que coordenam, até a data da coleta de dados deste trabalho, uma rede de 192 equipes de saúde da família, 26 unidades básicas de saúde, seis policlínicas, três maternidades, entre outros equipamentos.

A secretaria de saúde, como um todo, enfrenta um grave problema no abastecimento dos insumos. Com a ampliação do Programa Saúde da Família, cobrindo, em 2005, 45% da população, intensificaram-se as ações de saúde, agravando as já antigas dificuldades de setores como compras, licitação, farmácia e gerenciamento de recursos humanos.

Apesar de ter gestão plena da saúde, a secretaria de saúde do Recife se encontra em processo de pactuação com o estado, no sentido de obter a gestão dos equipamentos de alta complexidade. Não há nenhum leito para tratamento da aids sob gestão municipal, mas no campo da assistência, o município é responsável por toda e qualquer ação desenvolvida em seus serviços, inclusive nas maternidades, como testagem sorológica para o HIV e a distribuição de anti-retrovirais e medicamentos específicos para as infecções oportunistas. (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, 2001; 2002).





Especificamente para a atenção em aids, o Recife conta com um Serviço de Assistência Especializada em DST e Aids (SAE) e um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST e Aids (CTA) (RECIFE, 2005).

O CTA conta com uma equipe de nível médio, considerada adequada pelos sujeitos entrevistados, entretanto, a equipe de nível superior, que realiza os aconselhamentos e trabalhos de prevenção, está, desde antes desta gestão, extremamente reduzida.

temos três psicólogos e duas assistentes sociais, uma equipe de cinco, onde uma é a gerente. Então, na verdade, são quatro pessoas num expediente do dia todo, onde funcionário da Prefeitura só trabalha quatro horas. Onde a gente tem férias e licença prêmio quase todo mês, todo ano. A gente, inclusive, tem reduzido algumas atividades, no decorrer da nossa história. (informação verbal)<sup>5</sup>.

A carência de profissionais se deve, segundo a servidora técnica do serviço, à própria dificuldade dos profissionais de saúde se disponibilizarem a trabalhar com a temática da aids, o que implica numa abertura para lidar com temas como sexualidade, violência e morte, além de atender populações socialmente marginalizadas (ARILHA, 2001).

O que a gente percebe de dificuldade de vir técnico pra cá é a dificuldade realmente de trabalhar com HIV. O pessoal não quer trabalhar com esse tipo de usuário (informação verbal)<sup>6</sup>.

Esta situação faz com que muitas atividades não possam ter continuidade, como é o caso das atividades de grupo, nas quais é possível criar espaços de diálogo e discussões de temas como sexualidade e gênero. Estas atividades tomam mais tempo do profissional, levando-o a optar pela realização da tradicional palestra para atender a demanda do aconselhamento pós-teste que necessita ser individual, principalmente, nos resultados positivos. Até mesmo o aconselhamento pré-teste está comprometido por falta de pessoal na equipe e pelo acúmulo de atividades.

a gente não conseguia parar o atendimento, a entrega, que tem que ser individual e aí a gente ficou bem mais flexível do que a gente era e dizia: Oh, tu se incomoda de hoje só coletar e depois a gente conversar melhor? E aí ter que abrir também. Porque na verdade eles querem é coletar. Eles não querem nem conversar, nem nada. Ele quer coletar e ir embora. (informação verbal)<sup>7</sup>.

Segundo os dados coletados, a rede básica de saúde possui pouca

---

<sup>5</sup> entrevista 4

<sup>6</sup> entrevista 3

<sup>7</sup> entrevista 4



capacitação técnica, escassez de recursos humanos, como há também - fortemente introjetado - o modelo tradicional de atenção à saúde, no qual não são privilegiadas ações de empoderamento dos sujeitos, restringindo-se a ações, basicamente, curativas (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004]).

Os profissionais de saúde, principalmente os médicos, não têm grande comprometimento com o serviço, permanecem um tempo mínimo no mesmo e não se interessam em participar de capacitações e treinamentos.

não tem responsabilidade mesmo, não tem compromisso com o que faz. Muito mais pesado, pra mim, é a questão do trabalhador não ter o compromisso, não ter a responsabilidade assumida. (informação verbal)<sup>8</sup>.

Com falta de profissionais, há dificuldades para liberar os poucos que teriam interesse em participar das capacitações, para não desfalcar, demasiadamente, o serviço e comprometer à assistência.

Observa-se assim que o Recife conta com uma significativa rede de serviços, que, por sua vez, demanda uma série de investimento, tanto com relação aos equipamentos e insumos, quanto à contratação e qualificação dos profissionais. Compreender este contexto é fundamental, pois reflete a capacidade de governo da gestão (MATUS, 1996) e será ao longo do presente trabalho uma importante variável a ser considerada para a sustentabilidade da política e a integralidade das ações.

Quanto à organização da **política setorial**, deve ser considerado que a Diretoria Executiva de Atenção às DST e Aids, comumente denominada “Coordenação de aids” está subordinada, atualmente, à Diretoria Geral de Vigilância à Saúde, mas, em outros momentos, já esteve subordinada à Diretoria Geral de Atenção à Saúde. Esta diferenciação hierárquica pode marcar não apenas uma questão burocrática, mas diferentes concepções do lugar da problemática da aids no setor saúde (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, 2002).

Pode ser considerado que a coordenação de aids, inserida na Diretoria de Vigilância à Saúde, tenderia a uma maior focalização do controle epidemiológico da aids, ou mesmo, a uma maior consideração das evidências epidemiológicas na formulação da política. Poder-se-ia esperar, também, que esta aproximação promovesse trabalhos sistemáticos dos dados epidemiológicos.

---

<sup>8</sup> entrevista 8



Entretanto, é observado que a mudança de diretoria não interferiu na forma da coordenação trabalhar com os dados epidemiológicos (informação verbal)<sup>9</sup>. Na Diretoria de Vigilância sempre houve um técnico específico para trabalhar com a vigilância epidemiológica da aids. Este técnico, em nenhum momento das entrevistas, foi referenciado como alguém da equipe da coordenação. Sua relação com a coordenação se restringe ao envio de boletins epidemiológicos periódicos.

Este fato, evidencia o que, como discutido na fundamentação teórica deste estudo, nem sempre as evidências epidemiológicas são as principais definidoras da agenda política, e que a formulação de uma política e a tomada de decisão daí decorrentes são processos complexos, orientados por diversos outros fatores e interesses (ARAÚJO, 2000).

Outra questão a ser considerada refere-se à organização interna da coordenação de aids, que passou por diversas transformações. Ao longo do período estudado, diversos profissionais entraram e saíram da coordenação. Entretanto, os técnicos de nível superior foram sempre profissionais das ciências sociais e humanas, o que forneceu um forte peso às ações de prevenção e, conseqüentemente, comprometeu o trabalho na área da assistência, pela ausência um profissional especializado na área.

Dentro da assistência tem um montante que você pode direcionar pra laboratório. Eu acho que deveria ser por uma equipe, um cara da assistência, um cara do serviço... mas não é o que acontece aqui. Então, esse cara vai usar esse montante pro laboratório no projeto que ele sabe e aí ele não tem esse know-how todo (informação verbal)<sup>10</sup>.

A diretriz da coordenação é muito na área da prevenção. A coordenação de DST e aids não desenvolveu ainda uma política de assistência. (informação verbal)<sup>11</sup>.

Mais uma vez pode-se fazer uma leitura interpretativa deste fato considerando o que Araújo (2000) explicita sobre a relevância dos interesses dos gestores, no caso podendo ser compreendido como o viés na formação profissional dos mesmos, na formulação da política.

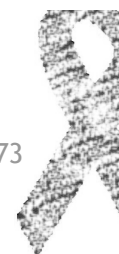
Quanto à organização interna da secretaria de saúde, a partir dos dados coletados fica evidente que esta é tida como burocrática e lenta (informação

---

<sup>9</sup> entrevista 6

<sup>10</sup> entrevista 5

<sup>11</sup> entrevista 7



verbal)<sup>12</sup>. Dentre os vários elementos que podem interferir no processo de implementação de uma política (VIANA, 1997), os principais identificados pelo coordenador da política se devem mais aos problemas burocráticos da máquina estatal, do que das relações de poder na disputa decisória.

O coordenador também se queixa da lentidão na produção da Secretaria de Comunicação, o que dificulta, ou mesmo inviabiliza, a produção das campanhas publicitárias propostas. Como a produção de material de comunicação é uma das principais estratégias da política de aids, esta secretaria passa a ser um ator relevante para a política de aids.

Por fim, deve-se considerar que no referido estudo, uma forte característica do cenário local diz respeito aos **aspectos sócio-políticos**, compreendendo por estes, as diversas relações políticas travadas entre a gestão e demais segmentos sociais.

Uma primeira característica é que a administração municipal está sob responsabilidade de gestores do Partido dos Trabalhadores, que se identifica como partido de esquerda e tem sua primeira administração do Recife. A gestão estatal é do Partido do Movimento Democrático Brasileiro, que se apresenta como adversário político do Partido dos Trabalhadores. Em âmbito nacional, entre 2000 e 2002, a gestão esteve sob o comando do Partido da Social Democracia Brasileira, aliado político do gestor estadual e adversário do gestor municipal. Já no segundo período da gestão municipal, entre 2003 a 2006, o Partido dos Trabalhadores ganha as eleições para a Presidência da República.

No âmbito das coordenações de aids, a gestão municipal mantém boa relação com a gestão estadual. São coordenações que trocam informações, dados ou mesmo insumos, quando necessário (informação verbal)<sup>13</sup>. Entretanto, esta aproximação não é suficiente para a construção de diretrizes políticas em conjunto, como será discutido no capítulo sobre o processo, onde a coordenação estadual é um ator que não aparece em nenhum momento.

Apesar de não existir nenhum entrave explícito entre as duas coordenações (estadual e municipal), podendo até ser observada a ajuda mútua em ações pontuais, a ausência de parcerias e trabalhos integrados reforça o que Viana (1996)

---

<sup>12</sup> entrevista 6

<sup>13</sup> entrevista 6



propõe sobre a relevância do espaço político de uma gestão, onde divergências políticas entre os diferentes níveis de governo - Federal, Estadual e Municipal – interferem na implementação de políticas.

Outra questão política relevante na caracterização do cenário local diz respeito à participação popular na definição da agenda política e no controle social da implantação das políticas públicas. A gestão municipal do Recife tem, como principal bandeira política, a participação popular. A Conferência Municipal de Saúde já se encontra na sua sexta edição, na qual é realizada a eleição do Conselho Municipal de Saúde. Desde a V Conferência Municipal de Saúde, o Recife adota a proposta de Cidade Saudável, investindo em ações como:

- reorganização da atenção primária, com ampliação do PSF (RECIFE, 2005);
- criação do programa Agente de Saúde Ambiental (ASA), pautado em seis princípios básicos: descentralização, intersetorialidade, co-gestão público-privado e auto-gestão, coordenação, eficiência e autonomia política e funcional (SANTOS, 2004).

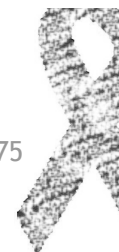
Segundo o coordenador da política municipal de aids, as deliberações das conferências são respeitadas e há o compromisso político de segui-las, na condução das políticas (informação verbal)<sup>14</sup>. Sendo precedida por pré-conferências distritais e microrregionais, a Conferência Municipal de Saúde tem seu processo de construção descentralizado e democratizado, garantindo maior participação social nos debates e legitimidade aos delegados eleitos (RECIFE, 2005).

Com o processo de descentralização do SUS, os Conselhos Municipais de Saúde recebem maior legitimidade e poder, não apenas material, mas fundamentalmente simbólico (CAPPELLE et al., 2005). O fortalecimento deste espaço de controle social é imprescindível e tem impulsionado diversas capacitações. Elas têm como objetivo fornecer instrumentais técnicos para os conselheiros compreenderem, e se apropriarem, de suas funções políticas - articulando-as com os pressupostos do SUS - e habilitá-los para evitar manipulações (CONTROLE, 1995).

o nível de politização, de discussão, de deliberação, o conselho do Recife tá mais na frente.... de organização.... ele tá bem mais na frente. Hoje a gente tá mais atuante. Aí, devido a descentralização do SUS, de tudo dentro da aids que tem que passar pelo conselho, então, o controle social tá sendo mais discutido no movimento aids,

---

<sup>14</sup> entrevistas 1, 2, 5 e 6



em nível nacional. Porque tudo tem que ir pro conselho, antes de ir pra o nacional (informação verbal)<sup>15</sup>.

O Conselho Municipal de Saúde do Recife hoje conta com 48 conselheiros (24 titulares e 24 suplentes), com formação paritária - 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores. Dentre os usuários, há 12 representações das RPA (seis titulares e seis suplentes) e mais 12 dos movimentos, titulares e suplentes. Dentre os movimentos sociais, há representação dos movimentos homossexual, de mulheres, de aids - na representação do grupo de patologias - de idosos, de negros e de estudantes. Os representantes do movimento homossexual e de mulheres são ativistas do movimento aids e, além de suas próprias agendas, defendem a agenda da aids. Na avaliação do membro do conselho entrevistado, este grupo consegue uma boa negociação com os demais conselheiros.

A presidência do conselho é exercida pelo secretário municipal de saúde, o que tem sido uma questão em debate, não só no Recife, mas em diversos outros conselhos no Brasil. Para os conselheiros do movimento social, a presidência do conselho fornece ao gestor uma situação propícia à manipulação (informação verbal)<sup>16</sup>. Com um corpo de conselheiros inexperientes e com pouco acesso aos conhecimentos técnicos, é fácil para o gestor, principalmente como presidente da casa, encaminhar os debates de acordo com seus interesses. A presidência do Conselho é um espaço de poder simbólico (LUKES, 1980) que precisa ser democratizado (CONTROLE, 1995).

tem uma lei que já tá há uns dois anos de mudar... pra que a coordenação do conselho seja feita por qualquer conselheiro. Por que é aquela questão, você presidir uma instância de controle social como gestor é complicado. Você tem todo o jeito de manipular. Porque o gestor já tem uma experiência de manipulação e os conselheiros novos são manipulados muito facilmente. Tendo essa abertura pra que não só usuário, mas trabalhador possa também coordenar a reunião, eu acho que fica mais democrático (informação verbal)<sup>17</sup>.

Para compreender como se estruturam as relações entre a gestão municipal de saúde e o controle social, é relevante fazer um resgate cronológico, tendo como marco inicial, a indicação da coordenação municipal de aids.

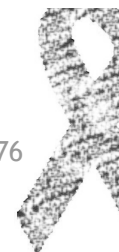
No Recife, o secretário da saúde, no início de seu mandato, solicitou uma

---

<sup>15</sup> entrevista 2

<sup>16</sup> entrevista 2

<sup>17</sup> entrevista 2



indicação do movimento aids, para a coordenação da política de aids do município. Num primeiro momento, foi indicado um profissional de outra região do país, mas o recurso disponível inviabilizou sua contratação. A política de aids passou, quase, todo o primeiro ano de gestão, sem uma coordenação definitiva. Durante este período, havendo uma grande pressão do movimento social para a escolha de um nome, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) remanejou uma servidora técnica para assumir a coordenação, com história no movimento de saúde mental. Apesar de não ter experiência com trabalhos em aids, ela era uma indicação política, que tinha boa habilidade em negociar com o coletivo (informação verbal)<sup>18</sup>.

Esta servidora técnica assume a coordenação num período específico, de início de uma nova gestão, com forte pressão para a transformação de toda a estrutura de governo (informação verbal)<sup>19</sup>. Há, neste período, uma grande re-arrumação do quadro técnico, com entrada de uma nova equipe de gestão, composta por muitos que não tinham experiência com a gerência pública.

Segundo a servidora técnica da coordenação, o movimento de aids tinha uma postura muito crítica, formada por anos de gestões sem respaldo para as demandas da aids. Não havia parcerias ou rede. A gestão assumia uma postura de “defesa” e o movimento, de “ataque”.

Porque a direção da gente não era aberta, de forma nenhuma, pra que movimento social nenhum viesse dizer o que o município tinha que fazer (informação verbal)<sup>20</sup>.

No primeiro ano de gestão, a então coordenadora da política, por não ter experiência com o tema da aids, assumiu uma postura, preponderantemente, de escuta dos diversos atores - desde os profissionais da rede de saúde, até as ONG's que formavam o movimento social de aids no Recife. Sua abertura para a pactuação política possibilitou o destensionamento na relação da gestão com o movimento social (informação verbal)<sup>21</sup>.

foi mostrando que se dava importância, que o movimento é legítimo, que elas é que tinham começado essa história, e que a gente achava importante, fundamental, tê-las. E que a gente não tinha pernas pra fazer tudo sozinho. E aí, fomos chamando, no início muito pauleira, mas depois foi amenizando e construindo uma confiança mútua.

---

<sup>18</sup> entrevista 5

<sup>19</sup> entrevista 5

<sup>20</sup> entrevista 8

<sup>21</sup> entrevista 5



Daqui, de não só ficar com uma postura defensiva, nem eles só de cobrar, exigir. (informação verbal)<sup>22</sup>.

Por outro lado, a fragilidade técnica da coordenação desequilibrou a relação de poder com o movimento, atingindo, o que Matus (1996) chama de governabilidade da gestão. Ou seja, não bastava a postura democrática de construção de alianças políticas, era necessário o respaldo técnico para a construção de um projeto de governo. Percebe-se, aqui a relevância das relações de poder simbólico que foram discutidas na fundamentação teórica do presente trabalho, onde se identificou que diversas formas de poder são efetivadas para a manutenção de um determinado *status quo*. Os interesses dos diversos grupos, que compõem a construção de uma agenda política (ARAÚJO, 2000) são diferentes e é, exatamente, neste jogo de poder, que se estabelecem as trocas e os enfrentamentos políticos. Era necessário que a gestão municipal apresentasse seus próprios interesses. Frente a estas dificuldades, o movimento indicou o nome do atual coordenador de aids no Recife.

Foi um diálogo, onde o secretário Humberto Costa, na época, buscou primeiro o movimento e consultou o movimento, se a gente tinha proposta de pessoas pra essa coordenação (informação verbal)<sup>23</sup>.

O coordenador, apesar de ter tido uma longa história no movimento aids, fundando e coordenando uma ONG-aids durante 11 anos, já estava com projetos pessoais de afastamento do movimento social. Por isso, sua indicação não foi vista como um desfalque para o controle social (informação verbal)<sup>24</sup>.

Sua postura pragmática imprime uma nova forma de trabalho e de relação com o movimento. Com um saber técnico acumulado, e respaldo político do movimento social, o coordenador apresenta intenções políticas e técnicas, assumindo uma postura de comando da política, dando-lhe operacionalidade. Sua indicação pelo movimento, associado ao discurso democrático, proposto pela gestão municipal, lhe confere respaldo político e governabilidade, também, dentro da secretaria de saúde.

---

<sup>22</sup> entrevista 5

<sup>23</sup> entrevista 2

<sup>24</sup> entrevista 1





Como em todos os grupos sociais existem divergências e tensões, alguns atores do movimento criaram resistência ao coordenador, por achar que ele havia sido cooptado, já que era do movimento social e hoje está na gestão pública.

O diálogo com a gente, tava um pouco complicado, a gente ficou mais de um ano sem ter reuniões. Mas muito também por causa de entidades e pessoas ativistas que confundiam o pessoal, com o político, eles acham que ele (o coordenador) foi cooptado. (informação verbal)<sup>25</sup>.

A entrada, na gestão, de um ativista do movimento aids é um fenômeno que ocorreu não apenas no Recife, mas tem sido uma prática freqüente, principalmente, após o início do governo Lula, que foi, inclusive, apoiado por grande parte deste movimento social.

Nós temos uns cinco ativistas que o Programa Nacional da Aids puxou pra lá. Então, é complicado, no sentido de que essas pessoas vão ter que mudar o discurso e vão ter que acordar que elas não são movimento social mais. (informação verbal)<sup>26</sup>.

Para alguns segmentos do movimento aids, o Programa Nacional tem “cooptado” ativistas estratégicos, que estavam na linha de frente do controle social, desestabilizando-os.

A coordenação nacional tá infestada de quem tava na liderança, na luta, na linha de frente. Isso é sacanagem. Porque a gente acha que quando o governo faz isso e coopta dessa forma, ele tá se utilizando de um capital de influência. Ele faz tráfico de influência. Ele pega a liderança e a liderança sabe, exatamente, ela compreende a lógica, ela sabe, exatamente, quais são as estratégias do outro lado (informação verbal)<sup>27</sup>.

Para outros atores, esta é uma grande oportunidade pessoal e profissional para os ativistas, principalmente, para as pessoas que vivem com aids, terem seus trabalhos reconhecidos (informação verbal)<sup>28</sup>.

Entretanto, é claro para ambas as posições o desfalque que o movimento enfrenta. Também há a compreensão de que não basta um gestor, com uma história de luta política no movimento social, para provocar a mudança da agenda governamental. Por mais bem intencionado que seja o ativista, quando participa da

---

<sup>25</sup> entrevista 2

<sup>26</sup> entrevista 2

<sup>27</sup> entrevista 1

<sup>28</sup> entrevista 2



gestão estatal, precisa se adequar à nova forma de fazer política, assumindo outro discurso, de um lugar político diferente.

E eu vejo que é um ganho. Por exemplo, no Ministério da Saúde, hoje, nós temos três pessoas vivendo com HIV. Eu vejo que é um ganho, porque é um reconhecimento do trabalho dessas pessoas. Por outra parte é uma perda, porque essas pessoas são muito fortes, no movimento, e o movimento perde. Mas é uma experiência válida pra elas, como uma experiência profissional. Mas eles têm que tá conscientes, pra dizerem que eu vou pro ministério e, lá dentro, eu vou plantar o que a gente quer... A gente sabe que não é. Tem que mudar, tem que ir de acordo com o que o coordenador quer (informação verbal)<sup>29</sup>.

Isto não impede que ganhos sejam alcançados, mas é um outro posicionamento político, que tem que estar claro pra quem faz essa transição.

Entendendo, eu sou coordenadora, tô fazendo a agenda que a gente sempre quis que a gestão fizesse, como gestão, não como movimento. Mazé, que tá na saúde da mulher, foi movimento, foi rede, mas tá na gestão, é gestão. Tudo que a gente queria que um coordenador fizesse, ela estando na gestão, ela faz, tá lá. (informação verbal)<sup>30</sup>.

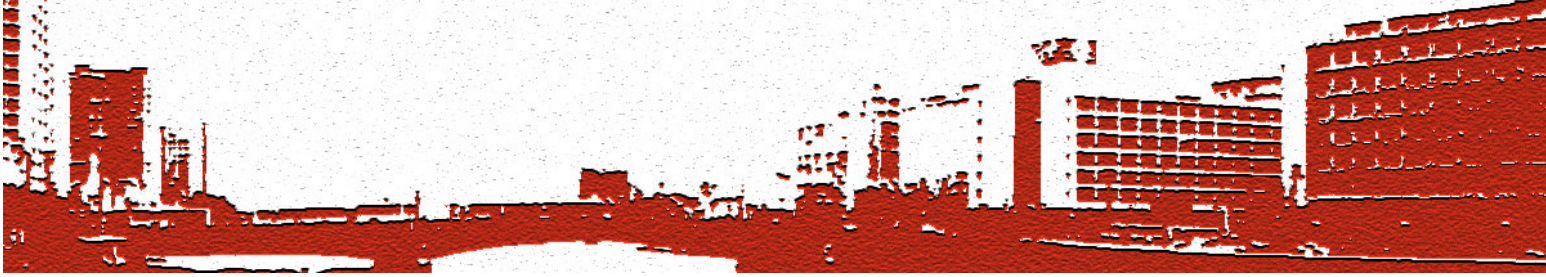
Todo esse processo de pactuação com o movimento social, assim como o posicionamento da secretaria de saúde nos diversos espaços de controle social, vão marcar uma forma de relação entre o governo e a sociedade civil organizada, no campo da aids. Esta relação é permeada por diversas disputas de poder e interferem diretamente na implementação da política em estudo, caracterizando o movimento social como um importante ator para a política. É relevante, assim, identificar quais os principais atores sociais que participam destas disputas de poder, que como foram discutidos anteriormente, definem a forma dos sujeitos sentirem, compreenderem e se posicionarem no mundo (ARAÚJO, I., 2000; BOUDIER, 2001; LUKES, 1980), e conseqüentemente, frente às políticas públicas.

---

<sup>29</sup> entrevista 2

<sup>30</sup> entrevista 1





## 4.2 ATORES

Com relação à categoria de análise **atores** é relevante realizar uma breve identificação dos mesmos, pontuando sua posição em relação à política em tela (se de apoio, oposição ou neutralidade). Mais adiante, estes atores serão, novamente, considerados, quando serão discutidos o conteúdo e o processo da política, marcando a posição e poder (ARAÚJO, I., 2000) exercido pelos mesmos.

### 4.2.1 O SECRETÁRIO DE SAÚDE

Ator com maior poder dentro da secretaria municipal de saúde. Garante o espaço para negociações, onde o saber técnico é valorizado e respeitado, oferecendo respaldo e autonomia ao coordenador, colocando-se em posição de apoio à política.

### 4.2.2 O GRUPO GESTOR

Formado pelo secretário, seus assessores, diretores de departamento e gerentes de distrito sanitário. O grupo gestor se posicionará de diferentes formas frente à política, de acordo com os contextos de disputas: Em certos momentos, será um ator neutro, como no caso das definições orçamentárias específicas para aids. Em outros momentos, estará em posição de apoio, como no caso da defesa pela descentralização do teste para detecção da infecção do HIV, via PSF - o que será discutido mais adiante. Por fim, se mostrará um ator em posição negativa em momentos que não consegue instituir novas práticas de planejamento estratégico e



fortalecer a intrasetorialidade das ações de saúde, o que também será abordado ao longo deste trabalho.

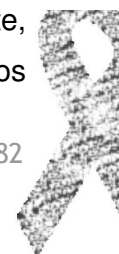
#### 4.2.3 A DIRETORIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Com a subordinação da coordenação à Diretoria Executiva de Vigilância em Saúde (DIEVS), seria esperado que esta diretoria imprimisse mudanças na política de aids. Mas, os dados demonstram que a mudança para a DIEVS não modificou a diretriz da política que já vinha sendo realizada, o que parece representar um posicionamento neutro frente à mesma.

#### 4.2.4 OS GERENTES DOS DISTRITOS SANITÁRIOS

Posicionam-se de diversas formas em relação à política, dependendo da gerência em questão. Isto evidencia a pouca uniformidade das posturas políticas dentro da secretaria, o que de certa forma, demonstra a autonomia destes atores, e marca a descentralização do poder. O coordenador da política estabelece diferentes relações de poder e de pactuação com as gerências de distritos, evidenciando que as relações de poder são dinâmicas e contextuais, nas quais os atores podem obter, ou perder poder, de acordo com cada relação que estabelece.

O coordenador afirma que os gerentes de distrito são sensíveis à temática de aids, seja porque administram em seu território um serviço de referência (DSI – CTA e DSIV - SAE), ou porque já fizeram trabalhos acadêmicos sobre o tema, anteriormente. Isto parece lhe conferir alguma segurança em relação ao que é desenvolvido nos distritos. Nestes, o Departamento de Atenção à Saúde (DAS) é o responsável pela política de prevenção da aids e não o departamento de vigilância à saúde, não seguindo o organograma do nível central da Secretaria de Saúde, no qual a coordenação da aids está subordinada à DIEVS. O DAS lida, diretamente, com a organização dos serviços e acompanhamento das ações. Mas os dados



demonstram um expressivo distanciamento entre os distritos sanitários e a coordenação municipal, gerando, por parte desta última, um total desconhecimento sobre quem são essas pessoas que se ocupam da política nos distritos; o que fazem e como fazem.

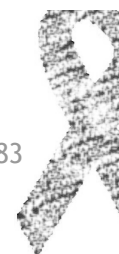
A partir dos dados coletados, pode ser percebido que, dependendo dos atores envolvidos e do contexto da disputa política, os distritos poderão estar, mais ou menos, em posição de apoio à coordenação, chegando mesmo, em certas situações, a se posicionarem em oposição à mesma. Este ponto poderá ser mais bem evidenciado quando for tratada a política paralela à rede de serviços do SUS.

#### 4.2.5 A EQUIPE DA COORDENAÇÃO

O coordenador da política municipal de DST e aids do Recife é sociólogo, que ajudou a fundar a “Articulação Aids Pernambuco” e sempre teve sua história profissional vinculada ao movimento social de aids.

Segundo as entrevistas, ele é o principal representante da política em tela. Sua indicação pelo movimento social para a coordenação lhe garante certa governabilidade, que pode ser compreendida como “uma relação entre as variáveis que controla e não controla um ator no processo de governo” (MATUS, 1996, p.74).

Por outro lado, a paulatina saída de técnicos de nível superior e aumento dos técnicos de nível médio na coordenação parece interferir na qualidade das discussões técnicas sobre prevenção e políticas públicas, fundamentais para a formulação e gerenciamento da política. O perfil predominantemente de apoio técnico (nível médio) da equipe diminui as tensões internas, aumentando o poder (BOUDIER, 2001) decisório do coordenador.



#### 4.2.6 A REDE DE SAÚDE

Apesar de não haver uma organização formal que articule os diferentes serviços de saúde, conferindo-lhes uma unidade que os identifique como um ator social, estes podem ser compreendidos como um grupo que conforma os principais executores da política em tela. Estes serviços apresentam uma forma específica de se posicionar frente à política em estudo e, por isso, o conjunto desses serviços será considerado, neste trabalho, como um ator relevante para a efetivação da política.

A rede de saúde para a prevenção da aids no Recife é formada prioritariamente pelo serviço especializado (Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA), serviços de atenção básica (PSF e Unidades Básicas de Saúde - UBS), maternidades e laboratório.

O CTA é um serviço antigo no município e reconhecido como referência, entre profissionais e usuários, e por isso apresenta considerável poder político, inclusive quando realiza atividades educativas e de capacitação, dentro, e fora, da rede municipal de saúde. Ele se configura como um ator estratégico para a implementação da política, posicionando-se de forma pró-ativa às proposições da coordenação municipal. Mas, por apresentar deficiências de recursos humanos e apoio técnico, que serão discutidas mais adiante, finda por inviabilizar ações programáticas que dependeriam, preponderantemente, de sua participação, assumindo assim uma posição negativa frente à política.

Da mesma forma, os demais serviços de saúde, por apresentarem dificuldades de estrutura física e de pessoal; baixo comprometimento da equipe e deficiência na capacitação técnica termina dificultando a implementação da política (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004]).



#### 4.2.7 AS DEMAIS COORDENAÇÕES DAS POLÍTICAS DA SECRETARIA DE SAÚDE

As ações das coordenações das políticas de saúde são descritas como um eterno “apagar incêndio”. As articulações existentes, entre a coordenação da política de atenção à aids e as demais coordenações de políticas da secretaria de saúde são, em sua grande maioria, pontuais, visando o desenvolvimento de uma ação programática ou mesmo um evento ou capacitação.

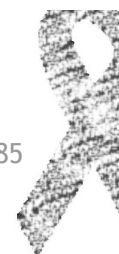
Alguns atores mais próximos, como saúde mental e saúde da mulher, criança e adolescente, a vigilância, a gente consulta, telefona, conversa, solicita opinião, pede sugestão... de algumas ações, que são setores em que essas ações são mais frequentes (informação verbal)<sup>31</sup>.

Sem a execução do planejamento, as relações entre estes atores (as coordenações) e a coordenação da aids tornam-se pouco estratégicas, não oferecendo o possível e necessário apoio à política de aids.

Na dinâmica de trabalho entre a coordenação de aids e diversos atores sociais acima citados (demais políticas de saúde, CTA e distritos sanitários), são relatadas boas relações pessoais entre os sujeitos que ocupam esses espaços institucionais e a equipe da coordenação. Este fato se torna relevante para se considerar que as boas relações afetivas não garantem a cooperação técnica. Uma postura positiva em relação à problemática da aids e o interesse em contribuir com a política não são suficientes para oferecer o apoio à mesma. A partir dos dados, é observado que vários elementos, como distanciamento da política, falta de recursos, pouco planejamento, escassez de capacitação técnica, entre outros, podem posicionar um ator, que *a priori* estaria apoiando, numa posição de obstáculo à concretização da política. Este é um dado específico desta realidade local do Recife que pode ser extrapolado para outras experiências, servindo de alerta aos gestores para que não corram o risco de confundir profissionalismo com afetividade, por mais que se sabia que as relações afetivas interferem no desempenho profissional dos sujeitos.

---

<sup>31</sup> entrevistas 5 e 8



#### 4.2.8 A SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO

Chama atenção a referência que o coordenador da política de aids faz à Secretaria de Comunicação da Prefeitura do Recife, como um ator que dificulta a implementação da política.

Segundo o coordenador da política de aids, há dificuldades com a secretaria de comunicação, no sentido de viabilizar campanhas e imprimir conteúdos sobre prevenção em aids. Pode ser questionado se esta dificuldade se dá por uma mera divergência de concepções de técnicas em comunicação, ou se esta secretaria de governo tem alguma dificuldade em trabalhar algumas temáticas propostas pela coordenação de aids.

Eu acho que a dificuldade dos gestores de comunicação perceberem isso. Falta interlocução. Eu acho que eu não sou escutado. A coordenação de DST/aids, nós somos uma equipe de profissionais que trabalha, respira, HIV/aids e DST. Então, eu acho que no momento que for feito um trabalho de DST/aids, qualquer que seja ele, eu posso não ser um Washinton Oliveto, não sou secretário de comunicação, nem jornalista, mas a gente tem que ser consultado, porque nós trabalhamos com isso, então, temos informação a dar. Temos bagagem pra isso. E infelizmente, esse diálogo não é realizado, na maioria das vezes (informação verbal)<sup>32</sup>.

#### 4.2.9 O MOVIMENTO SOCIAL

São várias as organizações da sociedade civil que se preocupam, direta ou indiretamente, com a questão aids - entre elas, feministas, grupo de apoio a pais adolescentes, organizações de homossexuais (gays e lésbicas), de pessoas com infecção pelo HIV e grupos religiosos. Grande parte dos ativistas em aids está organizada na Articulação Aids-PE e ocupam os diversos espaços de controle e participação social. O movimento social apóia e legitima a atual gestão municipal de

---

<sup>32</sup> Entrevista 6

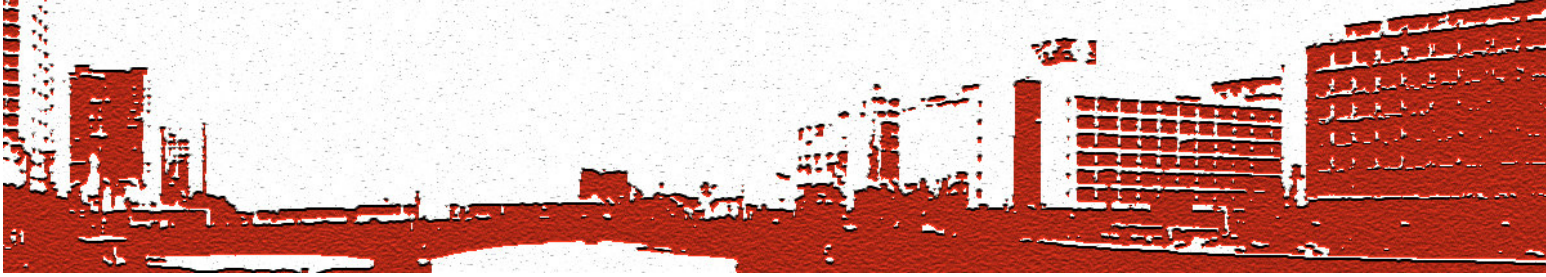




saúde, mas assume um posicionamento crítico frente ao processo da política, posicionando-se como apoio ou confronto, de acordo com a questão em disputa.

Juntos, os diversos atores acima citado imprimem características específicas à política, travando diversas disputas de poder. Para compreender melhor a relevância, tanto do contexto, quanto dos atores, para a política de prevenção da aids da SMS do Recife, é interessante analisar o conteúdo que estrutura a política, identificando a interferência dos atores e contextos para a sua construção.





### 4.3 CONTEÚDO

Neste tópico, será discutida a categoria de análise de conteúdo da política, a partir da qual serão apresentadas as principais ações programáticas para prevenção, propostas pela coordenação municipal de aids do Recife. Atendendo aos objetivos do presente estudo, a análise do conteúdo dessas ações permitirá a identificação dos saberes a elas atrelados, analisando como tais conteúdos favorecem, ou não, a construção de sujeitos capazes de construir estratégias de proteção ao HIV.

Deve ser considerado, ainda, que estas crenças e valores são fundamentais na construção da realidade social e na conformação das relações interpessoais. Tais construtos simbólicos são importantes capitais, fontes de poder (FOUCAULT, 1979), na medida em que ao orientar determinadas políticas públicas, forjam novas produções sociais.

A partir dos discursos sociais, os sujeitos criam sentido para a realidade, estruturando códigos lingüísticos que são partilhados, ganhando estatuto de verdade hegemônica. Compreender a articulação entre os conhecimentos técnico e socialmente partilhado é relevante, na medida em que as ações programáticas, ou seja, as ações que estruturam os programas de saúde, frutos do conhecimento técnico-científico, têm como objetivo intervir no saber popular, que por sua vez orienta as práticas sociais. Os discursos e práticas interventivas visam construir uma determinada realidade social (PAIM; NAOMAR, 1998).

É necessário - para a construção de políticas públicas de prevenção da aids - fomentar ações programáticas que questionem os discursos que legitimam a exclusão social e que possibilitem a reconstrução de novos sistemas de verdade. Assim, será possível o surgimento de novos dizeres acerca do binômio saúde-doença e o exercício da cidadania. Colocando em discussão valores e crenças, e possibilitando a construção do novo, podem surgir significados que reorganizem o social, propondo a efetivação de novas práticas de saúde, conforme proposto pela reforma sanitária (PAIM, 1999). Tais práticas devem permitir o reconhecimento dos



diferentes níveis de vulnerabilidade que os sujeitos sociais apresentam em relação ao HIV, de acordo com suas inserções sócio-culturais, independentemente de suas práticas e escolhas sexuais (PAIVA, 2001).

Para a apresentação das principais ações propostas pela coordenação de aids, foram considerados os documentos oficiais que explicitam as ações de prevenção em DST e aids realizadas pela Secretaria de Saúde do Recife, dentre os quais, o PAM (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, [2003]), as planilhas do PPA (RECIFE, [2003]; [2004a]) e os relatórios de gestão (RECIFE, [2004b]).

Para o ordenamento dos dados, seguindo o referencial metodológico assumido no presente trabalho, realizou-se a categorização temática, a partir da qual os dados foram consolidados nos seguintes temas: A política de gênero; Descentralização da testagem para o HIV; A política de capacitação da rede; Atividades educativas; A reorientação do CTA; A política de comunicação; A política de distribuição de insumos; O fortalecimento da capacidade de governo da coordenação municipal de aids; e A política de Prevenção.



### 4.3.1 A POLÍTICA DE GÊNERO

Para discutir este tópico, cabe questionar se de fato há uma política de gênero ou se são desenvolvidas, apenas, ações de prevenção destinadas à mulher. Ou seja, existem diretrizes políticas marcadamente orientadas para a discussão de gênero e de enfrentamento das desigualdades entre homens e mulheres?

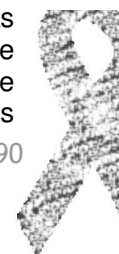
Uma política de gênero implica num conjunto de ações sistemáticas e intersetoriais que enfrente as desigualdades de gênero de forma ampla. Portanto, é preciso garantir os direitos sexuais e reprodutivos, sem reduzir a mulher à função materna, reprodutora, cuidadora e dessexualizada, a partir da qual tem sido subjugada ao longo de décadas (PETCHESKY, 1999).

A pesquisa sobre as relações de gênero no PSF (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004]), que no presente trabalho é compreendido como um documento de gestão, identifica uma série de dificuldades dos profissionais de saúde em relação a discussão sobre gênero.

É possível visualizar uma série de construções sociais, que dão sentidos e organizam as práticas de saúde. Estas, por sua vez, reforçam determinadas crenças e valores, que organizam as experiências dos sujeitos e os tornam, mais ou menos, vulneráveis, não apenas às DST e aids, mas a uma série de outros agravos, como violência, depressão, entre outros.

Segundo a pesquisa, o PSF reproduz o modelo burguês tradicional de família nuclear (ARIÈS, 1981; BADINTER, 1985). A partir deste modelo, outras formas de organização familiar são vistas como desestruturação, arranjos familiares negados que devem ser corrigidos, às custas da responsabilização da mulher que é incentivada a manter seus casamentos, a qualquer custo. E quando a vida afetivo-conjugal da mulher é produtora de sofrimento psíquico, frente ao despreparo e insegurança em trabalhar o tema sexualidade, resta aos profissionais receitar psicofármacos, o que tem elevado o uso dos mesmos entre mulheres que precisariam, apenas, ser escutadas, acolhidas e apoiadas.

Sua prática profissional é orientada pela idéia de que, a princípio, as famílias são harmoniosas, e, caso não o sejam, são as mulheres que têm que ceder, ter paciência ou modificar seu comportamento de modo a retomar a harmonia. E como, na maioria das vezes, as



mulheres seguem essas recomendações e a harmonia não retorna, porque é idealizada, e não real, a única prescrição possível é a medicamentosa: o tranqüilizante, que permitem às mulheres suportar resignadas, em lugar de enfrentar e transformar os conflitos familiares. [...] Em um grupo de mulheres, as duas (de quatro) que se queixam da vida conjugal são medicadas com diazepínicos pela médica, que diz: 'Manutenção da família'. (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 32)

As atividades das equipes do PSF são, basicamente, dirigidas à mulher e à criança. Deve ser salientado, ainda, que esta mulher é vista como reprodutora - é mãe ou será (VILLELA, 1999). Os cuidados são de orientá-la para o correto exercício da maternagem ou para evitar a gravidez indesejada. Os desejos não são considerados, e mais, quando eclodem, são postos de lado, não encontrando eco nos profissionais.

É difícil separar a esfera da sexualidade da esfera da reprodução, isso porque, nos serviços de saúde, é grande a conexão entre as duas. Quando não diretamente associados à reprodução, esses temas são praticamente rechaçados pelas profissionais ou assumem um caráter de julgamento, regulação e disciplinamento ostensivo (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 36)

Compreendendo que gênero implica tanto a categoria masculino quanto feminino, é relevante considerar que a dificuldade dos profissionais de saúde trabalharem o tema sexualidade é ainda maior com os homens. É compartilhada a representação social de que o cuidado do corpo e da saúde é uma prática da mulher, a principal usuária do serviço.

A delimitação do posto como espaço feminino fica bastante evidente no que se refere à não ocupação do espaço interno da unidade pelos homens. Várias vezes, a pesquisadora informa que estes se posicionam na porta, esperando, aí, pelo atendimento. Apenas ultrapassam essa barreira simbólica no momento em que vão efetivar sua demanda. Da mesma maneira, se retiram das casas nas visitas domiciliares (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 25)

Assim como acontece com as mulheres, com os homens, de forma mais acentuada, o corpo é tratado em sua dimensão física, sendo desconsiderado o sujeito que sofre e padece. Da mesma forma, a sexualidade é tratada em sua dimensão biológica, basicamente focalizada no tratamento das DST. Quando algum homem se aventura a trazer alguma demanda sobre sua vivência afetivo-sexual,



defronta-se com um total despreparo dos profissionais de saúde (informação verbal<sup>33</sup>; RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004]).

Consulta de homem com queixa de caroço na virilha:

**Homem:** — Sabe, doutora [...], eu nunca tive contato com mulher. Vim conhecer mulher com 30 anos, quando eu casei, por isso nunca tive...

**Médica:** — ‘Não tem ardência urinária? Secreção ou pus na uretra?’

**Homem:** — Minha esposa tem corrimento...

**Médica:** — Manda ela vir fazer prevenção...

(..) quando informada de que a esposa já se trata em outro posto e fez exame de prevenção, (a médica) desiste do caso e pergunta: ‘Já fez exame de filaríose?’ (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 26)

Se trabalhar o tema sexualidade com heterossexuais é difícil, acolher sujeitos com orientação homossexual (gays e lésbicas) é, praticamente, impossível (SANTOS, 2002). Corroborando os achados de Maia (2006), a pesquisa citada aponta que tais grupos são completamente invisibilizados dentro das práticas de saúde no PSF, sendo mantidos preconceitos que marginalizam as diferentes práticas sexuais.

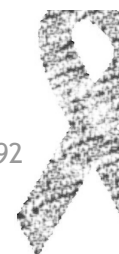
Os contatos com homossexuais são relatados apenas em situações no espaço público, sugerindo que não freqüentam o serviço e não recebem visitas domiciliares. A maioria das funcionárias do PSF que abordaram o assunto parecem possuir uma visão bastante estereotipada sobre essas pessoas (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 40).

Estas dificuldades com os recursos humanos interferem no processo de trabalho e, conseqüentemente, na qualidade do serviço prestado. Elas evidenciam a relevância da capacidade de governo de uma gestão, citada por Matus (1996), na implantação de uma política pública. Da mesma forma, evidenciam o que Rivera, Matus e Testa (1989) defendem sobre a necessidade de um planejamento situacional que adeque os objetivos e metas políticas às exigências e dificuldades da realidade concreta, o que será melhor abordado no tópico sobre o processo da política.

**O Projeto Nascer** (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST e Aids, 2002) parece ser o carro-chefe da política de prevenção da aids para mulheres. A coordenação municipal compreende que, atualmente, as mulheres se apresentam como um importante grupo atingido pela epidemia, e assume, em seu

---

<sup>33</sup> entrevista 3



discurso, conceitos e concepções de gênero, mas apresenta o Projeto Nascer, como uma das suas principais ações para as mulheres.

Instalar o Projeto Nascer nas maternidades, é uma atividade, não é uma política. Ele tá executando um projeto, um projeto nacional no nível municipal. Não é política. Qual a política de gênero? Transmissão vertical? Política de gênero tinha que considerar porque as mulheres se infectam tanto, quais as estratégias, qual é o estudo que vai detectar isso? Qual a perspectiva de implantar ações educativas? É aquele papo que a gente tava fazendo pra comunicação... que vai enfrentar essa história, cadê o pré-natal, cadê a discussão nas escolas? Então, qual a integralidade que tem com educação? (informação verbal)<sup>34</sup>.

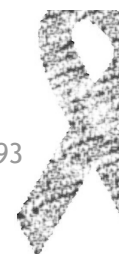
Em relação a este projeto, podem ser elencadas duas questões. A primeira é que ele sinaliza a falha da qualidade do pré-natal (BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST e aids, 2002). A mulher que faz o teste rápido para a identificação da infecção do HIV na hora do parto, é aquela que não fez o teste sorológico, durante o pré-natal. Com isso, não se beneficiou de recursos, tanto de prevenção da transmissão vertical da aids, quanto de promoção da qualidade de vida, tendo em vista que, sem saber da infecção pelo HIV, não tomou os devidos cuidados quanto a sua saúde, principalmente, durante a gestação, período que precisa de maior atenção e cuidado.

Focar a política de prevenção da aids para as mulheres no teste rápido parece evidenciar uma maior preocupação com o bebê, do que com a mulher. O teste rápido tem sua validade na prevenção da transmissão vertical, mas é extremamente agressivo para a mulher, que na hora do parto, momento por si só difícil, se vê frente ao risco de ter HIV e a culpa de poder transmiti-lo ao seu bebê. Estas mulheres precisam de um amparo psicológico, uma rede de apoio que ajude-as a passar por tal situação.

Na verdade, esta deveria ser uma situação excepcional pela qual nenhuma mulher deveria passar. Entretanto, o pré-natal e a saúde da mulher com infecção pelo HIV, no período de gestação, não parece ser o ponto principal desta política, mesmo sendo reconhecida a relevância da infecção pelo HIV para mortalidade materna. Segundo dados da coordenação da política de saúde da mulher, das 22 mortes maternas ocorridas em 2004, no Recife, quatro estavam associadas ao HIV,

---

<sup>34</sup> entrevista 1



sendo duas consideradas mortes evitáveis pelo Comitê de Mortalidade Materna do Recife (SPINELLI et al., 2005).

Segundo o aporte teórico proposto por Araújo (2000), com a análise do conteúdo deve-se identificar em que medida as ações programáticas atendem aos objetivos da política. Observa-se que a estratégia do Projeto Nascer, apesar de sua relevância, não atende às demandas específicas de uma política de gênero para o enfrentamento da aids, demandas essas que a política oficial se propõe atender (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, 2002).

Por ser uma prioridade do Programa Nacional, o Projeto Nascer recebe grande soma de recurso e passa a ser implantado pela política municipal de aids como uma ação destinada à mulher. Por outro lado, a qualificação do pré-natal não aparece explicitamente como uma prioridade na agenda da aids. Investir recursos na qualificação do pré-natal resultaria, em última instância, na qualificação da rede de atenção do SUS, para a prevenção da aids e promoção de vida sexual segura e, fundamentalmente, prazerosa para as mulheres. Esta questão coloca em evidência a já enfatizada relevância, apontada por Araújo (2000), do aspecto financeiro na definição de uma prioridade política, do processo de construção da agenda governamental.

Outra ação destinada às mulheres é a **distribuição de preservativo feminino**. Esta é proposta, a partir da construção de grupos de mulheres que problematizem sexualidade e gênero. Tais grupos deveriam trabalhar as estratégias de negociação do preservativo com os parceiros, questão que vulnerabiliza as mulheres em relação à aids e à violência.

Desse modo, o preservativo feminino surge como mais um instrumento de negociação para este casal, na medida em que, a partir dele, a mulher pode tomar a iniciativa de usar, em seu corpo, a proteção. Entretanto, o uso do preservativo implica numa série de novas construções, já que requer da mulher uma postura ativa com parceiro e suas experiências afetivo-sexuais. Ao mesmo tempo, é necessário que ela tenha liberdade com seu corpo, para conseguir introduzi-lo de maneira adequada (BASTOS, 2001). Há, assim, a necessidade de trabalhar com as mulheres





a autonomia em relação ao corpo, já que muitas desconhecem, inclusive, a constituição fisiológica de sua genitália (informação verbal)<sup>35</sup>.

Entretanto, toda essa discussão sobre sexualidade e corpo muitas vezes não é considerada na prática pelos profissionais de saúde. Isto se acentua no caso das adolescentes que, na percepção dos profissionais, devem ter suas experiências sexuais controladas para evitar a gravidez (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004]). Esta é considerada um grave problema de saúde pública que precisa ser debelado, se não pela conscientização, pelo controle dos comportamentos e dos corpos, com a valorização da laqueadura tubária, principalmente, em mulheres jovens e pobres, que não desejam 'regrar' suas experiências sexuais e não utilizam métodos contraceptivos.

Vê-se a grande preocupação com a questão da gravidez na adolescência, entendida como algo que terá conseqüências negativas para a vida das meninas e riscos para a saúde, delas próprias, e das crianças. [...] Entre a juventude, o conteúdo moral e regulador nos discursos e nas práticas sobre a sexualidade está muito presente. [...] Pergunto sobre como é a vida das mulheres na comunidade. Ela diz que, primeiro, é de promiscuidade. Diz que há muita prostituição infantil. [...] Nos discursos das profissionais, sobressai a idéia de que não se trata de falta de informação, mas de um certo "descaso" das mulheres com as conseqüências da vivência da sexualidade para a saúde. (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 38).

Percebe-se, aqui, o poder simbólico assumido pelos profissionais de saúde que, como afirma Foucault (1985), forja o controle dos corpos. Este autor propõe a análise da função exercida pelo saber científico, ao estruturar verdades, de normatizar a realidade, definindo os gostos, os pensamentos, os discursos, as condutas e os afetos dos sujeitos.

[...] é necessário considerar esses mecanismos positivos, produtores de saber, multiplicadores de discursos, indutores de prazeres e geradores de poder. É necessário segui-los nas suas condições de surgimento e de funcionamento, e procurar de que maneira se formam, em relação a eles, os fatos de interdição, ou de ocultação, que lhes são vinculados. Em suma, trata-se de definir as estratégias de poder imanentes a essa vontade de saber (FOUCAULT, 1985, p. 71).

As ações dos profissionais de saúde devem ser compreendidas também como construções de um saber técnico-científico que têm relevância na construção

---

<sup>35</sup> entrevista 3



das práticas sociais, que por sua vez, estão atreladas à construção das identidades sociais e à organização social.

Evidencia-se, no âmbito do PSF a manutenção de crenças e valores que fortalecem o *status quo* sustentado pelo modelo curativo da atenção à saúde, contrária à perspectiva da promoção à saúde, defendida pelo SUS.

No CTA, os grupos de distribuição de preservativos para as mulheres eram formados por toda mulher que desejasse utilizar o preservativo feminino, devido à dificuldade de utilização/negociação do preservativo masculino. Se por um lado, o preservativo feminino, mais uma vez, responsabiliza a mulher pela prevenção sexual e reprodutiva do casal, por outro, lhe concede um instrumento de negociação, no qual pode ser fomentada sua autonomia em relação ao seu corpo e nas relações estabelecidas com o parceiro. O espaço que havia, inicialmente, para monitoramento do uso do novo insumo, passou a ser de reflexão sobre gênero e sexualidade.

Então eu tenho mulheres que ainda freqüentam desde o ano passado e que hoje dizem que acordou pra questões sociais, pros direitos da mulher, hoje ela se arruma mais, ela se gosta mais (informação verbal)<sup>36</sup>.

A formação de grupos para as mulheres possibilitou a construção de espaços de diálogos que problematizaram questões que vulnerabilizam as mulheres frente o risco de infecção do HIV. Entretanto, os mesmos não tiveram continuidade, o que segundo a profissional responsável, deveu-se ao pouco suporte técnico que recebeu.

Eu enfrentei o grupo de preservativo sem experiência de grupo, foi difícil... Aí depois disseram: quem tá com grupo, tá fazendo psicoterapia, não pode fazer psicoterapia. Se formou grupo, se discutiu, de uma certa forma se faz. Aí eu achei que de alguma forma não estavam acreditando, valorizando meu trabalho.[...] E ninguém nunca veio sentar junto de mim pra saber como é que tá o grupo, como é que você tá fazendo. Pra ser feito uma coisa assim, pra todas as unidades. [...] Foi aí que eu resolvi dá uma parada (informação verbal)<sup>37</sup>.

Em relação aos grupos das unidades básicas de saúde, a coordenação iniciou o acompanhamento qualitativo da distribuição, sendo realizadas reuniões com os profissionais que distribuía o insumo. Na ocasião, a distribuição estava

---

<sup>36</sup> entrevista 3

<sup>37</sup> entrevista 3



atrelada a uma intervenção educativa específica para as mulheres que recebiam o preservativo. Com a saída das psicólogas da coordenação, que eram responsáveis pelas reuniões, o acompanhamento foi interrompido (informação verbal)<sup>38</sup>. Atualmente, não há nenhum acompanhamento deste trabalho, não sendo possível afirmar a existência de grupos com mulheres e suas dinâmicas.

Considerando as contribuições de Araújo (2000) e Viana (1996) percebe-se que a implementação de uma política está relacionada com uma diversidade de fatores, que no presente trabalho, quanto à distribuição dos preservativos femininos, podem ser apontados: conhecimento da realidade na qual se deseja intervir, capacitação dos profissionais, com efetiva mudança de práticas de saúde, disponibilização de insumos, organização de processos de trabalho e monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, que promovam o permanente questionamento sobre as ações desenvolvidas.

Outra ação de prevenção destinada às mulheres foi a implantação do oferecimento do **teste para a detecção da infecção do HIV**, como um dos procedimentos obrigatórios durante o pré-natal. A partir de então, a testagem passa por um processo de descentralização, sendo ofertado por todas as equipes do PSF. Isto provocou uma grande discussão sobre o papel da equipe de PSF e sua qualificação para a realização dos aconselhamentos pré e pós-teste.

porque tem gente que vem pra reunião e diz que exame pra gestante é rotina. Nem é pra ser só de gestante, nem é pra entrar de rotina. Então, eu acho que tá mal. Eu acho que se tivesse mais três CTA's, tivesse supervisão, capacitação na rede, a qualidade poderia ser diferente (informação verbal)<sup>39</sup>.

Para melhor compreensão desta ação programática, é relevante fazer uma discussão acerca da descentralização da testagem para o HIV, a partir de sua disponibilização no PSF.

---

<sup>38</sup> entrevista 5

<sup>39</sup> entrevista 4



### 4.3.2 DESCENTRALIZAÇÃO DA TESTAGEM PARA DETECÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV, VIA PSF

A Política Nacional de DST e Aids (1999) recomenda a disponibilização da testagem para a detecção da infecção pelo HIV, em toda a rede de saúde. Entretanto, deve ser questionado se o teste é realmente disponibilizado para todos, ou se, na prática, há um incentivo - quase impositivo – dirigido aos sujeitos pertencentes a grupos específicos.

O incentivo à realização do teste, implica na estruturação de uma rede que possa garantir o efetivo acesso da população à testagem; o direito do sujeito desejar, ou não, se submeter ao teste; aconselhamentos pré e pós-teste; sistema de referência e contra-referência; além da garantia de sigilo do resultado. Neste sentido, 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 públicas de saúde.

A partir dos dados coletados, principalmente do relatório da pesquisa sobre gênero no PSF (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004]) observa-se a dificuldade da testagem ser feita no PSF, principalmente, quanto ao **aconselhamento pré e pós-teste**. A atividade do aconselhamento não é simples, requer tempo e certas habilidades para o desenvolvimento da escuta e do diálogo, o que nem todo profissional de saúde dispõe (FIGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

De repente descentralizou e a ponta tá pedindo exame de HIV. Tá se pedindo exame sem aconselhamento, sem conversar, com mil preconceitos, que você sabe, quando vai fazer capacitação pro PSF. Você fica horrorizada com os profissionais. Usuária que pediu pra médica exame de sífilis, porque ela era gestante e a médica disse que não precisava porque ela era casada. E olhe que ainda tem uma preocupação que a gestante faça o teste, mas a mulher! E o homem, tá abortado dessa história? (informação verbal)<sup>40</sup>.

Fazendo a crítica à campanha proposta pelo Ministério da Saúde, “Fique Sabendo”, que justifica a posição de desenvolver, o que Araújo (2000) identifica como “não política”, a coordenação argumenta que não é seguro propor

---

<sup>40</sup> entrevista 4



aconselhamentos coletivos em espaços públicos, no meio da rua, em quiosques ou em situações pouco privadas. Realizar o aconselhamento em situações de exposição pública pode ter conseqüências, tanto para o sujeito que recebe um resultado positivo, quanto para o profissional de saúde, que precisa manejar situações limites, em condições precárias. Ao mesmo tempo, a campanha gera uma demanda nos serviços especializados para a assistência de pessoas com HIV e aids, que o município não tem condições atuais de atender (informação verbal)<sup>41</sup>.

Eu acho que o Fique Sabendo peca por banalizar um pouco o resultado positivo do teste HIV. Por exemplo, você criar quiosques pras pessoas realizarem o teste de HIV e receberem o resultado, eu acho meio complicado, porque eu acho que não dá um ambiente favorável pra entrega de um resultado dessa natureza. Não é num quiosque ou num *standard* no meio da rua, de uma praça, ou num trailer, que você vai está fazendo o teste de aids e está dando resultado que vai ser significativo pro restante da vida daquela pessoa. Pra se dar um resultado positivo, tem que ter um profissional devidamente capacitado, de um local, de condições em que as pessoas possam absorver melhor sua nova realidade... (informação verbal)<sup>42</sup>.

Também, é identificada a dificuldade dos profissionais trabalharem a **temática do HIV**. Eles partem da perspectiva da “peste gay” e propõem a testagem como estratégia sistemática de prevenção para grupos específicos.

Na área de uma das ACS's, moram nove gays e quatro lésbicas — ela chama os homens de homossexuais e as mulheres de lésbicas. Segundo ela, todos os homossexuais (homens) participam da palestra. Outra ação que fazem com eles é o ‘preventivo’, isto é, a ‘coleta de sorologia’ para o ‘teste de HIV de seis em seis meses’ [...] Esse foi o único relato em que apareceu a sorologia para o HIV, identificado com um grupo de homossexuais, o que nos leva a crer que, em alguma medida, as equipes ainda trabalham com a idéia de grupo de risco (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 50).

A delimitação de “grupos de risco” para aids - centrando neles as ações de prevenção - abriu espaço para construções sociais relacionadas à idéia de vazamento (JOFFE, 1994). Além de marginalizadora, esta estratégia se mostrou ineficaz, na medida que invisibilizou outros grupos sociais, que acreditando estarem fora das margens do risco, não assumiram nenhuma prática preventiva, nem mesmo foram alvo de qualquer tipo de intervenção pública (MONTEIRO, VARGAS, 2003; PAULILO, 1999). Este é o caso das mulheres “donas de casa” que - por se

---

<sup>41</sup> entrevista 5 e 6

<sup>42</sup> entrevista 6



enquadrarem no perfil de heterossexuais, casadas e não usuárias de drogas - acreditavam-se fora da suposta linha de perigo (sustentando-se na idéia de periculosidade do risco). Mas, as mulheres com este perfil findaram por ser o grupo populacional com maior participação nas novas infecções pelo HIV, nos últimos tempos (CAPONI, 2003).

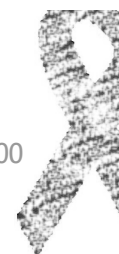
Apesar de ser criticada e não mais utilizada teoricamente, a perspectiva do grupo de risco ainda parece persistir nas construções sociais dos profissionais de saúde. A partir dessa idéia, as medidas preventivas - como uso de preservativos e não compartilhamento de seringas – deveriam ser tomadas, prioritariamente, com as pessoas pertencentes aos grupos específicos (PAULILO, 1999). Esta crença promoveu situações de afastamento, no sentido de garantir que o vírus não vazasse daquele grupo social, infectando os demais.

Outra questão relevante para a problematização acerca da descentralização do teste via PSF, diz respeito a aproximação do profissional de saúde com a comunidade, o que é parece surgir como um obstáculo para o aconselhamento, inclusive em relação ao **sigilo**. Quando profissional e usuário estão, de certo modo, envolvidos em relações comunitárias, são freqüentes as rotulações e normatizações, que inviabilizam a prática do aconselhamento.

Nos interessa chamar a atenção, aqui, para as implicações da realização do teste de HIV no contexto do PSF, isto é, de uma saúde da família que se institui no ambiente doméstico. A presença do HIV pode ser reveladora de condutas individuais, cuja exposição à família ou à comunidade nem sempre interessa às pessoas (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 50)

Mesmo no distanciamento profissional, quando não há vínculo entre técnico e usuário, muitas vezes não é fácil suportar a diferença do outro, que mobiliza questões pessoais em cada profissional.

Pensar que o/a médico/a e/ou o/a enfermeiro/a generalista podem desenvolver todas as habilidades específicas dos demais profissionais de saúde é, ao mesmo tempo, uma exigência demasiada a estes profissionais e um descrédito na especialização dos demais. Para a representante do movimento social, o aconselhamento e a testagem deveriam ser realizados em serviços especializados, que poderiam ser as unidades de referências ou policlínicas, assim como são realizados outros exames de pré-natal.



Na proposta da política em tela, cabe ao PSF realizar o aconselhamento pré e pós-teste, e não há sentido ter profissionais especializados para tal função. Para os gestores da SMS, esta foi uma grande conquista da política.

Tem que ser uma psicóloga pra dar um resultado?! Imagina, se a gente vai ter... (risos) (informação verbal)<sup>43</sup>.

As críticas ocorrem, a coordenação as reconhece, mas não são pensadas - coletivamente - estratégias para o enfrentamento do problema. A descentralização do teste é uma diretriz do Programa Nacional, orientada pelas diretrizes do SUS, que visam ampliar e universalizar o acesso. Porém, considerando a contribuição de autores como Araújo (2000), Viana (1996) e Rivera (1992), sua forma de implantação deve ser pactuada pelos diversos atores sociais que se preocupam e são afetados por ela, possibilitando um processo de construção de política democrático e que alcance seus objetivos e metas propostos.

Frente a estas dificuldades, a coordenação municipal de aids tem capacitado profissionais de saúde para o trabalho de prevenção da aids. Diversas ações são propostas e serão analisadas a seguir.

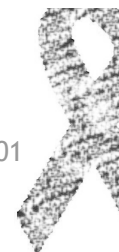
#### 4.3.3 POLÍTICA DE CAPACITAÇÃO DA REDE

A educação popular em saúde vem problematizando a forma que, historicamente, são produzidos e reproduzidos os saberes no campo da saúde, inclusive, no que concerne ao aperfeiçoamento técnico dos profissionais em serviço (PEDROSA, 2001). São postas em pauta as limitações do modelo tradicional de capacitação de recursos humanos, que tem por base a educação formal, bancária e hierarquizada.

Segundo a SMS do Recife, há tentativas de capacitar as equipes de saúde da família nos conceitos da reforma sanitária e do SUS, além de técnicas de educação popular em saúde. Foram oferecidos cursos de especialização em Saúde da Família aos seis distritos sanitários, nos quais estes e outros temas foram abordados (RECIFE, 2005).

---

<sup>43</sup> entrevista 7



investiu muito em treinamento. Eu acho que houve um investimento muito bom na gente mesmo. Quer a gente solicitasse treinamento... buscava trazer gente de fora... Eu acho que isso mudou um pouco a cabeça da gente também. Não tô dizendo de todo mundo, não, mas a gente passa a ter uma outra visão (informação verbal)<sup>44</sup>.

Individualmente, cada política de saúde, inclusive a coordenação de aids, e os distritos sanitários promovem **capacitações**. Estas, muitas vezes, tratam das mesmas temáticas com focos diferentes. Os profissionais têm inúmeras oportunidades de trabalhar determinados temas como família, gênero e sexualidade, que são abordadas nas diversas oficinas (informação verbal)<sup>45</sup>.

As capacitações, entretanto, tem, como principais características, aulas teóricas ou práticas fora do espaço de trabalho, com carga horária reduzida, conteúdo específico e sem transversalidade ou intersectorialidade (informação verbal)<sup>46</sup>. Este modelo de ensino vem sendo criticado pela literatura por apresentar pouca eficiência como estratégia de produção de conhecimento (PEDROSA, 2001, UNAIDS, 2005).

O excesso de treinamentos, entretanto, além de explicitar uma frágil política de desenvolvimento de recursos humanos, que organize as demandas e ofertas de treinamentos, ainda, tem provocado grande saída dos profissionais das unidades de saúde, que, apesar disso, percebem-se pouco habilitados para trabalhar tais temáticas (informação verbal)<sup>47</sup>. Há queixas ao caráter pouco prático das capacitações e à falta de acompanhamento, com suporte técnico, que possibilite a aplicação da teoria e a resolução dos conflitos no cotidiano.

Ressentem-se de que fazem capacitações muito teóricas e colocam a necessidade de capacitações que envolvam a prática, como oficinas, com acompanhamento posterior, que enfoque como devem agir na comunidade (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 73).

Buscando inovar, a coordenação da aids tem realizado capacitações em parceria com ONG's e profissionais especializados nos temas e apresenta, ao final, um depoimento de pessoas pertencentes a populações estigmatizadas (informação verbal)<sup>48</sup>, alvo da referida capacitação. Esta proposta parece favorecer o trabalho da legitimação das diferenças e diminuição das exclusões sociais simbólicas que

---

<sup>44</sup> entrevista 3

<sup>45</sup> entrevistas 6 e 7

<sup>46</sup> entrevistas 5 e 6

<sup>47</sup> entrevista 7

<sup>48</sup> entrevista 6





atingem as pessoas mais vulneráveis ao HIV (JOFFE, 1994; SAMPAIO, 2001).

É o trabalho dentro desse Projeto Respeitando as Diferenças com os profissionais de saúde de algumas unidades, que se reúnem, que a gente trabalha dois dias com eles, lá no centro de treinamento, discutindo questões sobre homossexualidade, prostituição masculina e feminina, questões de gênero e DST, com os profissionais das unidades. Porque eles precisam estar preparados pra atender a demanda. Na maioria das vezes, a gente chama consultores de ONG's que trabalham com cada tema específico. Quando é uma oficina pra trabalhar a questão homossexual, a gente chama um profissional que é membro de um grupo gay. A gente trabalha em torno de 25 profissionais por oficina (informação verbal)<sup>49</sup>.

A política de aids tem como prioridade a capacitação dos profissionais de saúde, pondo em pauta temas transversais fundamentais para a promoção de intervenções de saúde, baseadas na aceitação da diversidade sexual, no respeito e cuidado com o outro. Observa-se que com tais capacitações, a política parece atingir sua meta de discutir e problematizar com os profissionais de saúde o preconceito de populações atingidas pela aids.

Entretanto, tais treinamentos não estão sustentados por uma política de capacitação que organize as necessidades e ofertas de treinamento. Elas atingem uma população pequena de profissionais e parte de processos de ensino-aprendizagem pontuais e sem suporte posterior, que permita a articulação e utilização dos novos conteúdos na resolução dos problemas cotidianos, enfrentados na prática profissional.

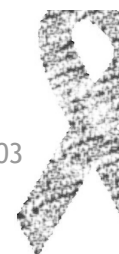
A capacitação dos profissionais tem relevância para a qualificação e ampliação das atividades educativas desenvolvidas na rede de saúde. Estas atividades são fundamentais para a prevenção da aids e, por isso, merecem ser alvo de análise do presente estudo.

#### 4.3.4 ATIVIDADES EDUCATIVAS

Os pressupostos que orientam este estudo têm como base uma reconstrução das atividades e intervenções em saúde, que promovam a autonomia e consciência

---

<sup>49</sup> entrevista 6



crítica dos sujeitos (PAIVA, 1999). Cabe, então, fazer uma leitura acerca do que tem sido produzido como atividades educativas pela Política Municipal de Aids do Recife.

**Trabalho com grupos** requer um posicionamento específico do profissional, o que demanda habilidades, das quais muitos ainda não se apropriaram. Por isso, são imprescindíveis o suporte técnico e diretrizes políticas, que incentivem a realização dessas práticas.

Aí eu acho que a gente não tem que levar pronto, não. Tem que abrir a roda e deixar que as demandas surjam. Aí, quem vai, tem que tá num nível de algum conhecimento, pra tá reproduzindo a discussão e não trazer a concepção pronta. O que presta pra mim pra prevenir, pode não prestar, de forma nenhuma, pra outra pessoa. Ela é que têm que refletir, reconhecer que é um prejuízo adoecer disso, mas tem que ser uma coisa de reflexão. Ou vai ser uma metodologia que as pessoas pensem, que valorizam seu corpo, ou a gente não vai ter muito concreto não (informação verbal)<sup>50</sup>.

Enquanto serviço especializado, seria esperado que o CTA desenvolvesse atividades que trabalhassem, além da informação básica sobre formas de transmissão e prevenção da doença, fatores que vulnerabilizam as pessoas, como relações de gênero e sexualidade, com grupos específicos, como mulheres, jovens, profissionais do sexo e usuários de drogas. Mas, apesar de ter uma equipe em sua maioria comprometida, sem o *know-how* para a realização de oficinas e trabalhos de grupo, o CTA termina priorizando a realização das tradicionais palestras.

Evidencia-se, assim, a fragilidade de uma política que vise, como sugere Ayres (1999), a apropriação da arte da conversação e do cuidado nas ações de promoção à saúde, as quais se mantêm centradas na disseminação de informações. Fica evidente que a capacitação desses profissionais é um processo longo e contínuo, que necessita de acompanhamento e suporte técnico em serviço, com vistas a institucionalizar as práticas propostas teoricamente, como já foi discutido no tópico acima.

A realização de atividades, que promovam a construção de sujeitos sociais, críticos e autônomos, é uma demanda da própria população, que se mostra interessada em espaços dialógicos, onde haja trocas de experiências e sejam discutidas as vivências afetivo-sexuais; onde os sujeitos passem de consumidor de programas de saúde para sujeitos cidadãos, agente e sujeitos de suas próprias

---

<sup>50</sup> entrevista 8



ações. Mas do que o insumo, as pessoas precisam - e desejam - ser ouvidas, apoiadas e cuidadas.

teve uma demanda interessante de grupos, que a gente via que quando não tinha a reunião do grupo de preservativo feminino as mulheres não vinham buscar o preservativo. E que tinham outras mulheres que não pegavam o preservativo feminino ou pegaram uma vez e não gostaram, mas que vinham pro grupo. Então a gente viu que teve uma aceitação legal. Ano passado, a gente deu uma parada, e esse ano a gente tá retomando.[...] quando parou a reunião, pararam de vir pegar a camisinha feminina. Será que tavam pegando só porque tinha a conversa aqui? E quando acabou a conversa? então... (informação verbal)<sup>51</sup>.

Muitas vezes, é o próprio usuário, que chega ao serviço, com uma demanda específica, não tendo interesse, nem disponibilidade - seja de tempo ou de envolvimento - para participar de atividades educativas e aconselhamento pré-teste.

Tem também aquele dia que você quer conversar e o cara tá lá olhando o relógio e aperreado, querendo ir embora, por vários motivos. Tá bom, mas eu não tenho tempo pra ficar aqui o dia todo (informação verbal)<sup>52</sup>.

Isto torna relevante a consideração de que a promoção de diálogos não pode ser impositiva. A obrigatoriedade da participação em tais atividades já retira do sujeito o direito de optar pelo que quer para sua vida. Dificilmente, as mudanças nos valores, crenças e representações serão conseguidas por decreto. Também, não será, por esta via, que será promovida a construção de sujeitos capazes de assumirem práticas sexuais prazerosas e seguras (AYRES, 2003).

A partir das entrevistas, observa-se que as ações educativas desenvolvidas pelos distritos sanitários acontecem de diversas formas, sem gerência ou acompanhamento da coordenação municipal ou mesmo da própria gerência distrital (informação verbal)<sup>53</sup>.

A política de prevenção de aids, ela não é muito estruturada do ponto de vista do distrito, não. Ela é centralizada ainda. O que tem de trabalho fica muito mais ligado à educação em saúde mesmo, e de forma pontual, do que uma coisa estruturada. Aí, fica na prática uma coisa de ser diretamente ligada às unidades. (informação verbal)<sup>54</sup>.

Este fato evidencia a fragilidade das atividades de monitoramento e avaliação da política de prevenção da aids, que será melhor discutida mais adiante.

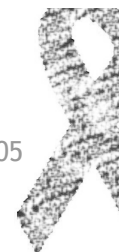
---

<sup>51</sup> entrevista 4

<sup>52</sup> entrevista 4

<sup>53</sup> entrevista 7

<sup>54</sup> entrevista 7



Nas entrevistas, em especial com a gerência do distrito sanitário, foi salientado que alguns serviços de saúde desenvolvem atividades inovadoras, formam grupos específicos e trabalhos com recursos artísticos. Entretanto, a grande maioria das unidades de saúde, ainda, realiza a tradicional palestra, na qual um profissional se coloca como o possuidor do saber e dá “orientações” para a população, o que também é descrito pela Pesquisa sobre Gênero do PSF.

Nas visitas, assiste-se a muitos monólogos das profissionais, que algumas vezes parecem mais com palestras realizadas em domicílio. As atividades educativas, por sua vez, também assumem as mesmas características. A realização dos grupos faz parte das atividades obrigatórias da equipe e há muito poucos registros sobre inovações ou mudanças em seu formato, de um grupo para o outro e de unidade para unidade. [...] Em outra unidade, nota-se que a atividade educativa realiza-se como uma “palestra” ou “aula” e “sem perguntas” ao final (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 21).

Desde a década de 1970, a educação popular se torna foco de estudo privilegiado, como forma de construção coletiva de saberes, tendo sua história marcada por conquistas e lutas contra o saber tecnicista, normatizador. Na saúde, mais especificamente, a educação popular vem assumindo papel importante na construção de noções de saúde, doença, risco e prevenção. Estas construções instrumentalizam os cidadãos para lutarem por seus direitos, legitimando suas formas de ser e estar no mundo.

[...] a vivência coletiva em torno de movimentos que levam a projetos de emancipação, libertação, autonomia, solidariedade, justiça e equidade. Esse agir representa, ao mesmo tempo, estratégia, metodologia, jeito de ser, visão de mundo, expressando-se por meio de um conjunto de práticas, técnicas, políticas, ideológicas, culturais [...] (PEDROSA, 2001, p. 33).

Ao mesmo tempo, é relevante considerar que a educação popular e a construção de saberes compartilhados não se restringem a atividades educativas, grupos operativos ou qualquer outra dinâmica de grupo. A construção de autonomia dos sujeitos se dá, principalmente, na relação cotidiana, no reconhecimento do saber do outro sobre sua própria história de vida (PAIVA, 1999, 2000; AYRES, 1999, 2000).

Mas, a partir dos dados, observa-se que as práticas de saúde, tanto de prevenção, quanto de assistência, são permeadas por crenças e representações que deslegitimam as diferenças sociais e sexuais dos sujeitos, mantendo uma hierarquização entre os profissionais de saúde e os usuários. Neste contexto, é



inviável produzir trocas simbólicas e novos saberes, a partir de práticas dialógicas. Este tema será melhor abordado no tópico sobre a compreensão de prevenção.

Considerando as contribuições de Araújo (2000), fica mais uma vez evidente a fragilidade de uma política que é implementada a partir de um modelo tradicional, no qual os gestores de primeiro escalão têm o poder decisório e os demais são vistos como “meros” implementadores. Seguindo Viana (1996) e Rivera (1992), é imprescindível que os implementadores da política possam opinar e se apropriar da política.

Assim, mesmo que os distritos sanitários e a coordenação de aids desenvolvam atividades que promovam o diálogo, essas não são instituídas nas práticas de saúde cotidianas dos serviços (informação verbal)<sup>55</sup>. Isto porque, são poucos os espaços para formação dos técnicos no desenvolvimento de tais atividades. Não há uma sistemática discussão teórico-metodológica, acerca do processo de construção do conhecimento e de sua relevância para o alcance dos objetivos propostos pela política, tornando as “práticas dialógicas” e a própria política de prevenção algo pouco palpável para os profissionais.

Desde a década de 1970, a educação popular se torna foco de estudo privilegiado, como forma de construção coletiva de saberes, tendo sua história marcada por conquistas e lutas contra o saber tecnicista, normatizador. Na saúde, mais especificamente, a educação popular vem assumindo papel importante na construção de noções de saúde, doença, risco e prevenção. Estas construções instrumentalizam os cidadãos para lutarem por seus direitos, legitimando suas formas de ser e estar no mundo.

[...] a vivência coletiva em torno de movimentos que levam a projetos de emancipação, libertação, autonomia, solidariedade, justiça e equidade. Esse agir representa, ao mesmo tempo, estratégia, metodologia, jeito de ser, visão de mundo, expressando-se por meio de um conjunto de práticas, técnicas, políticas, ideológicas, culturais [...] (PEDROSA, 2001, p. 33).

Outra atividade educativa desenvolvida, além das realizadas nas unidades de saúde e nos distritos sanitários, é o atendimento às **demandas pontuais de empresas e escolas**. Estas são dirigidas ao profissional de saúde, que desenvolve um trabalho reconhecido em sua unidade de saúde; aos distritos sanitários; ao CTA;

---

<sup>55</sup> entrevista 8



e à própria coordenação. Todos buscam atender as demandas, que em grande maioria são para palestras, com metodologia tradicional (informação verbal)<sup>56</sup>.

As demandas oriundas das empresas se dão, principalmente, por causa da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT). Para atendê-las, a coordenação propôs uma contrapartida das empresas. Estas deveriam, em troca da palestra realizada, organizar doações para os usuários do SAE e entregá-las, diretamente, ao serviço. Este acordo demonstra uma grande capacidade de negociação da coordenação, que possibilitou a arrecadação de insumos importantes para as pessoas vivendo com HIV e aids do SAE. Além disso, foi incentivado um maior comprometimento das empresas com a causa da aids e a desmistificação das pessoas com infecção pelo HIV

Em contrapartida, a gente divulga o nosso serviço de atenção a pessoa com HIV, e solicita, estimula pra que essas empresas entrem em contato com o grupo de pessoas com HIV que se organiza no nosso serviços pra fazer doação de alimentos, roupas, enfim, alguma ação desse tipo. É uma forma de contrapartida. É uma forma deles irem ao contato direto das pessoas com HIV, desmistifica um pouco aquela imagem da caveira ambulante, que as pessoas vêem em carne e osso as pessoas com HIV e ao mesmo tempo, de colaborar com elas. Então, esse ano, não tivemos problemas com relação a alimentos. Porque a quantidade de doação, que foi feita por grandes empresas, foi enorme (informação verbal)<sup>57</sup>.

Entretanto, na perspectiva assumida no presente estudo, a coordenação ao realizar estas palestras, mantém-se no lugar de prestação de serviços. Nas entrevistas, fica evidente que os profissionais da rede não são articulados, preparados e designados para essas atividades. Isto parece, por um lado, desvirtuar o papel de gestor da coordenação, e por outro, distanciar a rede do processo, inviabilizando a incorporação dessas ações - como práticas de promoção da saúde - como responsabilidade dos serviços.

Uma outra preocupação também que tem, é que na ausência de projeto político, a coordenação municipal de aids vai operar como uma ONG. Aí, vai fazer ação educativa com travesti, fazer ação educativa com jovem... o estado funciona como uma ONG. A coordenação estadual funciona como uma ONG, passa o dia inteiro dando palestras. É papel do Estado? Qual o papel do Estado nessa história? É, sim, fazer educação, mas ele pode ter um programa de fazer contratação de formação pra educadores e eles irradiam, mas não o coordenador fazer oficina. Não precisa contratar ONG, não. O

---

<sup>56</sup> entrevistas 3, 4, 5, 6 e 7

<sup>57</sup> entrevista 6



próprio Estado tem gente pra fazer isso, agora não, o próprio coordenador tá fazendo a palestra (informação verbal)<sup>58</sup>.

O reconhecimento dos profissionais da rede básica de atenção do SUS como parceiros, co-responsáveis pela política de prevenção de aids, disponibilizaria à coordenação tempo e recursos para o desenvolvimento de atividades de gestão como planejamento, monitoramento e avaliação, delegando aos profissionais a prestação de serviços, treinamentos e desenvolvimento de atividades educativas.

Tem-se, aqui, mais uma vez uma explícita evidencia da necessidade de se articular os diversos atores na construção e implementação de uma política. Seguindo a categorização de Araújo (2000), pode-se propor que quanto mais participativa for a implementação da política, mais chances ela tem de obter sucesso. Assim, a falta de articulação entre a coordenação de aids e os profissionais de saúde, dificulta o processo da política, diminuindo as possibilidades das ações propostas alcançarem os objetivos que as orientam.

Por fim, uma terceira modalidade de atividade educativa proposta pela política em tela foram os **grupos com jovens**, realizados pelo CTA, a partir da demanda das feiras de ciências, o que, até então, funcionava como um momento de aumento da oferta de insumos, como material educativo e preservativos.

Aí, a gente divulgou pra rede, pras escolas, pra os distritos, que quem fosse procurar material educativo pra feira de ciências viesse ao CTA. E aí, começou a surgir uma demanda interessante. Às vezes tinha menino de 10 anos e menino de 17, às vezes meninos até de 9 anos, que não eram nem o perfil de CTA, mas que vinham por conta da feira... que também era uma dificuldade pra quem tava dando essa oficina. Por que até onde a gente ia falar de sexo com esse menino? Vamos falar de sexo anal? E a gente dividia em grupos e fazia umas brincadeiras... tinha uma dinâmica sobre o que a pressa podia dificultar pra colocar o preservativo, fazia as gincanas com os grupos, como é que pega, como é que não pega, tinha essa parte também, mas era mais com o preservativo (informação verbal)<sup>59</sup>.

Entretanto, a ação foi enfraquecida pela pouca disponibilidade de pessoal, já que, como citado anteriormente, a realização de grupos toma muito tempo dos profissionais. Observa-se, mais uma vez, o hiato entre o que é formulado e o que, de fato, é possível ser implementado. Por isso, autores como Ayres (2003), Viana (1996) e Rivera (1992) ratificam a relevância da articulação entre a formulação e a

---

<sup>58</sup> entrevista 1

<sup>59</sup> entrevista 4



implementação das políticas, com a máxima participação dos atores envolvidos, buscando adequar os objetivos às necessidades e demandas da realidade concreta.

Esta relevância fica mais uma vez explícita quando se considera a definição do papel do CTA na rede de atenção do SUS. Por isso, a reorientação do CTA torna-se um importante conteúdo da política que merece ser analisado, na medida em que coloca em evidência a organização da política em tela.

#### 4.3.5 A reorientação do CTA

A mudança do nome do serviço de Centro de Orientação e Aconselhamento (CÔA) para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), segundo o coordenador, técnicos do serviço e atores do movimento social, foi basicamente de nomenclatura, não implicando numa mudança de paradigma do serviço. Seria uma forma de se atualizar - apenas na denominação - com os demais serviços existentes no Brasil.

Na realidade, em princípio, a transformação se dá pela semântica. Porque o COA, desde que eu entrei, questionei que era um serviço que até a terminologia tava ultrapassada. É um dos poucos serviços no país que mantinha a sigla (informação verbal)<sup>60</sup>.

Acredita-se que o termo CTA expressa melhor o trabalho desenvolvido pelo serviço, que não apenas aconselha, mas, fundamentalmente, testa.

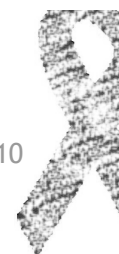
A semântica muda pra poder se adaptar a sua nova realidade. [...] pra mim a terminologia deixa claro que ali é um local pra fazer o teste, não só de aids, mas também de sífilis e hepatite e também pra aconselhar. Centro de Orientação e Aconselhamento é o quê? [...] é um lugar onde eu vou escutar um monte de papo e só? Mas quando eu digo Centro de Testagem e Aconselhamento, eu tô deixando claro que aí se faz teste (informação verbal)<sup>61</sup>.

Para o CTA, a mudança da nomenclatura reflete uma diretriz nacional que identifica este serviço como um centro de testagem, basicamente. Esta definição interfere, diretamente, na forma de trabalho dos profissionais, na medida em que estes devem se ver num outro lugar, não normatizador, possibilitando o oferecimento do teste, isento de avaliações de condutas.

---

<sup>60</sup> entrevista 6

<sup>61</sup> entrevista 6





Ao mesmo tempo, esta nomenclatura reflete na discussão acerca da função e do caráter do aconselhamento, muito mais, como um espaço optativo de diálogo com o usuário, do que um momento para repasse de informações sobre risco e formas de prevenção (FIGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

Como repasse de informações, o aconselhamento pré-teste tende a constranger o usuário, ao colocá-lo num lugar de receber ensinamentos de como viver sua vida de forma mais segura. Porque o sujeito resolveu fazer o teste - o que implica em se sentir em risco - supõe-se que ele exerce uma prática sexual descuidada e desregrada, que precisa ser normatizada e controlada.

Aí, a gente se sente no direito de dizer: Ah, não, você não vai fazer, porque você tá tendo novos riscos... Não tá se comportando adequadamente, então... Teve um momento em que a gente tava no Ministério e ele disse: A gente tem que lembrar pra vocês, que vocês são um centro de testagem. Então, vocês não tem que tá freando o teste de ninguém (informação verbal)<sup>62</sup>.

Mas, com a mudança da nomenclatura, as atividades do serviço não foram modificadas, tendo sido tratadas como algo dado e bem resolvido. Entretanto, qual o papel do CTA, num processo de descentralização da testagem via PSF? Qual a sua especificidade? Por que sua manutenção?

Para o serviço, sua especificidade encontra-se na qualidade das ações que realiza.

Eu ainda defendo que a qualidade do aconselhamento no CTA não se compara com a qualidade da rede, mesmo treinados. A natureza do serviço aqui, você tem condições de passar até uma hora com o usuário. Tem a questão de ser um serviço que você vem se quiser, não tem que passar por um médico. [...] Aqui a conversa é outra. Além da oportunidade de quem não quer dá o nome, de quem quer manter o anonimato, daquele cara que vai com a mulher no posto e não quer dizer que quer fazer o exame de HIV (informação verbal)<sup>63</sup>.

A qualidade do acolhimento é a principal marca do CTA. O aconselhamento pré-teste é realizado coletivamente e se houver demanda, é feita uma conversa individual (informação verbal)<sup>64</sup>. Nas oficinas com mulheres é feito um contato telefônico anterior e é disponibilizado vale-transporte, quando o usuário não tem como ir ao serviço. Há uma grande preocupação para que o usuário não saia do serviço sem ter sido atendido e efetivamente acolhido.

---

<sup>62</sup> entrevista 4

<sup>63</sup> entrevista 4

<sup>64</sup> entrevista 3 e 4



eu percebo esse cuidado de atender o outro, de tentar dar, minimamente, o suporte, liga pro laboratório, dá vale-transporte pra ele ir ao médico, garantir dele ir lá. A gente tenta fazer esse acompanhamento. Enquanto ele espera e a ansiedade é muito grande, a gente pergunta: Quer conversar comigo? Não tá seguro, quer vim outro dia? É esse trabalho que eu acho que é diferenciado. É isso que eu chamo de humanização, não é uma garrafa d'água lá na recepção (informação verbal)<sup>65</sup>.

Mas, seria este um motivo estratégico para se manter e incrementar um serviço? Porque os demais serviços não oferecem qualidade? Mais uma vez, é evidente a carência da discussão política, pois há várias demandas de trabalhos de prevenção com populações específicas, de capacitações de recursos humanos (inclusive da própria rede) e necessidade de formar uma retaguarda aos demais serviços. Diversas possibilidades de ação que não são vistas como missão de um Centro de Testagem e Aconselhamento, e que, por isso, não são priorizadas e terminam por não serem realizadas.

Ministério quer que se dê um salto, mas eu não posso deixar de atender as pessoas que tão aí na sua frente. Agora era interessante. [...] Eu acho que tem que descentralizar. Eu acho que vai acontecer um momento da gente ser muito mais um centro de treinamento. Eu acho que, se não for utopia o desejo de transformar isso aqui num centro de pesquisa, seria muito bom. Eu acho que a gente precisa avançar pra isso. Não tem mais que ficar só no teste (informação verbal)<sup>66</sup>.

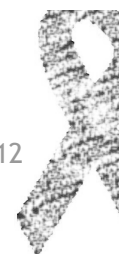
Teoricamente, o CTA tem como principal função ser uma referência em prevenção de DST e aids e na construção de práticas dialógicas, com escuta e respeito às diferenças. Entretanto, o CTA, apresentando suas próprias fragilidades, não funciona como referência para o desenvolvimento de ações educativas, apesar de atender demandas com as tradicionais palestras, tanto nas unidades de saúde, como em escolas e empresas (informação geral)<sup>67</sup>. Não há investimento na qualificação dos profissionais do CTA para este fim, mantendo-os na prática de aconselhamento, testagem e distribuição de preservativos, ações estas, que ao mesmo tempo, têm sido descentralizadas na rede básica de saúde.

---

<sup>65</sup> entrevista 3

<sup>66</sup> entrevista 3

<sup>67</sup> entrevistas 3, 4, 5 e 6



Eu não sinto ainda como se fosse um braço da coordenação para esses treinamentos, nessa política de prevenção. (informação verbal)<sup>68</sup>.

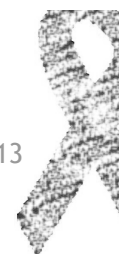
Tais dificuldades de definição do real papel do CTA, principalmente, quando se pensa na descentralização das ações de prevenção em aids, evidenciam alguns problemas que serão discutido mais adiante, mas que merecem ser aqui pontuados: Primeiro, há uma escassez da discussão política com os implementadores da mesma, marcando o que Araújo (2000) salienta como uma forma tradicional (de cima pra baixo) de implementar a política. Como resultado, tem-se profissionais de saúde sem compreenderem seu papel na política, o que interfere diretamente na qualidade de suas ações. Segundo, observa-se que, uma vez sendo o CTA um serviço diferenciado por sua qualidade de atendimento, os demais serviços de saúde ainda não conseguiram incorporar novas práticas de saúde que contemplem a diversidade dos sujeitos e a integralidade das ações. Assim, conclui-se que as ações de prevenção da aids ainda não foram, de fato, descentralizadas, não garantindo a sustentabilidade da política. E por fim, em como terceiro ponto, uma vez que não está adequadamente definida a especificidade de um serviço de referência, deve-se considerar que não há uma rede de atenção estruturada, que obedeça ao princípio da descentralização e à diretriz da hierarquização do SUS.

Dentre as ações que atingem a rede de serviços do SUS, a coordenação investe de forma significativa na comunicação. Esta se caracteriza, primordialmente, pela produção de materiais educativos, informativos e na realização de eventos. Com estas ações, a coordenação tenta dar visibilidade à problemática da aids, disseminar práticas de proteção ao vírus e desmistificar grupos socialmente marginalizados (informação verbal)<sup>69</sup>. Para uma melhor compreensão desta questão, é proposta, a seguir, uma análise das ações de comunicação da coordenação, buscando identificar se há, de fato, uma política de comunicação para a aids ou ações programáticas pontuais.

---

<sup>68</sup> entrevista 4

<sup>69</sup> entrevista 6



#### 4.3.6 A POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO

A partir das entrevistas, pode ser concluído que os produtos de comunicação são planejados pela coordenação, a partir de datas comemorativas ou estratégicas para a produção de campanhas e eventos (informação verbal)<sup>70</sup>.

Esta forma de trabalho reflete a fragilidade de uma política de comunicação que oriente a produção de materiais e que alimente, sistematicamente, a rede de atenção do SUS.

Pode-se compreender que uma campanha de fato - que caracterizaria uma política campanhista (CUNHA, CUNHA, 2001; PAIM, 2002) - demanda uma rede de apoio para o desenvolvimento de uma determinada ação. No caso da campanha nacional do Fique Sabendo, além da campanha publicitária, foi necessário montar toda uma rede de suporte, com compra de insumos e organização de serviços.

uma campanha não é somente a comunicação, uma campanha tem outras ações junto. E ela só acontece com a comunicação, que gasta uma fortuna pra fazer um show e um monte de coisa, mas ela não se constitui como uma campanha. Porque mesmo aquela coisa do câncer, que a gente brigava porque Serra era campanhista, você tinha a comunicação, você tinha os serviços montados pra fazer aquilo, naquela campanha, você tinha material educativo que eles produziam, mobilizava a sociedade civil, era um inferno, todo mundo se metia, querendo, ou não, se metia, da Avon à ONG feminista, todo mundo era obrigado a se meter naquele negócio. Agora, essas que acontecem aqui, nem isso. Porque ela é só mídia no ar (informação verbal)<sup>71</sup>.

Entretanto, as campanhas propostas pela coordenação, não estruturam uma rede de serviços, nem articula diversos atores. Nas datas estratégicas, a coordenação abre mão de seu papel de gestor público, para criar e distribuir materiais publicitários, marcando mais claramente a produção de campanhas publicitárias.

Em grande parte dos produtos de comunicação produzidos, é evidente a tentativa de **massificar o uso do preservativo**. Um exemplo é a criação dos personagens “miss camisinha” e “super tesão” (ANEXO B). Estes personagens são

---

<sup>70</sup> entrevista 1

<sup>71</sup> entrevista 1



utilizados em eventos como Carnaval, dia dos namorados, São João e Parada Gay, para intensificar e desmistificar o uso deste insumo junto à população. Nestes eventos, também são produzidos *folders*, bulas, enfim, uma série de produtos articulados para este determinado fim.

A comunicação é maior quando tem o primeiro de dezembro<sup>72</sup> e no carnaval, que é o uso do preservativo e a importância do uso do preservativo, sensibilizar as pessoas pra o uso do preservativo, né? (informação verbal)<sup>73</sup>.

O porta-camisinha (ANEXO B) foi uma inovação desta gestão. Este objeto, uma sacolinha colorida que se pendura no pescoço, serve para carregar camisinhas, desmistificando o seu porte. Houve ocasiões em que o prefeito utilizou o porta-camisinha, legitimando esta questão (informação verbal)<sup>74</sup>. Mesmo que as pessoas não utilizem o porta-camisinha para guardar preservativos, fazendo-o de porta-moeda ou qualquer outra coisa, a riqueza desta distribuição parece estar na possibilidade das pessoas falarem e usarem um adereço que trata de um insumo de prevenção.

A simples distribuição do preservativo não é suficiente para que a população de fato use-o (CAMARGO, 1999; GUIMARÃES K., 1996; PAIVA, 2000). O processo de construção e propagação de informações tem forte influência na construção de sentido da realidade e as campanhas publicitárias são importantes instrumentos de formação de opiniões. Da mesma forma, tais produtos comunicacionais propõem novas formas de representação e relação do sujeito com o preservativo, sendo instrumentos estratégicos de produção de novos sentidos para a realidade social.

Em alguns momentos da história da política de prevenção em aids no Brasil, foram desenvolvidas campanhas publicitárias que associaram aids à morte, numa tentativa de utilizar o medo como promotor de práticas preventivas. Com o tempo, foi evidenciado que o medo provoca o afastamento. A pessoa deixa de se reconhecer como parte desta realidade, inviabilizando posturas preventivas (JOFFE, 1994).

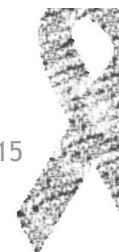
Elas (as campanhas) enfatizam que se deve abdicar do prazer para poder viver. As primeiras campanhas também enfatizavam a culpa por comportamentos anti-sociais, que deveriam ser punidos e insinuavam que o castigo era a aids (SILVA, 1999, p.46).

---

<sup>72</sup> dia mundial de enfrentamento da aids, conhecido como o “Dia Mundial da Aids”.

<sup>73</sup> entrevista 2

<sup>74</sup> entrevista 6



Para a incorporação do uso do preservativo, é necessária, dentre outras questões, a reconstrução dos valores socialmente construídos para este insumo. Neste sentido, as campanhas da política municipal parecem ser ter fundamental relevância.

Conforme as entrevistas e os documentos coletados, pode ser observado que, tanto a dupla “miss camisinha e o super tesão”, quanto o porta camisinha, são utilizados em momentos de festas, em lugares pontuais. Eles não atingem o cotidiano das ações dos serviços, não são utilizados pelos profissionais de saúde que distribuem o preservativo, nem atingem a população que busca o insumo na rede. Assim, eles servem, mais, para dar visibilidade à campanha da desmistificação da camisinha, do que para trabalhar no cotidiano as dificuldades da população com o uso de preservativo.

A campanha tem uma função, mas ela não preenche o espaço de um trabalho rotineiro que é a gente tá pegando grupos específicos, que é o que eu falo do miudinho (informação verbal)<sup>75</sup>.

Mais uma vez, há uma ação importante com pequeno alcance, evidenciando a postura da coordenação, de realizar trabalhos de grande relevância, de forma pontual, sem estruturar uma rede de atenção que institucionalize a política de prevenção da aids nos serviços do SUS. Esta é mais uma evidência do caráter tradicional da política (ARAÚJO, 2000), como já foi pontuado em outros momentos.

As campanhas publicitárias têm ainda - como outro mote - a **legitimação das diferentes práticas sexuais**, com vista à diminuição do preconceito e fortalecimento de grupos marginalizados, em específico, o grupo homossexual. São apoiados eventos como a Parada Gay e o Mix Brasil, inclusive, com a presença do prefeito nos eventos (informação verbal)<sup>76</sup>. Estas iniciativas marcam uma postura política da secretaria legitimar tais grupos, historicamente marginalizados, reconhecendo-os como cidadãos.

A **produção de shows** no dia mundial da aids, com artistas de reconhecimento nacional como Lobão e Zeca Baleiro (ANEXO B), também se tornou uma marca da gestão. Os entrevistados que atuam no movimento social acreditam ser um grande gasto de recurso público, numa ação pouco politizada. Tais críticas fizeram o coordenador recuar e não mais realizar shows no dia mundial da aids.

---

<sup>75</sup> entrevista 8

<sup>76</sup> entrevista 6



porque antes se fazia show. Então, a briga foi muito grande, porque a gente acha que o primeiro de dezembro não é um dia de show, é um dia de a gente tá ali fazendo ações, reivindicando, protestando... E foi colocado isso. E no último ano ele conversou com a sociedade civil sobre quais ações seriam feitas, tudo isso (informação verbal)<sup>77</sup>.

Os **materiais educativos** são, muitas vezes, produzidos para atender a demanda de grupos específicos e/ou dos serviços – a exemplo de um espelho que foi confeccionado, em solicitação das profissionais do sexo e do *folder* sobre adesão para o SAE. Ambos os materiais foram pensados, de acordo com o momento em que foram solicitados, marcando o caráter incrementalista da política (ARAÚJO, 2000).

Dentre os materiais produzidos pela coordenação, foi possível ter acesso, nas entrevistas com o coordenador, aos seguintes materiais produzidos (ANEXO B):

**Bula da camisinha:** Pequeno *folder* explicativo sobre como usar o preservativo masculino, utilizando desenhos em quadrinhos. Cita o gel lubrificante e as DST sem terror e trata das diversas possibilidades sexuais, defendendo as várias formas de obtenção de prazer seguro, sem apresentar a camisinha como o único modo de sexo seguro.

**Fique ligado:** Neste *folder*, há, mais uma vez, a proposta de utilizar desenhos para tratar das questões da sexualidade, em especial das DST. Sem descrever as patologias, propõe que a pessoa, ao menor sinal de algo estranho em seus órgãos genitais, procure um serviço de saúde. Como no caso da cartilha das DST, há a opção por não simbolizar as DST, através de imagens desagradáveis, diminuindo as resistências das pessoas.

**Cartilha DST- O que é isso?:** Seguindo o cartaz sobre DST, a cartilha utiliza desenhos com metáforas dos principais sinais e sintomas de cada DST. A coceira é visualmente identificada por um cachorro se coçando; o mau cheiro, por uma meia com chulé; e o corrimento, por uma torneira com vazamento, ao contrário do uso de figuras de pênis e vagina com feridas.

Chama atenção, também, o desenho de um homem negro e uma mulher branca - considerando a diversidade racial - ambos olhando para suas genitálias. O material apresenta uma discussão sobre o conhecimento do próprio corpo e trata de

---

<sup>77</sup> entrevista 2



questões de higiene, dificilmente enfrentadas pelos profissionais de saúde, fundamentais para a saúde sexual.

Além de tornar o material mais agradável de ser manuseado, o recurso ao lúdico permite maior identificação do sujeito com os sinais e sintomas das DST, já que as imagens de feridas reais assustam e provocam no sujeito o movimento de negação da doença.

Como já foi dito no início do presente trabalho, a aids guarda em sua história, políticas de prevenção calcadas no medo e no terrorismo (CAMARGO, 1999; MONTEIRO, VARGAS, 2003). Esta estratégia demonstrou ser pouco eficaz, na medida em que permite o que Joffe (1994) chama de “eu não, meu grupo não”. Num movimento de proteção e medo, os sujeitos constroem representações sociais que atribuem a aids e o risco da infecção à grupos estrangeiros, normalmente marginalizados. Este material apresenta as DSTs, abandonando o terrorismo e propondo o lúdico.

Entretanto, como salienta Viana (1996) na formulação de uma política entram em disputa diversos interesses e concepções de mundo dos atores políticos. Este fato ficou evidente na produção e utilização do referido material. A coordenação parte do pressuposto que para atingir a população, o material educativo deve chegar perto da realidade dos sujeitos, sem lhes apavorar. Por isso, a escolha de um material que, ao não mostrar imagens de genitálias doentes, pudesse ser mais bem aceito pela população, inclusive a mais jovem.

Para uma gerência de distrito, o material infantiliza a doença e satiriza a pessoa com os sintomas (informação verbal)<sup>78</sup>. Neste distrito, o material não é utilizado, pois é avaliado como agressivo, ao tratar das DST com desenhos e metáforas, simbolizando o corrimento com uma torneira pingando. Na visão da gerência, este material é ultrajante e denigre a mulher com corrimento.

Aquele cartaz, das DSTs, o que tem uma torneirinha... Aquilo é falta de respeito. Você comparar o corrimento de uma vagina com uma torneirinha. Aquilo não tem nenhum motivo de existir. Do ponto de vista estético, é feio, do ponto de vista da comunicação, é extremamente pejorativo. Eu não uso ele (informação verbal)<sup>79</sup>.

Esta divergência evidencia diferentes perspectivas teóricas para o trabalho

---

<sup>78</sup> entrevista 7

<sup>79</sup> entrevista 7





das DST e aids, e se respalda numa discussão mais ampla que a avaliação de um material educativo. A escolha por uma forma de descrição de DST, e de imagens que a elas estão vinculadas, retrata uma forma específica de pensar e propor a prevenção.

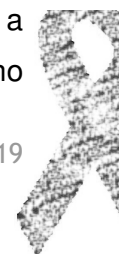
Tais produtos comunicacionais têm forte relevância na proposição de novos modelos representacionais, construtos simbólicos que dão sentido à aids, ao preservativo e às práticas preventivas. Ou seja, estes novos modelos de significação da realidade apresentam-se como importantes recursos lingüísticos para a reorganização da realidade social e para a construção de novos modelos de relação do sujeito com seu corpo.

Entretanto, não é aberto o debate sobre o tema e a divergência permanece velada. A coordenação produz, e reproduz o material e os distritos os utilizam, ou não, de acordo com suas próprias diretrizes e compreensões, como foi apontado pela gerência do distrito. Este fato retrata a pouca discussão teórica entre os atores sobre a problemática da aids e prevenção, evidenciando a fragilidade de uma diretriz política que oriente as ações na rede de atenção do SUS.

**Fica comigo esta noite... e não te arrependers:** Cartão postal criado para a comemoração do dia dos namorados. É um material temático, pensado para uma data específica, marcando a forma da coordenação propor suas peças de comunicação.

Parodiando uma antiga música de seresta, ele propõe o uso de preservativo entre casais de namorados. Busca, com isso, propor o uso do preservativo entre casais supostamente monogâmicos. Esta preocupação é bastante relevante quando se considera que a epidemia tem crescido entre mulheres casadas e heterossexuais. Como já salientado anteriormente, este grupo social, ao se apoiar na crença do amor romântico, acredita que está fora do risco da aids (BASTOS, 2001; GUIMARÃES C, 1996), atrelada socialmente a práticas sexuais ditas perversas, como a promiscuidade e a homoeroticidade (JOFFE, 1994).

Este material associa a idéia de amor (namoro) com a de proteção, sugerindo que uma relação romântica pode permitir o uso do preservativo. Se por outro lado, a primeira chamada deste material associa a proteção ao uso do preservativo, no verso, quando propõe, na ausência deste, outras praticas sexuais seguras, abre a possibilidade para que casais com relações afetivas estáveis possam pensar no



cuidado sem, necessariamente, fazer uso do preservativo, através do sexo sem penetração e masturbação a dois.

Ao problematizar a dificuldade das mulheres tocarem seu corpo, e do seu parceiro, e do medo dos homens perderem a ereção com o uso do preservativo - propondo carícias, durante a utilização do mesmo - este material coloca em questão a vivência sexual, como algo importante na negociação do preservativo. Entretanto, não parece levar em conta relações homossexuais e suas dificuldades específicas. Parece restringir, assim, o namoro às relações heterossexuais, ratificando o ideário social de que as práticas homoeróticas são privilegiadamente desprovidas de estabilidade afetiva (CUSCHNIR, 1995).

**A Cena homoerótica do Recife – Espaços de Socialização:** Este material é um “catálogo de endereços dos bares, boates, saunas, locais de pegação, profissionais do sexo, espetáculos teatrais, eventos e festas” (sic), identificados como espaços específicos para homens que fazem sexo com homens. Deve ser pontuado o reconhecimento desses espaços sociais, no sentido de divulgá-los, e conseqüentemente, legitimá-los, já que este é um material da Secretaria de Saúde. Há, com isso, o fortalecimento dos grupos homossexuais masculinos que, como já salientado em outros momentos deste estudo, é uma das prioridades da Coordenação Municipal de Aids.

**Cartão da cidade:** Escrito em português e inglês, este *folder* foi produzido, especialmente, para ser distribuído em congressos internacionais. Apresenta as principais características geográficas do Recife e seu perfil epidemiológico. Cita, ainda, os principais serviços de referência para aids e as ações programáticas privilegiadas pela secretaria de saúde no campo da aids: ações de prevenção da transmissão vertical; distribuição de preservativos; e campanhas de prevenção com material de comunicação. Desta forma, o material tem, como principal função, dar visibilidade e descreve as prioridades da coordenação, corroborando os dados encontrados no presente estudo.

**Jingle da camisinha:** Produzido no primeiro ano da gestão, o *jingle* da camisinha foi criado nos ritmos de frevo, maracatu e rap, para ser veiculado durante o carnaval, com o seguinte texto:

Amor, folia, desejo, paixão...  
Nesse bloco tá faltando o quê?  
A camisinha!  
Um beijo, um abraço, o calor, o tesão...



Nesse bloco tá faltando o quê?  
A camisinha!  
Amor com segurança, respeito, confiança.  
É o bloco da alegria!  
É hora de brincar, mas na hora H  
Não esqueça a camisinha! (*jingle*)

Este material foi articulado a uma campanha publicitária em outbus e outdoors com as palavras “amor, folia, desejo e paixão” sem a letra “o”. Dias depois, estas palavras foram rerepresentadas nos mesmos lugares, com uma imagem da camisinha no lugar da letra “o” (ANEXO B).

Como em outros materiais, nesta campanha são propostas a erotização e massificação do uso do preservativo. Ele é articulado às relações de prazer, amor, desejo e paixão, no período carnavalesco, quando se intensificam as relações sexuais com risco acrescido pelo consumo de álcool e outras drogas, que dificultam o desenvolvimento de práticas sexuais seguras – como, por exemplo, o uso do preservativo.

Ainda na perspectiva da erotização, é relevante o relato do caso de uma campanha publicitária que não foi aprovada para o carnaval, na qual o coordenador da política havia sugerido expor casais diversos - homossexuais masculinos e femininos, grupos de três e quatro pessoas - fantasiados, fazendo um trocadilho entre usar a fantasia - carnavalesca e ou sexual - mas com a camisinha.

Garantir que, a prefeitura, como uma gestão democrática, fale pra todos e pra todas (informação verbal)<sup>80</sup>.

A proposta da campanha evidencia a preocupação da coordenação em trabalhar a prevenção da aids, a partir da erotização do preservativo e legitimação das diversas práticas sexuais. A proposta é favorecer a identificação do sujeito com o insumo e a inclusão social de populações marginalizadas, processos relevantes para a prevenção (SAMPAIO, 2001), na medida em que auxilia os sujeitos a assumirem o cuidado com seu corpo, para além do desempenho de ações preventivas normatizadas pelo saber técnico.

Em vez da campanha das fantasias carnavalescas, foram veiculadas outras duas campanhas, no período do carnaval, ambas com slogans em outdoors e outbus. Uma delas, antes do período de festas, lançou a seguinte interjeição: USE!

---

<sup>80</sup> entrevista 6



com uma camisinha formando o acento de exclamação, seguida da frase: “neste carnaval e sempre”. A segunda campanha apresentava o seguinte texto: “Tá lembrada/o? Cuide-se!” (ANEXO B). Estas campanhas lançam normas que devem ser seguidas, indiscriminadamente. Descontextualizadas e impositivas, elas parecem desconsiderar o que, neste estudo, tem sido argumentado sobre vulnerabilidade, vivência afetivo-sexual e risco de infecção do HIV. Reforça a responsabilização/culpabilização do sujeito em relação ao risco da infecção, num período como o carnaval, caracterizado pela extravagância e perdas dos limites.

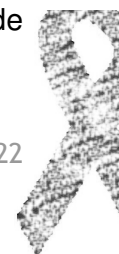
Comparando estas campanhas com a do “amor, tesão, desejo e paixão” (ANEXO B) ou com a das “fantasias sexuais” - que não foi veiculada - é observada uma grande mudança nos conteúdos que as orientam.

A promoção de práticas seguras para as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids requer mudanças na vivência das experiências afetivo-sexuais, que podem ser conduzidas de diferentes formas. Pode-se optar pela normatização de condutas e domesticação dos sujeitos, ou pela construção em coletividade - ouvindo e legitimando as diversas experiências e verdades dos grupos – formas não estandarizadas de cuidado consigo e com o outro.

A construção coletiva do saber não diz respeito apenas à prevenção da aids. Ela é proposta como diretriz para diversos setores, sendo aplicada a todo o tipo de saber social e tem implicações diretas com o exercício da cidadania, pilar da reforma sanitária que gesta o SUS.

A mudança da perspectiva de intervenção adotada durante uma mesma gestão política parece identificar, como demonstra Viana (1996), que no momento em que as ações programáticas são pactuadas, diversos interesses e poderes se articulam e interferem, diretamente, na tomada de decisão. Apesar da coordenação não ter apresentado nenhuma justificativa para a mudança na forma de propor o uso da camisinha - em alguns momentos propondo sua erotização e em outros assumindo um discurso normatizador e estéril - fica evidente que algo se passou neste processo decisório que modificou, acentuadamente, a proposta de trabalho.

A coordenação compreende as campanhas como uma forma estratégica de comunicação, fundamental para a disseminação da informação sobre aids. Com o investimento na comunicação, a coordenação consegue dar visibilidade à política de



aids, que passa a ser legitimada, através dos meios de comunicação da cidade, construindo, com isso, governabilidade (MATUS, 1996).

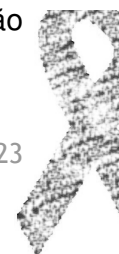
Para a construção de alguns dos materiais, o coordenador declarou que ouviu a população alvo, com o objetivo de apreender a linguagem do grupo e construir um produto adequado (informação verbal)<sup>81</sup>. Isto não implica, necessariamente, num processo de planejamento para produção de material de comunicação. A escuta parece ter mais o objetivo de fornecer informações para a coordenação sobre o grupo, do que de produção coletiva. A fragilidade na pactuação para o planejamento dos materiais educativos será respaldada pelos dados a serem discutidos mais adiante sobre o processo da política. Resta, neste momento, salientar que construir o material, ouvindo a população, dá respaldo político e legitimidade ao produto, mesmo havendo o reconhecimento de que nunca um material irá agradar a todos os atores. Isto já foi apontado acerca da construção de uma política, programa ou ação, na qual entram em disputa interesses de diversos atores políticos, com diferentes poderes (VIANA, 1996).

O que deve ser ponderado é que não há uma política de comunicação estruturada, no sentido de haver continuidade e transversalidade. As peças de comunicação são pontuais, não atingem o cotidiano das ações de saúde, nem se articulam com outras ações, como prevenção da violência, educação sexual, pré-natal, planejamento reprodutivo, saúde do idoso e saúde mental. A intersectorialidade ocorre, apenas, em eventos específicos, como ações no carnaval, que associam o risco de infecção pelo HIV ao uso indevido de álcool e outras drogas, ou no Projeto Nascer, articulando ações de prevenção da transmissão vertical do HIV à saúde da criança e da mulher.

Considerando este conjunto de produções, é evidente a preocupação da coordenação trabalhar o tema sexualidade e o direito dos usuários obterem insumos de prevenção, além da legitimação de diversas práticas sexuais. É utilizado um discurso erotizado ou lúdico, rompendo com o terrorismo que, por muito tempo, orientou os discursos da aids (SONTAG, 1989, SPINK et al., 2001). Entretanto, não bastam boas idéias e um discurso político inovador. É necessário desenvolver políticas que estruturam processos de trabalhos e institucionalizem o discurso proposto, nas práticas de saúde cotidianas; ou seja, que, seguindo a categorização

---

<sup>81</sup> entrevista 6



de Araújo e Maciel (2001), a implementação da política seja participativa. Sem isso, há o risco de serem mantidas ações pontuais, sem grande impacto nas produções sociais que orientam a forma de vida dos sujeitos, vulnerabilizando-os para o HIV e outras doenças e agravos.

Outro conteúdo que merece ser aqui analisado diz respeito à política de distribuição de insumos. Isto porque, assim como na produção dos materiais educativos, uma série de questões subjetivas interfere nos seus processos de formulação e implementação.

#### 4.3.7 A POLÍTICA DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS

A coordenação de aids investiu na distribuição de **preservativos masculinos**. Diferentemente dos demais insumos da saúde, o preservativo masculino de 52 mm passou a ser ofertado na rede, sem problemas de abastecimentos. Foi pactuado um progressivo aumento da cota recebida pelo Ministério da Saúde e houve a compra com recursos do Fundo Municipal.

A gente triplicou o número de preservativos. Esse ano teve uma pequena baixa porque houve falta do Ministério da Saúde. Mas a gente tá distribuindo quase quatro milhões de preservativos ao ano, cerca de 300 mil por mês, mais o carnaval e o São João e outras atividades que a gente recebe cotas maiores, e comprou também. Esse ano baixou um pouco mais, deve ter ficado em torno de três milhões e 200 mil. Nesse último ano, em 2004, foi um milhão de preservativos, em 2003 - 300 mil, 2002 - no máximo 50 mil... (informação verbal)<sup>82</sup>.

Não é possível pensar o incentivo do uso do preservativo como uma estratégia de política pública de prevenção eficaz, sem considerar aspectos políticos e econômicos que interferem na quantidade de insumos disponibilizados na rede. A compra desse insumo implica em significativo investimento financeiro e, conseqüentemente, deliberações e comprometimentos políticos de diversas ordens, e instâncias. É imprescindível a disponibilização de um quantitativo que atenda a demanda populacional, inclusive de grupos específicos, como profissionais do sexo,

---

<sup>82</sup> entrevista 6



por ser inviável esperar que populações de baixa renda priorizem a compra de preservativos, em detrimento de alimentos ou medicamentos.

A compra de preservativos com recursos do tesouro municipal pode ser avaliada como uma importante ação programática que visa a sustentabilidade da política, independentemente da continuidade dos repasses dos recursos internacionais. Ela evidencia o comprometimento da secretaria de saúde com a aquisição do preservativo, enquanto mais um insumo da farmácia básica.

Considerando as entrevistas e alguns documentos, é percebido o investimento na desburocratização da distribuição, desvinculando o recebimento do preservativo à participação em palestras. Anteriormente, quando uma pessoa queria pegar preservativo, tinha que participar de uma palestra educativa, na qual eram repetidas as formas de transmissão e prevenção das DST e “ensinado” o uso correto do preservativo. Não importava quantas vezes a pessoa já havia participado da palestra, o recebimento do preservativo estava condicionado a mesma.

Desvincular a disponibilização do preservativo da participação da palestra, além da desburocratização e facilitação do acesso, representa o reconhecimento, ao menos político, de que, sob coerção, nenhuma postura preventiva será desenvolvida. Não será obrigando o sujeito a ter acesso a determinadas informações que essas farão parte de seu conjunto de valores e darão suporte a suas escolhas de vida (VITIELLO, 1997).

Ao mesmo tempo, a desburocratização implica na garantia de direitos sociais, na medida em que o insumo é de uso público e direito do sujeito-cidadão. O profissional não pode fazer uso deste, como um bem particular, do qual se utiliza para premiar quem assiste suas orientações.

Ela tem que chegar lá e tem que receber o preservativo. Tem que passar por palestra? Não, não é um prêmio pra ela. A lógica não é essa, a lógica é que é um direito dela. E ela tem que usar, se ela quiser usar, ela pode usar (informação verbal)<sup>83</sup>.

A desvinculação da distribuição do preservativo à participação em palestras não foi fácil de ser implantada, e muitos profissionais da rede, sedimentados na perspectiva normatizadora da saúde (FOUCAULT, 2003), foram resistentes (informação verbal)<sup>84</sup>, o que evidencia a pluralidade de interesses e compreensões

---

<sup>83</sup> entrevista 5

<sup>84</sup> entrevista 5 e 6



dos diversos atores envolvidos na política (VIANA, 1996).

Apesar de ser da política municipal, mesmo, massificar o uso da camisinha na rede, houve uma resistência muito grande da rede. A rede tinha uma estrutura muito conservadora de só distribuir àquelas pessoas que recebiam orientação, todo mês. Pra receber tinha que ter a orientação, ou a famigerada palestra. Isso a gente conseguiu quebrar um pouco. Então eu acho que o programa municipal impôs um pouco, até pela quantidade de camisinha disponível, né? (informação verbal)<sup>85</sup>.

Entretanto, por ser uma prioridade da coordenação facilitar o acesso da população ao preservativo, compreendendo prevenção como algo além da informação, foi possível, aos poucos, desvincular a entrega do preservativo à palestra na maioria dos PSF, ficando a critério de cada sujeito participar das ações educativas oferecidas pelo serviço.

Outra questão relevante na distribuição dos preservativos tem sido a flexibilidade na determinação da cota individual fornecida, que é normatizada no município em 15 preservativo/mês por pessoa (informação verbal)<sup>86</sup>. Considerando a equidade e as diferentes vulnerabilidades, a normatização municipal para a distribuição de preservativos garante que pessoas com risco acrescido possam receber uma cota de até 30 preservativos/mês (informação verbal)<sup>87</sup>.

No CTA, esta cota diferenciada é definida pelo profissional que realiza o atendimento individual com a pessoa que demanda, analisando junto com ela, na singularidade de cada história pessoal, os diversos fatores que lhe vulnerabilizam. No conjunto de pessoas que *a priori* são consideradas com risco acrescido podem ser citados, por exemplo, os profissionais do sexo, travestis e meninos de rua.

Às vezes vem aqui um menino de rua que você vê pela cara que é de rua, e o cara pede mais camisinha e o pessoal fica puto. E aí, quando você vai atender, o cara faz programa por um real. E aí, você tem que chegar e contar pra recepção isso. Tem que dá camisinha pra ele, porque ele não vai ter dinheiro pra comprar, não. Se 30 camisinhas pra ele é pouco, bota 60 (informação verbal)<sup>88</sup>.

Para a equipe do CTA, os grupos preconizados pelo ministério não podem ser tomados à risca, devendo ser analisados, na singularidade da cada experiência. Tem-se, aí, mais uma demonstração do hiato existente quando os atores que

---

<sup>85</sup> entrevista 7

<sup>86</sup> entrevista 6

<sup>87</sup> entrevista 5 e 6

<sup>88</sup> entrevista 4





formulam não são os mesmos que implementam a política. De fato, seguindo Araújo (2000) cada ator ao implementar uma determinada ação programática irá formular uma compreensão sobre a mesma, orientando sua forma de pôr em prática as diretrizes políticas recebidas. Assim, quando os formuladores não dialogam com os implementadores, correm-se o risco de não ser realizado o que foi proposto. Assim, na compreensão do CTA, se o usuário chegou solicitando preservativo é porque ele precisa, e mais, é porque ele está tentando cuidar do seu corpo, e isso deve ser apoiado.

Além da cota de distribuição, a gente tem uma cota extra pra dar as pessoas que... vem antes de completar um mês... Até com 20, 15 dias: “acabou”, aí, a gente dá, da cota extra. Mas ele não sai daqui sem preservativo! [...]15 não dá, a gente passa pra 30. Não deu, entra na cota extra. Mas pra isso, a gente tem que avaliar. Pra aumentar a cota... (informação verbal)<sup>89</sup>.

Entretanto, os grupos com risco acrescido, apesar de receberem o preservativo, não são inseridos em nenhuma atividade de apoio para trabalhar sua vulnerabilidade (informação verbal)<sup>90</sup>. Uma vez que essas atividades não estão estruturadas, a política de prevenção, a partir do trabalho com as diferentes vulnerabilidades, limita-se à entrega do insumo, como se o preservativo fosse a única forma de prevenção possível.

A reorientação da distribuição de preservativos - com desburocratização e aumento da cota individual e da quantidade de insumo disponibilizado - atingiu toda a rede de saúde. Foi a principal ação de prevenção da aids que a coordenação realizou diretamente com a rede básica de saúde. Esta é uma ação programática identificada no presente trabalho, que parte da construção de uma rede de atenção vinculada ao SUS, definindo parâmetros, diretrizes e orientações políticas.

Eu gostei dessa questão que as pessoas tão tendo que ir nos postos de saúde buscar. Porque aí, é legal, as pessoas conhecem os postos de saúde, tem mais informações, tem mais acesso, criam um vínculo, conhecem outros serviços de saúde, que por ele não ir, ele não sabia que existia. Porque ele não chega lá, pega o preservativo e sai correndo, né? Ele vê, olha, lê algum cartaz. (informação verbal)<sup>91</sup>.

Se por um lado, a gestão vem investindo no incremento da compra de preservativos e diversificando a oferta, por outro, ainda, é uma questão,

---

<sup>89</sup> entrevista 3

<sup>90</sup> entrevista 3, 4 e 5

<sup>91</sup> entrevista 2



principalmente para as ONG's que também realizam a distribuição, a garantia do acesso, no sentido da pessoa poder chegar na unidade de saúde e solicitar o preservativo, sem sofrer discriminação.

O próprio ato de se dirigir à unidade de saúde para pegar preservativo já é bastante constrangedor para a grande maioria da população. Principalmente em serviços do PSF, onde os profissionais de saúde têm grande familiaridade com o usuário, sentindo-se, muitas vezes, no direito de opinar e avaliar a sua vida, sustentando-se no poder do saber técnico que lhes foi outorgado, marcando o que foi discutido no presente trabalho acerca do poder simbólico dos atores sociais na construção da realidade social.

As pessoas que vão buscar a camisinha ou a pílula parecem que se sentem um tanto constrangidas de fazerem isso na frente de todos e procuram sempre abordar a profissional no momento que ela está mais isolada. Em alguns momentos, é possível perceber um posicionamento um tanto moralista, como quando a auxiliar de enfermagem comenta de um homem que está sempre no posto pedindo preservativo e diz "Nós damos o que ele tem direito", mas demonstrando haver uma certa restrição e relacionando isso com o fato de ele estar sempre bêbado. (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 39).

Por isso, é importante considerar alguns fatores de ordem cultural que interferem na distribuição de preservativos e, muitas vezes, impedem as práticas preventivas dos sujeitos, mesmo daqueles que poderiam ter acesso ao referido insumo.

São relevantes questões como o posicionamento dos profissionais dos serviços de saúde em relação aos cidadãos que buscam preservativos. Uma vez que as DST e aids são, culturalmente, representadas como resultado de práticas promíscuas, infiéis ou marginalizadas (GOLDSTEIN, 1996; LENT, [2000]), o uso do preservativo é, muitas vezes, associado a populações estigmatizadas.

Conseqüentemente, numa postura crítica e avaliativa em relação à realidade e escolhas de vida do outro, os profissionais assumem a defesa do "eu não, meu grupo não" (JOFFE, 1994). Nesta posição, não se reconhecem nas práticas sexuais ditas perversas e, por tanto, consideram-se fora de risco, como se este se limitasse às pessoas que desempenham tais práticas.

Já teve discussões aqui entre a gente, onde profissionais, aqui, não se consideram correndo risco nenhum. Incapaz de pensar uma



relação, a dois, com isso (preservativo). Estão imunes (informação verbal)<sup>92</sup>.

A construção cultural que associa camisinha a práticas sexuais marginalizadas fortalece noções de risco que inviabilizam, por exemplo, homens e mulheres casados usarem a camisinha em suas relações conjugais (GUIMARÃES, C., 1996; VILLELA, 1996).

E quando é uma mulher casada que a gente atende, agente muitas vezes não pergunta se ela tem outro parceiro. Se um homem disser que confia na mulher, parou o assunto, mas se a mulher disser que confia, a gente fica morrendo por dentro (informação verbal)<sup>93</sup>.

Tais representações impedem o acesso também a pessoas que nos valores dos profissionais não deveriam ter relações sexuais, como adolescentes e idosos, e a grupos estigmatizados que sequer chegam ao serviço de saúde, como profissionais do sexo, homossexuais e travestis.

As dificuldades apresentadas para a distribuição do preservativo masculino também são relevantes para a distribuição do preservativo feminino, que, como já visto, apresenta, além destas, outras significativas especificidades.

Apesar disto, o controle da distribuição do **preservativo feminino** nas unidades básicas de saúde tem sido basicamente a partir da dispensação do insumo, na qual as unidades de saúde solicitam nova remessa à farmácia. A partir deste levantamento numérico, a coordenação sabe que dispõe, atualmente, de 36 unidades realizando a dispensação do preservativo feminino.

O feminino que a gente começou timidamente com algumas unidades, a gente terminou 2004 com 36 unidades. Na realidade, há uma distribuição limitada e muito pontual pra um grupo diminuto. Porque é um insumo caro, que o Ministério nos fornece numa quantidade muito menor do que o preservativo masculino - 3.500. E a gente recebe 300 mil preservativos masculinos. [...] Nós recebemos mapas mensal pra poder repassar o quantitativo mensal. Eu não tenho noção hoje se você hoje for na unidade de saúde, você vai ser devidamente tratada. [...] Se elas distribuem só pra 5 mulheres, é porque a metodologia é delas. (informação verbal)<sup>94</sup>.

A falta de monitoramento desta atividade evidencia algumas questões: Primeiro, o pouco investimento em ações programáticas que promovam espaços dialógicos (AYRES, 2003), que como visto anteriormente, são fundamentais para a

---

<sup>92</sup> entrevista 4

<sup>93</sup> entrevista 4

<sup>94</sup> entrevista 6



efetiva distribuição do preservativo feminino, que seja orientada por uma diretriz política comprometida com as discussões de gênero. Segundo, a fragilidade da articulação entre a política de prevenção da aids e a rede de atenção do SUS, o que neste trabalho tem sido compreendido com expressão do paralelismo da política de aids em relação à rede SUS, que será discutido adiante, no último tópico sobre o processo da política.

Outro elemento importante a ser analisado como conteúdo da política de distribuição de insumos refere-se à **diversificação** dos mesmos. A SMS do Recife adquiriu e disponibilizou, mesmo que em pequena quantidade, o preservativo de 55 mm e o gel lubrificante com recursos municipais. Segundo a Planilha do PPA de 2004 (RECIFE, [2003]; [2004a]), neste ano foram distribuídos, em média, 5.000 preservativos femininos/mês e 30.000 gel lubrificantes/mês (informação verbal)<sup>95</sup>. Entretanto, no total, o coordenador informa que adquiriu e distribuiu, por ano, os seguintes quantitativos de insumos:

**Tabela 1: Preservativos e gel lubrificante adquiridos pela Coordenação DST e aids**

ANO	49 mm	52 mm	55 mm	GEL
2003	372.400	722.160	137.564	20.000
2004	-----	442.368	35.000	29.632
2005	200.016	823.700	35.075	30.000

Obs 1: ano 2005 insumos adquiridos até março/05.

Obs2: quantitativo informado pela coordenação municipal

Distribuir preservativos de outros diâmetros (49 e 55 mm) que não o tradicional (52 mm), assim como o gel lubrificante - normatizado para as pessoas que realizam práticas sexuais anais - não é simples e não basta uma dispensação burocrática. Existe uma cultura de que o tamanho do pênis representa virilidade masculina, gerando uma tendência à solicitação do preservativo de 55 mm. Ao mesmo tempo, vincula-se o preservativo de 49 mm ao adolescente, tendendo sua oferta para esta população, indiscriminadamente (informação verbal)<sup>96</sup>.

Não há, de fato, uma norma para a adequação do preservativo. Cada sujeito tem que, a partir de sua própria experiência, usando os diferentes preservativos, optar pelo que melhor se adapte em seu corpo. A escolha do diâmetro do

<sup>95</sup> entrevista 6

<sup>96</sup> entrevista 4



preservativo não pode se dar por imposição do sistema de saúde, ou para comprovar a virilidade masculina. Um preservativo mal adaptado pode sair do pênis durante a penetração ou romper, perdendo sua eficácia.

No atendimento individual, quando ele vem pegar o resultado, a gente também pergunta se tá tendo alguma dificuldade, porque se a gente perguntar se quer um de 55, todo mundo quer. Até porque falta o de 55, agora mesmo acabou... Os de 49 tão aí sobrando e o distrito querendo empurrar de todo jeito, e eu devolvendo. No carnaval, manda ter saída.... Não é assim, não.. Vai romper preservativo e vão dizer que a gente tá dando camisinha furada, por aí. No atendimento individual, a gente sonda como tá esse uso. Vê se tá incomodando, apertando... ou então, é que sai muito... Aí, a gente coloca: Vamos tentar um com diâmetro menor, pode ser mais apertadinho. (informação verbal)<sup>97</sup>.

O gel lubrificante também merece uma atenção especial no momento de distribuição. Há uma tendência de se solicitar o insumo para práticas sexuais genitais, o que, *a priori*, não seria necessário, já que a vagina possui lubrificação própria. Entretanto, segundo os profissionais do CTA, vários sujeitos, homens e mulheres, demonstram vergonha em dizer que praticam sexo anal.

Ele não usava camisinha no sexo anal, nunca, mas no sexo genital sempre. Mas ele colocou, sexo anal sem gel, com camisinha, não tem quem agüente. Incomoda bastante e o pessoal não quer. (informação verbal)<sup>98</sup>.

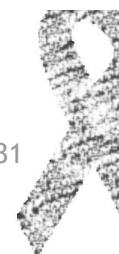
Por outro lado, uma mulher pode, de fato, estar solicitando o gel para práticas genitais, porque não tem lubrificação. É importante a atenção, nesses casos, que, freqüentemente, não são percebidos pelos profissionais de saúde, quando não há uma relação dialógica com a usuária. A solicitação pode indicar uma disfunção hormonal, devendo a mulher ser encaminhada para um atendimento ginecológico, para que tal dificuldade não a impeça de viver suas experiências afetivo-sexuais.

Esta mesma solicitação pode, também, ser motivada por um caso de violência sexual entre o casal, sem que a mulher avalie, desta forma, sua experiência conjugal, acreditando ser um problema não ter lubrificação em relações sexuais sem desejo. Esta mulher precisa ser acolhida e, quando desejar, encaminhada aos serviços de apoio à mulher vítima de violência.

---

<sup>97</sup> entrevista 4

<sup>98</sup> entrevista 4



Entretanto, ambas as solicitações - seja por problemas hormonais, ou violência sexual – devem ser atendidas pelo profissional de saúde, diminuindo o sofrimento da mulher.

Nestes casos, e em vários outros, se não houver uma relação de confiança entre a usuária e o profissional de saúde, o acesso ao insumo estará comprometido. É necessária - para o que pareceria ser um simples fornecimento de insumo - a construção de um espaço de escuta, diálogo e legitimação das diferenças, sem rotulações e discriminações, o que parece não estar garantido na maioria das práticas de saúde desenvolvidas pela rede do SUS.

Ainda, na política de insumos, há um grande investimento na **testagem para a sorologia do HIV**. Com a descentralização da testagem, impulsionada, principalmente, pela normatização do oferecimento do teste no pré-natal, pela equipe de PSF, houve um grande aumento na realização desses testes.

Tem um projeto do laboratório... Sorologia pra HIV, em 2000 foi 3.515, em 2001 – 9.389, em 2002 – 12.742, em 2003 - 14.000 e agora em 2004 – 18.000. O que não significa que o aumento de casos seja proporcional ao aumento de teste. Na verdade você vê: 264 (2001), aqui já foi maior, 272 (2002) e aqui 197 (2003). A testagem tá aumentando, como forma de prevenção também. Como método. Das pessoas conhecerem a sua sorologia e poderem se prevenir. A sorologia pro HIV tá mostrando aqui que a grande maioria dos testes realizados na cidade, tem dado negativo. E a gente também faz a carga viral pro HIV. Em 2003 foram 777 cargas virais, que foi quando a gente montou a máquina aqui (informação verbal)<sup>99</sup>.

O aumento no número de testes realizados implicou em ações de fortalecimento do laboratório, inclusive com compra de computadores e outros equipamentos, além do significativo aumento na compra de kits para o teste (informação verbal)<sup>100</sup>.

Então enquanto esse laboratório recebia 300, 400 exames de HIV por mês, hoje tá recebendo 1200, 1300, 1400. Então, isso também criou sufoco pra o Julião<sup>101</sup>. E se aqui tá passando 30 dias, eu garanto que nos postos tá passando 60 ou mais. Lessa de Andrade<sup>102</sup> manda pra aqui (CTA), dizendo que aqui é mais rápido. Por que? Porque eu ligo, eu cobro, eu mando relação dos exames que tão faltando. Eu digo que o usuário tá aqui, então: Venha de tarde que tá pronto, ou venha agora que tá pronto (informação

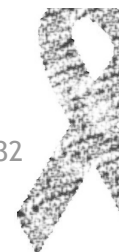
---

<sup>99</sup> entrevista 6

<sup>100</sup> entrevista 6

<sup>101</sup> nome informal do laboratório municipal

<sup>102</sup> Nome de uma policlínica municipal



verbal)<sup>103</sup>.

Entretanto, a política de testagem vem apresentando graves dificuldades e críticas. A primeira dificuldade diz respeito ao prazo de entrega dos resultados. Apesar dos investimentos feitos no laboratório municipal, a rede aumentou consideravelmente - mais de 600% (RECIFE, 2005), o que gerou uma grande demanda, não apenas para testes de detecção da infecção pelo HIV e carga viral, mas de vários outros exames laboratoriais, solicitados na rede básica de saúde.

Com o atraso do resultado dos exames, além da falta de credibilidade da população em relação ao programa de aids, há o problema da descontinuidade da assistência. Em muitos casos, quando o resultado chega já é tarde para fazer qualquer intervenção profilática, como no caso de gestantes que só se descobrem com sorologia positiva para o HIV, após o parto, ou portadores de tuberculose que recebem alta do tratamento sem saberem se estão, ou não, com o HIV (informação verbal)<sup>104</sup>.

a gente tem um atraso muito grande, no laboratório, né? A gente tem situações muito adversas. A pessoa pode descobrir que tá com HIV, depois que pariu e o menino já tá contaminado. A gente teve dois casos aqui no distrito. Isso é barra (informação verbal)<sup>105</sup>.

A média de tempo para a entrega do resultado ainda tem sido muito alta, inclusive na avaliação da própria coordenação. Ela é justificada por um problema de fluxo de informações que ainda não foi resolvido. Para enfrentar esta problemática, na Planilha do PPA 2004 (RECIFE, [2003]; [2004a]), é citado que estão em fase de implantação: uma rede informatizada de envio dos resultados do laboratório para o CTA e o sistema informatizado de regulação de exames, para fins de vigilância epidemiológica.

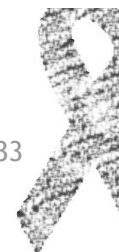
Resumindo, ao serem consideradas as falas já citadas, é evidente o incremento na disponibilização de insumos de prevenção. Entretanto, para viabilizá-la, é necessária toda uma estrutura política, com disponibilização dos mais diversos recursos (políticos, sociais, humanos e financeiros). Mas, apesar dos entrevistados identificarem diversos problemas na política, é reconhecido o investimento feito na

---

<sup>103</sup> entrevista 4

<sup>104</sup> entrevistas 3, 4, 5 e 7

<sup>105</sup> entrevista 7



mesma, o que torna relevante analisar como tais avanços interferem na capacidade de governo da coordenação.

#### 4.3.8 O FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GOVERNO DA COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE AIDS

Segundo Matus (1996) e Freese, Sampaio e Cesse (2005), para poder desenvolver um determinado plano de governo, é necessário que a gestão pública disponha de recursos materiais, financeiros e técnicos que ofereçam condições de trabalho e operacionalização política e gerencial.

Uma das prioridades da coordenação municipal foi fortalecer sua capacidade de governo, reestruturando equipe, sala e equipamentos. Esta é uma ação política que deve ser considerada na presente análise, pois identifica a capacidade do coordenador em captar recursos políticos e financeiros para fortalecer sua gestão.

A coordenação foi reforçada, ganhando credibilidade e visibilidade, dentro e fora da SMS. Foram desenvolvidas ações estratégicas de incremento da estrutura física, da equipe da coordenação, dos serviços especializados (SAE e CTA) e dos serviços de apoio (Laboratório), que fortaleceram a capacidade de governo da gestão.

A gente não tinha a estrutura física. Quando eu entrei, a gente tinha um birô, pra quatro pessoas. E sempre foi assim. E o volume de recurso que a aids tem, e o volume de trabalho e ações que a aids necessita implementar, não justificavam tá resumida uma coordenação em um birô. Hoje, o mínimo que é uma sala, a gente tem. E hoje, claramente, a gente tem uma estrutura tímida, ainda, porque eu acho que a gente precisaria até melhorar, mas tá bem melhor. Então, isso é visível que houve uma mudança, né? (informação verbal)<sup>106</sup>.

O CTA foi transferido do bairro de Santo Amaro para a Policlínica Gouveia de Barros, no bairro do Recife. A antiga instalação do CTA, em Santo Amaro, além de não ter uma localização central, dificultando o acesso, encontrava-se em precárias

---

<sup>106</sup> entrevista 6





condições. Não apenas a equipe demandava por esta mudança, como o próprio movimento social reconhecia a precariedade das instalações do serviço.

uma vez um grupo de enfermagem foi lá e disse: você está num fundo de quintal. Na verdade, a gente se sentia um pouco assim, o espaço era pequenininho, e tinha muito problema de umidade, de mofo, que a gente reformava, e se gastou muito dinheiro, e não conseguiu melhorar. E tinha a questão de não ser tão central[...] No Gouveia, é um espaço maior, mais amplo. Então, a gente considera que foi um grande ganho, o serviço como um todo. (informação verbal)<sup>107</sup>.

A mudança física do CTA representa um compromisso da SMS com a questão da aids, valorizando, não apenas os profissionais que lá trabalham, como a própria população que o acessa. É retirar do esconderijo, nos fundos de uma unidade de saúde – onde, anteriormente, encontrava-se o CTA - para pôr em evidência, na entrada de uma policlínica, o serviço que trata o tema sexualidade e que tem como população atendida mulheres e jovens - mas também, homossexuais, profissionais do sexo e travestis. Estas pessoas podem, agora, entrar num espaço amplo, colorido, que desvincula o teste da possibilidade de morte iminente, diferentemente, do antigo espaço mofado. De fato, é oferecer para a temática da aids uma nova cara; um novo lugar físico, simbólico e político.

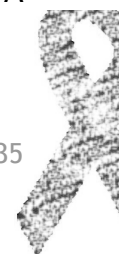
Há, ainda, um grande incremento no número de equipes de saúde da família e transformação das unidades tradicionais, no modelo do PSF. Com isto, há a ampliação das ações de prevenção. A capacidade de gerência do coordenador, também, aumenta e - mesmo que os distritos sanitários, ainda, estejam atuando de forma autônoma - são fortalecidas as articulações com os serviços de referência e outros serviços - como farmácia e laboratório – nos quais, começa a ser discutida a política de insumos e testagem, envolvendo os diversos gestores.

Esta nova coordenação é avaliada nas entrevistas como, extremamente, operante. Em sua gestão, ações são desenvolvidas, mesmo que sem planejamento ou com pouca participação dos demais atores.

Segundo relatos da antiga coordenadora de aids e do membro do movimento social entrevistado, a gestão anterior à estudada, desenvolvia um “pacote mínimo”, proposto pelo Programa Nacional, com poucas iniciativas locais, restringindo-se, basicamente, à manutenção dos serviços especializados (CTA e SAE). A

---

<sup>107</sup> entrevista 4



descentralização política, um dos princípios do SUS, de fato ainda não havia sido possível no Recife. A coordenação fazia uso de precárias condições de trabalho e reduzida equipe profissional. Sua principal função era gerenciar o recurso do Projeto Aids, comprando equipamentos e insumos para a rede.

diferente do que hoje é essa coordenação, que tem uma pessoa só pra o financeiro, secretário, motorista, outros técnicos... a gente era uma pessoa pra fazer tudo. Pra todas as interfaces, todas as interlocuções e o acompanhamento dos gastos financeiros, e todas as compras era só eu, pra os três agravos e sozinha pra tudo (informação verbal)<sup>108</sup>.

Analisando este contexto, à luz das conceituações de Matus (1996), ou mais especificamente, das contribuições de Freese e Machado (2004) para a operacionalização dos conceitos matusianos, é possível compreender que a baixa capacidade de governo produzia, na rede de saúde e na sociedade civil organizada, uma inexpressiva visibilidade e legitimidade da coordenação, impactando, inclusive na sua governabilidade.

As ações desenvolvidas pela coordenação atual, tais como a mudança do CTA, o aumento de preservativo, a diversificação de insumos, a implantação do Projeto Nascer, a produção de materiais educativos, projetos de capacitações, intervenções com populações específicas, dentre outras tantas, representam grandes avanços, uma verdadeira revitalização da política, agora mais propositiva e atuante.

Percebo essa gestão com mais ações concretas. Eu acho que nesta gestão, as coisas acontecem, é muito mais concreto. Pode não ser o ideal, mas as coisas aconteceram de fato nesta gestão (informação verbal)<sup>109</sup>.

Eu acho que essa gestão, ela implanta. Eu acho que no passado não tinha nem nada. Porque o pouco que tinha era executando uma ação que tava traçada nacionalmente. Então, tinha que executar aquele pacote. Tava quase tudo no estado. Não sabia nem qual era a referência do município pra resolver aquele problema. Tinha umas atividades, umas ações, mas não tinha um peso, estratégia... (informação verbal)<sup>110</sup>.

O grande avanço foi a disponibilização de camisinha, a questão da testagem em toda a rede e da questão da testagem para o pré-natal. E a resolutividade pra os casos positivos, a gente teve possibilidade de encaminhamento. A questão da distribuição de leite para as

---

<sup>108</sup> entrevista 8

<sup>109</sup> entrevista 3

<sup>110</sup> entrevista 1



crianças. E assim, queira ou não queira, colocar o teste nas unidades, isso já significou um pouco de quebra de preconceito e de massificação daquela situação ali. Então, eu acho que a gente conseguiu impregnar na rede que a aids é uma doença que precisa ser tratada (informação verbal)<sup>111</sup>.

A partir de uma leitura crítica das principais ações desenvolvidas pela coordenação municipal de aids, pode ser concluído que muito tem sido feito e a atual coordenação imprime uma postura atuante na secretaria. É questionável, entretanto, seu papel de gestor público em relação à organização de uma rede de atenção, que articule os diversos níveis de complexidade e dissemine os pressupostos teóricos que orientam sua política, viabilizando a institucionalização da política de prevenção da aids na rede de atenção do SUS (CAMARGO, 2003).

Fica aquela coisa pequenininha da coordenação com algumas poucas pessoas. Eu acho uma coisa, muito militância, ainda. Militância Social é importante, quando a gente está fora da gestão. Quando a gente está na gestão, a gente tem que fazer um pouco mais do que isso (informação verbal)<sup>112</sup>.

Neste contexto, para finalizar o presente tópico sobre o conteúdo da política, é importante discutir a compreensão sobre prevenção que tem sido utilizada pela SMS e como esta orienta suas ações.

#### 4.3.9 A POLÍTICA DE PREVENÇÃO

É possível começar a problematização do conceito de prevenção partilhado, considerando que a coordenação municipal reconhece que ao **apoiar eventos** como Parada Gay e Mix Brasil<sup>113</sup> está fazendo prevenção, na medida em que fortalece grupos vulneráveis, como os homossexuais.

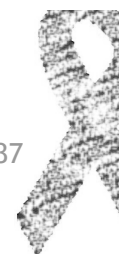
O coordenador também compreende sua **participação no Conselho Municipal de Direitos Humanos**, e, conseqüente, apoio à Conferência Municipal dos Direitos Humanos, como estratégia de prevenção da aids, pois, nestes espaços,

---

<sup>111</sup> entrevista 7

<sup>112</sup> entrevista 7

<sup>113</sup> festival de filmes eróticos



tem oportunidade de trabalhar com o discurso da promoção dos direitos humanos, dentre os quais se situam os direitos sexuais e reprodutivos.

A **comunicação** também é compreendida como uma estratégia fundamental de prevenção, na medida em que difunde informação.

tem a questão das campanhas, que eu acho que é muito forte nele, a divulgação em massa. Isso eu acho que ele acha que é prevenção (informação verbal)<sup>114</sup>.

Por outro lado, a dimensão da prevenção que é defendida pelos autores ora utilizados como Paiva (1999), Ayres (1999) e Monteiro e Vargas (2003), se dá a partir do encontro entre pessoas, na **arte da conversação** e da troca de experiências. Para a profissional da coordenação, prevenção se faz junto com a população, na interação pessoa-pessoa, no sentido de construir junto com o outro, estratégias de proteção.

Quando você me pergunta como se faz, eu penso em “fazer com” [...] Criar com elas (as pessoas) estratégias de comportamentos que venham proteger, práticas que chamamos de positivas, protetoras, em relação a sua saúde. Na verdade, você tem que estimular, criar, no indivíduo o cuidado como um todo, com tua saúde, com teu bem estar (informação verbal)<sup>115</sup>.

No âmbito do PSF, como já evidenciado, o encontro pessoa-pessoa é, muitas vezes, impossibilitado. Segundo a pesquisa sobre as relações de gênero no PSF, são reproduzidas pelos profissionais de saúde representações da população atendida extremamente pejorativas. Eles avaliam os usuários como pessoas pobres, com pouca instrução, que não compreendem o que lhes é transmitido. A prática dialógica é desacreditada e não investida, na medida em que se considera que o outro não é um sujeito capaz de compreender e trocar simbolicamente, conforme demonstra a análise da pesquisa.

Visita à família pobre — a enfermeira desqualifica muito a mulher quando fala dela, bem como o restante da família: ‘Ela é lerda, lenta que dói’ [...]. (O profissional) não crê que a atividade educativa seja universalmente válida, no que se refere à comunidade. Exige um substrato mínimo para sua realização, como se, [...] estivesse presente a idéia de que é indiferente negar informações àquele que nada sabe. Presume que não há o que subtrair do que não existe, anulando completamente a mulher, enquanto sujeito autônomo de suas ações (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 16)

---

<sup>114</sup> entrevista 5

<sup>115</sup> entrevista 5



A distância entre esses dois sujeitos (profissional e usuário) é de tal ordem que chega a impossibilitar a comunicação entre ambos. O uso do linguajar técnico, inclusive como proteção do profissional, no trato de questões mais delicadas, aliado ao não reconhecimento de um outro interlocutor, barra qualquer possibilidade de comunicação.

Em termos comunicacionais, a impressão da pesquisadora, em várias consultas que acompanhou, foi de total incompreensão, por parte dos usuários, quanto às orientações e prescrições, devido à velocidade, complexidade e quantidade de informações contidas nelas. Há casos em que a usuária recorre às ACS's (e até mesmo à pesquisadora) para solicitar explicações adicionais quanto ao conteúdo das receitas e dos encaminhamentos que levava consigo ao sair da consulta (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 27)

Partindo da perspectiva do comportamento de risco, os profissionais acreditam que os sujeitos precisam ser reeducados, para não realizarem práticas perversas. Para essa reeducação, utilizam suas próprias concepções, do que é certo e errado, para avaliar o outro.

Os profissionais, ainda, têm a grande ilusão de mudar comportamento e que se frustram muito, quando vêem uma pessoa voltar e que não mudou o comportamento ( informação verbal)<sup>116</sup>.

Considerando o exposto, não haveria porque acreditar e investir na produção de autonomia dessas pessoas, o que, a partir dos autores que sustentam o presente estudo, seria a base da prevenção. Para os profissionais de saúde, os sujeitos precisam ser orientados, controlados, normatizados. Há, assim, a ausência de reconhecimento, que produz o apagamento simbólico do sujeito e impede qualquer atividade de promoção à saúde e a garantia dos direitos sociais.

A enfermeira conclui que a decisão a respeito da vida reprodutiva da usuária, envolvendo seu corpo, caberia ao profissional de saúde que, por sua vez, não precisaria informá-la, quanto ao procedimento, transformando a educação em uma tentativa de disciplinar, sempre seguindo as mesmas regras normativas para todas as situações (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 16) .

Este tipo de compreensão produz práticas de saúde, por vezes, distorcidas, nas quais os profissionais de saúde se apropriam de insumos públicos - como contraceptivos - e os utilizam como meio de barganha com os usuários, para que suas “orientações” sejam seguidas.

---

<sup>116</sup> entrevista 4



Fica evidente que faz uns cinco anos que a mulher ali presente não faz prevenção, porque tem vergonha, mas ela quer anticoncepcionais. A enfermeira diz que não dá anticoncepcionais para quem não faz exame de prevenção. Elas teimam e não tem jeito. Foi embora sem os comprimidos (RECIFE. Coordenadoria da Mulher, [2004], p. 42)

Ao contrário do que ocorre na prática do PSF, a gerência do distrito defende que a prevenção deve ser desenvolvida no campo do direito; da cidadania; do sujeito ter acesso a instrumentos simbólicos e materiais de prevenção, corroborando a proposta de sujeito-cidadão defendida por Paiva (2001). Isto requer trabalhos dirigidos a populações específicas, com diferentes vulnerabilidades, compreendendo que, mesmo com determinadas condições de vida sócio-culturais e econômicas, cada sujeito tem o direito de viver sem HIV e aids.

A discussão da vulnerabilidade veio trazer à cena e à reflexão o fato de que não existe risco, nem prevenção, dessa doença que não passem, necessariamente, por questões sociais, coletivas, relacionais e, na base de todas elas, pela questão da cidadania (Ayres, 2000. p. 22).

Isto requer ações de prevenção que considerem não apenas a organização de equipamentos de saúde, mas a construção de sujeitos capazes de se defrontarem com o fenômeno da aids. Sujeitos que possam se considerar vulneráveis e aceitarem as diferenças sociais, construindo novos referenciais simbólicos, que possibilitem as várias experiências sexuais, o cuidado com o corpo e o respeito pelo outro.

Eu acho que, primeiro, é você saber como abordar cada grupo. E abordar a questão da auto-estima, mesmo, e do direito dele de não ter uma contaminação. Ele ter a vida dele e não se expor. [...] Colocar que o indivíduo tem o direito de não ter aquela doença. Que hoje tem a oportunidade de não tê-la. Ter que lutar por isso, ter consciência. Por exemplo, se ele usa drogas, ter a informação e a consciência de que ele pode usar drogas e tem o direito de não ter aids. Eu acho que é trabalhar mesmo a questão da cidadania, que as pessoas não trabalham. Todos trabalhos educativos, eles são muito autoritários. E na aids também. Eu defino como deve ser, eu não pactuo o processo (informação verbal)<sup>117</sup>.

Estes depoimentos revelam um hiato entre o discurso oficial da gestão e o que, na prática, é implantado. As concepções teóricas que fundamentam a política não são apropriadas pelos profissionais de saúde, tornando o discurso estéril e sem

---

<sup>117</sup> entrevista 7



funcionalidade prática. Esta é mais uma evidência das dificuldades de uma política implementada na modalidade tradicional (ARAÚJO, 2000), na qual os gestores de primeiro escalão têm o poder decisório e os demais são vistos como “meros” implementadores. Os poucos espaços de pactuação das diretrizes que orientam a política, provocam uma releitura inadequada das mesmas, inviabilizando a obtenção dos objetivos e metas propostos pela política.

Eu acho que tem muita boa vontade, tem trabalho sim, tem muito investimento, tem uma seriedade no trabalho [...] tem envolvimento, tem comprometimento, tem um monte de coisa. Mas não tem uma política (informação verbal)<sup>118</sup>.

Mas a discrepância entre o que é posto em prática e o que é preconizado no discurso oficial da gestão, nem sempre representa a não apropriação deste discurso por parte dos profissionais. Em alguns casos, as concepções teóricas são consideradas no âmbito do discurso, mas não conseguem reestruturar novas práticas de saúde. Para alguns profissionais, o risco está relacionado a fatores sócio-econômicos e culturais que vulnerabilizam os sujeitos (UNAIDS, 2005) – como, por exemplo, mulheres imersas numa cultura, na qual impera a desigualdade de gênero; adolescentes que se socializam tendo como principal projeto de vida a maternidade; pessoas excluídas de qualquer rede de proteção social ou expostas à exploração sexual.

A sociedade que é, absolutamente, sem saber dos direitos, com um nível cultural super baixo, que na minha concepção isso conta demais, isso pesa muito, porque eu acho que quanto mais desenvolvida a sociedade, mas ela se cuida, mais ela preserva o corpo, se cuida frente às doenças. E tem também a coisa de todas as outras dificuldades, de ser pobre mesmo, de ter dificuldades mil, e que a saúde acaba ficando pra segundo, terceiro, plano. (informação verbal)<sup>119</sup>.

Entretanto, na prática cotidiana, trabalhar as diferentes vulnerabilidades é confundido, muitas vezes, com responsabilizar o sujeito por suas práticas sexuais e pelo grau de risco em que se encontra em relação ao HIV. A prevenção é compreendida como algo que cada um tem que fazer por si mesmo, sem esperar do outro.

Puxando a coisa da sua responsabilidade. [...] Eu acho que não caiu na ficha de cada um, a responsabilidade que cada um tem consigo

---

<sup>118</sup> entrevista 1

<sup>119</sup> entrevista 8



mesmo. É sempre aquela questão de culpar o outro, de responsabilizar o outro. Mas se eu acho que sou responsável por minha vida. Quem é responsável pelo meu corpo, sou eu, ou é o outro? Quem é responsável pela prevenção, sou eu, ou o governo? Claro que eu preciso de uma educação, de uma orientação maior pra mim, porque eu preciso estar acordada pra essas questões e nem todo mundo tá (informação verbal)<sup>120</sup>.

Como adverte Ayres (2003), na operação do conceito de vulnerabilidade, deve haver o cuidado para não culpabilizar ou vitimizar o indivíduo. Há um limite entre estas duas posições, difícil de ser administrado, sem que se possa olhar o o indivíduo e compreendê-lo, dentro de seus próprios valores e condições de vida.

A vitimização e tutela podem dificultar o reconhecimento do sujeito, como um ator ativo do processo, um sujeito de direito, autônomo, capaz de se emancipar e diminuir sua vulnerabilidade. É preciso reconhecer que o sujeito não é vulnerável, mas está vulnerável. Ao mesmo tempo, é preciso ter clareza que

... em uma mesma situação, estamos vulneráveis a alguns agravos e não a outros; o que pode nos deixar vulneráveis sob um aspecto, pode nos proteger sob outros [...] ela não responde ao modelo 'sim ou não'; há sempre gradações, estamos sempre vulneráveis em diferentes graus. [...] as dimensões e os graus de nossas vulnerabilidades mudam, constantemente, ao longo do tempo (AYRES, 2003 p. 134).

Para assumir tal olhar é necessário se deslocar dos ideais que são construídos de vida saudável, os quais nem mesmo os próprios profissionais conseguem atingir. A utilização do conceito de vulnerabilidade no contexto da prevenção da aids lança a aposta em ações programáticas que estejam calcadas na produção de novos sentidos. Estes devem viabilizar relações sociais que instrumentalizem os sujeitos para negociações em suas relações afetivo-sexuais (PAIVA, 1999). Isto não implica em não provar o amargo sabor das inseguranças e medos inerentes à vida. Trata-se, enfim, de sujeitos críticos, atores de sua própria história.

Outra questão relevante para se compreender prevenção refere-se à crença que a **disseminação de informação** é suficiente para a promoção de práticas preventivas. Esta continua sendo uma verdade para muitos atores, inclusive pessoas do movimento social, que estão em espaços de controle social (informação

---

<sup>120</sup> entrevista 3





verbal)<sup>121</sup>. Nesta perspectiva, é privilegiada uma visão cognitivista do comportamento, a partir da qual, para que as pessoas se protejam, basta torná-las informados dos seus riscos. Assim, os fatores sócio-culturais e econômicos, dos quais nos falam diversos autores como Ayres (1999), Paiva (2000) e Monteiro e Vargas (2003), são desconsiderados.

É claro que sem informação não há cidadania, mas a informação precisa ser trabalhada, contextualizada, criticada e apropriada. Sem produção de conhecimento, a informação não surte efeito de mudança de comportamento, nem tampouco, de construção de auto-estima, cuidado e prevenção (VITIELLO, 1997).

Por fim, outra questão relevante para o presente estudo é a crença no **preservativo como único meio de prevenção**, confundindo-a com o acesso ao insumo. Prevenção deve ser entendida como um conjunto de práticas e posturas de cuidado, nas quais o insumo é apenas um instrumento.

Eu acho que é (a camisinha) a única maneira de se prevenir. Mas tem que se ver como é a maneira que se faz isso. Entregar na mão da pessoa, ter um informativo, por mais que ela não leia, mas ter, aquele porta-camisinha e as informações de como usar a camisinha e a importância. Porque muitas pessoas não querem ler, eles usam e acabou. Então, como usar o preservativo, também. É uma estratégia que pode ser mais complicada, mas a gente sabe, é o caminho... (informação verbal)<sup>122</sup>.

Nesta relação, entre preservativo e prevenção, deve ser questionado se a discussão sobre sexualidade se faz porque este tema é importante para a vida do sujeito e favorece a obtenção de prazer e felicidade, ou porque é uma estratégia de conduzir a discussão para o uso do preservativo. A diferença é muito sutil, mas fundamental para compreender o que dá sustentação às práticas dos profissionais de saúde. Evidentemente, dos mais sensíveis e disponíveis, que se propõem a tal debate. Se a sexualidade se torna um tema pautado para criar um clima de discussão sobre uso do preservativo, na verdade, ela é consequência, meio termo, e não o foco principal.

Na prática, o objetivo que orienta as ações de prevenção é que os sujeitos possam praticar sexo seguro, e não, que sejam felizes em suas experiências sexuais. Se o forem, ótimo! Caso contrário, que pelo menos não adoecem.

---

<sup>121</sup> entrevistas 2, 3 e 4

<sup>122</sup> entrevista 2



Mas será isto saúde? Será isto suficiente para manter práticas seguras? E quando estiver em jogo ser feliz e correr o risco?

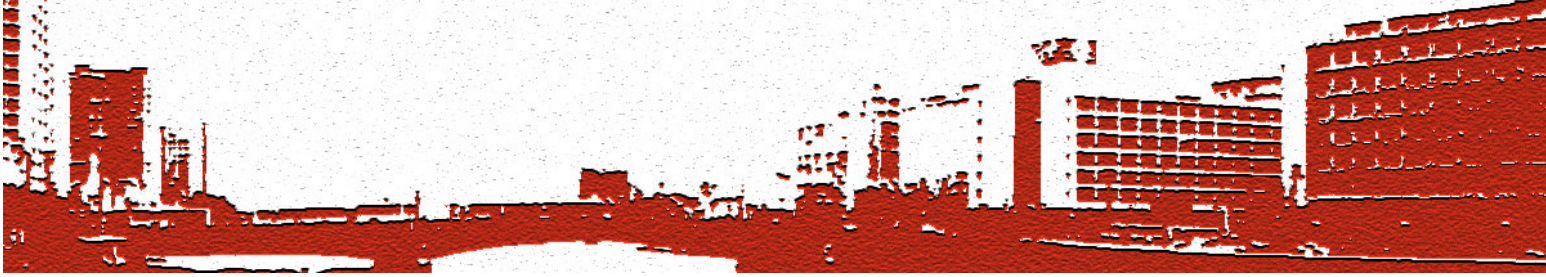
A partir dos referenciais teóricos utilizados neste trabalho, saúde está relacionada ao direito e a prevenção à autonomia dos sujeitos frente as suas diversas experiências, que inevitavelmente implicam em risco.

Estas questões evidenciam que caminhos precisam ser trilhados para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção da aids. Há uma série de valores, crenças e representações que precisam ser reformulados, práticas precisam ser avaliadas e recriadas, e mais, condições políticas precisam ser construídas para possibilitar tais mudanças.

Assim, a formulação de uma política deve considerar as possibilidades de sua implementação, sendo necessária a constante avaliação e monitoramento das ações. Estas são fases do processo de uma política que devem ser consideradas para se compreender porque, como ocorre neste caso, os conteúdos de uma política, ou seja, suas ações, projetos e programas, não atendem aos objetivos e metas propostos, como pode ser observado quando comparados o plano municipal de DST e Aids (RECIFE. Coordenação de DST/Aids, 2001) e as planilhas do PPA (RECIFE, [2003]; [2004a]).

Para evidenciar a construção destas condições políticas e finalizar a análise da política de prevenção da aids da SMS do Recife, 2001 – 2004, é proposto, a seguir, o estudo do processo da política.





#### 4.4 PROCESSO

Para a análise desta categoria serão consideradas as contribuições de Viana (1996) e Araújo (2000). Seguindo o primeiro autor, o presente trabalho reconhece o processo como algo dinâmico, conformado por diversos momentos não cronológicos. Já a partir das categorias propostas pelo segundo autor, será possível identificar algumas características assumidas pela política durante a tomada de decisão e a implementação de ações.

Ainda na presente análise, serão consideradas as contribuições de autores como Matus (1996) e Rivera (1992), dando-se ênfase à articulação dos momentos da formulação, implementação e avaliação. Estes autores propõem modelos de planejamentos, a exemplo do Planejamento Estratégico Situacional (PES), a partir do qual a política é, periodicamente, analisada e readaptada às novas exigências situacionais.

Partido da compreensão de que os momentos da política não podem ser compreendidos separadamente, o presente trabalho opta por apresentar sua análise a partir de problemáticas e características identificadas no processo da política em tela. Assim, serão apresentados três blocos de discussão: “Gestão Centralizada”, “O Controle Social” e “Política Paralela à rede de serviços do SUS”. Neles, buscar-se-á identificar os diferentes momentos do processo da política. Serão, também, pontuados: a tomada de decisão, com definição de prioridades (construção da agenda política) e formulação da política (que dá sustentação ao seu conteúdo) e a forma como a política é implementada e avaliada. Mais uma vez, deve-se ratificar que esses processos se dão de forma simultânea e completamente imbricados, não podendo ser, por isso, separados em categorias estanques, o que justifica a apresentação desta análise em blocos de temas problematizadores.

No primeiro bloco, será considerada a forma como as decisões são tomadas dentro da secretaria e, mais especificamente, no âmbito da coordenação de aids e sua rede de apoio, buscando identificar o nível de democratização da política. Neste



momento deverá ser considerado o freqüente distanciamento entre quem planeja e quem implementa a política, evidenciando as conseqüências desse hiato.

No segundo bloco, são identificadas as relações estabelecidas entre a gestão municipal, representada pela coordenação de aids e as diversas estruturas de controle social. Esta análise parece ser crucial para a compreensão do fortalecimento da política, a partir de um dos princípios do SUS, qual seja, participação e controle social (BRASIL. Ministério da Saúde. CNS, 2001).

Por fim, no terceiro bloco, serão identificados os principais problemas na implementação da política e suas conseqüências para a garantia de sua sustentabilidade, que como já visto, é uma das prioridades do Programa Nacional (MATTOS; PARKER, 2001). Para a sustentabilidade do programa de prevenção à aids é fundamental instituir na rede de serviços do SUS, e conseqüentemente, nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, ações programáticas que garantam a continuidade da política, sem depender de projetos e recursos externos específicos.

#### 4.4.1 GESTÃO CENTRALIZADA

Para compreender como se dá o processo de formulação da política (VIANA, 1996), é relevante fazer um resgate cronológico, identificando como esse se desenvolve, desde o primeiro momento, quando foi pensado o **plano municipal** da política para o enfrentamento das DST e aids.

No primeiro ano da gestão, quando a política ainda não tinha um coordenador definido, foram convidados dois especialistas para dar suporte técnico na construção do plano municipal de atenção às DST e aids. O plano foi construído, praticamente, por estes especialistas, sem ter sido pactuado com nenhuma outra instância, a não ser a equipe, até então, existente na coordenação (informação verbal)<sup>123</sup>.

A formulação do plano ocorreu, a partir de uma pequena elite de técnicos especializados, externos à realidade local, o que evidencia, a partir da categorização de Araújo e Maciel (2001), uma forma elitista de fazer política. Neste momento, não foram valorizados os conhecimentos de técnicos e profissionais envolvidos com o

---

<sup>123</sup> entrevista 5



tema da aids na SMS.

Quando o coordenador atual assumiu a política, não avaliou, nem reformulou o plano, tornando-o, apenas, um produto político, para fins administrativos, que não funcionou como instrumento norteador da política (informação verbal)<sup>124</sup>.

Sem um plano municipal, que de fato norteie a política, pode-se compreender, a partir da categorização de Araújo (2000), que a mesma segue um modelo incrementalista, definindo seus processos de forma pragmática, promovendo pequenas e sucessíveis mudanças, adaptativamente. Este modelo de política parece ser corroborado com a fala da profissional técnica da coordenação, quando diz que “Esse tempo todo, a gente ficou só apagando e ascendendo incêndio”.<sup>125</sup> Ou seja, a política vai sendo construída, a partir das demandas e problemas que vão surgindo ao longo do processo.

Segundo o coordenador, a **definição de prioridades** se dá a partir de dados epidemiológicos. Além disso, ele confia em seu “*feeling*”, em seu conhecimento prévio sobre o assunto, e nas demandas da sociedade civil.

Deve ser ressaltada, aqui, a discussão sobre a definição de agenda política ser, ou não, baseada em evidências (ARAÚJO, 2000; VICTORA; HABICHT, 2004). Na escolha das prioridades de uma gestão, vários fatores se articulam, desde interesses políticos à existência de recursos. Considerando o aporte teórico deste estudo, é premente a necessidade dos gestores respaldarem suas políticas na problemática social, que a faz existir. As políticas públicas surgem como respostas do Estado para problemas sociais, que no caso da saúde, devem ser descritos por dados epidemiológicos e sociais, respaldando a ação.

Entretanto, segundo relato da servidora técnica da coordenação, houve investimento nas áreas, em que o coordenador tem maior habilidade. Trabalhar com a comunicação e com o fortalecimento de grupos marginalizados pela diversidade sexual - como travestis e homossexuais - sempre foi seu interesse pessoal.

Tem, a questão do trabalho com os travestis, com os gays, porque isso tem haver com outra briga política dele. Ele tá envolvido nesse movimento também. Então, ele puxa isso pra cá (informação verbal)<sup>126</sup>.

---

<sup>124</sup> entrevista 5

<sup>125</sup> Entrevista 5

<sup>126</sup> entrevista 5



A fala desta servidora é corroborada com os dados analisados anteriormente sobre o conteúdo da política. De fato, as temáticas acima citadas foram as que tiveram maiores investimentos. Apesar de extremamente relevantes, estas temáticas parecem estar sustentadas nos interesses pessoais do coordenador, que detém o poder decisório na formulação da política.

Quanto ao **planejamento**, fica evidente, a partir das entrevistas, que o mesmo é visto como um detalhamento do conjunto de ações que devem ser implementadas, ganhando caráter burocrático de explicitação de ações, em documento formal, e não como um processo de construção da política. O Plano de Ações e Metas (PAM) (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, [2003]) começou a ser utilizado no planejamento das ações para 2004. Até então, era utilizado o Plano Orçamentário Anual (POA), instrumento que, assim como o PAM, é proposto pelo Programa Nacional para o repasse de recursos.

A Diretoria Geral de Planejamento (DGP) criou uma planilha para o monitoramento das ações realizadas pela secretaria. Este instrumento foi concebido, a partir do Plano Plurianual (PPA), do qual são elencadas as principais ações previstas. Com esta planilha, são consolidadas as informações para a elaboração do Relatório de Gestão Anual. Por ter sido pensada a partir do PPA, ela passou a ser denominada, informalmente, no cotidiano da Secretaria de Saúde, como “planilha do PPA”, e, para fins de apresentação no presente estudo, será assim denominada, já que foi, desta forma, oferecida como documento na coleta dos dados.

As planilhas do PPA (RECIFE, [2003]; [2004a]) têm, fundamentalmente, um modelo normativo de acompanhamento da ação, a partir de um *check-list* das atividades previstas e realizadas (DONABEDIAN, 1980). Para o presente estudo, foram disponibilizadas as planilhas de 2004 (RECIFE, [2004a]), 2003 (RECIFE, [2003]) e um consolidado de 2001 e 2002 (RECIFE, [2002]).

Se, por um lado, o PAM (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, [2003]) é propositivo, detalhando as atividades que se pretende realizar, a planilha do PPA (RECIFE, [2003]; [2004a]) é avaliativa, indicando as ações que foram desenvolvidas no ano, a partir das metas propostas e executadas.



O coordenador preenche sozinho as planilhas do PAM, fazendo contatos telefônicos pontuais, com alguns atores mais próximos (informação verbal)<sup>127</sup>. Antes de ser submetido à aprovação do conselho, o PAM é apresentado ao movimento aids (informação verbal)<sup>128</sup>. A apresentação de propostas já formuladas - mesmo que passíveis a críticas e reformulações - é, fundamentalmente, diferente da construção coletiva. Este ponto será melhor abordado no tópico sobre a relação da coordenação da política municipal com o controle social. Neste momento, interessa ressaltar a forma centralizada de construir a política.

Mesmo dentro da equipe, a discussão política não parece ser incentivada. O coordenador coleta informações, pede opiniões, delega atividades, mas a diretriz política não é construída coletivamente, nem mesmo o PAM, ou qualquer outro instrumento de planejamento das ações.

Quem fazia o plano era ele. A gente não tinha acesso. Então, a gente executava as atividades. A gente não criava. O que eu tô fazendo agora (em outra coordenação), uma lógica de intervenção, onde tem lá os componentes pra eu chegar no meu objetivo. Dentro daquilo ali, eu vou traçar as ações pra chegar naquele ponto. Não. Eu tinha lá, a atividade. Então, eu ia lá executar a atividade. Mas como eu ia utilizar essa atividade, sem fazer essa outra discussão. (informação verbal)<sup>129</sup>.

A carência de espaços efetivos de planejamento da política parece ser um grave problema. Seguindo autores, como Rivera, Matus e Testa (1989), o planejamento - e, mais especificamente, o planejamento estratégico - é fundamental para a formulação e implementação de uma política. Com ele, são evidenciados os principais problemas, as possíveis soluções, os recursos necessários e os atores estratégicos; sendo estabelecidas metas, prazos e responsáveis. Implica, ainda, no acompanhamento com avaliação sistemática do desenvolvimento do produto planejado, o que possibilita a constante reformulação e readequação da política às exigências contextuais. Assim, sem processos de planejamento, a política de aids da SMS do Recife corre sérios riscos de não alcançar seus objetivos.

A capacidade de articulação com diversos **atores** evidencia o caráter, mais ou menos, democratizado da política (RIVERA, 1992; SPINK, 2001). Neste sentido, devem ser considerados os atores que participam, ou não, da mesma.

---

<sup>127</sup> entrevista 6

<sup>128</sup> entrevista 2

<sup>129</sup> entrevista 5



Ações pontuais, como capacitações sobre saúde mental e redução de danos; implantação da profilaxia para vítimas de violência - em parceria com as políticas de prevenção à violência e saúde da mulher; prevenção da sífilis congênita e testagem em gestantes - em parceria com saúde da criança e da mulher (RECIFE. Secretaria de Saúde [2004], informação verbal<sup>130</sup>), são algumas tentativas de intrasetorialidade da coordenação.

Outros atores sociais, como universidades e demais centros formadores, não são articulados. Parcerias, que em outras políticas de saúde, acontecem com serviços filantrópicos, hospitais do estado e centros formadores, para construção de uma rede de referência e contra-referência, e capacitações técnicas, não são desenvolvidas na política de aids.

Assim, quando a gente ia pra treinamento, a gente sempre fazia essa parceria com o IMIP, com o CISAM<sup>131</sup> que é da UPE<sup>132</sup>. A relação da gente era (na gestão anterior) muito boa com o Hospital das Clínicas, com muitas reuniões, que no caso ainda se encontram o HCT<sup>133</sup>, o HUOC<sup>134</sup>, né? Então eu acho que tinha uma relação muito boa com os serviços de assistência (informação verbal)<sup>135</sup>.

Paralelamente, os distritos sanitários constroem suas próprias diretrizes políticas. Realizam seus processos de planejamento e avaliação, construindo prioridades e metas. Mas, esta construção ocorre sem a participação das coordenações de políticas, o que mantém a desarticulação dentro da própria secretaria (informação verbal)<sup>136</sup>.

Seguindo Rivera (1992), é imprescindível a participação dos atores - implementadores da política - durante o processo de sua formulação. Na perspectiva do planejamento comunicacional, proposto pelo referido autor, os atores que de fato executam a política precisam se apropriar da mesma, compreendendo-a como algo seu - com a qual concordam e acreditam - para que seja efetivada.

Nas ações que são propostas, tanto no PAM (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, [2003]), quanto nas Planilhas do PPA (RECIFE, [2003]; [2004a]), os distritos não são, explicitamente, citados como parceiros, apesar de várias ações,

---

<sup>130</sup> entrevista 6

<sup>131</sup> Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

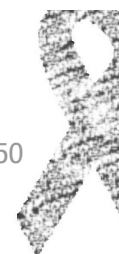
<sup>132</sup> Universidade de Pernambuco

<sup>133</sup> Hospital de Custódia e Tratamento de Pernambuco

<sup>134</sup> Hospital Universitário Osvaldo Cruz

<sup>135</sup> entrevista 8

<sup>136</sup> entrevista 7





implicitamente, sugerirem sua participação. Fora do discurso oficial, os distritos não se inserem na grande maioria dessas ações. Eles se limitam, muitas vezes, ao recrutamento e gerenciamento de pessoal e insumos.

Para a gerência do distrito sanitário, o coordenador não descentraliza ou delega poderes. Conseqüentemente, sem o respaldo do distrito, as ações propostas pela coordenação tendem a não ser estruturadas.

A falta de integração com os distritos incentivou a coordenação a intervir diretamente com os profissionais dos serviços de saúde, realizando as ações que julgava estratégicas, funcionando, mais como uma instância executora, do que gestora. Para treinar ACSs para a identificação de casos de DST e pessoas vulneráveis ao HIV e aids, a profissional da coordenação tentou formar uma rede de trabalho. Não conseguindo apoio do distrito, articulou diretamente com os gerentes de território de três, dos seis, distritos sanitários do Recife. Toda a ação foi feita sem a participação dos distritos (informação verbal)<sup>137</sup>.

Por outro lado, os distritos e serviços de referência sentem falta de uma orientação política que possa dar suporte a suas ações.

Eu acho que (falta) é um projeto mais sistemático de abordagem e de definição. Qual é o público alvo da prevenção? Como é que a gente vai trabalhar sistematicamente com este público alvo, pra daqui a dois ou três anos, esse grupo tá sem contaminação? (informação verbal)<sup>138</sup>.

O coordenador reconhece que mesmo tendo maior aproximação com os serviços especializados (SAE e CTA), não realiza, com eles, um “acompanhamento” sistemático. Tem como prática, dar respostas a demandas pontuais. Mas, o CTA sente falta de alguém que converse e discuta ações e posturas, em relação ao usuário.

Eu acho que deveria ser mais próximo. A gente ir pra reunião. Há uma aproximação assim... de acompanhar mesmo. Por que como é que você pode dizer que o grupo de mulheres não vai bem, se você não viu? Então venha fazer uma, me mostre como é. Então, é preciso tá mais próximo, pra saber qual é a minha dificuldade e tentar me ajudar nesse sentido. Não é fazer uma reunião no mês e achar que tá próximo (informação verbal)<sup>139</sup>.

---

<sup>137</sup> entrevista 5

<sup>138</sup> entrevista 7

<sup>139</sup> entrevista 3



O acompanhamento sistemático possibilita - mais do que uma questão burocrática de atendimento de demandas e de incremento de insumos - uma discussão sobre as práticas de saúde, com suporte técnico e discussão político-conceitual (CONASS, 2004), na qual teoria e ética orientam as práticas.

Essa semana teve uma discussão sobre o teste e surgiu o questionamento: Abre, ou não abre, o exame quando chega na rede? Aí, eu coloquei pra o coordenador que a coordenação tem que ter uma posição em cima disso. Porque é polêmico. Se eu olhar pela lógica do CTA, eu acho que não deve abrir pra chamar o indivíduo. Na lógica de posto é pra abrir. Na perspectiva do ministério, é que se converse antes essa possibilidade: tipo, posso chamar? [...] Vai ter que ter um acordo em cima disso (informação verbal)<sup>140</sup>.

A carência do debate com os profissionais, além de deixá-los despreparados, promove a sensação de desamparo, em relação ao trato com as especificidades e singularidades, que permeiam a experiência humana.

Considerando os dados acima citados sobre a participação dos diferentes atores na formulação e planejamento, observa-se que a política de aids encontra-se desarticulada dos demais atores estratégicos. Este fato será de extrema relevância para a compreensão do paralelismo existente entre a política de aids e a rede de saúde, que será discutido mais adiante. Neste momento, é importante salientar que esta forma de fazer política, segundo Viana (1996) impossibilita sua apropriação pelos demais atores, enfraquecendo-a. Seu caráter centralizador impede a articulação entre a formulação e implementação, a qual, como afirma Araújo (2000), é fundamental para que a política atinja aos objetivos e metas propostos.

A falta de **avaliação** é sentida pelos profissionais dos serviços, pois os deixa sem saber a utilidade e resultado de suas intervenções, como também, inviabiliza qualquer tipo de readaptação e reformulação das ações programáticas (CONTANDRIOPOULOS, 1997; SESSIONS, 2001).

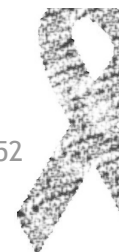
[...] de eu não saber que impacto esse trabalho, que a gente faz, tem lá fora, em termos de prevenção mesmo, de consciência de coletivo, que eu acho que é muito pouco. A última notícia que eu recebi do estado, que muito me decepcionou, é que o pernambucano é o que menos sabe de prevenção (informação verbal)<sup>141</sup>.

Nos distritos sanitários, também é sentida a falta de avaliação da política, inclusive quando há divergências teóricas, permitindo que cada ator realize as

---

<sup>140</sup> entrevista 4

<sup>141</sup> entrevista 3



ações, a partir das suas próprias convicções, como ocorreu com o uso do cartaz sobre as DST (discutido no tópico sobre o conteúdo da política). Na falta da avaliação, não é possível estabelecer o diálogo e enfrentamento das diversas perspectivas de trabalho, que continuam caminhando separadamente.

Eu queria que aquele cartaz fosse colocado pra população fazer uma crítica, sairia uma coisa interessante. Seria interessante... (informação verbal)<sup>142</sup>.

A coordenação sente a falta do acompanhamento das ações dos distritos, principalmente, por não ter conhecimento da linguagem utilizada nas ações, nem de seu cronograma. Esta preocupação parece evidenciar mais o interesse de controle sobre o que acontece na rede, do que de construção de um processo coletivo, com avaliação sistemática e readequação da política (RIVERA, MATUS, TESTA, 1989; SPINK, 2001).

O processo avaliativo é de fundamental importância para a construção e reformulação da política (CONASS, 2004; CONTANDRIOPOULOS, 1997). Sem conhecer os problemas e potencialidades da rede, o coordenador toma decisões, a partir de suas próprias convicções e interesses, sem se respaldar nos dados da realidade.

a gente tava querendo descobrir como é que a equipe toda - do ACS ao profissional do nível superior, médico, dentista - se comporta em relação a aids, a abordagem da aids no seu território, pra poder, a partir daí, fazer uma série de capacitações e tal. (informação verbal)<sup>143</sup>.

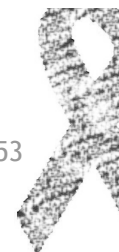
As poucas atividades avaliadas são as implementadas e/ou gerenciadas pela própria coordenação. Mas neste processo não há a participação de outros atores. Esses são vistos ou como alvo da ação (como profissionais capacitados), ou como seus executores (como na ampliação da oferta do teste anti-HIV para gestantes).

Uma dificuldade apontada, pelo coordenador, para o acompanhamento das ações, é a inviabilidade de tempo. Entretanto, em outras entrevistas, pode ser observado que, tanto profissionais do CTA, quanto o movimento aids, teriam disponibilidade para participar de processos coletivos de planejamento e monitoramento da política.

---

<sup>142</sup> entrevista 7

<sup>143</sup> entrevista 7



Falta a gente participar mais dessa parte de planejamento e até de acompanhar um pouco o que é tá sendo feito. Quando a gente vai pra reuniões em Brasília de CTA, alguns são atrelados completamente à coordenação. Recife sempre foi separado e de uma certa forma isso continua. (Uma servidora técnica do CTA) participou (de uma reunião com a coordenação e o movimento social), mas ele (o coordenador) apresentando a política. A gente elaborando, não. (informação verbal)<sup>144</sup>.

O coordenador não consegue encontrar agenda para tal processo, por falta de tempo, apesar de participar de diversos fóruns de discussão de Programa Nacional. Por outro lado, afirma que a cultura do planejamento é bastante enfraquecida tanto na gestão municipal, quanto na gestão federal (informação verbal)<sup>145</sup>.

Há, no contexto nacional, um forte investimento na institucionalização do monitoramento e avaliação, em diversos setores da saúde. O Programa Nacional de DST e Aids realiza diversas comissões e grupos temáticos para pensar, propor e avaliar políticas (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, 2003). Este é um ponto que merecia o destaque de críticas e elogios de diferentes atores, mas não será foco de análise do presente estudo. Cabe, apenas, ponderar que o Governo Federal tem investido significativo recurso do PROESF, para institucionalizar o monitoramento e avaliação na atenção básica, o que parece evidenciar que, de fato, a prática do monitoramento e da avaliação está bastante enfraquecida, nos diversos setores saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002; FELISBERTO, 2004).

Desse modo, fica evidente uma política formal - apresentada em documentos oficiais - e um conjunto de ações, desenvolvidas por diferentes atores, sem articulação e direcionamento político. A carência de planejamento estratégico - com participação democrática, acompanhamento e avaliação sistemáticos - evidencia a fragilidade técnica e o caráter centralizador do processo, que impossibilita a readequação da política às necessidades e imprevistos situacionais (MATUS, 1996, RIVERA, 1996).

A falta de construção coletiva (RIVERA, 1992) da política, impossibilita sua apropriação por parte dos atores que deveriam implementá-la.

Uma coisa é ele (o coordenador) mandar a política por escrito pra gente, outra coisa é ele está discutindo a política e eu saber, e dizer:

---

<sup>144</sup> entrevista 4

<sup>145</sup> entrevista 6 e 2



Não, a política é essa. E isso eu só podia saber se eu estivesse junto. Se eu tivesse em alguns momentos lá, discutindo. Eu acho que a gente podia contribuir. E acho que faltam recursos humanos. Mas se você não organiza, não delega, não acredita que outras pessoas possam contribuir, vai ser difícil você fazer aparecer essa política (informação verbal)<sup>146</sup>.

Neste processo vertical, a política proposta não se efetiva, chegando a ser identificada, pelo movimento social, como um conjunto de ações e não como uma política, de fato estruturada, como pode ser evidenciado, na fala a seguir.

Mas até que ponto tem uma política? Reconheço ações, coisas acontecendo, melhor do que já foi, mas não reconheço a política (informação verbal)<sup>147</sup>.

Considerando a relevância histórica do movimento social da aids para a definição das políticas públicas no país, neste trabalho é proposta a análise da relação estabelecida entre a SMS, em especial, a coordenação municipal de aids e o movimento social, identificando as repercussões desta relação para a efetivação da política e do controle social.

#### 4.4.2 O CONTROLE SOCIAL

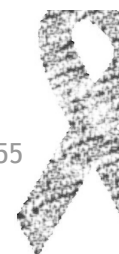
Como foi visto anteriormente, vários elementos se articulam no processo de uma política, desde a disponibilização de recursos, até interesses pessoais e coletivos. No momento de definição da coordenação da política, os conhecimentos técnicos, aliados ao respaldo político, foram estruturantes, para a permanência do atual coordenador.

**A transição** deste ator político, do movimento social, para a gestão pública, parece ter criado confusão, não apenas para alguns integrantes do movimento aids, que a interpretaram como cooptação. O próprio coordenador parece tentar assumir, simultaneamente, os dois papéis sociais, quando propõe coordenar a formação de uma associação de travestis, mantendo seu antigo papel, como movimento social de apoio e mobilização de grupos sociais.

---

<sup>146</sup> entrevista 4

<sup>147</sup> entrevista 1



O coordenador vem (de uma ONG), que tem um grupo específico que trabalha com travestis que têm HIV. Mas tinha uma associação, que a coordenação apoiava e se queria que ele coordenasse a associação. Quem dominava tudo era a coordenação. Eu acho complicadíssimo. Eu acho que pra ele é até mal visto, é a confusão do papel dele como coordenador e como sociedade civil. Ele pode tá fazendo parceria e apoiar. A partir do momento que você está na gestão, você é coordenador. Você pode apoiar, mas organizar? (informação verbal)<sup>148</sup>.

Para uma representante do movimento social, assumir, concomitantemente, estes dois papéis é perigoso, pois pode favorecer processos de cooptação. O gestor na organização do movimento social pode gerar um compromisso dos ativistas, em formação, com a gestão, inviabilizando o efetivo controle social.

É necessário pontuar a diferença dos papéis sociais do gestor público e do movimento social. Os atores do governo devem executar políticas, e inserir, na agenda política da gestão, pautas que podem ser, ou não, as da luta do movimento. A este último, cabe a mobilização e o controle social.

A partir das entrevistas e documentos, é observado que a coordenação municipal de aids realiza **projetos em parceria com ONG's** e contrata ativistas para a prestação de serviços, como aulas em capacitações. Com isto, estimula o movimento social a prestar serviços para a gestão pública, o que pode enfraquecer seu poder de enfrentamento (informação verbal)<sup>149</sup>. Por outro lado, estas contratações parecem aumentar sua popularidade junto à parcela do movimento, na medida em que a emprega e privilegia nas ações governamentais, sendo uma forte estratégia política de manutenção da governabilidade (FRESSE, MACHADO, 2004).

Para a representante do movimento social, a única forma de garantir a isonomia do movimento na execução de ações de atenção e/ou prevenção no campo da aids, com recursos públicos, é a partir da concorrência pública de projetos, prevista, inclusive, no PAM (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, [2003]).

No primeiro PAM foi complicado, porque ele queria que o dinheiro fosse disponibilizado pra onde ele quisesse. Aí, a gente disse que não, que a gente queria que os 10% fosse pra complementar os projetos que fossem financiados também pelo estado. E terminou sendo assim. Porque, se não, correria o risco de ele dá apenas pra quem ele quisesse (informação verbal)<sup>150</sup>.

---

<sup>148</sup> entrevista 2

<sup>149</sup> entrevista 2

<sup>150</sup> entrevista 2



Nas planilhas do PAM (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS, [2003]), são citadas parcerias com organizações da sociedade civil (OSC), as quais são avaliadas como tendo médio impacto e que devem ser fortalecidas. Entretanto estas parcerias não são planejadas ou avaliadas pela própria sociedade civil, nem há legislações que regulamentem a concorrência e seleção pública e elaboração de contratos e convênios com as OSC (RECIFE. Coordenação de DST/AIDS. [2003]), cabendo o questionamento acerca da qualidade dessas parcerias. Pode-se mesmo supor que as ditas parcerias, como vêm sendo realizadas pela atual política, não dão autonomia ao movimento social. Elas são, muito mais, consultorias ou assessorias técnicas.

Entretanto, numa concorrência pública, seja de recursos públicos, ou de outras instituições de fomento, as ONG's mais antigas têm maiores chances de conseguir o recurso, do que outras, pequenas, que não têm estrutura técnica/tecnológica, mas que precisam de recursos para crescer e se estruturarem.

Por outro lado, a execução de projetos por ONG's, via concorrência pública, evita acordos políticos e troca de "favores". Esta modalidade de contratação impede que a gestão pública libere recursos para a prestação de um serviço - de interesse de uma determinada ONG - em troca do apoio nos espaços de controle social.

Eu acho que a gente tem que eleger o que a gente acha que é prioridade, em cima de dados científicos, epidemiológicos... E aí, tenho... meus objetivos são esses, dentro da prevenção. Quem é que faz aqui dentro? Não é que eu vá dizer a ação, mas o que eu quero que seja feito. E não a ONG. E pior: A gente tá com tal projeto, a gente quer que vocês financiem. Isso não é parceria, na verdade. É financiamento. E aí, fica aquela, meio que um acordo de cavalheiros, porque essas mesmas ONG's estão no conselho (informação verbal)<sup>151</sup>.

O que se torna relevante discutir, no presente estudo, é que o lugar político do movimento social – como controle social – é, fundamentalmente, diferente do papel de gestor público. A entrada de ativistas, na gestão, pode ser estratégica e produtiva. Por outro lado, há o risco deste ator, compreendendo a lógica e se apropriando dos discursos e argumentos do movimento social - conhecendo intimamente suas fragilidades – utilizar-se destes recursos, para manipular o movimento social, assumindo os interesses, antes, por ele combatidos.

---

<sup>151</sup> entrevista 5



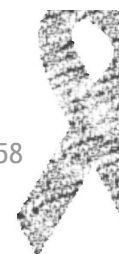
Neste sentido, duas ponderações fazem-se relevantes: A primeira diz respeito ao jogo de poder simbólico aí estabelecido. Considerando o que foi discutido na fundamentação teórica do presente estudo, a manutenção de poder pode ser exercida de forma simbólica e muitas vezes implicitamente (BOURDIEU, 2001). O poder exercido nas produções dos discursos, que mantém e/ou subvertem a ordem, a partir da legitimação das palavras dos que as pronunciam. Como um ativista, o coordenador detém um capital simbólico do movimento social, podendo ou não fazer uso do mesmo, para alcançar seus objetivos.

O segundo ponto relevante a ser considerado diz respeito à própria função do controle social, exercido de forma marcante pelo movimento aids do Recife. Segundo Carvalho (1995) o controle social deve ser compreendido como a capacidade da sociedade organizada controlar a máquina estatal, no sentido de evitar seus desmandos, oriundos de interesses privados e economicamente privilegiados. Assim, cabe ao movimento social da aids fiscalizar e opinar sobre as políticas públicas propostas e implementadas e não executá-las.

O papel, por vezes, confuso do coordenador se colocar como movimento social, também, aparece na implementação de ações programáticas. Ele constrói projetos - utilizando recursos que seriam disponibilizados para as ONG's desenvolverem ações, fora da rede municipal - indo às ruas, sensibilizar e mobilizar um determinado grupo social.

No Projeto Lua Cheia de Saúde (RECIFE. Coordenação de DST e aids, 2002), a coordenação recruta seus próprios profissionais, sem vínculos públicos, com recursos do projeto, para fazerem distribuição de preservativos, em pontos de prostituição à noite.

Apesar do projeto ser executado em parceria com uma ONG, não fica clara a especificidade da atuação governamental, no sentido de articulá-lo à rede de atenção, já que nenhum serviço foi preparado para dar continuidade a esta ação. Esta articulação permitiria, não apenas a sustentabilidade e ampliação das ações, mas também a institucionalização da atenção a populações marginais. Assim, não há a inclusão social destas populações, no sistema de saúde (MAIA, 2006), que se propõe - a partir dos pressupostos do SUS (BRASIL. Lei 8.080, 2001) - ser universal e equânime.





Cabe às ONG's o papel de mobilização social. Se elas desenvolvem ações de saúde, é por uma necessidade circunstancial, na qual o poder público não assume suas responsabilidades (RAMOS, 2004). A não ser que se esteja trabalhando com uma política de minimização e enxugamento do Estado - a partir da qual a sociedade civil se torna responsável pela prestação dos serviços, anteriormente, públicos - como propõem alguns atores, adeptos à Reforma do Estado (BRESSER PEREIRA; SPINK, 1998), não cabe às ONG's prestar serviços de saúde e garantir distribuição de insumos, já que, estas, são responsabilidades dos gestores do SUS.

Mas, se por um lado, no âmbito da coordenação municipal, as ONG's são convidadas a desenvolverem ações de promoção à saúde, em parceria com o poder público; por outro, nas unidades de saúde, as práticas cotidianas das equipes do PSF, não são articuladas com outros equipamentos sociais, nem com OSC local.

A articulação com a OSC é promovida não por espaços de discussões periódicos, mas via parcerias, na prestação de serviços, que, *a priori*, deveriam ser desenvolvidas pela própria rede de saúde.

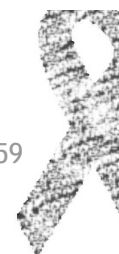
Na tentativa de fortalecimento do debate político com a gestão, o movimento solicitou encontros, a cada três meses (informação verbal)<sup>152</sup>. O coordenador argumentou que, neste espaço de tempo, não há como apresentar ações realizadas, porque o tempo administrativo público não permite consolidar ações em prazos tão curtos. Ele propôs, então, uma periodicidade de seis meses para os encontros com o movimento social (informação verbal)<sup>153</sup>.

Este posicionamento parece indicar que, para a coordenação, os encontros se restringem à **prestação de contas**, não sendo compreendidos como espaços para a construção e monitoramento da política. Parece haver uma visão burocratizada do processo avaliativo (NEMES, 2001, SPINK, 2001) e a esquiva do debate político, o que reforça o caráter centralizador e pouco democrático do processo da política instituída. Este modelo de fazer política caracteriza-se, ainda, pelo formato elitista de tomada de decisão, segundo a categorização de Araújo (2000), processo no qual as decisões são tomadas por uma elite e repassadas para os demais atores sociais.

---

<sup>152</sup> entrevista 1

<sup>153</sup> entrevista 6



Os espaços de discussão sobre a política com o movimento social limitaram-se a algumas apresentações de final de ano, para prestação de contas e aprovação do PAM. Segundo a representante do movimento social, a gestão apresentou uma proposta pronta, já definida. Não houve discussão prévia, ou tempo para o movimento ler e estudar as propostas. Em sua percepção, a coordenação utilizou a imprensa, para evitar o embate e debate político, reduzindo o movimento social a um legitimador das propostas governamentais.

Aí, foi pro conselho, só que foi um documento grande que os conselheiros não entenderam [...] nós temos que ter antecedência de 72 horas de qualquer projeto a ser apresentado. Se não tiver, a gente não aprova. Isso foi feito, só que foi uma coisa incompleta. O PAM foi grande, a gente não ia poder ter acesso, cada um ao seu (informação verbal)<sup>154</sup>.

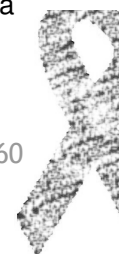
Mesmo com todas essas críticas, os espaços construídos para o debate político, são visto como uma vitória, já que inexistiam, em outras gestões. Mas não pode deixar de ser considerado que tais espaços, para simples repasse de informações, mais uma vez, caracterizam a forma de tomada de decisão elitista (ARAÚJO, 2000).

Seguindo a regulamentação do SUS (BRASIL. Lei 8142, 2001), o Plano de Ações e Metas da aids (PAM) - a partir do qual são repassados os recursos federais - tem que ser aprovado pelo **Conselho Municipal de Saúde (CMS)**, antes de ser apresentado ao Ministério da Saúde. O Conselho Municipal de Saúde, por sua vez, tem condicionado seu parecer à avaliação da Articulação-Aids, compreendendo que este fórum está mais habilitado, tecnicamente, para analisar o PAM. Para membros do controle social entrevistados, a Articulação-Aids termina funcionando como uma comissão técnica do Conselho de Saúde, já que, ainda, não foi instituída uma comissão intersetorial específica da aids.

Uma perda é a comissão de aids que ainda não foi criada, e a gente tá batendo desde 2001. Que é justamente pra tá discutindo a política de DST e aids antes de ir pro conselho. Foi complicadíssimo aprovar o PAM esse ano, porque tem que ter toda uma discussão, e com essa comissão facilitaria um pouco essa discussão. Essa comissão técnica tem em vários estados. Tem umas que se chamam Comissão Intersetorial de Aids (CISAIDS), outras se chamam Comissão de aids. Aí, tem regimento, tem que sair numa portaria e que é composta por ONG's, coordenador e conselho. Ela não é totalmente ligada ao conselho, ela é deliberada pelo conselho, mas tem do conselho uma

---

<sup>154</sup> entrevista 2



ou duas representações. Como tem a comissão de saúde do trabalhador e como tem a de saúde mental (informação verbal)<sup>155</sup>.

A relação que a coordenação estabelece com o conselho municipal de saúde é pontual. Não há, dentro do conselho, a discussão do modelo político proposto. A presença do coordenador da política é demandada para dar explicações e receber demandas, ou quando é preciso aprovar algum documento, como o PAM.

ele apresenta o PAM, ele só volta se for necessário pra ele aprovar algum projeto ou se a gente solicitar. Se tiver algum problema, denúncias, a gente faz lá, mas vem por escrito... só se a gente quiser uma explicação maior do coordenador, aí ele vem. Mas ele não tem essa obrigação de está no conselho (informação verbal)<sup>156</sup>.

No fortalecimento do controle social, as **Conferências Municipais de Saúde** são instâncias democráticas de grande relevância. Por isso, torna-se importante considerar, no presente estudo, a participação do coordenador de aids nas mesmas. Sua articulação com o movimento aids permitiu negociações, que garantiram que as proposições aprovadas na última conferência fossem coerentes com a proposta da Secretaria de Saúde, evidenciando sua governabilidade, segundo categoria de Matus (1996).

Na conferência, eu tive uma participação legal, assim. Porque muitos do movimento social me conhecem, eu conheço e sei como agem e discutem. Então, muito do que passou no movimento foi até previamente discutido comigo. Algo quando eu soube que tava pra passar, eu fui lá conversar pra fazer mudar de idéia. Então, a grande maioria das coisas que contempla o movimento social, na participação da conferência, foi atendida (informação verbal)<sup>157</sup>.

Para a representante do movimento social, as deliberações das conferências não são utilizadas como suporte na formulação da política municipal. Como as diretrizes nacionais respondem a um conjunto de demandas do movimento, conseqüentemente, a política municipal, que segue tais diretrizes, é coerente com as deliberações da Conferência Municipal de Saúde.

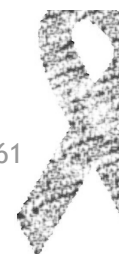
Entretanto, há pontos de divergência entre o movimento social local e as diretrizes nacionais, implantadas no município. Estas divergências ficaram evidentes na conferência, mas não foi aberto o debate. Um claro exemplo é a política de descentralização da testagem para a detecção da infecção pelo HIV, via o pré-natal,

---

<sup>155</sup> entrevista 2

<sup>156</sup> entrevista 2

<sup>157</sup> entrevista 6



nas equipes de PSF, que coloca em debate o modelo de organização da rede de serviços do SUS. Como já foi visto, a oferta do teste no PSF é criticado por parte do movimento social e por alguns profissionais de saúde.

Além das Conferências e do Conselho de Saúde, outros espaços de participação popular são propostos pelo SUS (BRASIL. Lei 8142, 2001). Mas, há pouco investimento na criação e fortalecimento desses, o que pode ser evidenciado na escassez de discussões sobre a criação de **conselhos gestores** nos serviços especializados, em especial, no CTA.

Frente a esta questão, o próprio movimento social afirma não ter ativistas suficientes para compor os diversos espaços de controle social, não sendo, então, posto em pauta a relevância da construção de novos espaços.

A gente nunca discutiu essa questão de um conselho gestor no CTA. O que a gente pensou foi no Lessa<sup>158</sup>, onde tem o SAE, ter um conselho gestor (informação verbal)<sup>159</sup>.

A coordenação municipal compreende que a criação de um conselho gestor para o CTA deve ser uma demanda dos usuários e se coloca numa postura de aparente receptividade, mas sem mobilização, o que parece evidenciar o que Araújo (2000) aponta como uma não-política.

A proposição de criação de um conselho gestor no CTA é inexistente, inclusive para o próprio serviço.

A proposta de ter conselho gestor é pra unidade maior. Em nível de CTA, unidade com 20 funcionários, já contando com tercerizados... aí, não foi contado como prioridade, não. [...] Eu não tenho nenhuma experiência com conselho gestor. Acho que a questão do quantitativo é um peso. Até porque o CTA tem muito aquele usuário que vem e vai embora, que não volta nunca mais, que não tá aqui presente, que vêm uma vez no ano. Tem usuário que vem pegar a camisinha na recepção e vai embora. Com a coordenação eu nunca cheguei a discutir isso, não (informação verbal)<sup>160</sup>.

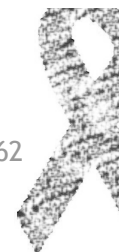
É interessante perceber como a falta de discussão política sobre o controle social gera compreensões distorcidas. O que garante a necessidade de um conselho gestor não é o tamanho do serviço, nem mesmo o vínculo temporário que estabelece com o usuário, mas sim, a necessidade de acompanhar as ações de saúde desempenhadas pelo mesmo. Espaços de controle social – a exemplo dos

---

<sup>158</sup> Nome de uma policlínica

<sup>159</sup> entrevista 2

<sup>160</sup> entrevista 4



conselhos gestores - possibilitam maior participação da sociedade na definição das políticas públicas – e suas ações programáticas. Com isso, permitem que os processos de tomada de decisão sigam modelos mais pluralistas, onde as decisões são compartilhadas com os diversos atores (ARAÚJO, 2000).

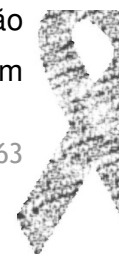
Evidencia-se, assim, que apesar da Secretaria de Saúde assumir o compromisso com o fortalecimento do controle social, investindo em conferências e conselhos, há ainda muito que ser feito, para a efetiva participação popular. É necessária uma melhor compreensão acerca do que, de fato, representa o controle social e suas instâncias, e a garantia de espaços democráticos de formulação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas.

#### 4.4.3 POLÍTICA PARALELA À REDE DE SERVIÇOS DO SUS

Para finalizar a discussão da categoria processo, na análise da política de prevenção da aids da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, é relevante identificar como esta se organiza dentro da rede de atenção do SUS. Esta discussão é fundamental para entender a consolidação de alguns princípios e diretrizes do SUS, como integralidade e intersetorialidade (BRASIL. Lei 8.080, 2001). Permite, ainda, a análise do que tem sido proposto para oferecer sustentabilidade à política – que, como foi visto, é uma prioridade do Programa Nacional de Aids.

A política de aids, no Recife e no Brasil, por muito tempo, investiu na construção de serviços especializados, criando uma rede paralela de atenção, com o CTA e SAE. A discussão atual no país propõe não haver uma rede paralela só para atenção às pessoas com DST, HIV e aids. As ações devem ser inseridas na rede do SUS, destinadas a todas as pessoas, independentemente de seus agravos, a partir da integralidade e universalidade da atenção (CUNHA, CUNHA, 2001; MATTOS, PINHEIRO, 2001).

No Recife, há apenas um **Centro de Testagem e Aconselhamento** (CTA). A não implantação de outros é justificada, nas entrevistas de diversos atores, pelo princípio da descentralização do SUS. Seguindo esta perspectiva, a gestão municipal se propõe criar nas policlínicas distritais, serviços de assistência, com



especialistas capacitados na problemática da aids. Os odontólogos das policlínicas, por exemplo, devem estar habilitados para tratar as especificidades das patologias odontológicas de pessoas com HIV e aids, sem, necessariamente, ser criado um serviço específico para os portadores de HIV, evitando assim, a segregação.

A implantação da política de aids na rede de serviços do SUS apóia-se, ainda, no princípio da integralidade (FREITAS, 2003), a partir do qual a pessoa com HIV deve ser reconhecida como todas as outras - que tem demandas de saúde, que vão além dos agravos específicos causados pela síndrome da imunodeficiência adquirida. Trata-se de trabalhar a especificidade da demanda, sem transformá-la numa diferenciação excludente das pessoas.

A aids tem uma magnitude que não é desprezível. Esse pessoal fica querendo botar a aids pra ser abordada em unidades de referência, isso não existe. É a mesma coisa da tuberculose e da hanseníase. Porque, hoje, a gente tem a concepção do que é que a atenção básica deve fazer na aids. E eles têm que tá preparados. Como é que eu posso impedir que um portador de HIV vá lá no posto de saúde? E como é que eu não posso preparar esse profissional pra atender bem essa criatura? (informação verbal)<sup>161</sup>.

Assim, não caberia apenas ao CTA desenvolver trabalhos de prevenção da aids. Estes devem estar inseridos nas mais variadas ações de promoção da saúde.

Se no modelo da história natural das doenças, a promoção da saúde se encontrava no conjunto das intervenções da prevenção primária, a partir de Ottawa, este conceito se amplia. Ele passa a orientar as práticas para a concepção positiva da saúde, que está além da simples ausência da doença e se revela nas variadas formas de desenvolvimento da vida.

O enfoque da promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macro-determinantes do processo saúde-doença, e buscando transformá-los, favoravelmente, em direção da saúde. Já a prevenção das doenças buscaria que os indivíduos ficassem isentos das mesmas (BUSS, 2003, p. 33).

Enquanto a promoção da saúde busca - a partir da construção de autonomia - que os sujeitos reordenem suas vidas, com vistas à melhoria de sua qualidade; a prevenção das doenças orienta ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco para uma enfermidade. Prevenir significa "preparar; chegar antes

---

<sup>161</sup> entrevista 7



de; dispor de maneira que evite; impedir que se realize” e promover designa “dar impulso a; fomentar; originar; gerar” (FERREIRA, 1986, p. 383, 387).

Esta diferenciação não busca preterir uma proposta a outra, mas sim, diferenciá-las, compreendendo a relevância e limites de cada uma. No cenário da aids, tanto a promoção, quanto a prevenção, são relevantes para o enfrentamento da doença. O que se objetiva é compreender como se colocam os objetivos de uma política de prevenção da aids, que se estrutura imersa em demandas sociais calcadas no paradigma da promoção da saúde. Este paradigma irá cobrar intervenções tanto de detecção e controle do vírus, quanto de promoção de políticas saudáveis - que possibilitem os sujeitos construir estratégias de vida que os coloquem em condições de maior proteção ao vírus.

Promoção de saúde requer a construção de condições saudáveis de vida, que promovam o bem estar físico, mental e social dos sujeitos; que em vez do controle da natureza, possibilite a utilização racional e ecologicamente responsável do espaço, o que, por sua vez, viabiliza a manutenção do ecossistema e da presença do homem como parte do mesmo (FERREIRA; BUSS, 2001; BRASIL. Ministério da Saúde, 2001; BUSS, 2003). Promover saúde representa, inevitavelmente, a construção de sujeitos cidadãos (PAIVA, 2001), capazes de construir estratégias sociais e individuais para viverem de forma segura e prazerosa suas experiências sexuais.

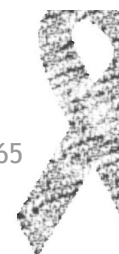
A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um, consigo mesmo, e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros (FERREIRA; BUSS, 2001, p. 22).

Assim, a especificidade do CTA passa a ser repensada, uma vez as ações de prevenção da aids, no contexto da promoção da saúde, devem ser descentralizadas nos diversos serviços de atenção básica.

Não pode terminar isso sendo um monopólio, o CTA. Eu acho que o CTA surgiu numa época em que as pessoas não tinham como procurar, tinham medo de procurar a testagem, não era oferecido. Então, tinha o espaço. Eu acho que esse espaço começa a se diluir (informação verbal)<sup>162</sup>.

---

<sup>162</sup> entrevista 3



No contexto do Recife, o CTA não se reconhece como um centro de referência para populações específicas, pois sua demanda básica é espontânea, com perfil diversificado.

o básico ainda é a demanda espontânea. Ainda é o geralzão. É geral, é muito misturado, ainda. Tem travestis, tem homossexual, cara hetero, casado, que tem uma relação extra. Tem a mulher casada, tem gestante. Eu acho que ainda é muito diversificado, mesmo. Tem o adolescente que tem a primeira experiência. Eu tenho adolescente que vem pegar camisinha e termina fazendo o exame (informação verbal)<sup>163</sup>.

Mas quando uma ONG realiza uma atividade junto com profissionais do sexo, por exemplo, há encaminhamentos pontuais para o serviço. Entretanto, este serviço não sistematiza parcerias com as ONG's, havendo apenas, em certas épocas, o aumento de demanda. Assim, apesar de ser reconhecido como um espaço de maior acolhimento e aceitação (informação verbal)<sup>164</sup>, o CTA não desenvolve trabalhos sistemáticos de promoção à saúde para populações específicas.

Atendo muito travesti, muito profissional do sexo, [...] eu sei que tem um grupo de profissionais do sexo, vieram pra inauguração, me chamaram pra eu ir lá, pra conhecer, mas eu nunca fui. Aqui próximo tem uma associação de travestis, eles vem, mas não sei se eles vêm o CTA como uma referência, mas sei que vem. O que eu digo é que seria importante ter uma pessoa pra fazer essa ponte, que fizesse esse contato... (informação verbal)<sup>165</sup>.

Fica evidente a falta de ações planejadas para fins específicos, o que poderia garantir o caráter de centro especializado e de referência ao serviço, o que reflete a carência de um planejamento estratégico, que organize o sistema de atenção, como proposto por Cunha e Cunha (2001).

Segundo o modelo de saúde vigente no Brasil, o sistema deve ser hierarquizado e regionalizado, organizado por uma rede de referência e contra-referência.

A regionalização e a hierarquização de serviços significam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida (CUNHA, CUNHA, 2001 p. 302)

---

<sup>163</sup> entrevista 4

<sup>164</sup> entrevistas 2

<sup>165</sup> entrevista 3





Exceto os serviços de atendimento de urgência e emergência, é esperado que os serviços especializados tenham uma demanda filtrada, encaminhada pelos serviços de menor complexidade. Isto não impossibilita que serviços especializados possam receber demandas espontâneas, sendo porta de entrada no sistema. Entretanto, este não deve ser seu papel principal, em especial, quando o que orienta esta demanda espontânea é a capacidade do serviço oferecer o que todos os outros deveriam garantir: acolhimento e respeito pela diversidade.

O CTA mantém sistematicamente um fluxo de referência com o SAE, mas apenas com ele, o que parece evidenciar uma rede de atenção a pessoas com HIV, paralela aos demais serviços do SUS. Ou seja, o CTA não consegue consolidar uma rede de referência e contra-referência com outros serviços da rede, como PSF, maternidades, policlínicas, CAPS ou serviços de atenção a vítimas de violência (informação verbal)<sup>166</sup>. Tanto que foi preciso o CTA se localizar dentro do espaço físico do Gouveia de Barros - uma policlínica de referência distrital - para que surgissem encaminhamentos deste serviço. Com isso, evidencia-se que os serviços funcionam de forma desarticulada e não há uma organização da rede para o fluxo da demanda.

A desarticulação entre os serviços especializados em aids e os demais **serviços da rede** de atenção municipal pode ser, ainda, evidenciada ao se analisar as ações destes últimos.

Basicamente, a rede de saúde, gerenciada pelos distritos sanitários, realiza distribuição de preservativo e ações de educação em saúde, que são planejadas e executadas por iniciativa de cada unidade, que define metodologia, periodicidade, conteúdo e população alvo (informação verbal)<sup>167</sup>.

O distrito desenvolve suas próprias ações de educação em saúde, intervenção em comunidades e capacitações. A gerente do distrito sanitário entrevistada considera que as atividades que desenvolve, trabalhando com adolescentes, sexualidade, auto-estima e estigma, não estão vinculadas à política municipal de DST e aids. Estas são iniciativas do próprio distrito, que trabalha articulando vários temas e tem interesse em tais temáticas.

---

<sup>166</sup> entrevistas 2 e 3

<sup>167</sup> entrevista 7



Isso surgiu daqui, isso não tem nada haver com a política municipal. Não é proibido e tem campo pra fazer isso, então a gente faz isso.[...] mas ela não foi demandada por aí. Mas ela é coerente com a política. Coerente porque é um grupo prioritário, os adolescentes. Porque a política mesmo de aids, ela não é muito bem discutida por todo mundo, não (informação verbal)<sup>168</sup>.

Para a gerência do distrito sanitário, as ações, apesar de não articuladas, complementam-se, pois se organizam, a partir dos pressupostos do SUS e das diretrizes políticas gerais da saúde, que visam a universalidade e a diminuição das desigualdades sociais e dos preconceitos (informação verbal)<sup>169</sup>.

Como seguem as mesmas concepções, acerca do processo saúde e doença, e consideram os determinantes sócio-culturais da doença - compreendendo saúde como qualidade de vida e capacidade dos sujeitos construírem, coletivamente, condições saudáveis de vida (FERRAZ, 1997) - as ações que o distrito sanitário desenvolve, tanto não são contrárias à perspectiva proposta pela coordenação municipal de aids, como são de fundamental relevância.

Eu acho que educação em saúde, pra mim é uma das formas de trabalhar a prevenção. Eu acho que é uma estratégia fundamental (informação verbal)<sup>170</sup>.

É possível perceber que a política de aids caminha paralela à política dos distritos sanitários, o que, mais uma vez, demonstra que a descentralização das ações, para a prevenção da aids, não ocorre com a incorporação da política no sistema de saúde mais amplo.

O que neste estudo tem sido compreendido como a construção de uma política paralela à rede de serviços do SUS, denuncia que as ações de prevenção da aids ainda não foram apropriadas pela rede de saúde com uma diretriz política. Com isso, não há a garantia da sua sistematicidade e sustentabilidade, que permitiriam sua continuidade, independentemente dos recursos internacionais (MATTOS, PARKER, 2001; PARKER, 1997). As causas desta não apropriação já foram discutidas anteriormente e parecem estar calcadas no modelo de processo que é desenvolvido, com fortes características elitistas e tradicionais (ARAÚJO, 2000).

---

<sup>168</sup> entrevista 7

<sup>169</sup> entrevista 7

<sup>170</sup> entrevista 8



Na medida em que não articulam com a rede de saúde mais ampla, as ações desenvolvidas pela coordenação, tornam-se pequenas para a magnitude da rede de saúde existente, tornando-se ações de baixo impacto (informação verbal)<sup>171</sup>.

Para a gerente do distrito, a grande maioria das coordenações de políticas da secretaria de saúde, funciona de forma desarticulada com os distritos sanitários. Ela acredita que este movimento se deve mais a uma postura de militância dos coordenadores, do que por uma visão macro de estruturação de uma rede de atenção, a partir de políticas públicas. Este fato evidencia, mais uma vez, que a prática do planejamento não é fortalecida na SMS do Recife, findando em políticas que se desenvolvem num formato incrementalista (ARAÚJO, 2000). Ou seja, sem um planejamento prévio, cada coordenação desenvolve ações pontuais, desarticuladas, de pequeno porte, impulsionadas pelo desejo e interesse de cada gestor em desenvolver projetos que julga importantes.

Fica aquela coisa pequenininha da coordenação com algumas poucas pessoas. Eu não consigo nem avaliar se tem impacto... Eu acho uma coisa, muito militância, ainda. Militância social é importante, quando a gente tá fora da gestão. Quando a gente tá na gestão, a gente tem que fazer um pouco mais do que isso. Pensar na organização de serviço, comprometimento de recursos humanos e no produto que eu quero atingir, entendeu? (informação verbal)<sup>172</sup>.

Vale ressaltar que o interesse e comprometimento pessoal de um gestor com um determinado problema social não são suficientes para a construção de políticas eficazes. O SUS demanda a formação de gestores em saúde, capacitados em gestão, planejamento, vigilância, epidemiologia, entre outros assuntos. Esta necessidade é tanta que os Ministérios da Saúde e Educação vêm articulando a construção de uma Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, conforme portaria nº 2117 (BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2005), no sentido de qualificar os profissionais e gestores para as demandas e exigências do SUS. Este é um importante dado a ser considerado e extrapolado para outras realidades. É preciso capacitar os gestores de saúde para que os mesmos tenham instrumentos técnicos para propor e desenvolver políticas de saúde, as quais, segundo as categorias de Araújo (2000), devem estar respaldadas

---

<sup>171</sup> entrevista 1 e 7

<sup>172</sup> entrevista 7



em evidências e serem frutos de processos estratégicos e participativos de construção e implementação.

Sem conseguir a articulação entre os diversos atores, que permita a estruturação de uma política pactuada, que sirva de norte para a construção de uma rede de atenção, a interferência da coordenação municipal de DST e aids nas ações dos distritos, muitas vezes, é reduzida a disponibilização de recursos humanos e materiais (informação verbal)<sup>173</sup>. A coordenação produz e disponibiliza material educativo e propõe aos distritos campanhas e eventos, em datas estratégicas - como Dia dos Namorados, Carnaval e São João. Os distritos replicam a ação em seu território, solicitando insumos, ou realizam uma ação própria. Não há uma construção coletiva e a coordenação não tem como assegurar se o que tem sido feito nos distritos e nas unidades de saúde é coerente com a política que propõe (informação verbal)<sup>174</sup>.

O coordenador reconhece que os distritos já estão “acostumados” a trabalharem sozinhos e compreende, isto, como uma autonomia positiva.

Eu acho que essa prevenção, ela é meio desfacelada, um pouco [...] Pra construir uma prevenção às DST e aids, eu acho que ele tinha que tá discutindo isso na ponta, e operacionando isso na ponta. Eu acho que não é feito isso. Eu acho que é feito coordenação-ponta. (informação verbal)<sup>175</sup>.

O distrito sanitário entrevistado reconhece a relevância da problemática da aids e identifica, em sua área de cobertura, populações com risco acrescido para a infecção do HIV - como travestis marginalizados, vítimas de violências. Reconhece, também, a relevância de trabalhos com mulheres e adolescentes no PSF. Entretanto, declara que a aids não é uma prioridade para o distrito e que não há um técnico responsável para conduzir a política, como existe para a saúde da mulher, saúde mental e outras políticas consideradas estratégicas. Sente falta de uma política que estructure ações sistemáticas para estas populações, argumentando que a coordenação municipal é centralizadora e que não discute a política com os profissionais dos serviços de saúde.

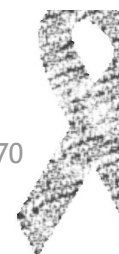
aí, fica uma coisa muito solta em algum momento. Fica muito mais nessa discussão farmacêutica, na distribuição de preservativos e com educação em saúde. Aí, quando é necessário, o pessoal que tá com

---

<sup>173</sup> entrevista 6 e 7

<sup>174</sup> entrevista 6

<sup>175</sup> entrevista 5



o programa de saúde da mulher, também acompanha e faz, entendeu? (informação verbal)<sup>176</sup>.

Frente a este resultado, duas considerações são relevantes: A primeira diz respeito do modelo tradicional de implementação de política utilizado, o qual, segundo Araújo (2000) caracteriza-se pela diferenciação marcante entre os formuladores e implementadores da política. Este modelo desconsidera que os implementadores da política também, em última instância, formulam sua própria compreensão da política que implementam. Assim, esta forma de fazer política promove a desagregação dos atores, a hierarquização do poder decisório e possíveis disparidades entre o que é formulado e implementado.

A segunda consideração a ser feita refere-se à crença do coordenador, já apresentada anteriormente, de que os gerentes de distrito, por serem pessoas sensíveis à questão da aids, implementam a política que ele formula. Mais uma vez pode-se evidenciar que a falta de discussão política e de um modelo de formulação pluralista (ARAÚJO, 2000) favorecem a não implementação das propostas, pois os diversos atores sociais implementem a política, a partir de suas próprias compreensões acerca da mesma.

Na tentativa de articular diversos atores na implementação da política, a coordenação de aids desenvolve ações intrasetoriais com as **outras políticas** como a de violência, de saúde mental, de atenção à criança e adolescente e, marcadamente, com a política de atenção à saúde da mulher, com parcerias em vários programas, como prevenção da transmissão vertical da infecção do HIV e da sífilis congênita e distribuição de preservativo feminino. Entretanto, essas parcerias ocorrem sem planejamento e avaliação, havendo, basicamente, uma divisão de atividades e trocas de opiniões, sugestões e informações. Chama atenção a desarticulação entre as coordenações de aids e tuberculose. A coordenadora da política de atenção à tuberculose já foi responsável pela política de aids e reconhece que tais agravos são extremamente interligados. Ela afirma que tem uma boa relação pessoal com o coordenador de aids, mas que talvez pelo distanciamento físico e de organograma, eles não conseguem construir uma intervenção articulada.

---

<sup>176</sup> entrevista 7



Eu tenho a impressão que ainda tá meio distante. Ainda mais, depois que a gente se separou enquanto espaço, de tá olhando e tá sabendo, de tá dentro da mesma diretoria, agora são diretorias diferentes. Nem tampouco quando a gente vai discutir tuberculose é tocado o assunto aids pela rede (informação verbal)<sup>177</sup>.

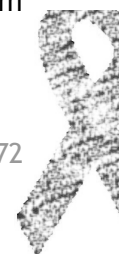
Como já discutido anteriormente, as relações afetivas não garantem o apoio à política. Da mesma forma, as distâncias físicas, principalmente numa sociedade com diversos recursos comunicacionais, não impedem que atores estabeleçam relações de trabalho conjuntos. Na construção de políticas, uma diversidade de fatores entra em jogo e define as prioridades de uma agenda (VIANA, 1996). Pode-se compreender, por exemplo, que o caráter pouco assistencial imprimido na política de aids, inclusive reforçada pela já citada falta de profissional especializado na equipe da coordenação, dificulta a priorização de articulações com políticas como a de tuberculose. Também pode-se considerar que a forma centralizada de construção da política favorece a desarticulação entre os diversos atores, e conseqüentemente, a intrassetorialidade das ações, ou seja, articulação sistemática entre várias áreas de um setor, no caso, do setor saúde. (FERREIRA, 2000).

Com os dados ora apresentados, conclui-se que a carência de uma política de aids, planejada e pactuada com os diversos atores sociais, resulta em ações desarticuladas que não permitem a construção de uma rede de atenção integral e hierarquizada. Considerando as categorias de Araújo (2000), a coordenação de aids finda por desenvolver processos de tomada de decisões elitista e de implementação tradicional, o que tem gerado ações pontuais, de pequeno alcance, que ocorrem em paralelo à rede de serviços de saúde existente (ARILHA, 2001). Este paralelismo inviabiliza a compreensão e intervenção num sujeito integral - que considerem a diversidade de suas demandas, em especial, das pessoas que vivem e convivem com HIV e aids - e incentiva a sobreposição de ações que podem ser repetidas ou contrárias (MATTOS, PINHEIRO, 2001). Sem a incorporação dessas novas práticas de saúde no sistema, as ações de prevenção tornam-se restritas aos serviços especializados e às ações pontuais da coordenação, e conseqüentemente, atreladas aos recursos específicos da aids, o que impossibilita a sustentabilidade da política.

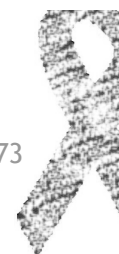
Com tais resultados finaliza-se o terceiro capítulo deste trabalho, identificando-se as principais características e entreves do processo da política em

---

<sup>177</sup> entrevistas 8



estudo. A partir de então, compreendendo que o volume de dados discutidos dificulta a sistematização dos principais achados deste estudo, propõe-se realizar um breve resgate esquemático dos mesmos.





***CAPÍTULO 5.***  
***Considerações Finais***





O presente trabalho é resultado de um longo, rico e árduo processo de idas e vindas. Um percurso entre os relatos dos entrevistados, os documentos da gestão, a teoria que orienta o estudo e as diversas tentativas de interpretação de uma realidade extremamente complexa.

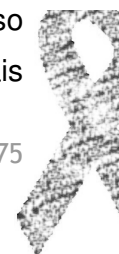
As políticas públicas refletem um conjunto de fatores permeado por jogos de poderes, interesses e compreensões de mundo. Estas, quando aplicadas à prevenção da aids parecem ainda mais complexas, pois envolvem uma série de valores e crenças permeados de preconceitos. Tais políticas demandam, assim, a construção de novos modelos de atenção à saúde que permitam a construção de sujeitos críticos e autônomos frente às suas experiências afetivo-sexuais, sujeitos que tenham o direito de ter direitos e de criar direitos; que possam definir suas próprias formas de viver com saúde (PAIVA, 2001)

Os autores utilizados na fundamentação teórica do presente estudo têm apresentado à comunidade acadêmica diversas propostas de ações em saúde que possibilitam aos sujeitos a construção de estratégias individuais e coletivas de proteção à infecção do HIV (AYRES, 1999; BARBOSA, 2000; BASTOS, 2001; CAMARGO, 2003; PAIVA, 2001; VILLELA, 1999).

Entretanto, trabalhos como a pesquisa gênero no PSF, que foi utilizado como documento neste estudo, evidencia que a rede de saúde ainda reproduz modelos normativos e de controle dos corpos. Frente a este hiato entre, de um lado, o que é proposto na academia e desenvolvido em experiências pontuais e, de outro, o que se mantém como modelo de atenção hegemônico, o presente trabalho buscou evidenciar a relevância das políticas públicas de saúde para a incorporação de novas práticas de atenção na rede de serviços do SUS.

Por isso, a presente construção teórica representou um esforço de articulação entre o político e o subjetivo, buscando oferecer à comunidade acadêmica um modelo para a análise de uma política pública de prevenção da aids, que pudesse evidenciar os entraves da incorporação desses novos modelos de atenção nas propostas públicas de intervenção.

Esta construção não foi simples e apresentou uma série de dificuldades tanto no campo teórico-conceitual, quanto na coleta dos dados. Para a produção de uma fundamentação teórica que fornecesse sustentação ao presente estudo foi preciso apostar na compilação de contribuições conceituais de diversos autores, dos mais



diferentes campos do conhecimento (filosofia, psicologia, epidemiologia, política pública, entre outros). Este mosaico teórico representou um grande esforço interpretativo, mas buscou contribuir para a produção de novas construções teóricas, que articulem as políticas públicas às experiências subjetivas dos sujeitos.

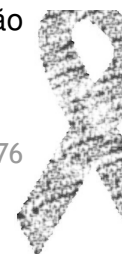
Atravessando tais obstáculos, chega-se ao final deste estudo. Um final marcado não por uma conclusão acabada, que esgota as possíveis interpretações do objeto, mas por um ponto, que marca o encontro com conclusões que parecem contribuir para o desenvolvimento de outros futuros trabalhos e intervenções.

Assim, conclui-se este estudo formulando algumas considerações que têm, fundamentalmente, o interesse em colaborar com o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, em especial de prevenção da aids, de novas metodologias de estudos e de articulações teóricas.

Para a apresentação das conclusões e recomendações deste trabalho, propõe-se seguir os objetivos que foram postos como orientadores do estudo.

Atendendo ao objetivo de descrever o **contexto** no qual a política municipal de prevenção da aids da SMS do Recife está inserida, foi possível identificar os macro e micro contextos da política em tela. Foram apontados, assim, aspectos sócio-políticos e econômicos, mas também processos de trabalho, estruturas de serviços, perfil de profissionais e diversas relações de poder, predominantemente simbólico (BOURDIEU, 2001), que interferem na definição e implantação de políticas.

Com a análise do contexto, pode-se concluir que a Secretaria de Saúde do Recife apresenta grandes desafios para a política de prevenção da aids, que a partir da descentralização do SUS, tem buscado inserir seus programas nas ações de saúde dos serviços de atenção básica do SUS. Os processos de trabalho fragmentados, com poucos momentos de planejamentos estratégicos, além de uma frágil articulação entre as coordenações de políticas e os distritos sanitários têm impossibilitado o desenvolvimento de ações integralizadas. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde apesar de serem alvo de várias capacitações, reproduzem o modelo de atenção centrado na cura com forte preconceito em relação a profissionais do sexo, homossexuais e pessoas com HIV/aids, marcando a dificuldade do encontro com o outro e da legitimação das diferenças, que são fundamentais na construção de práticas dialógicas.



O segundo objetivo atendido deste trabalho foi a identificação dos principais **atores** envolvidos na política, evidenciando os apoios e as oposições marcadas frente à mesma. Quanto a esta categoria de análise, o presente trabalho apresenta duas principais conclusões:

A primeira diz respeito à presença de um ativista na gestão pública. Ao assumir tal função, com respaldo político do movimento social e com conhecimento técnico sobre o tema, o coordenador da aids foi capaz de dar operacionalidade à política. Deve-se salientar, contudo, que a ausência de formação e/ou experiência em gestão pública deste ator pode ter contribuído para a forma como a política foi construída e implementada, com fortes características elitista e tradicional. Ao mesmo tempo, a fragilidade nas articulações entre o coordenador de aids e demais atores implicados no processo, parece contribuir para o paralelismo evidenciado entre a política de aids e os demais serviços e políticas setoriais da saúde. Por fim, o perfil predominante de nível técnico dos profissionais da coordenação de aids parece não contribuir com o desenvolvimento de discussões teóricas sobre o tema.

O presente trabalho, então, busca alertar os gestores em saúde com relação à formação de seu quadro de pessoal, evidenciando a relevância e os entraves da presença de atores dos movimentos sociais na gestão pública. Salienta-se que o perfil dos atores envolvidos, assim como a articulação entre os mesmos, interferem diretamente no formato da política. Esta é uma recomendação que pode ser extrapolada para outras experiências, nas quais os gestores públicos dedicam parte do seu tempo, que deveria estar destinada às ações de gestão, como planejamento, monitoramento e avaliação, para executar ações de saúde que deveriam se implementadas pela rede de serviços do SUS.

Com estas considerações, o presente estudo visa contribuir com o gestor local na identificação de fatores e relações muitas vezes veladas, como as acima citadas, no sentido de oferecer uma melhor leitura contextual da política.

Frente ao objetivo de analisar o **conteúdo** da política em tela, considerando os saberes atrelados às ações programáticas de prevenção da aids, no que diz respeito às concepções de risco, prevenção e vulnerabilidade; e como tais conteúdos favorecem o desenvolvimento de posturas preventivas por parte dos sujeitos, foi possível se chegar as seguintes conclusões:



Foi possível identificar que não há uma política de gênero, mas sim ações estratégicas destinadas às mulheres, já que as mesmas não problematizam ou enfrentam as desigualdades de gênero. Os gestores da saúde, dentro e fora do contexto recifense, devem estar atentos, pois, partindo dos referenciais teóricos abordados no presente trabalho (ARILHA, 2001; BARBOSA, 2000; BASTOS, 2001; GOLDESTEIN, 1996; GUIMARÃES. K, 1996; VILLELA, 1999), apenas enfrentando as desigualdades de gênero será possível promover ações que de fato diminuam as vulnerabilidades de homens e mulheres frente à infecção ao HIV.

Corroborando outros estudos (MAIA, 2006), o presente trabalho ainda alerta para a necessidade de um grande investimento público na produção de novas práticas de cuidado no PSF. Para que a descentralização represente, de fato, a ampliação do direito à prevenção, é necessário que os profissionais de saúde estejam disponíveis para lidarem com a diversidade sexual, promovendo espaços de diálogo, em detrimento da normatização de condutas. Além disso, é importante que o CTA assuma ações de saúde diferenciadas, que justifiquem seu caráter de referência, propondo ações junto a populações específicas e suporte técnico para os demais serviços da rede. Sem tais definições, não parece ser possível a construção de uma rede hierarquizada de atenção no campo da aids.

Assim, o presente trabalho, seguindo diversos teóricos no campo da educação (FREIRE, 1978; PEDROSA, 2001), busca alertar os gestores em saúde, extrapolando a experiência local, para que sejam evitados processos de capacitações pontuais e que não articulam a teoria com a prática cotidiana dos profissionais nos serviços. Como observado no presente estudo, esta modalidade de capacitação parece não permitir que sejam atingidos os resultados esperados pela política. É necessária a contextualização do aprendizado e a permanente construção do pensamento crítico dos profissionais de saúde frente à realidade sócio-política e sanitária em que atuam. Sem isto, as ações continuarão estanques e com baixa efetividade.

Por outro lado, deve-se destacar que a política em tela oferece um bom exemplo de que é possível a produção de materiais que incentivem o cuidado com o corpo e a erotização do preservativo; que legitimem a diversidade das práticas e orientações sexuais; e utilizem o lúdico em detrimento do medo.



Entretanto, é também relevante apontar que tais materiais devem ser tratados como produtos estratégicos, articulados a uma política pública ampla e estruturada, com objetivos e metas definidos. Sem tais cuidados, os materiais publicitários e/ou educativos correm o risco de serem pontuais, relativos a datas estratégicas, atingindo um público restrito e, conseqüentemente, com baixo impacto frente aos objetivos da política.

A política em tela evidencia, ainda, um bom exemplo de que é possível desburocratizar o acesso aos insumos de prevenção, assim como diversificá-los, adequando-os às diferentes práticas sexuais. A erotização do preservativo, aliado à legitimação do gel lubrificante, demonstra a viabilidade de políticas públicas que considerem e respeitem as diversidades sexuais, valorizando o prazer como um aspecto da saúde.

Entretanto, o presente estudo recomenda aos gestores que se ocupam da prevenção da aids que fiquem atentos às práticas de saúde implementadas cotidianamente. É preciso romper com a mera transmissão de informação, que finda por sustentar normatizações de condutas sexuais, calcadas no poder prescritivo médico e no coroamento do uso da camisinha como única forma de prevenção sexual possível, provocando a responsabilização do sujeito por sua condição de risco frente ao HIV. Em contrapartida, aposta-se na construção de relações dialógicas entre profissional de saúde e usuários do sistema único de saúde, que possibilitem relações de cuidado consigo e com o outro.

Atendendo ao objetivo de analisar o **processo** da política em tela, o presente estudo identifica que para a real concretização de uma política, é necessário, mais do que propostas e iniciativas pontuais, uma condução que permita sua implementação.

O presente trabalho recomenda que as políticas públicas sejam baseadas em evidências. Estas podem identificar as questões que vulnerabilizam os diferentes grupos sociais frente à infecção do HIV, possibilitando que a política atenda menos aos anseios, crenças e valores dos gestores públicos, e surjam como resposta a uma realidade social concreta.

Considerando as ponderações que foram feitas ao longo deste estudo quanto à pertinência da construção de um plano político e de processos de planejamento e avaliação, o presente estudo alerta para a pouca relevância que tem sido dada ao



processo de formulação da política de forma estratégica (ARAÚJO, 2000; MATUS, 1996), que a adeque às exigências da realidade e a torne passível a avaliações, críticas e reformulações. Mais uma vez, esta é uma recomendação que deve ser extrapolada para outras experiências, uma vez que reforça a importância dos gestores em saúde estarem capacitados tecnicamente e comprometidos politicamente com a construção de políticas públicas estratégicas e factíveis (AYRES, 2003; RIVERA, 1996).

A capacidade de articulação com diversos atores evidencia a democratização do poder decisório (RIVERA, 1992; SPINK, 2001). A desarticulação da política com os demais atores estratégicos é de extrema relevância para a compreensão do paralelismo existente entre a política de aids e a rede de saúde. Isto se articula com a falta de construção participativa (RIVERA, 1992) da política, que impossibilita sua apropriação por parte dos atores que deveriam implementá-la; com a fragilidades dos planejamentos estratégicos (ARAÚJO, 2003), com a burocratização dos instrumentos de planejamento e gestão; e com a forma incrementalista de implementar a política (ARAÚJO, 2000). Tais dificuldades, principalmente quando combinadas, contribuem marcadamente para que a política não atinja seus objetivos e metas propostos.

Com relação ao controle social, alguns pontos devem ser salientados: o primeiro diz respeito à entrada de ativistas na gestão que, por um lado, tem contribuído de forma significativa para o desenvolvimento de políticas públicas, mas que, por outro, pode provocar certa confusão na definição de papéis sociais dos atores que se dispõem a essa transição. Assim, propõe-se marcar a distinção entre o papel do gestor público – responsável pela formulação e implementação, com planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas, fortalecendo as instâncias de controle social e a participação dos diversos atores sociais; e o papel do movimento social – responsável, além da mobilização e organização social, por controlar, fiscalizar e opinar sobre a formulação e implementação das políticas públicas. Como visto no presente estudo, a fragilidade desta diferenciação pode comprometer o alcance dos objetivos da política e o caráter democrático da gestão pública.

O segundo ponto a ser salientado refere-se à relação estabelecida entre a gestão e o movimento social tanto no Conselho Municipal de Saúde, quanto na



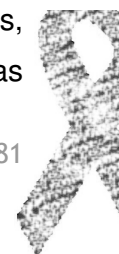
Conferência Municipal de Saúde. As dificuldades expressas nessas instâncias de controle social não parecem ser privilégios da experiência em tela. Há pouco mais de 16 anos da lei orgânica da saúde 8.142 (BRASIL, 2001) é possível perceber grandes avanços, mas também expressivas dificuldades em se fortalecer o controle social efetivo (CONTROLE, 1995). Mais do que manter as instâncias de controle social é imprescindível que as mesmas tornem-se arenas de debates políticos, onde os diversos atores sociais participem e fiscalizem a formulação e implantação das políticas públicas.

Finalmente, o que no presente trabalho parece chamar mais atenção é a desarticulação entre a política de aids e a rede saúde. Como isto, a rede de atenção à aids parece tornar-se paralela aos demais serviços de atenção do SUS. A política municipal de aids não consegue ser apropriada pelos distritos sanitários e equipes do PSF. As ações são desarticuladas e é evidente a fragilidade de uma diretriz política, para as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. A coordenação da política desenvolve suas próprias ações, de forma pontual, sem criar uma rede de atenção. Em contrapartida, o PSF realiza ações, muitas vezes, discordantes, com o preconizado pela coordenação municipal.

É evidente o paralelismo quando se observar que a política de aids financiou a construção de uma rede de serviços específica para trabalhar com a assistência e prevenção das DST e aids. Esta rede, por sua vez, não consegue estabelecer referência e contra-referência com os demais serviços do SUS, principalmente com os da atenção básica.

O Programa Nacional propõe a descentralização da política, com vistas a sua sustentabilidade, já que os recursos do Banco Mundial têm prazo para acabar. Caberá, cada vez mais ao estados, municípios e ao governo federal implantar e implementar a política de prevenção das DST e aids com seus próprios recursos (JUNIOR, 2003). Para isso, a política precisa se inserir na rede básica de saúde, pois de outra forma, é mais oneroso, e politicamente difícil, manter uma rede paralela para a atenção à aids.

Dentro do modelo do SUS, e das prerrogativas da reforma sanitária, a inserção das ações de prevenção em DST e aids na rede de saúde básica, deve-se, principalmente, aos princípios de integralidade e universalidade, a partir dos quais, todos devem ser atendidos, sem discriminação. Esta proposta visa diminuir as



segregações e o trabalho baseado na doença. Os serviços de atenção devem estar capacitados para atender a todos os sujeitos em suas demandas singulares, evitando a criação de serviços especializados, nos quais, os usuários são triados pela patologia que apresentam.

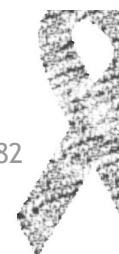
Esta necessidade se agrava no contexto da prevenção das DST e aids - que requer ações de promoção de saúde, possibilitando a construção de sujeitos críticos e autônomos em suas experiências sexuais - o que não pode ser feito em espaços segregados. Nesta perspectiva, é incoerente construir uma política centralizada e sem articulação com os serviços básicos de saúde.

Não basta haver um discurso que valorize a construção de sujeitos sociais, políticos e críticos, que defenda a legitimação da diferença - principalmente as sexuais - e denuncie a discriminação de populações marginais. Os conteúdos que orientam tal discurso precisam ser inseridos nas ações dos demais serviços do SUS, o que parece não ser possível com um modo elitista e tradicional de construir e implementar políticas. É necessária a construção de uma rede de atenção, articulando os diversos níveis do sistema de saúde.

Assim, será possível implantar, de fato, a política oficialmente proposta, institucionalizando novas práticas de cuidado, que não apenas viabilizarão a prevenção da aids, mas contribuirão para a qualificação do Sistema Único de Saúde.

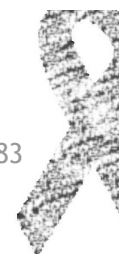
Com tais evidências e recomendações, visa-se contribuir para o desenvolvimento das políticas públicas de prevenção da aids. Como primeira contribuição, este estudo busca oferecer uma análise da política local. Como foi evidenciado, a política em tela apresenta fragilidade com relação a sistemáticos processos de avaliação e monitoramento. Assim, a presente análise busca oferecer instrumentos para a gestão local avaliar a política que vem implementando.

Este trabalho oferece, ainda, recomendações que extrapolam a experiência local, servindo de alerta e contribuição para outras experiências desenvolvidas no Brasil. Ele aponta nós críticos para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção da aids que visem sustentabilidade, universalidade, equidade e controle social. Aponta ainda desafios para implantação de políticas de prevenção da aids que, de fato, possibilitem a construção de sujeitos-cidadãos, autônomos, capazes de construir estratégias individuais e coletivas de proteção frente ao HIV.





Por fim, desenvolvendo um novo modelo de análise de políticas públicas, articulando diversas perspectivas, este trabalho propõe contribuir com o desenvolvimento teórico da análise de políticas pública. Com este estudo, destaca-se a relevância dos aspectos sócio-culturais na análise de políticas públicas, propondo a articulação entre o econômico e o social, o político e o cultural, o objetivo e o subjetivo, ratificando a relevância das ciências humanas e sociais para o desenvolvimento deste campo teórico.





## ***REFERÊNCIAS***



ARAÚJO, I. Mediações e Poder. In: Congresso da ALAIC, 5., 2000, Santiago do Chile. **Anais**. Santiago do Chile: ALAIC, 2000.

ARAÚJO, J. L. J. **Health sector reform in Brazil, 1995-1998**. An health polict analysis of a developing health system. 2000. Tese (PHD Course in Health Service Studies) – The Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leeds, 2000.

ARAÚJO, J. L. J.; MACIEL, R. F. Developing na operational framework for policy analysis. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. Recife. v. 1, n 3, p. 203-221. set/dez, 2001.

ARILHA, M. **Políticas públicas de saúde, mulheres e DST/Aids: reajustando o olhar**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Coleção ABIA. Saúde Sexual e Reprodutiva, 4).

ÁVILA, S. Sustentabilidade em dst/aids: caminhos para uma saúde possível. In: CÂMARA, C. **Aids e sustentabilidades**. sobre as ações das organizações da sociedade. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/sustenta/sustdst.htm>> Acesso: 10 ago. 2004.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC. 2ª ed. 1981.

AYRES, J. R de C. M. et al.. Vulnerabilidade e Prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R; PARKER, R.(org) **Sexualidades pelo avesso**. direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999.p. 49-72.

AYRES, J. R. de C. M. Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/AIDS. In: PINTO, T.; TELLES, I. S. (Org) **Aids e escola: reflexões e propostas do EDUCAIDS**. São Paulo: Cortez; UNICEF, 2000, p. 21-28.

AYRES, J. R. C. M. et al.. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. CZERESNIA. D. (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BACHRACH, P.; BARATZ, M. S. “Poder e Decisão”. In: CARDOSO. F. H. (Org.) **Política & sociedade**. São Paulo. Cia. Editora Nacional, 1983.

BADINTER, E. **Um amor construído**. o mito do amor materno, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, R. M. **HIV/AIDS**, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres. Rio de Janeiro: ABIA, 2000. (Coleção ABIA. Saúde Sexual e Reprodutiva, 2)

BARBOSA, R. M.; LAGO, T. D.G. Aids e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: PARKER, R. (Org) **Políticas, instituições e aids**. enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA:Zahar, 1997, p. 163 - 175.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70. 1994.



BASTOS, F. I. A. **Feminização da epidemia de aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Coleção ABIA. Saúde Sexual e Reprodutiva, 3)

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BRASIL. Constituição Federal - 1988. In: \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: Leis normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001, p. 13-14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080 -19 de dezembro de 1990. In: \_\_\_\_\_. **Gestão municipal de saúde. Leis normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001, p. 15-34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8142 - 28 de dezembro de 1990. In: \_\_\_\_\_. **Gestão municipal de saúde. Leis normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001, p. 35-37.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNS. A Prática do Controle Social e os Conselhos de Saúde em 14 reflexões. In: \_\_\_\_\_. **Gestão Municipal de Saúde: Textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001, p.53 - 78.

BRASIL. Coordenação Nacional DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, 2002.

BRASIL. Coordenação Nacional DST e Aids. **Políticas e Diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção à saúde**. Brasília-DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS; SUS 01; 02. **Diário Oficial (da) Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.117** de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** nº 212, Seção 1, Página 112, de 4 de novembro de 2005.

BRASIL. Programa Nacional de DST e aids. **Boletim Epidemiológico Aids**. Brasília: DF. ano XVII, n 01 jan/dez, 2003.

BRASIL. Programa Nacional de DST e Aids, 2005. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD3352823PTBRIE.htm> Acesso: 18 abril, 2005.

BRESSER PEREIRA, L. C; SPINK, P. K. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getulio Vargas, 1998.

BRITO A. M., CASTILHO E. A., SZWARCOWALD C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. In: **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 34, n 2, 2000. p. 207-217.



BUSS P. M. Uma Introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA. D. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003, p. 15-38.

CAMARGO, J. Prevenção de HIV/AIDS: desafios múltiplos. **Divulgação em Saúde para Debate.** Rio de Janeiro, n 27, 2003, p. 70-80.

CAMARGO, K, R. Políticas públicas e prevenção da aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à aids no Brasil.** Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed 34, 1999, p. 227-262.

CAPONI, S. A. saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA. D. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003, p.55-77.

CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O.; BRITO, M. J. Relações de poder segundo Bourdieu e Foucault: uma proposta de articulação teórica para a análise das organizações. **Organizações Rurais & Agroindustriais.** Lavras, v. 7, n. 3, 2005. p. 356-369.

CARVALHO, I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação e controle social.** Rio de Janeiro: FASE: IBAM, 1995.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA. D (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003, p.79-95.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). **Acompanhamento e avaliação da atenção primária.** Brasília: CONASS, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al.. Avaliação na área de saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. **Avaliação em Saúde: os modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 1997. p. 29-48.

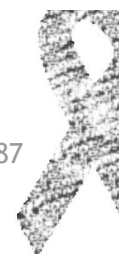
CONTROLE social. **O exercício da Cidadania na reinvenção de um direito.** Direção de Homero T. Carvalho. Rio de Janeiro: Projeto PARES-ENSP, Núcleo de Vídeo, FIOCRUZ, MS, 1995. 1 videocassete.

CUNHA, J. P. P; CUNHA. R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: Textos básicos.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001, p. 285-304.

CUSCHNIR, L. **Masculino, como ele se vê. Feminino, como o homem vê a mulher.** São Paulo: Saraiva, 1995.

DAHL, R. **Who governs?** Democracy and power in an American city. New Haven: Yale University Press, 1989.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens qualitativa e quantitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. S, DESLANDES, S. F. (Org) **Caminhos**



**do pensamento: epistemologia do método.** Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2002, p. 195-223.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring.** Michigan: Health Administration Press, 1980.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira Materno Infantil.** v 4, n 3, 2004, p. 317-321.

FERRAZ, M. O conceito de Saúde. **Revista Saúde Pública** v. 31, n 5, 1997, p. 538-542.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção à saúde.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 7-14.

FERREIRA, V. **Intersectorialidade em Saúde. Um estudo de caso.** 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

FIGUEIRAS, S. I.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos de Saúde Pública.** v 15 (sup 2), 1999, p. 121 a 131.

FOUCAULT, M. **A História da sexualidade I: A vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FREESE, E.; MACHADO, H. Analisando situações de governo em municípios pernambucanos: quem busca e quem produz mudanças na gestão do SUS. In: FREESE, E. **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Recife: Cidade Universitária da UFPE, 2004, p. 195-232

FREESE, E.; SAMPAIO, J.; CESSE, E. Avaliação no Sistema Único de Saúde. In: AUGUSTO, L. G.; CARNEIRO, R. M.; MARTINS, P. H. (Org) **Abordagem ecossistêmica em saúde. Ensaios para o controle de dengue.** Recife: editora Universitária. 2005, p. 45-64.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** São Paulo: Paz e Terra, 1978.

FREITAS, C. (coor). **Ativismo em aids: controle social no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.



GALVÃO, J. **Aids no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed34, 2000.

GALVÃO, J. **1980-2001** Uma cronologia da epidemia de HIV/aids no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. (Coleção ABIA. Políticas Públicas, 2)

GIRARD, F. **O kamasutra de Bush**: muitas posições sobre o sexo. implicações globais das políticas sobre sexualidade do governo dos Estados Unidos. Rio de Janeiro: ABIA, 2005. (Coleção ABIA. Políticas Públicas, 3)

GOLDESTEIN, D. O lugar da mulher no discurso sobre aids no Brasil. In: PARKER, R; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Remule-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996. p. 137-152.

GUIMARÃES, C. "Mas eu conheço ele". In: PARKER, R; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Remule-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996. p. 169-180.

GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, R; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Remule-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996. p. 89-114.

JOFFE, H. "Eu não", "meu grupo não": representações sociais transculturais da aids. In: JOVECHLOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (Org.) **Textos em representação social**. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 297-322.

JUNIOR, A. V. Rede Brasil: Pensando o programa de aids e os acordos de empréstimos com o Banco Mundial. In: PASSARELLI, C. A. (Org) **Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas**. Rio de Janeiro: ABIA, 2003 p. 284-290.

KISSLING, F. Perspectivas católicas progressistas em saúde e direitos reprodutivos: o desafio político da ortodoxia. **Cadernos de Saúde Pública**. vol.14 supl.1, 1998. p.135-137.

LENT, C. et al. **Primeiro simpósio subjetividade e aids**. Rio de Janeiro: Banco de Horas. [2000]

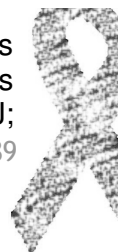
LUKES, S. **O poder**: uma visão radical. Brasília: UnB, 1980.

MAIA, D. **Mulheres e travestis trabalhadoras do sexo em Recife**: um desafio para a política de prevenção às DST/HIV e aids. Dissertação apresentada no Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. FIOCRUZ. 2006. versão impressa não publicada.

MARQUES, M. C. **A História de uma Epidemia Moderna**. A emergência política da AIDS/HIV no Brasil. São Carlos: Rima; Maringá: EDUEM, 2003.

MATTOS, R. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/Aids: Algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R; GALVÃO, J;

\_\_\_\_\_ A construção de novas práticas de saúde como caminho para a prevenção da aids 189



BESSA, M. **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed34, 1999, p. 29-87.

MATTOS, R. A.; PARKER, R. **As estratégias do Banco Mundial e a resposta à aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001 (Coleção ABIA. Políticas Públicas, 1).

MATTOS, R.; PINHEIRO, R. (Org) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1996.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ªed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MONTEIRO, S; VARGAS, E. Desafios teóricos no campo da prevenção do HIV/Aids. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n 29, p. 24-33, dez, 2003.

MOREIRA, M. H. C.; ARAUJO, J. N. G. Family planning: female autonomy or burden. **Psicologia em Estudo**. v. 9, n 3, pp. 389-398, 2004.

NEMES, M. I. **Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Coleção ABIA. Fundamentos da Avaliação, 1).

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de pesquisa em administração**. v 1, n 3, 1996, p. 1-5.

NILO, A. (Org) **Comunicaids: políticas públicas e estratégias para o controle social**. São Paulo: Ágil, 2005.

PAIM, J. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA, F. M. **Epidemiologia e saúde**. São Paulo: MEDSI, 1999, cap. 20, p. 587-604.

PAIM, J. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: CEPES/ISC, 2002.

PAIM, J.; NAOMAR, A. F. Saúde Coletiva: Uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, v 4, n 32, p. 299-316, 1998.

PAIVA, V. Cenas Sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: BARBOSA, R; PARKER, R. (Org) **Sexualidades pelo avesso. direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p. 249-269.

PAIVA, V. **Fazendo arte com a camisinha**. São Paulo: SUMMUS, 2000.

PAIVA, V. **Sem mágicas soluções: a prevenção do HIV e da AIDS como um processo de emancipação psicossocial**. Fortaleza: Seminário Prevenção à Aids – Limites e possibilidades na terceira década. 2001.

PARKER, R. **A Construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994.





PARKER, R. Desafios para o futuro: questões-chave para a política de HIV/AIDS no Brasil. In: \_\_\_\_\_ (Org) **Políticas, instituições e aids**. enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Zahar, 1997, p. 177 - 182.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. **Divulgação em Saúde para Debate**. n 27, 2003. p. 8-49.

PASSOS, A. Hepatite C: aspectos críticos de uma epidemia silenciosa. **Cadernos de Saúde Pública**. n 22, 2006, p. 1764-1765.

PAULILO, M. A. **Aids**: Os sentidos do risco. São Paulo: Veras, 1999.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**. v.23, n 45, p.239-260, 2003.

PEDROSA, J. I. S. Educação popular, saúde, institucionalização: temas para debate. In: VASCONCELOS, E. M. (Org) **A saúde nas palavras e nos gestos**: Reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 29-37.

PERISSINOTTO, R. M. O poder sem face: de volta à velha antinomia "estrutura" e "prática"? **Revista Sociologia e Política**. n. 20, 2003. p.147-152.

PETCHESKY, R. Direitos Sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R; PARKER, R. (Org) **Sexualidades pelo avesso**. **direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p. 15-38.

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS (Brasil). **A comissão nacional de aids**: a presença do passado na construção do futuro. Brasília, 2003.

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**. v 9, 2004, p. 1067-1078.

RECIFE. Coordenadoria da Mulher, ONG SOS Corpo, Gênero e Cidadania. **Como estão as desigualdades em gênero no Programa de Saúde da Família?** Recife, [2004] Mimeografado.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Planilhas (PPA)**. Recife [2003]. Documento de circulação interna.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Planilhas (PPA)**. Recife: [2004a]. Documento de circulação interna.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Consolidado dos Relatórios de Gestão – 2001/2004**. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, [2004b]. Documento de circulação interna.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Consolidado das ações da Diretoria Executiva de Atenção às DST e Aids – 2001/2002**. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, [2002]. Documento de circulação interna.



RECIFE. Secretaria de Saúde. **Cuidando da Saúde no Recife – 2001/2004**. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

RECIFE. Secretaria de Saúde, Coordenação de DST/AIDS. **PAM – Plano de Ações e Metas**. Recife [2003]. Documento de circulação interna.

RECIFE. Secretaria de Saúde, Coordenação de DST/AIDS. **POA – Programa Orçamentário Anual**. Recife [2002]. Documento de circulação interna.

RECIFE. Secretaria de Saúde, Coordenação de DST/AIDS. **Proposta de política de atenção às DST e AIDS na cidade do Recife**: Construindo um Recife saudável. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

RECIFE. Secretaria de Saúde, Coordenação de DST/AIDS. **Projeto lua cheia de saúde**. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2002. Mimeografado.

RECIFE. Secretaria de Saúde, Coordenação de DST e aids. **Boletim epidemiológico**. Recife, ano 7, n 3, out/dez, 2003a.

RECIFE. Secretaria de Saúde, Coordenação de DST/AIDS. **Projeto respeitando as diferenças**. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2003b. Mimeografado.

RICHARDSON, R. J. – **Pesquisa social**: métodos e técnicas. cap. 3. São Paulo: Atlas, 1989.

RIVERA, U. Planejamento Situacional: Uma análise reconstrutiva. In: GALLO, E; RIVERA, U; MACHADO, M (Org) **Planejamento Criativo**. novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

RIVERA, U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. In: **Cadernos de Saúde Pública**. v 3, n 12, 1996, p. 357-372.

RIVERA, U.; MATUS, C; TESTA, M. **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque metodológico. São Paulo: Cortez, 1989.

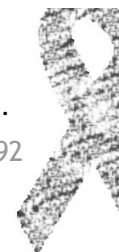
RORTY, R. Solidariedade ou objetividade? In: **Novos estudos**. n 36, p. 109-114, 1992.

SAMPAIO, J. **Aids, morte, criança, vida**: A representação social da aids e suas implicações nas intervenções com crianças. Dissertação apresentada na Pós Graduação de Serviço Social. UFPE, 2001. Mimeografado.

SANTOS, B. S. **A reinvenção solidária e participativa do Estado**. Seminário Internacional Sociedade e a Reforma do Estado, São Paulo, 1998.

SANTOS, C. R. O programa Nacional de DST/Aids no SUS. In: NEGRI, B.; VIANA, D. A. (Org) **O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafios**. São Paulo: Sobravime, cealag, 2002, p. 135-162.

SANTOS, E. R. R. **Ações de Promoção à Saúde**: Caminho para a construção de uma cidade saudável? O caso Recife. Dissertação apresentada no curso de mestrado em saúde pública. NES/CpqAM/FIOCRUZ. Recife, 2004. Mimeografado.



SESSIONS, G. **Avaliação em HIV/Aids**: uma perspectiva internacional. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Coleção ABIA. Fundamentos de avaliação, 2).

SILVA, C. R. **Criança e Aids**: Ensaio e Experiências. São Paulo: NEPAIS, 1999.

SOARES, L. **Curso de sensibilização e capacitação em HIV/Aids**. COOPSIUNI, Recife, 1999. Mimeografado.

SONTAG, S. - **A aids como Metáfora**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOUZA, L, E; CONTANDRIOPOULOS, A P. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias In: **Cadernos de Saúde Pública**. v 2, n 20, 2004, p. 546-554.

SPINELLI, M. B; LIMA, M. S.; FREIRE, M. S. M; ALBUQUERQUE, A. C. M; SAMPAIO, J; SIQUEIRA, P. C Mortalidade Materna e Hiv/Aids: Um Grande Desafio para o Recife. In: Pôster apresentado no **III Congresso IMIP da saúde da mulher e da criança**. Recife, 2005.

SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, P. **Avaliação democrática**: propostas e práticas. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Coleção ABIA. Fundamentos da Avaliação, 3).

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B.; MENEGON, V.; LYRA, J.; LIMA, H. A construção da aids-notícia. **Cadernos de Saúde Pública**. v 17, n 4, 2001, p. 851-862.

TEXEIRA, P. R. Políticas públicas em Aids. In: PARKER, R. **Políticas, instituições e Aids**. Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Zahar, 1997, p. 43-68.

TEXEIRA, P. R. Acesso universal a medicamentos para aids: a experiência do Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**. n 27, p. 50-57, ago, 2003.

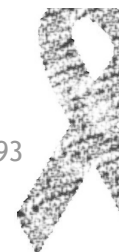
UNAIDS. **Intensificando a prevenção ao HIV**. Documento referencial políticas de prevenção ao HIV/Aids. 2005. Mimeografado.

UNICEF/ONUSIDA/OMS. **Los jovenes y el VIH/SIDA**. Una oportunidad en un momento crucial. Genebra, Suíça: UNICEF, 2002.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas e políticas públicas. **Revista de administração pública**. v 2, n 30, 1996, p. 5-43.

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org) **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, cap. 10, 1997, p. 205-215.

VILLELA, W. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da aids entre mulheres. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Remule-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996. p. 181-189.



VILLELA, W. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org) **Sexualidades pelo avesso. direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p. 199-214.

VICTORA, C.; HABICHT, J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. **American journal of public health**. v. 94, n 3, March, 2004.

VITIELLO, N. **Sexualidade: Quem educa o educador**. Um manual para jovens, pais e educadores. São Paulo: Iglu, 1997.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**. v 4, n 9, p. 353-370. 1994.





***APÊNDICE A***  
***“ROTEIRO DE ENTREVISTAS”***



## **Informantes Chaves:**

### **Coordenador da Política Municipal de Aids**

#### **Técnica da Coordenação da Política Municipal de Aids**

#### **Quanto à estrutura da Secretaria e da Coordenação**

1. Qual a estrutura organizacional da Coordenação Municipal de Aids?
2. Qual a rede de saúde que trabalha com prevenção de aids?

#### **Quanto às ações**

3. Quais as ações programáticas desenvolvidas?  
Quantos e quais shows realizou?  
Quantas e quais camisas confeccionou?  
Quais as campanhas do carnaval, dia dos namorados, São João, primeiro de dezembro e paradas gays, foram feitas?  
Quantas camisinhas/ano comprou e de quais tipos?  
Quantas disponibilizou? E quantas foram distribuídas?
4. Quais os conteúdos explícitos (e implícitos) das ações programáticas?
5. A quem as ações programáticas são dirigidas?
6. Quais os objetivos das ações programáticas?
7. Quais os atores que participaram da elaboração e execução das ações programáticas?  
Com quem ele discute as campanhas, programas, projetos e ações programáticas?  
Qual o contato que ele tem com o Conselho Municipal de Saúde?
8. E com as ONG?  
E com os usuários?  
E com os servidores?  
Como foi negociada a transferência do COA para o CTA?
9. Como as ações programáticas são desenvolvidas?
10. Como as ações programáticas se inserem na política de prevenção do município?

#### **Quanto à prevenção**

11. O que você entende por prevenção?
12. O que você compreende por risco e vulnerabilidade?
13. Qual a estratégia de prevenção que orienta a política municipal?



14. Em que a política possibilita a construção de sujeitos capazes de assumirem estratégias de prevenção ao HIV?

**Quanto à política**

15. Qual a relação que a política municipal guarda com a política nacional?
16. Como era a política na gestão anterior; quais as mudanças ocorridas e o que se manteve?  
Como foi sua chegada na coordenação?  
De onde veio?  
O que encontrou aqui?
17. Quais as dificuldades/entraves para a implementação da política?
18. Qual a sua dinâmica com as deliberações das conferências? Sabe quais são? Elas foram atendidas? Pretende atender a todas?
19. Quais as metas da política, quais foram alcançadas, ou não, e em que medida?
20. Qual o nível de descentralização e autonomia da política local?  
Qual o nível de descentralização das ações: acima e abaixo dele?  
Relação com a diretoria geral e com os distritos?  
Há conselhos gestores nos serviços de referência? (CTA)
21. Em que nível e com quais atores sociais os gestores locais negociam a política que implementa?



**Informante Chave:**  
**Gerente de Distrito Sanitário**

**Quanto à rede**

1. Quem trabalha com a política de prevenção da aids no distrito?
2. Essa pessoa trabalha apenas com esta política?
3. Quais os serviços de saúde que trabalham com prevenção de aids?

**Quanto às ações**

4. Quais as ações programáticas desenvolvidas (campanhas, palestras e oficinas)?  
Como se dá a distribuição de preservativos?  
Quantos? Quais? Como são fornecidos: onde e por quem?
5. A quem as ações programáticas são dirigidas?
6. Quais os objetivos das ações programáticas?
7. Como as ações programáticas se inserem na política de prevenção do município?
8. O que se compreende por risco e vulnerabilidade?

**Quanto à descentralização e pactuação**

9. Quais as articulações existentes entre a Coordenação Municipal e o distrito?
10. Como se dão o planejamento e monitoramento das ações no nível distrital e municipal?
11. Qual o nível de interlocução do distrito com outros atores, como as ONG, os usuários e os servidores?

**Quanto à política municipal**

12. Como você avalia a política municipal de prevenção?
  13. Qual a estratégia de prevenção que orienta a política municipal?
  14. Em que medida estes conteúdos possibilitam a construção de sujeitos capazes de assumirem estratégias de prevenção ao HIV?
  15. Quais as metas da política, quais foram alcançadas, ou não, e em que medida?





16. Qual a relação que a política municipal guarda com a política nacional?
17. Como era a política na gestão anterior; quais as mudanças ocorridas e o que se manteve?
18. Quais as dificuldades/entraves para a implementação da política?
19. Quais os principais avanços da política municipal de prevenção à aids?



**Informantes Chaves:**  
**Técnicas do Serviço de Referência em Prevenção da Aids (CTA)**

**Quanto ao serviço e suas ações**

1. Qual a estrutura do CTA?
2. Quais as ações desenvolvidas no CTA?
3. A quem as ações são dirigidas?
4. Como se dá a distribuição de preservativos masculinos e femininos?
5. Como se dão as testagens?
6. Há grupos e oficinas?
7. Como são as palestras?
8. Há planejamentos, monitoramento e avaliação das ações do CTA?
9. Quem participa deste processo?

**Quanto à gerencia/gestão**

10. Como foi negociada a transferência do COA para o CTA?
11. Qual o nível de interlocução entre a coordenação e o serviço?
12. Qual o nível de interlocução entre o serviço e o distrito?
13. Como as ações programáticas são desenvolvidas?
14. Como as ações programáticas se inserem na política de prevenção do município?
15. Quais os objetivos das ações programáticas?
16. O serviço participa do planejamento da política municipal?
17. Com quem a coordenação discute as campanhas, programas, projetos e ações programáticas?
18. Quais as relações que o serviço mantém com as ONGs?
19. Há conselho gestor no serviço?

**Quanto à compreensão de prevenção**

20. O que você compreende por risco e vulnerabilidade?
21. O que você entende por prevenção?
22. Qual a estratégia de prevenção que orienta a política municipal?
23. Quais os conteúdos das ações programáticas?
24. Em que medida esta política possibilita a construção de sujeitos capazes de assumirem estratégias de prevenção ao HIV?



### **Quanto à política local**

25. Qual a relação que a política municipal guarda com a política nacional?
26. Qual o nível de descentralização e autonomia da política local?
27. Como era a política na gestão anterior; quais as mudanças ocorridas e o que se manteve?
28. Quais as dificuldades/entraves para a implementação da política?
29. Quais os principais avanços da política municipal de prevenção à aids?



**Informante Chave:**  
**Coordenadora, na antiga gestão, da Política Municipal de Aids**

**Quanto à prevenção**

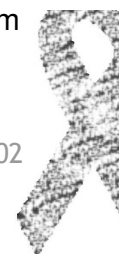
1. O que você entende por prevenção?
2. Qual deveria ser a principal estratégia de prevenção adotada pelo município?
3. Em que a política possibilita a construção de sujeitos capazes de assumirem estratégias de prevenção ao HIV?

**Quanto à sua posição**

4. Quando e como você entrou na coordenação?
5. De onde veio?
6. O que encontrou aqui?
7. Quando saiu?
8. Como se deu sua saída? E porque?
9. Porque não continuou na equipe? Ou trabalhando com o tema?
10. Onde você está lotada agora?

**Quanto à política anterior**

11. Como era a estrutura da coordenação?
12. Qual era a principal diretriz da política de prevenção?
13. Quais as principais ações desenvolvidas?
14. Quais os conteúdos e suas implicações para a prevenção?
15. Qual era a articulação com o governo estadual e nacional?
16. Qual o nível de autonomia frente a política nacional e dentro do município?
17. Qual o contexto político do município? E qual o contexto da aids?
18. Como era definida a política? (a partir de quais critérios e pressões políticas ou de gestão)
19. Quais os atores que participavam do processo de planejamento, gestão, avaliação e monitoramento?
20. Qual era capacidade de recursos da aids e como era utilizada?
21. Qual a interlocução existente com conselho municipal? com movimento aids? Com os serviços? E outros atores?



22. Como sua gestão lidava com as deliberações das conferências?

**Quanto à política atual**

23. Você conhece a política municipal atual?

24. Há interlocuções com seu trabalho? Quais?

25. Com relação a sua gestão, quais as mudanças ocorridas e o que se manteve?

26. Qual a estrutura organizacional da Coordenação Municipal de Aids?

27. Qual a relação que a política municipal guarda com a política nacional, atualmente?

28. Qual o nível de descentralização e autonomia da política local, atualmente?

29. Qual a capacidade de recursos da aids e como é utilizada?

30. Qual a interlocução existente com conselho municipal? com movimento aids? Com os serviços? E outros atores?

31. Quais as dificuldades/entraves para a implementação da política, atual?

32. Quais os principais avanços da política municipal de prevenção à aids?

33. Qual a sua dinâmica com as deliberações das conferências?

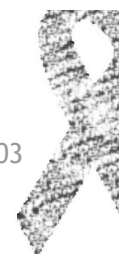
**Quanto à compreensão de prevenção**

34. O que você entende por prevenção?

35. O que você compreende por risco e vulnerabilidade?

36. Qual a estratégia de prevenção que orienta a política municipal atualmente?

37. Em que medida esta política possibilita a construção de sujeitos capazes de assumirem estratégias de prevenção ao HIV?



**Informante Chave:**  
**Membro do Conselho Municipal de Saúde**

**Quanto à sua participação no movimento**

1. Qual a sua inserção no movimento aids?
2. Qual o contato que sua ONG tem com os usuários?
3. E com os serviços de saúde?
4. No período de 2001 a 2004, como você se articulou ao movimento aids?
5. Qual o seu papel no conselho municipal de saúde? Quem você representa?

**Quanto ao conselho municipal**

6. Quais os atores que participam do conselho que discutem aids e quais deles tem inserção no movimento?
7. Qual a constituição do conselho? Quantos são os conselheiros? Qual o papel do gestor? Quem preside o conselho? Como se dão as eleições? Qual o nível político do conselho? Qual sua estrutura?
8. Qual o nível de discussão do conselho municipal sobre aids?
9. Qual interlocução que o conselho faz com os conselhos estadual e federal?
10. Qual a articulação que o conselho faz com outros atores sociais? (ONG, universidades e outros)
11. Qual o tipo de interlocução que existe entre o conselho e a coordenação municipal de aids?

**Quanto à compreensão de prevenção**

12. Você consegue identificar qual a diretriz da política de prevenção do município?
13. Quais as ações programáticas desenvolvidas?
14. Quais os objetivos das ações programáticas?
15. A quem as ações programáticas são dirigidas?
16. Quais os conteúdos explícitos (e implícitos) das ações programáticas?
17. Em que medida estes conteúdos possibilitam a construção de sujeitos capazes de assumirem estratégias de prevenção ao HIV?



18. O que você compreende por prevenção?

**Quanto ao controle social**

19. Com quem e como o município discute sua política e suas campanhas, programas, projetos e ações programáticas?

20. Como foi negociada a transferência do COA para o CTA?

21. O que você pensa sobre a possibilidade de criação de conselhos gestores para serviços como o CTA?

22. Como o gestor municipal lida com as deliberações das conferências?

23. Ele as conhece? As utiliza como orientação para sua política?

24. Estas deliberações foram atendidas?

25. Como se dá o controle social no município?

26. Qual o papel do gestor nesse processo?

27. Quais os principais atores sociais no controle social da aids, no município?

**Quanto à avaliação da política**

28. Qual a relação que a política municipal guarda com a política nacional?

29. Qual o nível de descentralização e autonomia da política local?

30. Como era a política na gestão anterior; quais as mudanças ocorridas e o que se manteve?

31. Quais as dificuldades/entraves para a implementação da política?

32. Quais os principais avanços da política municipal de prevenção à aids?



**Informante Chave:**  
**Membro de ONG que trabalha com Aids**

**Quanto à sua participação no movimento**

1. Qual a sua inserção no movimento aids?
2. No período de 2001 a 2004, como você se articulou ao movimento aids?
3. Quais as suas contribuições para com a política municipal, estadual e nacional?
4. Qual o tipo de interlocução que existe entre sua ONG e a coordenação municipal de aids?
5. Qual a interlocução que a coordenação municipal estabeleceu com o movimento, no período citado?
6. Foram firmadas parcerias, convênios, financiamentos ou projetos com o município? Quais?
7. Qual o contato que sua ONG tem com o Conselho Municipal de Saúde? Com os usuários? Com os serviços?

**Quanto à compreensão de prevenção**

8. Você consegue identificar qual a diretriz da política de prevenção do município?
9. Quais as ações programáticas desenvolvidas?
10. Quais os objetivos das ações programáticas?
11. A quem as ações programáticas são dirigidas?
12. Como as ações programáticas se inserem na política de prevenção do município?
13. Quais os conteúdos explícitos (e implícitos) das ações programáticas?
14. Em que medida estes conteúdos possibilitam a construção de sujeitos capazes de assumirem estratégias de prevenção ao HIV?
15. O que você compreende por prevenção?

**Quanto ao controle social**

16. Com quem e como o município discute sua política e suas campanhas, programas, projetos e ações programáticas?
17. Como foi negociada a transferência do COA para o CTA?





18. O que o movimento pensa sobre a possibilidade de criação de conselhos gestores para serviços como o CTA?
19. Como o gestor municipal lida com as deliberações das conferências?
20. Ele as conhece? As utiliza como orientação para sua política?
21. Estas deliberações foram atendidas?
22. Qual a relação da coordenação municipal com o Conselho Municipal de Saúde?
23. Como se dá o controle social no município?
24. Qual a postura do gestor nesse processo?
25. Quais os principais atores sociais no controle social da aids, no município?

**Quanto à avaliação da política**

26. Qual a relação que a política municipal guarda com a política nacional?
27. Qual o nível de descentralização e autonomia da política local?
28. Como era a política na gestão anterior; quais as mudanças ocorridas e o que se manteve?
29. Quais as dificuldades/entraves para a implementação da política?
30. Quais os principais avanços da política municipal de prevenção à aids?





***APÊNDICE B***  
***“TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E***  
***ESCLARECIDO”***





### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ declaro estar ciente do que trata o projeto da pesquisadora Juliana Sampaio, que tem por objetivo realizar uma análise qualitativa da política de prevenção da aids da Secretaria de Saúde do Recife, no período de 2001 a 2004, buscando compreender, em que medida, esta possibilita a construção de sujeitos capazes de se protegerem do vírus HIV.

Declaro, assim, que tenho interesse e me disponho a contribuir com o referido trabalho, aceitando ser entrevistado(a) pela pesquisadora, a respeito da minha opinião, e conhecimento, acerca da política em questão.

Declaro, também, estar ciente de que meu depoimento será gravado, mas que será mantido meu anonimato.

Declaro, ainda, estar de acordo que as informações coletadas possam ser utilizadas pela pesquisadora para fins acadêmicos e de divulgação da pesquisa, sendo sempre mantido o sigilo da minha identidade.

Por fim, fico ciente de que, em qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa, poderei voltar atrás deste consentimento, tornando-o sem valor e que deverei, ao final do estudo, receber da pesquisadora, uma versão em disquete do produto final deste trabalho.

Desta forma, assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma das quais ficará sob minha posse, e outra com a pesquisadora.

Cidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

De acordo da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Juliana Sampaio

Contatos da Pesquisadora:

e-mail: [juliana@cpqam.fiocruz.br](mailto:juliana@cpqam.fiocruz.br)

fores: (81) 9292 0392 / 2101 2593

endereço: Campus da UFPE – Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária. Recife – PE. Brasil.  
CEP. 50.670-420.

<http://www.cpqam.fiocruz.br>

Campus da UFPE – Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife – PE – Brasil - CEP. 50.670-420

Fones: 0 XX 2101-2500 / 2101-2600 Fax: 0 XX 81 2101-2614





***ANEXO A***  
***“CARTA DE ANUÊNCIA”***





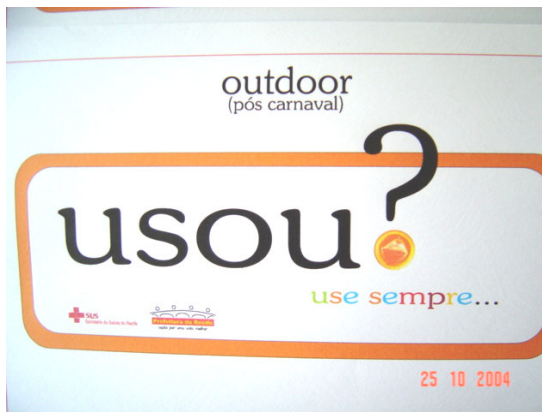


***ANEXO B***

***“FOLDERS, CAMPANHAS E MATERIAIS  
PUBLICITÁRIOS”***



## CAMPANHAS DE CARNAVAL







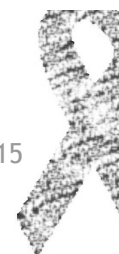
## MISS CAMISINHA E SUPER TESÃO



## SHOW 1º DE DEZEMBRO



————— A construção de novas práticas de saúde como caminho para a prevenção da aids 215



## BLUSAS PARA EVENTOS



Parada Gay



Show Zeca Baleiro – 1º dezembro



Apoio à Associação de Travestis





## GEL LUBRIFICANTE



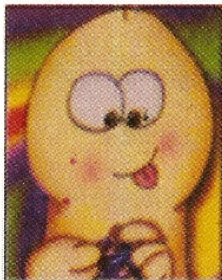
## PORTA CAMISINHA



## BULA DA CAMISINHA

### COMO USAR

**1** Tire a camisinha da embalagem só na hora de usar



**2** Coloque com o pênis ainda duro.

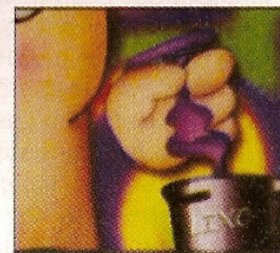
**3** Aperte a ponta da camisinha para sair o ar. (é aí que vai ficar o esperma).



**4** Desenrole a camisinha até a base do pênis.

**5** Tire a camisinha com o pênis ainda duro.

**6** Segure na borda para o esperma não derramar.



**7** Dê um nó e jogue no lixo. Use a camisinha só uma vez.

### FIQUE ATENTO!!!

1. Camisinha evita doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.
2. Cuidado: Camisinhas com embalagem danificada, data de validade vencida, pegajosas ou ressecadas não devem ser usadas!
3. Perigo: Duas camisinhas ao mesmo tempo rasgam com mais facilidade.
4. Guarde a camisinha sempre no porta camisinhas. Assim ela não denifica.
5. Se a camisinha rasgar durante a relação, troque-a imediatamente.
6. Só use lubrificantes a base de água - Nunca use vaselina.
7. Em caso de irritação, coceira, ardor, mau cheiro ou feridas, na vagina, no pênis ou no ânus, procure o médico.
8. Se faltar camisinha não abra a mão do seu tesão! Sexo sem penetração e masturbação a dois são seguros e dão prazer. Use a imaginação!!!
9. Nos postos de saúde do Recife você recebe camisinha todo mês. Cadastre-se!
10. Se quiser conversar sobre doenças sexualmente transmissíveis/AIDS procure o COA (Fone: 32219100)





## CARTÃO DA CIDADE



**A** Cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, situa-se no litoral oriental da Região Nordeste do Brasil. Fundada em 1537, originou-se de um pequeno porto que abrigava a população vinculada às atividades comerciais e de serviços. Seu patrimônio histórico é resultante da colonização portuguesa e da influência holandesa. A cidade apresenta um ambiente natural diversificado de planícies, morros, mangues, rios e belas praias de águas mornas. O conjunto de ilhas, formada pelos rios que entrecortam a cidade faz torná-la conhecida no país como a "Veneza Brasileira".

O Recife tem 1.463.000 hab. e registra desde 1983 um total de 2.838 casos de AIDS. A prefeitura do Recife através da Secretaria de Saúde do município dispõe de um Serviço Especializado de Prevenção e Testagem Sorológica. As maternidades municipais realizam testes rápidos para detecção do HIV, profilaxia para a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita. Durante todo ano realiza campanhas preventivas através dos veículos de comunicação com ampla distribuição de preservativos.

Nosso principal objetivo é construir uma cidade saudável, respeitando a diversidade sexual, enfrentando com qualidade a epidemia de AIDS, sobretudo, unindo esforços, garantindo cidadania e solidariedade às pessoas com HIV.



Nossos Serviços:  
COA - Centro de Orientação e Aconselhamento - Fone: 00 55 81 3221.9100  
SAE - Serviço de Atendimento Especializado - Fone: 00 55 81 3228.3387  
Coordenação Municipal de DST/AIDS - Fone: 00 55 81 3225.1312/1311  
e-mail: dstaids@recife.pe.gov.br

**T**he city of Recife is the capital of the state of Pernambuco in Brazil. It is in the coast of the Brazilian northeast. Founded in 1537, Recife started out as a small port with its population employed by commercial and service activities. Its heritage is the result of Portuguese colonization with influence from a Dutch occupation in the seventeenth century. The city has a diversified environment that includes prairies, hills, rivers, swamps and beautiful beaches with warm ocean water. Recife is known as the Brazilian Venice because parts of the city are islands surrounded by the delta of the Capibaribe river.



There are approximately 1,463,000 people living in Recife and since 1983 there were 2,838 registered cases of AIDS. The Health Department of Recife City Hall has a specialized service to prevent HIV infection and to provide access to blood test to detect HIV/AIDS. The city maternities offer quick testing to detect HIV, and services to prevent mother-children HIV infection and congenital syphilis. During the entire year the Health Department develop media campaigns about prevention and distributes free condoms to the population.

Our main goal is to build a healthy city, respecting its sexual diversity, facing the AIDS epidemic with responsibility, and joining efforts to guarantee dignity and solidarity towards people living with HIV.





## CENA HOMOERÓTICA DO RECIFE



## CARTAZ DST








## FICA COMIGO ESTA NOITE...




**A** camisinha oferece dupla proteção: previne a gravidez não planejada e as DST/Aids.

O mais difícil no uso da camisinha é a negociação com o/a parceiro/a. A maioria das pessoas tem vergonha de dizer que quer usar o preservativo. Muitas mulheres têm vergonha de tocar no corpo dos seus parceiros e muitas vezes não tocam o seu próprio corpo. Alguns homens têm medo que a camisinha possa atrapalhar sua ereção e seu desempenho sexual. BOBAGEM! Colocar a camisinha pode ser uma boa oportunidade para trocar carícias e viver experiências novas.

### Dicas sobre a camisinha:

-  Camisinhas com embalagens danificadas, pegajosas, ressecadas, com data de validade vencida ou sem o selo do IMETRO não devem ser usadas!
-  Usar duas camisinhas ao mesmo tempo aumenta o risco delas rasgarem
-  Use apenas lubrificantes à base de água. Nunca use vaselina.

-  Se faltar camisinha não abra mão do seu tesão: Sexo sem penetração e masturbação a dois são seguros e dão prazer.



### Use a imaginação!

Ter acesso à camisinha é um direito e exercício de cidadania!

Todos os serviços de saúde do Recife distribuem preservativos.

Cadastre-se!

### Nossos Serviços:

COA - Centro de Orientação e Aconselhamento - Fone: 3221 9100

SAE - Serviço de Atendimento Especializado - Fone: 3228 3387

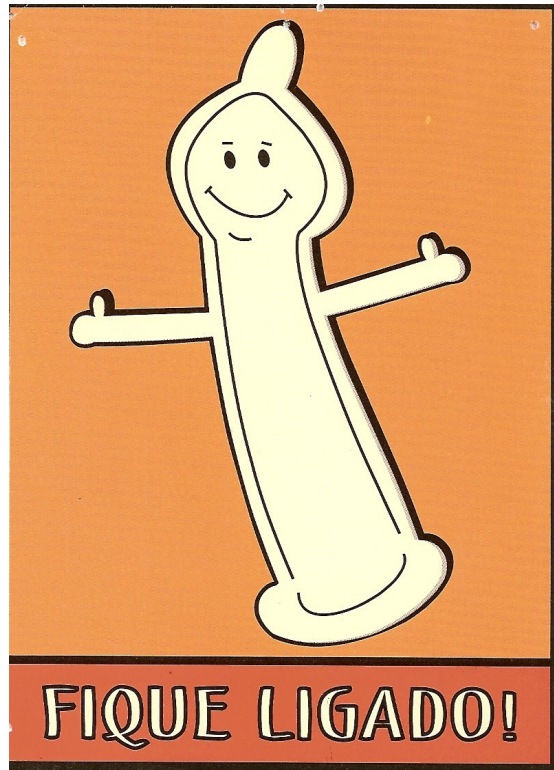
Coordenação Municipal de DST/AIDS - Fone: 3413 1200

e-mail: [dstaids@recife.pe.gov.br](mailto:dstaids@recife.pe.gov.br)





## FIQUE LIGADO



### SE APARECER...

...corrimento, coceira, mal cheiro,  
ferida, dor ou ardor  
no pênis, na vagina ou no ânus,  
você pode estar com uma...

**D**oença  
**S**exualmente  
**T**ransmissível

Nos Postos de Saúde do Recife,  
além de se cuidar,  
você recebe Camisinha todo mês.

### Cadastre-se

