

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

LUCIENE MARIA SILVA DOS SANTOS

**NAS FRONTEIRAS DO DESENVOLVIMENTO: os desafios à política pública de
saúde no enfrentamento ao HIV/AIDS ante um território em transformação**

RECIFE

2014

LUCIENE MARIA SILVA DOS SANTOS

NAS FRONTEIRAS DO DESENVOLVIMENTO: os desafios à política pública de
saúde no enfrentamento ao HIV/AIDS ante um território em transformação

Dissertação de Mestrado submetida à
aprovação, como requisito parcial à obtenção
do Grau de Mestre em Serviço Social
Orientadora: Prof.^a Ana Cristina Vieira

RECIFE

2014

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S237n Santos, Luciene Maria Silva dos
Nas fronteiras do desenvolvimento: os desafios à política pública de saúde no enfrentamento ao HIV/AIDS ante um território em transformação / Luciene Maria Silva dos Santos, 2014.
139 folhas : il. 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Cristina Vieira.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2014.
Inclui referências.

1. Política pública. 2. Política de saúde. 3. Desenvolvimento econômico. 4. AIDS (Doença) - Vacina. I. Vieira, Ana Cristina (Orientadora). II. Título.

361.6 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2017 – 174)

LUCIENE MARIA SILVA DOS SANTOS

NAS FRONTEIRAS DO DESENVOLVIMENTO: os desafios à política pública de
saúde no enfrentamento ao HIV/AIDS ante um território em transformação

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de Pernambuco para obtenção do
título de Mestre em Serviço Social

Aprovada em: 18/08/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ana Cristina Vieira
Orientador - Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Raquel Soares
Examinador interno - Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Valéria Nepomuceno
Examinador interno - Universidade Federal de Pernambuco

*Eu era a Eva
Criada para a felicidade de Adão
Mais tarde fui Maria
Dando à luz aquele
Que traria a salvação
Mas isso não bastaria
Para eu encontrar perdão.
Passei a ser Amélia
A mulher de verdade
Para a sociedade.
Não tinha a menor vaidade,
Mas sonhava com a igualdade.
Muito tempo depois decidi:
Não dá mais!
Quero minha dignidade
Tenho meus ideais!
Hoje não sou só esposa ou filha
Sou pai, mãe, arrimo de família
Sou caminhoneira, taxista,
Piloto de avião, policial feminina,
Operária em construção...
Ao mundo peço licença
Para atuar onde quiser
Meu sobrenome é **COMPETÊNCIA**
E meu nome é **MULHER...!!!***

(Autora desconhecida)

A elas... Toda a admiração e reverência, todo o orgulho e gratidão, toda a resistência e a vontade incessante de viver... Resistir... Continuar... E repassar esta história de lutas, perdas e conquistas, na tentativa de construir um mundo de IGUAIS!!!

AGRADECIMENTOS

A minha família, que mesmo distante, se faz sempre presente. Ao meu filho, Luís Vinícios e a minha filha, Clara Beatriz, pela compreensão diante do esforço de me multiplicar em mil nesse período do mestrado, e, principalmente, diante da minha ausência. Ao meu companheiro de jornada, Alexandre Henrique, pelo amor, tolerância, lealdade e solidariedade, durante a nossa trajetória de sonhos, desafios, dificuldades, conquistas e vivência compartilhada. A minha irmã, Valéria Maria, pela lealdade e companheirismo, principalmente nos inúmeros emails e infinitos telefonemas durante altas horas, para compartilhar as dúvidas, os dilemas e as dificuldades dessa pesquisa. Sem eles não teria conseguido, nem existiria sentido para continuar! Obrigada por existirem em minha vida.

Aos meus amigos/amigas e companheiros/companheiras de ideal e luta, que mesmo distantes continuamos acreditando nos nossos sonhos e construindo no nosso cotidiano de trabalho e nos inúmeros espaços de luta, um amanhã desejado. A eles os meus sinceros agradecimentos: Mayara Mendes, Thiago Antônio, Camila Laís, Dayana Soares, Ana Alice, Marina Assunção, Ymira e Mônica (pelas contribuições valiosíssimas na nossa formação política), e todos e todas que construíram o Movimento Estudantil em Serviço Social 'Intenção de Ruptura'.

As amigas e companheiras que agregaram valor a causa a posteriori: Natália Rodrigues, Silvana Crisostomo, Alessandra Maria, e a todos e todas que compuseram a gestão do DASS (Diretório Acadêmico de Serviço Social) Da Luta não me Retiro!

A equipe da Gerência Ministerial de Saúde e Assistência Social do Ministério Público de Pernambuco, em especial a Muirá Belém e Ana Azevedo, pelos ensinamentos valiosos, pela ética profissional materializada em seus cotidianos de trabalho, e a supervisão qualificada de estágio. Saibam que vocês contribuíram bastante com a minha formação profissional.

A toda a equipe de serviço social da UPA de Engenho Velho, pela coragem e pioneirismo de encarar um vínculo frágil de trabalho com a maior criticidade e ética em defesa do projeto ético político hegemônico do Serviço Social, em especial a Wanessa Vilarim, por dividir comigo a coragem de coordenar e/ou supervisionar o trabalho do serviço social de maneira crítica e propositiva ante um processo de precarização e gerenciamento das relações de trabalho.

A toda equipe de Serviço Social da Saúde do Município de Ipojuca, que compartilham comigo a defesa e a construção de um SUS universal, público e de qualidade. Em especial, a nossa coordenação em Serviço Social, Ana Marques, pelo imenso carinho que me recebeu e pela compreensão inigualável, me gratificando com alguns dias livres para escrever este trabalho. E aos colegas de exercício profissional: Thiago Antônio (citado pela segunda vez), Polyana Santiago, Felipe Tibério, pelo respeito e seriedade com que dividimos a atuação profissional neste município. Não poderia deixar de citar a nossa estagiária, Alice Marques, pela troca de experiências, e a nossa querida Colega de trabalho que nos apóia e auxilia imensamente na parte administrativa, Narcisa Queiroz. A todos/todas vocês, muito obrigada.

A equipe do CTA pelas valiosas contribuições profissionais, mais especialmente as colegas de trabalho e amigas, Lília Roberta, pela grandiosa contribuição e participação nesta pesquisa, me auxiliando na coleta dos dados sobre os usuários/usuárias com HIV/Aids do CTA, e Cinara Florentino, pela sincera amizade e parceria que construímos juntas durante este percurso. Laços de afeto construídos que não tem preço, e que levarei para toda a vida!

Aos usuários e usuárias do CTA, que tive o prazer de conhecer e partilhar das suas dores. Agradeço principalmente pelo aprendizado que adquiri através das experiências e vivências valorosas, e que irão me acompanhar para além dos muros da academia. Para eles/elas dedico o meu sincero respeito pela luta que empreendem diariamente, pela superação e pela conquista de viver. A vocês o meu singelo agradecimento.

A equipe profissional do Ambulatório Maria das Graças, em Nossa Senhora do Ó, que nos últimos meses compartilhamos alegrias e tristezas do cotidiano de trabalho ante uma realidade em transformação, em especial a Paula, Coordenadora desta unidade de saúde, e que tive o prazer de trabalhar e dividir os desafios, os dilemas, mas também as possibilidades de concretização de uma saúde pública como direito social universal dos cidadãos e cidadãs. A você o meu imenso agradecimento.

Aos meus companheiros e companheiras de aventuras no trajeto Recife-Ipojuca e vive-versa, pela paciência que me ouviam durante todo esse tempo, sobre a construção desta Dissertação. Obrigada pela tolerância: Thiago, Felipe, Carla e Fernanda.

A Gisele Caetano, que por sorte tive o prazer de conhecer e de cruzar com ela pelos caminhos da vida, ela não imagina o quanto contribuiu com a construção deste trabalho apenas com um email, mas que valeu por um milhão. Obrigada por parar um

pouco com os diversos compromissos de sua vida para auxiliar uma pessoa que você mal conheceu. Também te devo imensamente pelo resultado deste trabalho.

Aos queridos (as) amigos (as) que me auxiliaram nesta reta final de conclusão da presente Dissertação, Luiz Rafael, pela tradução do resumo para o inglês, e Simes e Claudinha, pela contribuição na formatação e no auxílio tecnológico. Saibam que contribuíram imensamente para a concretização deste trabalho.

Aos colegas da turma de Mestrado em Serviço Social 2012, pela dedicação, força de vontade e por romper os padrões, principalmente por ser uma turma composta majoritariamente de trabalhadores-estudantes. Agradecimentos em especial para as amigas e companheiras: Paula Moraes, pelas ironias engraçadas que nos deixava mais leve num território tão árido; Sâmia Lacerda, pelas contribuições ricas e a sua invejável espontaneidade, quando por diversas vezes falava o que todas gostaríamos de dizer, mas não tínhamos coragem, por conta do verniz social, e por fim (mas nem por isso menos importante) a Sheyla Alves, por dividir comigo a dor e a delícia de ser mulher, mãe, dona de casa, esposa, assistente social da ponta, e mesmo assim, diante de todos esses entraves, terem a ousadia de realizar uma pesquisa de Mestrado. A vocês amigas, o meu mais sincero agradecimento por tudo que passamos juntas (e só nós sabemos o que passamos)!

Aos Professores da Pós-graduação em Serviço Social da UFPE, em especial às professoras, Valéria Nepomuceno e Valdilene Viana (por terem contribuindo imensamente com este trabalho na banca de qualificação), as professoras Valéria Nepomuceno, Raquel Soares e Valdilene Viana, por aceitarem em participar da minha Banca de Defesa de Mestrado. Saibam que fico imensamente honrada com a participação de vocês!

A minha professora e orientadora, Ana Cristina de Souza Vieira, por ter aceitado o meu convite nesse desafio de pesquisar e construir o estudo em questão, principalmente pelas suas ricas contribuições e ponderações, sempre me fazendo refletir e repensar os meus questionamentos acerca desta pesquisa e, mais especialmente por respeitar o meu livre-arbítrio acerca das análises por nós realizadas. Obrigada por tudo!

Por fim, não poderia esquecer-me de agradecer a uma professora do Departamento de Serviço Social da UFPE, que foi importantíssima na minha formação acadêmica, e que deixou marcas profundas de aprendizado e conhecimento científico, mas para além dos conhecimentos intelectuais, me ensinou muito mais. Nem títulos, nem cargos de poder, têm tanta importância diante desta lição: a defesa e a luta pela

construção da emancipação humana! Recordo-me de tudo o que aprendi com essa mestra, com certeza, levarei para toda a minha vida, inclusive, a admiração que nutro por ela. Quem é ela? Professora Roberta Uchôa, que me apresentou a importância de acreditar e lutar por uma causa maior, a você dedico o meu profundo e sincero agradecimento.

Às demais pessoas amigas presentes em minha vida desde antes do mestrado, que não elencarei aqui para não ampliar o equívoco que, certamente cometerei, ao esquecer nomes; mas, que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desta tarefa e que, assim, podem se reconhecer nas seções que a integram.

RESUMO

Este trabalho tem como foco a Política Pública de Saúde e os mecanismos para o enfrentamento à epidemia de HIV/Aids no município de Ipojuca, em Pernambuco. Foi a partir da observação do crescimento econômico acelerado presente no município de Ipojuca, da identificação das desigualdades sociais e da fragilidade das políticas públicas neste território, que resolvemos estudar esse processo em curso. Diante desse contexto, o estudo ora apresentado teve como objetivo compreender as contradições presentes na implementação das políticas públicas e se houve ampliação dessas políticas proporcionalmente ao acelerado crescimento econômico vivenciado por este território, principalmente, através de investimentos na Política Pública de Saúde. Esta observação suscitou questionamentos e revelou a necessidade de aprofundamento sobre o estudo econômico-social deste município e a sua relação com a política de saúde. Revelou ainda a necessidade do desvelamento do discurso oficial do governo, que o município vivencia uma “Fase de Desenvolvimento”. A questão que norteou este trabalho foi, com o atual crescimento econômico, o município de Ipojuca vem investindo na Política Pública de Saúde? Principalmente através de mecanismos de enfrentamento como: ampliação e implementação de serviços e ações para a prevenção, o controle e o tratamento para as pessoas com HIV/Aids e residentes neste município? Partimos do pressuposto de que se há um processo acelerado de crescimento econômico em Ipojuca, este deve ter correspondência no investimento para a ampliação e o fortalecimento da rede de políticas públicas. Assim procuramos identificar as mediações existentes na relação entre a Política de Saúde e o Programa Municipal de DST/HIV/Aids; verificar as tendências gerais da Política de Saúde no âmbito da Atenção Básica e da Atenção Especializada para as pessoas com HIV/Aids, e analisar as particularidades do Programa Nacional e Municipal de DST/HIV/Aids, buscando desvendar as contradições presentes em sua constituição. Os procedimentos teóricos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da presente investigação buscou relacionar o particular e o geral, sem perder de vista a totalidade, articulando os aspectos históricos, econômicos, sociais e políticos que permeiam o objeto de estudo, permitindo a apreensão das contradições e articulações do problema em tela. Foi utilizado como técnica, a análise de documentos de domínio público e a observação participante. Os resultados da nossa análise apontam: atualmente vem se investindo prioritariamente na política de Assistência Social, pois ela é o mote do discurso ‘desenvolvimentista’, enquanto que a Política de Saúde está sendo sucateada e privatizada; indica ainda como tendência da Política de Saúde a retração e refuncionalização do SUS, com a privatização e as parcerias público-privadas nesta área. Em Ipojuca, observa-se que o ritmo acelerado do crescimento econômico não vem possuindo correspondência no fortalecimento da rede de Políticas Públicas, em um território onde os desiguais acessos a riqueza do excedente produzido, estão a aprofundar diferenciações quanto ao acesso aos direitos sociais, inclusive o direito a uma Política Pública de Saúde universal e de qualidade. Constata-se que o crescimento econômico do município não se refletiu na qualidade de vida das pessoas que residem nele. A pesquisa indica também que a Política de Saúde e o Programa de Combate as DST/HIV/Aids se utilizam dos termos de referência do SUS, porém sua implementação nesse contexto privatista não consegue efetivar os princípios e as diretrizes aos quais se propôs na sua formulação.

Palavras-chaves: Políticas Públicas. Política de Saúde. Desenvolvimento. Crescimento econômico. Enfrentamento a epidemia de HIV/Aids.

ABSTRACT

This work focuses on the Public Health Policy and mechanisms for coping with HIV / AIDS in Ipojuca, Pernambuco. Was based on the observation of economic growth accelerated this in Ipojuca, identification of social inequalities and the fragility of public policies in this area, we decided to study this process in progress. In this context, the study presented here aimed to understand the contradictions present in the implementation of public policies and those policies has expanded in proportion to the rapid economic growth experienced by this territory, mainly through investments in Public Health Policy This observation raised questions and revealed the need for deepening of the economic and social study of this county and its relation to health policy. It also revealed the need for the unveiling of the official discourse of the government, the city experiences a "Stage of Development". The question that guided this study was, with the current economic growth, Ipojuca is investing in Public Health Policy? Mainly through coping mechanisms such as: expansion and implementation of services and activities for the prevention, control and treatment for people with HIV / AIDS and residents in this city We assume that there is an accelerated process of economic growth Ipojuca, this must be matched on investment for the expansion and strengthening public policy network. Therefore, we sought to identify existing mediations on the relationship between health policy and the Municipal STD / HIV / AIDS; verify the general trends in Health Policy in the context of Primary Care and Specialized Care for people with HIV / AIDS, and to analyze the peculiarities of the National Programme and Municipal STD / HIV / AIDS, seeking to unravel the contradictions present in their constitution. The theoretical and methodological procedures used for the development of the present investigation was to relate the particular and the general, without losing sight of the totality, articulating the historical, economic, social and political aspects that permeate the object of study, allowing the seizure of contradictions and joints the problem in question. Was used as a technique, the analysis of public domain documents and participant observation. The results of our analysis point: today has been investing primarily in social assistance policy, because it is the motto of 'developmentalist' discourse, while the Health Policy is being scrapped and privatized; trend still indicates how Health Policy and retraction refunctionalisation SUS, privatization and public-private partnerships in this area. Ipojuca, it is observed that the rapid pace of economic growth comes from having no correspondence in strengthening the Public Policy Network, in a territory where unequal access to wealth of the surplus produced, are further distinctions regarding access to social rights, including right to a Public Policy Health and universal quality. It appears that economic growth in the city was not reflected in the quality of life for people who reside in it. The survey also indicates that the Health Policy and Program to Combat STD / HIV / AIDS are used in the terms of reference of the SUS, but its implementation in this context can not privatizing effect to the principles and guidelines to which the proposed formulation

Keywords: Public Policy. Health Policy. Development. Economic growth. Confronting the epidemic of HIV / AIDS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Projetos de Saúde em Disputa.....	71
Quadro 2	Serviços de Assistência Especializada – SAE para Tratamento de HIV/Aids no Estado de Pernambuco.....	85
Quadro 3	Projeto: Promoção, Expansão e Melhoria dos Serviços e da Rede de Atenção à Saúde Municipal.....	106
Quadro 4	Projeto: Manutenção e Implementação das Ações de Atenção Básica em Saúde à População.....	108
Quadro 5	Plano Municipal de Saúde - Ano 2010 a 2013.....	114
Quadro 6	Programas Propostos na IV Conferência Municipal de Saúde de Ipojuca/ano 2011.....	115
Quadro 7	Relatório de Gestão/ano 2013 - Ações Propostas e Resultados.....	125
Quadro 8	Relatório de Gestão/ano 2013 - Ações Propostas e Resultados.....	128

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição sociodemográfica por sexo e raça. Ipojuca, 2010.....	28
Tabela 2	Perfil Municipal de Ipojuca - Anos 2000-2012.....	29
Tabela 3	Comparação de alguns dados sociais de Pernambuco e Ipojuca, ano 2012.....	39
Tabela 4	Taxa de Prevalência de HIV na População - Brasil/Ano 2012.....	61
Tabela 5	Taxa de Incidência da Epidemia de HIV/Aids por região/Ano 2012	62
Tabela 6	Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2012.....	76
Tabela 7	Ranking da taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom dos 10 municípios com mais de 50 mil habitantes por região de residência. Brasil, 2001-2012.....	77
Tabela 8	Dados socioeconômicos dos 14 municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR) – Anos: 2010/2011/ 2013.....	102
Tabela 9	Comparação de valores investidos na Atenção Básica em Saúde pelos municípios de Recife e Ipojuca referente aos anos de 2012-2013.....	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
ANS	Agência Nacional de Saúde
ABA	Associação Brasileira de Agroecologia
AGB-PE/GT	Associação dos Geógrafos Brasileiros Agrários
AGB/DEN	Associação dos Geógrafos do Brasil - Diretoria Executiva Nacional
APPAMD	Associação de Proteção ao Patrimônio Ambiental da Mata das Duas Lagoas;
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
BDE	Base de Dados do Estado
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BM	Banco Mundial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMSI	Conselho Municipal de Saúde de Ipojuca
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
COM	Centro de Oftalmologia Móvel
COMPESA	Companhia Pernambucana de Saneamento
CELPE	Companhia Energética de Pernambuco
CONDEPE/ FIDEM	Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco
CMC	Casa das Mulheres do Cabo
CPT	Comissão Pastoral da Terra
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEVS	Departamento de Vigilância Municipal de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino

ESF	Estratégia de Saúde da Família
FASE	Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional
FERU	Fórum Estadual de Reforma Urbana
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
GERES	Gerências Regionais de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
HGR	Hospital Geral de Referência
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IO	Infecções Oportunistas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IMIP	Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MP	Ministério do Planejamento
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MPS	Mulheres Profissionais do Sexo
MESPE	Movimento Ecosocialista de Pernambuco
MTRST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PMDHA	Programa Municipal de DST/HIV/Aids
PPA	Plano Plurianual
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
PSE	Programa Saúde e Educação nas Escolas
PSF	Programa de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTR	Programa de Transferência de Renda
PBF	Programa Bolsa Família
PBM	Programa Brasil sem Miséria
PBC	Programa Brasil Carinhoso
PCR	Prefeitura da Cidade do Recife
RMR	Região Metropolitana do Recife
RD	Região de Desenvolvimento Metropolitana
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEPLAG	Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
STI	Sistema de Transporte Integrado
SUS	Sistema Único de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SEVS	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMSI	Secretaria Municipal de Saúde de Ipojuca
TARV	Terapia Antirretroviral
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TI	Terminal Integrado
TB	Tuberculose
TRE	Tribunal Regional Eleitoral
UBS	Unidades Básicas de Saúde

UD	Usuários de Drogas
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UFS	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	AS DIVERSAS FACES DO DESENVOLVIMENTO NUM TERRITÓRIO EM TRANSFORMAÇÃO.....	27
2.1	Contextualizando o município: Ipojuca cada vez melhor!?!.....	27
2.2	Ipojuca, a “Mina de Ouro” de Pernambuco: O desenvolvimento passa por aqui!?!.....	34
2.3	Os caminhos sinuosos do desenvolvimento.....	40
2.4	Análise da concepção de Estado na sociedade capitalista.....	43
2.5	Modernização conservadora: “Neodesenvolvimentismo”, a nova lógica do capital para os países periféricos.....	46
2.6	“Neodesenvolvimentismo”, o Brasil vive um período de Desenvolvimento? Para quem?.....	52
3	EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL E OS MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DESENVOLVIDOS PELO ESTADO.....	59
3.1	Contextualizando a problemática da epidemia de HIV/Aids.....	59
3.2	Estado brasileiro e a construção de uma política pública de saúde: das protoformas a um modelo de Sistema Único de Saúde (SUS).....	63
3.3	A política de saúde e o enfrentamento à epidemia de HIV/Aids.....	73
3.4	A proposta do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).....	77
4	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS EM IPOJUCA: A política de saúde municipal vem trabalhando para a redução do HIV/AID.....	89
4.1	Percurso metodológico.....	89

4.2	As transformações societárias e suas implicações: desafios aos profissionais que atuam na política de saúde.....	93
4.2.1	SUS: desafios e possibilidades ante um território em transformação.....	97
4.2.2	A política de saúde está ampliando ações e serviços para as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) no município de Ipojuca?.....	104
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
	REFERÊNCIAS.....	135

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação consubstancia uma pesquisa quanti-qualitativa sobre a Política Pública de Saúde e os mecanismos de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids no município de Ipojuca, em Pernambuco. Buscamos identificar através deste estudo, se está existindo implementação e ampliação de políticas públicas proporcionalmente ao acelerado crescimento econômico vivenciado por este território, principalmente, através de investimentos na Política Pública de Saúde para as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA).

Nosso interesse em estudar a Política Pública de Saúde e o Programa Municipal de DST/HIV/AIDS (PMDHA), decorre da experiência profissional como Assistente Social no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) ¹ de Ipojuca num período de três anos (2010 a 2013). Tal experiência suscitou questionamentos e revelou a necessidade de aprofundamento sobre o estudo econômico-social deste município e a sua relação com a política de saúde, principalmente no que concerne à prevenção e ao tratamento para as PVHA. Revelou ainda a necessidade do desvelamento do discurso oficial do governo, que o município vivencia uma “Fase de Desenvolvimento”. Desta forma, resolvemos estudar este processo para além da aparência fenomênica.

Para este propósito, buscamos identificar se com o atual crescimento econômico, proveniente do processo de desenvolvimento desta região, o município de Ipojuca vem investindo na Política Pública de Saúde através da ampliação e implementação de serviços e ações para a prevenção, o controle e o tratamento para as PVHA e residentes neste município. Partimos do pressuposto de que se há um processo acelerado de crescimento econômico em Ipojuca, este deve ter correspondência no investimento para a ampliação e o fortalecimento da rede de políticas públicas.

Vinculada à linha de pesquisa Estado, políticas sociais e ação do Serviço Social, do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a análise que ora apresentamos tem como objeto de estudo a Política Pública de Saúde para as pessoas que vivem com HIV/Aids no município de Ipojuca e os mecanismos de enfrentamento à esta epidemia.

1. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de saúde que realizam testagem anti-hiv de forma gratuita e confidencial, além de realizar orientações sobre prevenção em saúde, informar o diagnóstico e realizar encaminhamentos para a rede de atenção em serviços especializados. Atua na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Buscamos a fundamentação para o debate em fontes clássicas do pensamento histórico-dialético ², bem como em leituras contemporâneas que versam sobre a problemática numa perspectiva crítica. O curso de nosso estudo baseia-se nos dados recentes sobre o crescimento econômico desta região e os investimentos na Política Municipal de Saúde nos anos de 2010 a 2013, período de desenvolvimento das ações de prevenção e controle para o HIV/Aids em Ipojuca, visto que o ano de 2010 foi quando se implantou a Coordenação Municipal de DST/HIV/Aids e o CTA no município.

Realizamos essa investigação a partir da perspectiva de análise marxiana. Entendemos que esta concepção, pela sua apreensão crítica da realidade, é necessária para captar as mediações referentes à compreensão do atual fenômeno de crescimento econômico e as contradições desse processo, que vem se refletindo na área social, fugindo assim, de análises monocausais.

Nesse sentido, realizamos os seguintes questionamentos: está existindo desenvolvimento de ações para a prevenção, o controle e o tratamento da epidemia de HIV/Aids pela Política Municipal de Saúde em Ipojuca? Os serviços de saúde para a prevenção e o tratamento da epidemia de HIV/Aids estão se ampliando neste município? Como vem sendo efetivada a implementação de ações para as PVHA, mediante a expansão econômica do município de Ipojuca?

Foi a partir da observação do crescimento econômico acelerado presente no município de Ipojuca, da identificação das desigualdades sociais e da fragilidade das políticas públicas para as PVHA, que resolvemos estudar esse processo em curso. Assim procuramos identificar as mediações existentes na relação entre a Política de Saúde e o PMDHA; verificar as tendências gerais da Política de Saúde no âmbito da Atenção Básica e da Atenção Especializada para as PVHA, e analisar as particularidades do Programa Nacional e Municipal de DST/HIV/Aids, buscando desvendar as contradições presentes em sua constituição.

Portanto, é importante destacar que o recorte para a realidade do município de Ipojuca, não anula a compreensão dos vínculos orgânicos existentes entre as tendências em nível mundial e nacional e os seus rebatimentos no nosso recorte específico. Dessa forma, apontamos alguns elementos que dão base material ao atual discurso de desenvolvimento sob o capitalismo contemporâneo, entendendo estes fenômenos como constituídos por determinações históricas.

2. Por entendermos que essa teoria é a que melhor explica as contradições da realidade.

A partir dessa contextualização, nosso intuito é compreender as contradições desse processo, e contribuir com propostas para seu real enfrentamento, e com a produção do conhecimento no Serviço Social, enfatizando a importância apontada por Yamamoto (2010), de que a produção do conhecimento deve contribuir para um melhor conhecimento da realidade social dos usuários que demandam a intervenção do assistente social, bem como para uma melhor elucidação das manifestações da “questão social”³.

É importante salientar, que a aproximação com esta temática fundamenta e instrumentaliza o exercício profissional do assistente social, podendo contribuir para o aprimoramento com vistas à garantia dos direitos dos usuários/usuárias que vivem com HIV/Aids. É necessário afirmar ainda, que o aprofundamento deste estudo pode possibilitar o conhecimento da realidade através de aproximações sucessivas, apontando elementos que podem propiciar a melhoria das condições de vida das PVHA e contribuir para dar embasamento para a formulação de políticas públicas que venham a atender esta população específica

Desta forma, começamos a buscar as intrincadas relações das transformações societárias atuais, e os rebatimentos na Política Pública de Saúde, a fim de compreender como poderíamos contribuir para a elucidação do atual panorama na área da saúde ante um território em transformação, e quiçá, contribuir para a formulação e o planejamento de propostas que visem à minimização das precárias condições de vida das PVHA, e que contribuam para potencializar ações que melhorem a Política de Saúde e o Programa de HIV/Aids desenvolvidas no município de Ipojuca.

Neste sentido, a apresentação do conjunto de nossa análise foi estruturada de forma a possibilitar o debate sobre o nosso objeto de estudo. Para tanto, no primeiro capítulo traçamos um perfil do município de Ipojuca com o seu acelerado crescimento econômico e com um processo de desenvolvimento e mudanças, decorrentes principalmente, por causa do Complexo Portuário de Suape. Discutimos ainda, o processo de desenvolvimento desigual e combinado dos países periféricos, inerente ao sistema capitalista. Para tanto realizamos um debate acerca do Estado para compreendermos como as concepções de Estado foram construídas, sua função na

³ Tal termo está sendo usado entre aspas por haver em torno dele diferentes interpretações, sendo usado tanto pelos setores conservadores como progressistas marxistas. As aspas sinalizam que tal termo está sendo utilizado a partir de uma perspectiva marxista, como um processo inscrito na totalidade da vida social e pelas contradições existentes na relação capital/trabalho.

implantação do neoliberalismo e a configuração do suposto “neodesenvolvimentismo” experimentado nos dias atuais no Brasil.

Apontamos como necessário compreender o papel do Estado frente às manifestações da “questão social” para obtermos a compreensão de como historicamente se conformaram as políticas sociais no país. Esse percurso é importante também para compreendermos como se configurou a Política Pública de Saúde e os mecanismos de enfrentamento e combate à epidemia de HIV/Aids no Brasil e no município de Ipojuca.

Atualmente, o Brasil e o município de Ipojuca vêm vivenciando uma fase promissora de crescimento econômico. Analistas apontam que vem acontecendo algumas mudanças na conjuntura nacional refletindo desta forma, na conjuntura local de Ipojuca. Essas mudanças recentes, como o crescimento econômico dos últimos anos, aliado à forte presença de políticas compensatórias e o discurso de ascensão, parecem constituir alguns dos elementos que dão base material ao atual fenômeno de desenvolvimento que vem sendo designado como sendo um “novo” desenvolvimentismo ou “neodesenvolvimentismo” no Brasil.

Para isto, nos embasamos em alguns teóricos que discutem atualmente esta fase que vêm sendo caracterizada como um ciclo “neodesenvolvimentista”. Numa análise do período recente, Mota et al. (2010) e outros autores (NETTO, 2010; BRAZ, 2012; SANTOS, 2012; ARCARY, 2011; CASTELO, 2012) têm chamado a atenção para o protagonismo do chamado “neodesenvolvimentismo” enquanto ideologia de Estado de vários países latino-americanos.

Os discursos oficiais sinalizam a erradicação da extrema pobreza e a possível redução da desigualdade, possibilitando assim, a entrada do país no mundo desenvolvido (Pochmann, 2010). A relevância do diálogo com essa tese reside no fato de que, se estiver certa, provocará mudanças significativas nos padrões de reprodução da “questão social”, caso contrário, esse “neodesenvolvimentismo” se constitui em mais um mecanismo de construção de consensos, numa conjuntura histórica e econômica específica.

O município de Ipojuca possui a característica de se apresentar como um nicho de desenvolvimento econômico cercado por bolsões de pobreza. O município hoje possui o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do estado de Pernambuco e em 2005 apresentou um crescimento na indústria de 38,3% e no setor de comércio e serviços, de 17,7%, e desde então vem crescendo continuamente.

Ainda neste capítulo, buscamos desmistificar esse fenômeno de um “novo” desenvolvimentismo visto apenas pela ótica progressista, tendo como base a análise dos autores supracitados e o estudo sobre desenvolvimento do sociólogo Florestan Fernandes, utilizando principalmente, uma de suas categorias de análise, a “modernização conservadora”. Essa “modernização conservadora” segundo Fernandes (2005) é inerente aos países periféricos, em que o avanço nutre-se permanentemente do atraso.

No segundo capítulo, discorremos sobre a epidemia de HIV/Aids no Brasil e os mecanismos de enfrentamento desenvolvidos pelo Estado. Para tanto, contextualizamos o cenário nacional sobre esta epidemia e apresentamos um diagnóstico desta, no Estado de Pernambuco e no município de Ipojuca, apontando as suas principais tendências na atualidade. Abordamos ainda sobre o importante papel dos movimentos sociais e dos profissionais de saúde frente ao Estado Brasileiro, na construção de uma Política de Saúde pública e universal, surgindo a partir deste enfrentamento, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir dessas lutas empreendidas pelos sujeitos organizados da sociedade, a Constituição de 1988 incorpora muitas das reivindicações desses movimentos sociais, inclusive a instauração do Sistema de Seguridade Social com o tripé: Saúde (de conteúdo universal), Previdência e Assistência Social. Um avanço na formulação e execução das Políticas Sociais no Brasil.

Neste capítulo discutimos ainda sobre a Política de Saúde e o enfrentamento à epidemia de HIV/Aids no Brasil. O enfrentamento desta epidemia inicia-se de forma mais efetiva nos anos de 1987 e 1988, quando começou a ser estimulada a criação em nível nacional de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), os quais se constituiriam em modalidade alternativa de serviço de saúde, devendo oferecer a possibilidade de sorologia anti-HIV em base gratuita, confidencial e anônima. Nesses serviços, o oferecimento dos testes sorológicos teria finalidade de prover educação em saúde e aconselhamento/orientação para os indivíduos sob risco de infecção.

Verificamos que esses serviços ofertados pela Política Nacional de Saúde tiveram bastante adesão, transformando-se posteriormente na proposta de serviços de saúde intitulados como, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Contudo, no decorrer da implementação do SUS, ocorreu simultaneamente a Reforma do Estado a partir de 1990, que redimensiona o papel da organização estatal, baseada na política de ajuste neoliberal. Este modelo propõe a mudança de uma

administração pública para um modelo gerencial que prioriza a redução de custos, controle de resultados e produtividade. Essa mudança possibilitou um redirecionamento no papel do Estado. Diante dessas transformações, a saúde não ficou imune, sendo alvo dos ataques de redução e privatização.

No terceiro capítulo, apresentamos os procedimentos teóricos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da presente investigação, que buscou relacionar o particular e o geral, sem perder de vista a totalidade, articulando os aspectos históricos, econômicos, sociais e políticos que permeiam o objeto de estudo, permitindo a apreensão das contradições e articulações do problema em tela. Foi utilizado como técnica, a análise de documentos de domínio público e a observação participante através da participação em reuniões no Conselho Municipal de Saúde de Ipojuca (CMSI) e da participação em reuniões realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ipojuca (SMSI).

Neste mesmo capítulo analisamos também a Políticas Pública de Saúde e o enfrentamento do HIV/Aids no município de Ipojuca. Tendo como eixos: As transformações societárias e suas implicações na Política de Saúde, os desafios e as possibilidades de concretização do SUS ante um território em transformação como o município de Ipojuca, considerando o contexto privatista da saúde e as desigualdades sociais identificadas em meio ao desenvolvimento desta região.

Os resultados da nossa análise apontam: que esse ‘novo’ padrão de ‘desenvolvimento’ instaurado pelo Estado brasileiro cumpre apenas com seu aspecto econômico, revitalizando um recorte assistencialista e focalista das políticas públicas que são responsáveis pelos Programas de Transferência de Renda (PTR), relegando as demais políticas um papel secundário, com a diminuição de investimento público, privatização e terceirização de serviços, caracterizando a perda de direitos formalmente conquistados.

Verificamos que atualmente vem se investindo prioritariamente na política de Assistência Social, pois ela é o mote do discurso ‘desenvolvimentista’, enquanto que a Política de Saúde está sendo sucateada e privatizada cotidianamente. Assim, o estudo ora apresentado indica como tendência da Política de Saúde a retração e refuncionalização do SUS, com a privatização e as parcerias público-privadas nesta área.

Em Ipojuca, observa-se que o ritmo acelerado do crescimento econômico não vem possuindo correspondência no fortalecimento da Rede de Políticas Públicas em um

território onde os desiguais acessos a riqueza do excedente produzido, estão a aprofundar diferenciações quanto ao acesso aos direitos sociais, inclusive o direito a uma Política Pública de Saúde universal e de qualidade. Constatase que o crescimento econômico do município não se refletiu na qualidade de vida das PVHA e residentes neste.

A pesquisa indica que a Política de Saúde e o Programa de Combate as DST/HIV/Aids se utilizam dos termos de referência do SUS, porém sua implementação nesse contexto privatista não consegue efetivar os princípios e as diretrizes aos quais se propôs na sua formulação.

Com isso, esperamos que este estudo possa subsidiar outras pesquisas no campo da Política de Saúde e do Programa de Combate á Epidemia de HIV/Aids, bem como contribuir na luta por uma saúde pública universal, gratuita e de qualidade.

“(...) PAI, AFASTA DE MIM ESSE CALE-SE!”

(Chico Buarque)

2 AS DIVERSAS FACES DO DESENVOLVIMENTO NUM TERRITÓRIO EM TRANSFORMAÇÃO

2.1 Contextualizando o município: Ipojuca cada vez melhor⁴!?

O município de Ipojuca está localizado na Região Metropolitana do Recife (RMR), limitando-se ao norte com a cidade do Cabo de Santo Agostinho, ao sul com Sirinhaém, ao leste com o Oceano Atlântico e ao oeste com o município de Escada. Localizada a 49 km do Recife, a extensão territorial da cidade compreende uma área de 527, 107 km² e representa 0.52% do Estado de Pernambuco.

A população residente definida no Censo de 2010 foi de 80.637 habitantes, de acordo com dados apresentados pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE 2013). Sendo 40.747 do sexo feminino e 39.890 do sexo masculino, distribuídos 74% na área urbana e 26% na área rural. A taxa geométrica de crescimento populacional foi de 3,12% entre 2000-2010, apresentando em 2013, aproximadamente, uma população estimada de 87.926 habitantes. Entretanto, durante todo o ano são observadas oscilações ascendentes, chegando a duplicar especialmente durante o verão.

As principais vias de acesso da cidade são a BR-101 e a PE-060. O clima da cidade é do tipo quente e úmido, possui uma vegetação onde predomina a floresta tropical atlântica, como, coqueirais, manguezais, restingas, gramíneas e as áreas de cultivo de cana de açúcar (principal). Ipojuca é um município do estado de Pernambuco, que administrativamente é formado pelo distrito sede - Ipojuca, distrito de Camela, distrito de Nossa Senhora do Ó e pelos povoados das praias de Porto de Galinhas, Muro Alto, Cupe, Maracaípe, Serrambi, Toquinho, Suape e seus engenhos (ao todo conta com 72 engenhos). Com tantos engenhos, a população ipojucana apresenta a maior população rural ou de área periurbana da RMR.

A trajetória de vida da população que mora nos engenhos é agravada pela dificuldade do acesso aos bens e serviços ofertados pela cidade. Nesses engenhos dificilmente possuem postos de saúde e escolas para a população, impossibilitando que estas pessoas desfrutem do crescimento e do desenvolvimento recente do município. A vida nos engenhos ainda é referenciada pela cana-de-açúcar e o seu projeto colonial, que durante muito tempo permeou as relações sociais desta região.

⁴ A frase “Ipojuca cada vez melhor” é o slogan da atual gestão da Prefeitura de Ipojuca.

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica por sexo e raça/etnia. Ipojuca, 2010

IPOJUCA						
RAÇA/ETNIA/SEXO 2010						
	Total	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
Total	80.637	22.545	6.927	624	50.436	105
Ipojuca	80.637	22.545	6.927	624	50.436	105
Homem	39.890	10.977	3.747	268	24.850	48
Mulher	40.747	11.568	3.180	356	25.586	57

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo Demográfico 2010.

O censo do IBGE, em 2010, registrou uma população de 80.637 habitantes, com uma densidade demográfica de 151,39 hab./km. A população urbana do município de Ipojuca corresponde a 59.719 habitantes e sua taxa de urbanização é de 74,06% (IBGE, 2010). A população quando dividida por sexo, há o predomínio do sexo feminino com 40.747 habitantes, representando 50,5% da população. Quanto à cor ou raça/etnia, a população é predominantemente parda (62,5%), conforme demonstrado na Tabela 1 (IBGE, 2010).

Tabela 2 - Perfil municipal de Ipojuca – Ano 2000 – 2012

PERFIL MUNICIPAL DE IPOJUCA – ANO 2000 – 2012**IPOJUCA****Território**

Região de Desenvolvimento Metropolitana – RD

Ano de criação da vila: 1864

Desmembrado de Cabo de Santo Agostinho

Data cívica: 30/03

Altitude da sede (m): 10

Distância à capital (km): 49

Distritos: Ipojuca, Camela e Nossa Senhora do Ó.

Prefeito, Partido Político e Eleitores	Ano	Município	RD	Estado
CARLOS JOSÉ DE SANTANA – PSDB				
Número de eleitores	2012	63.161	2.728.824	6.498.122

Área e Indicadores Demográficos	Ano	Município	RD	Estado
Área (km ²)	2010	532,644	2.790,772	98.146,315
Densidade demográfica (hab/km ²)	2010	151,39	1.323,35	89,63
Taxa de urbanização (%)	2010	74,06	97,26	80,17
Taxa geométrica de crescimento populacional 2000-2010 (% aa)	2010	3,12	1,01	1,06

População Residente	Ano	Município	RD	Estado
Estimativa da população	2012	83.862	3.746.572	8.931.028
População total	2000	59.281	3.339.616	7.918.344
População total	2010	80.637	3.693.177	8.796.448
População urbana	2000	40.310	3.236.698	6.058.249
População urbana	2010	59.719	3.591.806	7.052.210
População rural	2000	18.971	102.918	1.860.095
População rural	2010	20.918	101.371	1.744.238

Desenvolvimento Humano e Renda	Ano	Município	RD	Estado
Índice de Desenvolvimento Humano	2000	0,658	0,783	0,705
Renda média domiciliar per capita (1)	2000	200,57	546,68	362,01
Renda média domiciliar per capita	2010	346,14	745,10	508,82
Pessoas de 10 anos ou mais de idade sem rendimento (%)	2010	42,40	35,58	37,27
Pessoas de 10 anos ou mais de idade com até 1 salário mínimo (%)	2010	33,75	31,59	38,53
Pessoas de 10 anos ou mais de idade com mais de 1 a 2 salários mínimos (%)	2010	16,30	16,97	13,95
Mulheres responsáveis pelos domicílios particulares	2000	22,22	33,25	28,27

permanentes (%)				
Mulheres responsáveis pelos domicílios particulares permanentes (%)	2010	37,66	45,30	32,86

Educação	Ano	Município	RD	Estado
Taxa de analfabetismo (população de 10 anos ou mais de idade) (%)	2000	28,70	12,28	23,23
Taxa de analfabetismo (população de 10 anos ou mais de idade) (%)	2010	19,21	8,47	16,74
Pessoas de 10 anos ou mais de idade sem instrução e fundamental incomp. (%)	2010	64,87	44,81	57,82
Pessoas de 10 anos ou mais de idade com curso superior completo (%)	2010	2,03	9,04	5,68
Matrícula inicial no ensino fundamental - Anos iniciais	2010	9.508	270.519	800.805
Matrícula inicial no ensino fundamental - Anos finais	2010	6.999	258.118	685.271
Matrícula inicial no ensino médio	2010	3.436	188.273	428.639
Matrícula inicial na educação profissional - nível técnico	2010	773	11.417	19.839
Matrícula no ensino superior				

Saúde	Ano	Município	RD	Estado
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	2000	41,72	22,36	29,90
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	2010	15,67	13,46	15,25
Estabelecimentos de internação SUS	2011	2	80	295
Leitos de internação SUS	2011	28	8.899	17.567
Leitos SUS por mil habitantes	2010	0,35	2,41	2,04
Profissionais médicos SUS	2011	86	5.959	8.644
Médicos SUS por mil habitantes	2010	0,91	1,60	0,99

Habitação e Saneamento	Ano	Município	RD	Estado
Domicílios particulares permanentes	2000	13.414	860.124	1.968.761
Domicílios particulares permanentes	2010	22.016	1.249.372	2.993.825
Domicílios particulares permanentes com saneamento inadequado (2) (%)	2000	24,53	4,90	20,40
Domicílios particulares permanentes com saneamento inadequado (2) (%)	2010	11,56	1,98	12,07
Abastecimento de água (Economias)	2012	13.185	890.853	1.882.536
Consumo de energia elétrica (Mwh)	2012	314.391	5.843.248	10.029.151

Empregados por atividade no setor formal	Ano	Município	RD	Estado
Total de empregados no setor formal	2011	62.199	1.087.998	1.648.927
Empregados na atividade da agropecuária	2011	417	9.016	46.852
Empregados na atividade extrativa mineral	2011	49	940	2.507
Empregados na indústria de transformação	2011	13.483	113.905	228.277

Empregados na construção civil	2011	28.119	115.377	144.645
Empregados nos serviços industriais de utilidade pública	2011	13	9.498	14.131
Empregados no comércio	2011	3.049	178.489	287.118
Empregados na atividade de serviços	2011	12.736	424.782	513.915
Empregados na administração pública	2011	4.333	235.991	411.482

Condição do produtor em relação às terras segundo os estabelecimentos	Ano	Município	RD	Estado
Estabelecimentos agropecuários	2006	1.195	8.144	304.788
Proprietário	2006	701	4.225	225.227
Assentado sem titulação definitiva	2006	64	1.245	8.710
Arrendatário	2006	12	219	7.425
Parceiro	2006	27	75	5.280
Ocupante	2006	161	1.891	38.401
Produtor sem-área	2006	230	489	19.745

Valor da produção das três principais culturas agrícolas (R\$ 1.000)	Ano	Município	RD	Estado
Cana-de-açúcar	2011	22.167	195.686	1.339.285
Coco-da-baía	2011	243	4.487	35.612
Mandioca	2011	100	5.292	110.006
Valor total da produção agrícola	2011	22.700	209.820	2.908.686

Efetivo dos três principais rebanhos (número de cabeças)	Ano	Município	RD	Estado
Bovino	2011	2.000	31.765	2.502.156
Equino	2011	774	3.797	139.111
Suíno	2011	363	11.227	425.977

Finanças públicas (3)	Ano	Município	RD	Estado
Receita municipal (R\$ mil) (4)	2011	384.607	4.881.198	11.361.817
Receitas correntes (R\$ mil)	2011	431.684	5.006.331	11.728.177
Receita tributária sobre a receita corrente (%)	2011	21,92	24,22	13,52
Receita de transferências correntes sobre a receita corrente (%)	2011	72,57	65,58	78,21
Despesa total (R\$ mil)	2011	383.747	4.550.921	11.114.535
Despesas em educação (%)	2011	28,85	21,52	30,10
Despesas em saúde (%)	2011	19,22	22,11	21,56

Produto Interno Bruto - PIB	Ano	Município	RD	Estado
PIB (em R\$ milhões)	2010	9.104	61.468	95.187
PIB per capita (em R\$ 1,00)	2010	113.039	16.653	10.822

Participação do município e da RD no PIB de PE (%)	2010	9,56	64,58	100,00
% da Agropecuária no Valor Adicionado Bruto	2010	0,23	0,31	4,49
% da Indústria no Valor Adicionado Bruto	2010	31,14	24,85	22,14
% dos Serviços no Valor Adicionado Bruto	2010	71,55	74,84	73,37

Fontes: Base de Dados do Estado (BDE) (www.bde.pe.gov.br); TRE; IBGE; Pnud/Ipea/FJP; INEP; Datasus; Compesa; Celpe; MTE; STN e Agência Condepe/Fidem.

Notas:

RD - A lei nº 12.427 do ano 2003 divide o Estado de Pernambuco em 12 Regiões de Desenvolvimento.

(1) Valor corrigido com base no INPC de julho 2010, tendo como referência o salário mínimo de 2010, de R\$ 510,00.

(2) Ausência de rede geral de abastecimento de água, de esgotamento sanitário ou fossa séptica e de lixo coletado.

(3) A soma das finanças públicas do Estado e da RD não contemplam os valores de 16 municípios.

(4) Receita municipal é a soma das receitas correntes e de capital, menos as deduções (FUNDEB).

Perfil Municipal - Atualizado em 30 de abril de 2013.

Segundo a base de dados do Estado (BDE), em relação à educação, o município de Ipojuca apresentou em 2013 um total de 101 escolas, distribuídas em 81 escolas municipais, com um total de 18.262 alunos matriculados; 14 escolas privadas todas na zona urbana com 3.655 alunos matriculados, 06 escolas estaduais localizadas 01 na zona rural e 05 na zona urbana com o total de 4.378 matriculados. Ainda segundo o BDE foi observado uma redução da taxa de analfabetismo nos últimos dez anos, no ano de 2000 esta taxa para a população de 10 anos ou mais de idade era de 28,70% e para esta mesma população no ano de 2010, este índice estava em 19,21%. Entretanto, a taxa de analfabetismo ainda é um desafio para as políticas públicas do município.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita (R\$ 1,00) de Ipojuca no ano de 2012 foi de aproximadamente 93.792. A participação do PIB per capita do município no PIB de Pernambuco cresceu de 8.65% (2008) para 9.03% (2009). Ipojuca tem como um dos principais fatores econômicos o turismo, também é considerado no momento atual um dos grandes pólos industriais de Pernambuco, pois ali estão situadas grandes empresas surgidas inicialmente ao redor do Porto de Suape. (CONDEPE, 2010).

Em relação às finanças públicas, no ano de 2012 o município teve como receitas orçamentárias, R\$318.042.696,23 e despesas orçamentárias R\$261.512.564,03. Entre as pessoas de 10 anos ou mais de idade, 27.41% apresentaram rendimento nominal mensal de mais de meio a um salário mínimo, enquanto que 47.65% não possuem rendimento nominal mensal (CONDEPE, 2009).

O município de Ipojuca é considerado um dos nichos de desenvolvimento industriais de Pernambuco, o acentuado ritmo de crescimento do Complexo Industrial e

Portuário de Suape que se situa no limite norte do município, a cerca de 35 km do Recife, ocasionou em um crescimento populacional de quase 3% ao ano (nos últimos dez anos).

A cidade de Ipojuca tem como um dos principais fatores econômicos o turismo, sendo visitada por turistas de todas as partes do mundo. A rede hoteleira é bastante desenvolvida, assim como a gastronômica. Atualmente, a região conta com 16 hotéis de 3, 4 e 5 estrelas, conta ainda com resorts e 200 pousadas, que juntos oferecem 13 mil leitos. Durante a alta temporada a ocupação da rede hoteleira gira em torno de 80%.

Segundo o Relatório de Gestão do ano de 2013 elaborado pela Secretaria de Saúde de Ipojuca, em relação ao atendimento público de saúde, o município de Ipojuca conta com uma estrutura organizacional da Secretaria de Saúde com o suporte da Secretária aos serviços de saúde para o acesso da População. E possui como rede de Saúde: a Secretaria Executiva e sete Diretorias, distribuídas em: Diretoria Geral de Planejamento, Diretoria de Atenção à Saúde, Diretoria Geral de Qualificação da Atenção Primária, Diretoria Geral de Vigilância em Saúde, Diretoria Geral de Regulação, Diretoria Geral Administrativa e Diretoria Geral Financeira. A Secretaria Municipal de Saúde de Ipojuca possui um quadro de recursos humanos de 1.398 funcionários e funcionárias, distribuídos em 787 estatutários, 354 temporários, 241 cargos em comissão e 10 cedidos de outras instituições.

A oferta de serviços de saúde disponível no município apresenta-se da seguinte maneira: 03 hospitais (sendo um com maternidade, mas que possui apenas 06 leitos); entretanto, é importante destacar que esses hospitais não realizam procedimentos complexos, como: exames de alto custo, pequenas cirurgias, cirurgia geral, dentre outros, além de não possuir muitas especialidades médicas como: Gastroenterologia, pneumologia, reumatologia, etc. Encaminhando assim, a maior parte dos casos que precisam de acompanhamento sistemático com especialistas e os considerados graves, para outros hospitais fora do município, especialmente para Recife.

Fazem parte ainda da rede de saúde municipal, 03 ambulatórios (Ipojuca, Nossa Senhora do Ó e Camela); 01 Serviço de Pronto Atendimento – SPA (Porto de Galinhas); 15 Unidades de Saúde da Família – USF (descentralizadas em Ipojuca, Nossa Senhora do Ó, Camela, Serrambí, Maracaípe e Porto de Galinhas); 03 Programas de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (Ipojuca, Nossa Senhora do Ó e Camela); 01 Centro de Especialidade Odontológica (CEO) em Ipojuca; 01 Centro de Oftalmologia Móvel (COM) em Nossa Senhora do Ó; 01 Núcleo de Saúde da Família – NASF (Ipojuca); 01

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (Camela); 01 Centro de Saúde do Homem; 01 Centro de Reabilitação e Fisioterapia, e 01 Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA (estes três últimos localizam-se no distrito de Nossa Senhora do Ó).

Recentemente, foi inaugurado em Ipojuca, o “Programa Mãe Coruja” que foi municipalizado e funciona realizando acompanhamento às gestantes e aos seus bebês, tanto no âmbito da saúde como no assistencial. O município de Ipojuca torna-se o primeiro do Estado de Pernambuco, a contar com uma versão municipal do Programa Mãe Coruja, inspirado na iniciativa do Governo do Estado, já consolidado como política pública de atenção a gestantes e crianças na primeira Infância.

O programa chega para minimizar o quadro preocupante quando o assunto é saúde da mulher no município. Dos bebês que nascem em Ipojuca, atualmente, 30,43% são de mães adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos, e 13,82% desses bebês ipojuicanos são prematuros, segundo dados do Ministério da Saúde (2012).

2.2 Ipojuca, A “Mina de Ouro” de Pernambuco: o desenvolvimento passa por aqui⁵!?

O município de Ipojuca vem vivenciando um ciclo promissor de desenvolvimento, proveniente do acelerado crescimento econômico, principalmente devido aos investimentos no Complexo Portuário de Suape e o crescimento do turismo em seu litoral, formado por praias paradisíacas, dentre elas, Porto de Galinhas.

Todo esse crescimento econômico vem alterando também o ritmo da cidade, contribuindo assim, para aumentar bastante a população residente no município. Num período de dez anos, Ipojuca vem recebendo investimentos de base federal, estadual e principalmente de empresas privadas, com tantos estímulos, uma onda de desenvolvimento vem atraindo para o município, novos empreendimentos industriais, comerciais, empresariais, cuja especulação imobiliária vem aumentando significativamente. Essas mudanças fazem parte de um conjunto maior de crescimento econômico e desenvolvimento vivenciado pelo estado de Pernambuco e por algumas regiões do país, inclusive Ipojuca.

O Complexo Industrial Portuário de Suape atualmente é o pólo de desenvolvimento mais dinâmico do Brasil. Este Complexo apresenta uma área

⁵ O slogan “o desenvolvimento passa por aqui” faz parte de um conjunto de frases publicitárias do governo do Estado de Pernambuco para apontar o desenvolvimento dos municípios do Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca, provenientes do acelerado crescimento econômico do porto de Suape.

distribuída entre os municípios do Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca. Criado há 35 anos, está em constante transformação. Suape tem hoje 105 companhias em operação em seu complexo industrial e outras 45 estão em fase de instalação. Segundo dados da Revista, Pernambuco: Economia e perspectivas, “Nos últimos oito anos, mais de 70 empreendimentos chegaram ao local e os doze principais investimentos somam R\$49,7 bilhões com geração de 25 mil empregos. Os investimentos privados nesses empreendimentos ultrapassam R\$ 50 bilhões e os recursos públicos necessários à manutenção da infraestrutura, somam mais de R\$ 2 bilhões desde 2007.

Chamado de Locomotiva do desenvolvimento de Pernambuco, este Complexo Industrial é considerado um dos principais centros de investimentos do país. O Porto apresenta estrutura moderna e grande potencial de expansão. Sua localização estratégica em relação às principais rotas marítimas de navegação o mantém conectado a mais de 160 portos em todos os continentes, com linhas diretas da Europa, América do Norte e África.

A movimentação portuária cresce em ritmo acelerado e consolida Suape como um porto concentrador e distribuidor de cargas. Segundo o site oficial do Complexo Portuário de Suape, em 2011, a movimentação de cargas ultrapassou os 11 milhões de toneladas e a de contêineres foi maior que 400 mil, o que representa um crescimento de 25% e 33%, respectivamente, em relação ao ano anterior (2010). Ainda segundo a Revista Pernambuco: Economia e perspectivas, a sua concepção de porto-indústria oferece condições ideais para a instalação de empreendimentos nos mais diversos segmentos. Suape conta com uma infraestrutura terrestre própria, em permanente desenvolvimento e modernização, com ferrovias e rodovias.

O Complexo conta com fornecimento de gás natural, energia elétrica, água bruta e água tratada. Situado na RMR, possui uma área de 13.500 hectares, distribuídos em zonas Portuária, Industrial, Administrativa e Serviços, de “Preservação Ecológica” e de Preservação Cultural. Já são mais de 100 empresas em operação, responsáveis por mais de 25 mil empregos diretos, e outras 45 em implantação. Entre elas, indústrias de produtos químicos, metal-mecânica, naval e logística, que vão fortalecer os pólos de geração de energia, granéis líquidos e gases, alimentos e energia eólica, além de abrir espaços em outros segmentos como, grãos e logística. Um dos destaques de Suape é o Estaleiro Atlântico Sul, criado em 2005. Marco na revitalização da indústria naval brasileira, produz navios cargueiros com até 500 mil toneladas e porte bruto. As vias com pedágios nesta região, também vêm aumentando, a mais recente é a Rota do

Atlântico que liga vários trechos da BR-101 e BR-09 ao Porto de Suape e às praias do litoral Sul, dentre elas, Porto de Galinhas

Entretanto, todo esse desenvolvimento vem gerando também muitos transtornos para a população que reside no entorno de Suape e no município de Ipojuca, um deles foi a desapropriação de comunidades inteiras que viviam naquela região e foram obrigadas a se retirar dos seus locais de moradia para ceder o espaço para a construção de novas rodovias, estradas pedagiadas, e a implantação de gigantescos centros logísticos de armazenamento de mercadorias para abastecimento das diversas empresas de Suape.

Diversas famílias foram “convencidas” a venderem suas casas. Segundo relatos divulgados pelo Fórum Suape, essas compras foram realizadas pelas empresas interessadas por preços irrisórios, bem abaixo do preço do mercado e da especulação imobiliária que cresce nesta região. Segundo informações diversas, como depoimentos e entrevistas realizadas com os próprios moradores, e divulgadas no site oficial do Fórum Suape, inúmeras famílias que moravam nos povoados das praias, como Serrambí e Muro Alto, foram “expulsas” da região para serem construídos grandes resorts e hotéis de luxo. Na entrada da cidade está sendo construído o “primeiro bairro planejado de Ipojuca”, um gigantesco conjunto residencial de prédios, intitulado de Reserva Ipojuca, para atender à demanda imobiliária crescente.

Com todas essas mudanças, num território em constante transformação, vem tornando-se cada vez mais frequentes os engarrafamentos gigantescos que perduram no mínimo, de três a quatro horas de duração, sem contar nas manifestações e protestos populares e dos trabalhadores das diversas empresas de Suape. São protestos reivindicando diminuição da jornada de trabalho, aumento de salários, pagamento dos devidos direitos trabalhistas, demissão em massa injustificada, dentre outros.

A disparidade social vem crescendo muito nesta região. Enquanto a maioria da população local vivencia os problemas sociais e ambientais decorrentes dessas transformações, a praia do Paiva, um bairro planejado e luxuoso, foi praticamente privatizada para a implantação de mansões e imensos empresariais com toda infraestrutura de bens e serviços para atender às pessoas que residem nesta área, desfrutando assim, de total conforto e bem estar propiciado pelo desenvolvimento.

Começamos a observar que existe desenvolvimento para alguns. Ou existem dois tipos de desenvolvimento? Desenvolvimento habitacional, de bens e serviços, lazer, escola e saúde para uma parcela abastada que pode pagar os custos dos altos

serviços ofertados nestes novos bairros originados do desenvolvimento de Suape, e o desenvolvimento dos problemas sociais para outros, a maioria da população local. O que nos levou a observar as *'fronteiras do desenvolvimento'* que separam essas populações.

Percebe-se que existe uma *'fronteira'* que separa duas classes sociais distintas num mesmo território. Essas classes distintas e antagônicas pela sua composição social encontram-se bem próximas e tão distantes ao mesmo tempo, separadas por uma fronteira social praticamente invisível a percepção da maioria das pessoas, pois ao crivo do senso comum, essas relações foram praticamente naturalizadas. A partir do observado, começamos a nos questionar, será que é esse tipo de desenvolvimento que a maioria da população almeja? Um desenvolvimento desigual? Foi dessa forma que a população que se sentiu atingida e prejudicada por estes fatos, se manifestou e não ficou passiva às mudanças que vêm ocorrendo nesta região.

Diante desses acontecimentos nos quais não houve consenso entre as partes envolvidas, foi criado um espaço de discussão e disputa formado por vários movimentos sociais que se organizaram para discutir e reivindicar por melhorias, e denunciar os abusos que estavam acontecendo nesta região. Este espaço de denúncia e organização política ficou conhecido como Fórum Suape.

A criação deste Fórum aconteceu quando um grupo de entidades e pessoas físicas após intervenções isoladas no território de Suape e com atuação na área de Direitos Humanos propôs a criação de um espaço para discussão dos problemas ocasionados pelo desenvolvimento desta região, região esta que se insere como um modelo de desenvolvimento para Pernambuco. Desta forma, houve a instauração de um Fórum de Discussão Permanente sobre o Complexo de Suape, que foi chamado como dito anteriormente, de Fórum Suape – espaço socioambiental da sociedade civil. Este Fórum é composto por organizações e pessoas físicas, dentre elas estão: Associação Brasileira de Agroecologia - ABA; Associação dos Geógrafos Brasileiros Agrários /AGB-PE/GT; Associação dos Geógrafos do Brasil - Diretoria Executiva Nacional (AGB/DEN); Casa das Mulheres do Cabo – CMC; Comissão Pastoral da Terra – CPT; Conselho Pastoral dos Pescadores NE II; **Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional** – FASE; Fórum Estadual de Reforma Urbana – FERU; Movimento Ecosocialista de Pernambuco – MESPE; Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra; Núcleo de Discussões Ambientais do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Pernambuco; ONG APPAMD - Associação de Proteção ao

Patrimônio Ambiental da Mata das Duas Lagoas; ONG Ame a Mãe Terra; ONG Eco Vida (Cabo de Santo Agostinho); Rede de Defesa Ambiental; Rede Mangue Mar Pernambuco; Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Tiriri; Associação de Moradores de Algodois e diversas pessoas físicas.

Segundo informações divulgadas no site oficial deste Fórum, com a implantação do Complexo Industrial e Portuário de Suape, alardeado como uma oportunidade única para alavancar o crescimento econômico da região e do Estado; tem sido constatado que a luta pela terra se tornou o ingrediente principal das agressões e violências contra os moradores, existindo controvérsias jurídicas sobre a posse dos valorizados terrenos do entorno de Suape.

Ainda conforme as matérias divulgadas neste Fórum, a intervenção estatal naquela região através da empresa Suape, tem sido caracterizada pela violência na retirada das famílias moradoras sem que indenizações justas sejam pagas, e nem novas moradias disponibilizadas, levando estes moradores a se tornarem sem teto, e famílias a viverem precariamente nas cidades localizadas em torno do Complexo.

Alguns especialistas na área ambiental também registraram suas avaliações no site oficial do Fórum Suape, destaca-se um trecho de uma das matérias divulgadas neste site, no qual se afirma, “o meio ambiente também tem sofrido com a ocupação predatória deste território. Constata-se que onde eram mangues, mata atlântica e restingas têm dado lugar para a construção dos grandes empreendimentos”. O meio ambiente desta região vem sendo muito prejudicado, ainda de acordo com a mesma fonte, foram destruídos cerca de 900 mil hectares de mangue para ampliar o Porto de Suape e instalar os estaleiros Atlântico Sul e Promar⁶.

Em Tupi- Guarani, Suape significa " Caminho Sinuoso". Compreendemos desta forma, que o caminho percorrido atualmente pela população local é o caminho do ônus de Suape, ou seja, o outro lado da moeda que não é mostrado pela mídia oficial, o que não querem que a sociedade tenha acesso, o que não pode ser divulgado, os caminhos sinuosos do desenvolvimento.

Para a manutenção de padrões sociais dominantes desde o período colonial, os poderes constituídos (executivo, legislativo e judiciário) do município, fecham os olhos para a violação dos direitos destas populações invisíveis à sociedade. Sem dúvida Suape trouxe aquecimento para a economia, trouxe investimentos, empregos formais, todavia

⁶ Acesso pelo site www.Forumsuape.ning.com/Page/quem-somos. Acessado em 22.01.2014

não podemos deixar de enxergar a outra face, a face oculta, o ônus gerado por este mesmo desenvolvimento. Elementos de contradição gerados pelo processo de desenvolvimento desigual e combinado que acontece nos países periféricos.

O município de Ipojuca está inserido no processo de um intenso crescimento desenvolvimentista que segue a tendência nacional. Apresenta atualmente o maior PIB em renda per capita do estado de Pernambuco (em R\$ 1,00) 113, 039 e possui a característica de se apresentar como um nicho de desenvolvimento econômico permeado por bolsões de pobreza. O município possui o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do estado de Pernambuco e em 2005 apresentou um crescimento na indústria de 38,3% e no setor de comércio e serviços, de 17,7%⁷.

Tabela 3- Comparação de alguns dados sociais de Pernambuco e Ipojuca 2012

Comparação de alguns dados sociais de Pernambuco e Ipojuca 2012		
Índices de Desenvolvimento Humano	Ipojuca	Pernambuco
IDH	0,658	0,705
EDUCAÇÃO (%) (Taxa de analfabetismo)	19,24	16,74
SAÚDE Taxa de mortalidade (% por mil nascidos vivos)	15,67	15,25
Habitação e Saneamento (Domicílios com saneamento inadequado)	11,56	12,07

Fonte: Secretaria de Planejamento e Gestão do Governo do Estado de Pernambuco. Ano 2010.

Ipojuca vive hoje uma efervescência em relação ao crescimento econômico, proveniente, principalmente, do Complexo Portuário de Suape, que recebe investimentos da ordem de US\$ 20 bilhões das esferas estadual, federal e da iniciativa privada. Porém, possui taxas ainda bastante altas em relação à mortalidade infantil, analfabetismo, saneamento básico inadequado, etc. Sua receita municipal (R\$ mil) no ano de 2012 foi de R\$ 318.042.696,23. Contudo, possui ainda um IDH de 0, 658, bem menor que o da cidade do Recife, que é de 0, 772. Apesar de apresentar um PIB maior em renda per capita do que Recife, possui o IDH menor. Evidenciando-se assim uma desigualdade social muito forte ainda presente no município.

Observando-se os dados apresentados na tabela 3, fica claro que o município de Ipojuca apresenta ainda indicadores na área social que precisam ser melhorados. Em

7. Acesso pelo site www.ipojuca.pe.gov.br. 2013.

grande medida deve-se reconhecer a relevância dos dados apontados, no entanto, queremos problematizar tal fato, tendo como norte uma perspectiva crítica e uma visão de totalidade desse fenômeno, para tentarmos entender como esse processo de crescimento vem incidindo nas reais condições de vida da população residente no município de Ipojuca, e mais especificamente, das PVHA e que possuem dificuldade de realizar o seu tratamento nos serviços de saúde e de acessar às demais políticas públicas no município.

As políticas de desenvolvimento dos países e dos estados não são definidas apenas internamente, mas são dependentes e estão articuladas a processos mundiais, que não são necessariamente igualitários, sendo as inserções e o peso de cada país e estado, diferentes e desiguais. Portanto, não é possível excluir as políticas nacionais das tendências do desenvolvimento mundial.

Behring (2006) esclarece que as políticas sociais ⁸ são desdobramentos e respostas, em geral setorializadas e fragmentadas, às expressões multifacetadas da "questão social" no capitalismo, cujos fundamentos se encontram na exploração do capital sobre o trabalho. São, em geral, reconhecidas como um fenômeno que está associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se. Dessa forma, as políticas de saúde não fogem a essa regra, sendo perpassadas por todas as contradições do sistema capitalista.

2.3 Os caminhos sinuosos do desenvolvimento

Contemporaneamente, o Brasil e o município de Ipojuca vêm vivenciando uma fase promissora de crescimento econômico, dito de outra forma, atualmente vêm acontecendo algumas mudanças na conjuntura nacional e também na conjuntura do estado de Pernambuco que se evidenciam mais explicitamente no município de Ipojuca. Essas mudanças, como o crescimento econômico dos últimos anos, aliado à forte presença de políticas compensatórias, associado ao discurso de “democratização do acesso a renda” do governo, parecem-nos constituir alguns dos elementos que dão base material ao atual fenômeno de desenvolvimento que vem sendo designado como sendo um ‘novo’ desenvolvimentismo ou ‘neodesenvolvimentismo’ no Brasil.

8. Temos a compreensão de que as políticas sociais refletem as contradições entre capital e trabalho, esse processo é dialeticamente contraditório, pois, tanto pode resultar de interesses estratégicos do capital, como pode atender demandas legítimas da classe trabalhadora.

Pochmann (2010) em seu livro: *Desenvolvimento e Perspectivas Novas para o Brasil*, nos informa alguns dados que revelariam esse suposto desenvolvimentismo, segundo ele, dados apontados pelo Instituto de Pesquisas Econômica e Aplicada (IPEA), no período 2004 – 2009, mostram que a desigualdade na distribuição de renda entre os brasileiros/as, medida pelo coeficiente de Gini⁹ diminuiu 5,6% e a renda média real subiu 28%. O autor enfatiza que segundo o IPEA, essa evolução na distribuição de renda foi em grande parte, motivada pelo crescimento econômico. Mas a grande novidade foi a transformação da política social em protagonista dos processos de mudança, por meio dos aumentos reais do salário mínimo, e da expansão das transferências focalizadas de renda.

Os discursos oficiais sinalizam a diminuição da pobreza e a possível redução da desigualdade, possibilitando assim, a entrada do país no mundo desenvolvido. A relevância do diálogo com essa tese reside no fato de que, se estiver certa, provocará mudanças significativas nos padrões de reprodução da “questão social”, caso contrário, esse “neodesenvolvimentismo” se constitui em mais um mecanismo de construção de consensos, numa conjuntura histórica e econômica específica.

Os mecanismos oficiais e porta-vozes do governo brasileiro vêm informando que a taxa de desemprego está em decréscimo no país, ou seja, está existindo uma ampliação dos empregos, inclusive dos empregos formais no Brasil. Entretanto, não se discute como e em quais condições estão sendo ofertados estes empregos no mercado de trabalho. O que os especialistas da sociologia do trabalho vêm discutindo como tendência contemporânea no Brasil, é que está existindo uma superexploração e uma precarização nas relações de trabalho.

Segundo Braga (2012), a precarização do trabalho, sempre esteve presente na realidade dos países periféricos. O autor utiliza o conceito de precariado para designar uma parcela específica da classe trabalhadora, cujas características, segundo o autor, são: a massa de trabalhadores que compõem a população flutuante, população latente, população estagnada¹⁰, e possuem a capacidade de mobilização coletiva, além de

⁹ O índice de Gini mede a desigualdade de um país e vai de 0 a 1. Quanto Mais próximo a 1 mais desigual o país, e quanto mais próximo a 0 menos desigual)

¹⁰ Segundo Braga (2012) tendo em vista a dinâmica dos investimentos capitalistas e a aceleração do consumo da força de trabalho, a população flutuante seria formada por aqueles trabalhadores ora atraídos, ora repelidos pelas empresas. A população latente seria composta por jovens e trabalhadores não industriais à espera de uma oportunidade para deixar os setores tradicionais, especialmente rurais, estabelecendo-se na indústria. Por sua vez, a população estagnada já seria parte da força de trabalho, ocupando, no entanto, funções tão deterioradas e mal pagas que sua condição de vida cairia para níveis

receber em média entre 1 e 2 salários mínimos. Braga (idem) explica que identifica o precariado como a fração mais mal paga e explorada do proletariado urbano, e dos trabalhadores agrícolas, excluídos a população pauperizada e o lumpemproletariado¹¹, por considerá-la própria à reprodução do capitalismo periférico. (BRAGA, 2012, p.18).

Sobre este assunto aponta o autor:

Se a precariedade parece estar se transformando em um ‘registro regular’ da organização do trabalho (Castel), ameaçando décadas de institucionalização de direitos sociais nos países capitalistas avançados, a verdade é que ela nunca deixou de ser a regra na periferia do sistema. Mais um indício da “brasilianização” do centro? Ou simplesmente, a demonstração de que o desenvolvimento capitalista, além de permeável a uma multiplicidade de ritmos, não é dirigido por nenhum *telos* progressista, revelando-se, ao contrário, desigual e combinado? (BRAGA, 2012, p.19).

Nesse sentido, as políticas de enfrentamento à extrema pobreza e a desigualdade, expressam as tendências do capitalismo contemporâneo em suas múltiplas relações e complexos da vida social. Desta maneira, se faz necessário analisar as condições de vida da classe trabalhadora brasileira relacionando com as transformações histórico-sociais no contexto da sociedade capitalista.

Observa-se desta forma, que essas contradições são inerentes ao modo de produção capitalista, e se apresentam no momento atual sob um maior aprofundamento da “questão social”, que se expressa através do aumento da superexploração do trabalho, da flexibilização e restrição dos direitos, fragmentação e focalização das políticas sociais, dentre outros. Porém, com um discurso aparentemente democrático e popular de desenvolvimento, deixando subjacentes as suas reais intenções.

Todo esse processo ideológico só se desenvolveu e legitimou porque foi incorporado como um projeto legítimo do Estado. Para compreendermos melhor a relação e a participação do Estado nas diversas conjunturas econômicas, realizamos um breve resgate histórico do Estado na sociedade capitalista.

subnormais de existência.

¹¹ Braga afirma que a população pauperizada seria formada pela massa de indigentes, doentes, de acidentados e de incapacitados para o trabalho devido á idade. Ainda segundo Braga (2012), por lumpemproletariado, Marx compreendia “o lixo de todas as classes” formado por indivíduos arruinados e aventureiros egressos da burguesia, vagabundos, soldados desmobilizados, malfeitores recém-saídos da cadeia, batedores de carteira, rufiões, mendigos, etc.(MARX apud BRAGA, 2012, p.18).

2.4 Análise da concepção de Estado na sociedade capitalista

A propósito deste estudo, antes de discorrer sobre em que medida se dá a intervenção estatal, parece razoável uma breve aproximação de como as concepções de Estado foram construídas, sua função na implantação do neoliberalismo¹² e a configuração do suposto neodesenvolvimentismo experimentado nos dias atuais no Brasil. Apontamos como necessário compreender o papel do Estado frente às manifestações da “questão social” para obtermos a compreensão de como historicamente se conformaram as políticas sociais no país. Esse percurso é importante também para compreendermos como se configurou a política de saúde e os mecanismos de enfrentamento e combate à epidemia de HIV/Aids no Brasil.

Para essa reflexão, resgatamos a concepção de Estado a partir das elaborações dos filósofos do Contrato Social, nos séculos XXVII e XVIII: Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau. Somadas à interpretação de Marx e Engels, no século XIX, e às perspectivas de John Maynard Keynes, século XX. Seguida da discussão sobre a instauração do Estado Neoliberal e, posterior, suposto modelo ‘neodesenvolvimentista’ por autores contemporâneos.

O Estado para os contratualistas é pensado como elemento de mediação para a civilização. Em Hobbes, temos o Estado soberano, imposto a partir da renúncia à liberdade individual, a fim de garantir os direitos naturais e a vida em sociedade. Para Locke, o poder político deveria estar na mão de corpos coletivos de homens que pudesse ser efetivo na garantia da inviolabilidade dos direitos naturais, dentre estes, acrescenta o direito natural à propriedade privada (MONTÃO et al., 2011).

O núcleo central da filosofia liberal de Locke está presente na constituição política da maior parte dos Estados Liberais¹³. Tanto em Hobbes quanto em Locke, resguardadas as devidas particularidades, Estado e sociedade civil são assegurados a partir do pacto social. Por fim, para Rousseau, o Estado é configurado com o poder residindo no povo, na cidadania; “[...] As noções de soberania da sociedade civil, de um

¹²O neoliberalismo se expressou através do ataque do grande capital às dimensões democráticas da intervenção do Estado, que começou tendo por alvo a regulamentação das relações de trabalho, como a flexibilização, e avançou no sentido de reduzir e privatizar os sistemas de seguridade social. Nas palavras de Netto, “o Estado neoliberal é o Estado mínimo para o social e máximo para o capital” (NETTO, 2010).

¹³No século XIX, compondo o grupo de teóricos liberais, Smith defende o antiestatismo e, assim, aposta na *mão invisível* do mercado como mecanismo natural de regulação das relações sociais, capaz de promover o bem-estar coletivo, ainda que não intencional. Aqui, tem-se o Estado *mínimo*, com apenas três funções: defesa militar, proteção das ofensas entre os indivíduos e o provimento de algumas obras públicas (BEHRING, 2006).

Estado a serviço da comunidade [...] colocaram Rousseau na vanguarda do contratualismo” (MONTÃO et al., 2011, p. 32).

Marx (2009) faz o estudo do Estado burguês, cujo principal papel está na regulação das relações de produção, sem extinguir a exploração do trabalho pelo capital, sendo este Estado uma instância não favorável ao trabalhador. Referindo-se ao Estado no modo de produção capitalista, afirma que este não torna os indivíduos livres, mas apenas expressa e reproduz uma forma particular de liberdade. Enfatiza ainda que “o Estado não pode eliminar a contradição do sistema capitalista sem eliminar a si mesmo, uma vez que ele repousa sobre tal contradição” (MARX, 2009, p.112).

Ainda sobre o papel do Estado, Engels (1982) vai afirmar que esta instituição surge para conter o antagonismo entre as classes sociais. Segundo o autor:

O Estado surge da necessidade de conter o antagonismo das classes, porém, como surgiu em meio ao conflito destas classes, vai ser por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que por intermédio deste Estado, se converte também em classe politicamente dominante (ENGELS, 1982).

No final do século XIX e início do século XX, Keynes defende a ideia de que o Estado tem o papel de restabelecer o equilíbrio econômico e aponta que esta intervenção permite o incremento das políticas sociais. Para Behring (2006), “[...] tratava-se do retorno do [Estado] mediador civilizador”, que seria questionado, na sequência, pelas elites político-econômicas, a quem coube à defesa – ao final dos anos de 1970 e 1980 – do Estado Neoliberal.

Nos anos de 1990 assiste-se a uma mudança no padrão de regulação estatal. Essa mudança possibilitou um redirecionamento no papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, como resposta ofensiva do capital à crise estrutural do capitalismo mundial a partir dos anos 1970 e ao esgotamento do modelo de produção taylorista/fordista e de intervenção estatal de cunho keynesiano¹⁴.

Essa mudança no padrão de regulação estatal vai abrir um período de ventos turbulentos que no bojo de contradições vai permitir, mesmo com a ofensiva inicial do

14. Foi o modelo adotado pelos países centrais para amenizar os impactos da crise do capitalismo no segundo pós-guerra. Segundo Keynes, cabe ao Estado o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem nos períodos de depressão como estímulo à economia. Ao keynesianismo agregou-se o pacto fordista da produção em massa para o consumo de massa e dos acordos coletivos com os trabalhadores. A junção desses dois elementos implementados na política econômica ficou conhecida como welfare state (PINTO, 2007, p. 109).

neoliberalismo, que os movimentos sociais consigam construir um novo rumo para as políticas sociais no Brasil.

O Brasil viveu nos anos 90, de forma aguda, as consequências de uma opção política que levou à adoção do ajuste neoliberal em todas as suas dimensões econômicas e sociais. A tarefa do Estado, neste projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

Antunes (2002) vai afirmar que esse processo neoliberal gerou diversas transformações na produção e na reprodução das relações sociais, inclusive no mundo do trabalho, no qual ele aponta como sendo uma das mais significativas, a reestruturação produtiva, o autor aponta que o capitalismo vive a partir deste período, uma nova fase, no qual ele caracteriza como sendo “o mundo novo do capitalismo contemporâneo”.

Segundo Dias Carcanholo (2005), A implementação das políticas neoliberais de abertura externa e desregulamentação dos mercados, que aprofundam a dependência, pode ser entendida como fruto de uma conformação entre os interesses da classe dominante da região e os imperativos político-ideológicos do centro da economia mundial, implícitos no Consenso de Washington¹⁵.

De acordo com Bravo (2010), a proposta de Reforma Administrativa ocorrida no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), comandada por Bresser Pereira, é um bom exemplo dessa concepção. Segundo a autora, ela tem por suporte a crítica aos modelos patrimonialistas e burocráticos de organização do aparelho estatal, e propõe um modelo gerencial para dar conta das exigências de efetividade e eficiência. Há o redesenho da organização estatal com redistribuição de suas funções entre novos organismos não estatais. A principal inovação é a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedecem as leis do mercado.

Dando continuidade ao desenrolar da história e a conjuntura brasileira, chega-se ao ano 2000, e novas perspectivas se abrem. Segundo Bravo (2010), a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, para presidente da República, em 2002, significou um marco político na história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu um representante da

¹⁵ Consenso de Washington é um conjunto de medidas que se compõe de dez regras básicas, formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras situadas em Washington, como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, fundamentadas num texto do economista John Williamson, do *International Institute for Economy*, e que se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional em 1990, quando passou a ser “receitado” para promover o “ajustamento macroeconômico” dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades.

classe operária brasileira com forte experiência de organização política. A consagração eleitoral foi resultado da reação da população brasileira contra o projeto neoliberal implantado nos anos de 1990. Isto é, pela primeira vez na história do Brasil, venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes.

Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, acreditava-se que no Brasil estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentariam as políticas de ajuste. Não se esperavam transformações profundas, em face dos acordos ocorridos, mas havia expectativa com relação às políticas sociais e à participação social. A legitimidade expressa nas urnas, para exercer um governo orientado para mudar o Brasil numa direção democrático-popular e para uma política econômica direcionada ao mercado interno de massas, articulada a uma política social mais ousada, não foi levada em consideração.

Pode-se afirmar, entretanto, que as propostas e reformas defendidas pelos governos Lula/Dilma dão sequência à “contrarreforma”¹⁶ do Estado iniciada na gestão de FHC, encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado, não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados.

2.5 Modernização conservadora: “neodesenvolvimentismo”, a nova lógica do capital para os países periféricos

A partir da perspectiva de análise acima mencionada, buscamos desmistificar esse fenômeno de um “novo” desenvolvimentismo visto apenas pela ótica progressista, tendo como base uma das Obras de Florestan Fernandes, *A Revolução Burguesa no Brasil*, utilizando principalmente, uma de suas categorias de análise, a “modernização conservadora”¹⁷. Essa “modernização conservadora” segundo Fernandes (2005) é inerente aos países periféricos, em que o avanço nutre-se permanentemente do atraso. Diante disso, apresentamos a seguinte questão: como identificar a partir da expressão:

¹⁶ Expressão cunhada por Behring para designar o conjunto de Reformas regressivas em relação aos direitos sociais, iniciadas no governo de FHC e realizadas de maneira metamorfoseadas (com discurso progressista) nos dois governos do Presidente Luis Inácio Lula da Silva e da Presidenta Dilma Rouseff.

¹⁷ Utilizamos esta expressão sinalizada com aspas por se tratar de uma expressão cunhada pelo Sociólogo Florestan Fernandes, para designar o processo de desenvolvimento dos países periféricos, dentre eles, o Brasil, caracterizando esse desenvolvimento como sendo um desenvolvimento heteronômico, ou seja, dependente dos países centrais ou hegemônicos, onde o processo de modernização acontece associado a elementos conservadores.

“modernização conservadora”, os elementos de um suposto “novo” desenvolvimento, e como esse “novo” desenvolvimento aparece contraditoriamente articulado com elementos conservadores, numa combinação substancial entre o velho e o novo?

Temos a clareza de que a conjuntura histórica que estamos estudando é diferente da analisada por Fernandes (2005) no período em que realizou o seu estudo, pois dividiu a sua pesquisa sobre o desenvolvimento no Brasil em três períodos distintos. Contudo, defendemos que a nossa análise faz-se pertinente, pois se fundamenta nos pilares defendidos pela perspectiva marxiana dos fundamentos da sociedade capitalista, pois o modo de produção analisado continua sendo o mesmo, o sistema capitalista, ou seja, a estrutura econômica e política não foram alteradas em sua base central. Realizamos o nosso estudo baseado na concepção marxiana, de análise das tendências.

Embasamo-nos ainda em outros autores como Iamamoto (2011), Netto e Braz (2010), quando apontam que mesmo em diferentes períodos da sociabilidade do capital, precisamos considerar como importante as alterações e mudanças na conjuntura política e econômica, contudo, a estrutura continua sendo a mesma, pois o modo de produção que regula as relações sociais, ainda é o modo de produção capitalista.

Segundo Netto e Braz (2010) o desenvolvimento capitalista, na sua expansão mundial, apresentou-se sempre com uma dupla característica, desigual e combinado. De acordo com os autores, trata-se de um desenvolvimento desigual: em função de razões históricas, políticas e sociais, a dinâmica capitalista opera em ritmos diferenciados nos diversos espaços nacionais, afetando tanto os países capitalistas como as relações entre eles.

Como aponta Netto e Braz (2010):

Ademais disso, o desenvolvimento capitalista revelou-se, no que diz respeito aos países atrasados, um desenvolvimento combinado, na feliz expressão de Leon Trótski (1879-1940): pressionados pelo capital dos países desenvolvidos, os atrasados progredem aos saltos, combinando a assimilação de técnicas as mais modernas com relações sociais e econômicas arcaicas – e esse progresso não lhes retira a condição de economias dependentes e exploradas.

Segundo Fernandes (2005), no Brasil existe uma estrutura social secular que nos remete continuamente a condutas e concepções conservadoras. Por isso, vive-se uma espécie de simbiose entre o novo e o velho nas práticas políticas, segundo ele, existe um patrimonialismo incrustado na concepção brasileira de se fazer política. Não importa quem receba o mandato de mandar e mudar. Mesmo os que são movidos pela motivação política da mudança social profunda, acabam sendo alcançados de algum modo pela

força dessa trama que nos ata ao enredo da permanência. Na sua obra “A Revolução Burguesa no Brasil”, percebe-se que o autor faz uma análise reflexiva sobre os arcaísmos que limitavam o futuro do país, que restringiam o âmbito de suas possibilidades históricas e que contaminavam as forças da modernização.

De acordo com Fernandes (2005) o desenvolvimento no Brasil realizou-se de forma bastante precária e dependente de compromissos com o passado persistente, que ainda valorizava as estruturas do estágio colonial, ao qual ele denominava de ‘antigo regime’. O autor afirma que o Brasil, ao realizar o seu modelo de revolução burguesa, realiza-o numa orientação oposta à do modelo europeu e nos lança no mundo capitalista de um modo singular e problemático. As mudanças deveriam se disseminar a partir da desigualdade econômica e social histórica do país, entretanto, foram se realizando algumas mudanças politicamente possíveis, segundo a conveniência de quem estava no poder, realizando apenas o mínimo, de modo a assegurar o máximo de permanência das estruturas tradicionais.

A importância desta análise da sociedade brasileira baseada na obra do sociólogo Florestan Fernandes, está no fato de que ela permite identificar um drama crônico que acontece no Brasil. Segundo o autor (2005), este fenômeno não é da essência do capitalismo em geral, mas é típico do capitalismo dependente, pois, as impossibilidades históricas formam uma cadeia, uma espécie de círculo vicioso, que tende a repetir-se em quadros estruturais subsequentes. Como não há ruptura definitiva com o passado, a cada passo este se reapresenta na cena histórica e cobra o seu preço.

Segundo Fernandes (2005) o processo do desenvolvimento para os países latino-americanos sempre teve um caráter de dependência, pois surge de uma condição estrutural permanente, que iria assumir feições históricas mutáveis de acordo com a evolução do capitalismo nas nações que exerceram algum tipo de dominação imperialista¹⁸ sobre a América Latina.

Ainda segundo o autor supracitado, o Brasil vai apresentar três fases de desenvolvimento, que ele considera como sendo as fases típicas do desenvolvimento no país:

¹⁸Imperialismo é a política de expansão e o domínio territorial, cultural e econômico de uma nação sobre outras, ou sobre uma ou várias regiões geográficas. O imperialismo contemporâneo pode ser também denominado como neocolonialismo, por possuir muitas semelhanças com o regime vigorado entre os séculos XV e XIX, o colonialismo.

- a) Fase de eclosão de um mercado capitalista especificamente moderno. Foi no período da década de 1930 (urbanização/industrialização);
- b) Fase de formação e expansão do capitalismo competitivo. Foi o período da década de 1950 a meados de 1960, período conhecido como nacional-desenvolvimentismo; e
- c) Fase de irrupção do capitalismo monopolista. Foi o período de meados da década de 1960 a meados da década de 1980, a chamada autocracia burguesa¹⁹ ou ditadura militar brasileira.

No caso brasileiro, o desenvolvimento dessas fases significou coisas distintas. Em nenhuma delas houve uma réplica ao desenvolvimento capitalista característico das nações tidas como centrais e hegemônicas. Ao contrário, nas três situações sucessivas, o desenvolvimento capitalista apresenta os traços típicos que ele teria de assumir nas nações tidas como periféricas e heteronômicas.

Segundo Fernandes (2005) o Brasil em nenhuma das três fases de desenvolvimento chegou a impor a ruptura com a associação dependente em relação ao exterior (ou aos centros hegemônicos da dominação imperialista), nem a desagregação completa do que ele chamou de ‘antigo regime’ e de suas sequelas. Segundo ele:

[...]a expansão capitalista da parte dependente da periferia estava fadada a ser permanentemente remodelada por dinamismos das economias capitalistas centrais e do mercado capitalista mundial, algo que Rosa Luxemburgo deixara bem esclarecido em sua teoria geral da acumulação capitalista. E, em segundo lugar, deixou-se de considerar que a autonomização do desenvolvimento capitalista exige, como um pré-requisito, a ruptura da dominação externa (colonial, neocolonial ou imperialista). Desde que esta se mantenha, o quem tem lugar é um desenvolvimento capitalista dependente e, qualquer que seja o padrão para o qual ele tenda, incapaz de saturar todas as funções econômicas, socioculturais e políticas que ele deveria preencher no estádio correspondente do capitalismo. É claro que o crescimento capitalista se dá acelerando a acumulação de capital ou a modernização institucional, mas mantendo, sempre, a expropriação capitalista externa e o subdesenvolvimento relativo, como condições e efeitos inelutáveis (FERNANDES, 2005, p. 339).

Dias Carcanholo (2005), vai informar que os teóricos que possuem a percepção convencional sobre desenvolvimento tende a conceber a situação de subdesenvolvimento como sendo equivalente à ausência de desenvolvimento, isto é,

¹⁹ A esse respeito ver Netto em seu livro: Ditadura e Serviço Social

como um “atraso” em relação às experiências históricas de desenvolvimento. Aponta Dias Carcanholo (2005):

Mesmo concepções um pouco mais críticas, como a visão clássica da Cepal, entenderam desenvolvimento e subdesenvolvimento como fenômenos quantitativamente diferenciados, podendo resolver o segundo com medidas corretivas, no plano do comércio internacional, e por uma política econômica adequada, que dependeria das situações concretas vivenciadas pela economia mundial (projeto industrializante de substituição de importações).

Entretanto, o autor alerta que o que esse tipo de perspectiva não consegue captar é que desenvolvimento e subdesenvolvimento são fenômenos qualitativamente diferenciados e ligados tanto pelo antagonismo como pela complementaridade, ou seja, que, embora sejam situações antagônicas, os dois fenômenos pertencem à mesma lógica/dinâmica de acumulação de capital em escala mundial. Ou seja, este processo de desenvolvimento/subdesenvolvimento é um processo desigual e combinado.

Avançando nas análises sobre o atual período de “desenvolvimento” no Brasil, Castelo (2012), em seu texto: O social-liberalismo brasileiro e a miséria ideológica da economia do bem-estar, informa que a partir da publicação do livro “Brasil: a nova agenda social”, a ideologia social-liberal brasileira ganha um novo alento. O autor avançando na análise do quadro social nacional na era pós-Lula, afirma que este livro trabalha com os principais conceitos do social-liberalismo, como equidade e eficiência. Segundo ele, os autores da obra propõem uma agenda tecnicista para a formulação de um novo conjunto de “reformas” nas políticas sociais. Em vez de investimentos nas políticas universais da seguridade social – consideradas ineficientes, caras e inibidoras do crescimento econômico -, “eles defendem o direcionamento dos recursos do orçamento público para as políticas sociais de transferência de renda focalizadas nos miseráveis, tidas como “inovadoras e mesmo revolucionárias” (BACHA; SCHWARTZMAN, apud CASTELO, 2012, p. 55).

Partindo desse pressuposto de análise, buscamos compreender o atual discurso que vem sendo propagado pelos mecanismos oficiais do governo, no Brasil e do Estado de Pernambuco. Neste contexto está inserido o município de Ipojuca, com o slogan de desenvolvimento, crescimento econômico associado à diminuição da extrema pobreza e da desigualdade, fenômenos estes que sinalizam para o processo de desenvolvimento da nação e desta região específica.

Porém, iremos apontar elementos de que o Brasil e o município de Ipojuca, ainda permanecem numa posição dependente e bastante desigual socialmente. Nossa

proposta neste item específico é analisar esse fenômeno tendo como norte uma perspectiva crítica, apreendendo os elementos de contradição que perpassam esse discurso de ‘desenvolvimento’ e ‘modernização’ e sinalizar os elementos conservadores que persistem neste processo em curso. Um desses elementos que permanece apesar de todo o desenvolvimento das forças produtivas no capitalismo, inclusive com as suas inovações tecnológicas, são as crises cíclicas do capital. Desta forma busca-se compreender a crise financeira mundial, a mais recente, e os rebatimentos desta para os países que vivem o atual processo de desenvolvimento.

Atualmente o capitalismo mundial vivencia mais uma grave crise e seus desdobramentos repercutem na forma como o Estado e os governos irão intervir nas políticas econômicas e sociais. Segundo Braz (2012), a natureza da crise do capital que se aprofundou a partir de 2008 não é diferente, em sua essência, das crises que abateram o sistema em tantas outras vezes, tipificadas pelos traços constitutivos do estágio imperialista que se estruturou justamente a partir de outra grande e grave crise, a de 1873. De acordo com o autor, ela é movida pela natureza contraditória do desenvolvimento capitalista que, ao potencializar seu processo de reprodução ampliada (sua própria acumulação de capital), reproduz os fatores que exponenciam suas contradições e acionam crises.

Os desdobramentos e as consequências desta crise que explode em 2008, vão assumir formas diferentes nos países centrais e nos países periféricos. Segundo Arcary (2011), foi o domínio militar exercido no mundo, consolidado ao final da II Guerra Mundial, que, em última análise, apareceu como a âncora que garantiu que as relações de dominação econômica tivessem permanecido inalteradas entre os países. De acordo com o autor supracitado, a América Latina recebeu nos trinta anos do pós-guerra, menos investimentos que a Europa e o Japão, todavia, mais que a África e a Ásia, e o Brasil apesar de estar vivenciando um período de desenvolvimento continua sendo um país dependente²⁰.

²⁰ Dependentes são aqueles países que politicamente, são independentes, isto é, definem internamente quem serão seus governantes, mas que, quando considerada a sua posição econômica no mercado mundial estão muito vulneráveis às decisões das potências. Porque são os Estados Unidos, a União Europeia e o Japão que detêm o controle da economia mundial. A fragilidade das nações dependentes se manifesta, entre muitos outros, em dois terrenos chaves: (1) nas condições desfavoráveis de troca de suas matérias primas (commodities) pelos produtos de alta tecnologia; (2) nas condições desfavoráveis de acesso a empréstimos externos, porque a classificação de risco é feita por agências que obedecem aos interesses dos países credores, que são as potências que historicamente realizaram uma maior acumulação de capital, e são as matrizes dos grandes bancos internacionais (ARCARY, 2011, p. 38).

A política macroeconômica desenvolvida após a crise financeira dos últimos tempos nos países europeus e nos Estados Unidos é a política de restrição, como: retrocesso no que concerne aos direitos trabalhistas, redução de postos de trabalhos; austeridade da política fiscal e corte nos investimentos públicos. Na maioria dos países da América Latina e especialmente nos países do Cone Sul, onde ascenderam ao poder governos vindos das “esquerdas”, o que está acontecendo é um fenômeno designado como ‘novo’ desenvolvimentismo ou ‘neodesenvolvimentismo’.

2.6 ‘Neodesenvolvimentismo’, o Brasil vive um período de desenvolvimento? Para quem?

Antes de iniciar propriamente a discussão a respeito de um ‘novo’ desenvolvimentismo ou ‘neodesenvolvimentismo’ no Brasil, faremos os seguintes questionamentos sobre o assunto: Há um rompimento com o neoliberalismo na atual conjuntura no Brasil? Qual o papel político do ‘neodesenvolvimentismo’ na atual política do governo? Segundo a declaração oficial dos governos Lula/Dilma, esse ‘novo’ desenvolvimentismo propõe um desenvolvimento social com a diminuição da pobreza e da desigualdade, cujo lema é: País rico é país sem pobreza! Slogan principal do Programa Brasil sem Miséria (PBM) na gestão da Presidenta Dilma Rousseff. Partindo-se desse pressuposto, está existindo um aumento de investimentos em políticas sociais de cunho universal no Brasil?

Realizando a mediação para a particularidade do objeto que estudamos, trazendo para o estado de Pernambuco no município de Ipojuca, está existindo um crescimento de investimento em políticas sociais proporcionalmente ao crescimento econômico? Está havendo investimento e/ou ampliação na política pública de saúde, mas especificamente, na prevenção, controle e tratamento pelo Programa Municipal de HIV/Aids? Não temos a pretensão de responder a todos esses questionamentos, no entanto, gostaríamos de contribuir com a provocação de uma discussão crítica e um debate profícuo acerca da temática apresentada.

Para isto, nos embasamos em alguns teóricos que discutem atualmente esta fase que vêm sendo caracterizada como um ciclo ‘neodesenvolvimentista’. Numa análise do período recente, Mota et al. (2010) e outros autores (NETTO, 2010; BRAZ, 2012; SANTOS, 2012; ARCARY 2011) entre outros, têm chamado a atenção para o protagonismo do chamado ‘neodesenvolvimentismo’ enquanto ideologia de Estado de vários países latino-americanos.

Segundo Motta et al. (2010) o chamado ‘neodesenvolvimentismo’ tem suas bases de fundamentação, no chamado nacional-desenvolvimentismo, que impulsionou a economia dos países subdesenvolvidos, sob a orientação da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), embora esse fenômeno hoje, se apresente com outras características.

Para Mota et al. (2010), foi a partir dos anos 2000, mais especificamente no ano de 2008 com a crise financeira que afetou o coração do imperialismo mundial (os Estados Unidos) que a burguesia mundial criou mecanismos e estratégias de enfrentamento a mais uma crise do sistema capitalista. Um dos idealizadores desse ‘novo desenvolvimento’, o economista Amartya Sen²¹, defende um capitalismo sério, produtivo, democrático, redistributivo e sustentável.

Desta forma, estava dado o mote que marcaria o início de outra processualidade histórica, um novo projeto de restauração da ordem do capital. Mas, com uma diferença crucial, agora esse projeto estaria sendo legitimado e conduzido por novos protagonistas: os governos de ‘esquerda’ latino-americanos.

A proposta ‘neodesenvolvimentista’ apresenta medidas como a realização do desenvolvimento econômico associado à equidade²² social, principalmente através de políticas de transferência de renda. Este fenômeno vem ocorrendo, conforme mencionado acima, em alguns países da América Latina, inclusive no Brasil.

Segundo a base de dados da CEPAL, dos Programas de Proteção Social não contributiva da América Latina e Caribe, os Programas de Transferência de Renda (PTR) operam na atualidade em 18 países da região e beneficiam mais de 25 milhões de famílias, ou seja, 113 milhões de pessoas.

As mudanças recentes no cenário brasileiro, assim como o crescimento econômico dos últimos anos, aliado à forte presença de políticas compensatórias, conforme dito anteriormente constituem, a nosso ver, alguns dos elementos que dão

²¹ Amartya Sen é um economista indiano. Foi laureado com o Prêmio de Ciências Econômicas em Memória de Alfred Nobel de 1998, pelas suas contribuições à teoria da decisão social e do "welfare state". É também um dos fundadores do Instituto Mundial de Pesquisa em Economia do Desenvolvimento (Universidade da ONU). Seus livros mais importantes incluem "On Economic Inequality", "Poverty and Famines" e "On Ethics and Economics". Foi em 1993, juntamente com Mahbub ul Haq, o criador do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que e vem sendo usado desde aquele ano pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no seu relatório anual. Recebeu doutoramento honoris causa pela Universidade de Coimbra em 2011. É autor, entre outros, de "Desenvolvimento como Liberdade", publicado em 2000.

²² Nesse modelo de estado, a equidade torna-se sinônimo de acesso a bens de consumo, conveniente ao mercado.

base material ao atual fenômeno do que vem se denominando ‘neodesenvolvimentismo’. Diminuição da pobreza e da desigualdade através do crescimento econômico associado à equidade social. Esta é a versão oficial difundida pelo governo brasileiro atualmente, como sendo a sua política de desenvolvimento.

Pochmann (2010) também discute o fenômeno ‘neodesenvolvimentista’ nos apresentando alguns dados. Segundo ele, nos anos de 2001 a 2008, 19,5 milhões de brasileiros registraram elevação real em seu rendimento individual acima da evolução da renda *per capita* nacional. Ou seja, 11,7% do total dos brasileiros/as tiveram seus rendimentos aumentados acima da média da evolução da renda *per capita* real do país (POCHMANN, 2010, p. 143).

O autor verifica que no ano de 2008 a força dos benefícios da Previdência e Assistência Social associada à elevação do valor real do salário mínimo evitou que quase 45% dos brasileiros se encontrassem na condição de pobreza extrema.

Entretanto, Netto (2009) vai afirmar que as atuais medidas de políticas compensatórias associadas a um crescimento econômico realizam uma diminuição na pobreza, porém, o autor esclarece que essas medidas a médio e em longo prazo estão fadadas ao fracasso, pois a concentração de renda não pode ser enfrentada quando não se toca no cerne da questão, que segundo ele, seria a concentração da propriedade e do poder político decisório no país. Em relação a essa discussão, o autor (2009) alerta:

É preciso atentar que quando os padrões de indigência são profundamente acentuados, na sua manifestação mais imediata, oferece resultados. Eles não podem ser desprezados ainda que sejam resultados residuais. [...] Não há dúvida de que existem alguns ganhos, [...] Pense-se, entre os vetores desse novo assistencialismo oficial, no Brasil, no Programa Bolsa Família ou no Benefício de Prestação Continuada (BPC). Houve uma alteração - de fato, absolutamente residual - no índice de Gini no Brasil. Ainda que residuais esses efeitos têm um papel sócio ideológico enorme, hipertrofiado em face da sua significância real (NETTO, 2009, p. 228).

De acordo com Santos (2012), o “neodesenvolvimentismo” reedita a combinação discursiva de crescimento econômico e desenvolvimento social. A autora afirma que esse discurso ideológico da suposta ‘era’ neodesenvolvimentista apresenta um palco de conciliação de iniciativas aparentemente contraditórias que aparecem no bojo desse processo, como as diretrizes do receituário liberal e a pauta desenvolvimentista.

Este ‘novo’ desenvolvimentismo proporciona uma intervenção estatal, que pelo menos em tese, rechaça medidas neoliberais e realiza algumas medidas progressivas

como: aumento do salário mínimo; redução do Imposto sobre produtos industrializados (IPI), ampliação do crédito ao consumidor, empréstimos populares e ampliação da Assistência Social e os seus diversos programas: Programa Bolsa Família (PBF); Benefício de Prestação Continuada (BPC); Programa Brasil Carinhoso (PBC); entre outros, ao mesmo tempo vem desenvolvendo ações típicas de um Estado neoliberal, como: a elevação da taxa de juros, ampliação das privatizações e parcerias públicas privadas, especialmente na esfera da saúde; e a implementação das contrarreformas²³.

Segundo Braz (2012) o suposto ‘neodesenvolvimentismo’, quando comparado aos traços gerais das políticas desenvolvimentistas - que, de modo muito problemático e diferenciado, conhecemos ao longo do período 1930 e 1980 no Brasil através de algumas experiências implementadas -, está muito longe do modelo original. O autor nos esclarece sobre o assunto afirmando: [...] “o ‘neodesenvolvimentismo’ é o desenvolvimento possível dentro do modelo capitalista neoliberal” (BRAZ, 2012, p.472).

De acordo com Braz (2012), quando comparado ao paradigma desenvolvimentista que se conheceu no século passado, a hipótese ‘neodesenvolvimentista’ atual “se desmancha no ar”. Segundo o autor: [...] as razões são claríssimas, seja porque: " apresenta taxas de crescimento bem mais modestas; confere importância menor ao mercado interno, isto é, ao consumo das massas trabalhadoras; dispõe de menor capacidade de distribuir renda; aceita a antiga divisão internacional do trabalho, promovendo uma reativação, em condições históricas novas, da função primário-exportadora do capitalismo brasileiro; e é dirigida politicamente por uma fração burguesa, a qual denominamos burguesia interna, que perdeu toda a veleidade de agir como força anti-imperialista (BRAZ, 2012, p. 471).

Arcary (2011) vai apontar um aspecto importante que vem sendo indicado como um dos principais fatores desse imenso crescimento econômico, o crescimento do PIB que coloca o Brasil no ranking mundial como sendo o 6º país que mais cresce no mundo.

Entretanto, o referido autor vai esclarecer que um dado como o crescimento do PIB não deve ser confundido como um indicador central na análise do desenvolvimento econômico, e, tampouco, como um indicador que demonstre uma diminuição na

²³ O termo é utilizado por Behring para evidenciar uma série de ataques por parte do Estado aos direitos conquistados pela classe trabalhadora. Expressou-se através de um processo de desmonte da legislação formal que se evidenciava como conquistas dos trabalhadores e da população e que agora estavam sendo retirados, num verdadeiro processo de “contrarreforma”.

desigualdade social. Segundo ele, um país pode ter crescimento do PIB, mesmo sem aumentar a diversificação do seu parque produtivo, mesmo sem agregar mais valor às commodities agropecuárias que exporta, mesmo sem incrementar a industrialização, mesmo sem elevar a produtividade média do trabalho, e, mesmo sem alterar a sua posição dependente no mercado mundial.

Arcary (2011) em seu livro: *Um Reformismo quase sem Reformas*, nos informa alguns dados que confirma que 1% dos brasileiros/as (1,9 milhão de pessoas) detém uma renda equivalente à da parcela formada pelos 50% mais pobres (96,5 milhões de pessoa). Segundo o referido autor, no Brasil, 46,9% da renda nacional concentra-se nas mãos dos 10% mais ricos. Já os 10% mais pobres ficam com apenas 0,7% da renda total. (ARCARY, 2011, p. 43).

O autor continua seu raciocínio, nos informando que no ano de 2009, o Brasil se manteve como um dos dez países com maior desigualdade social do mundo, segundo um relatório do Programa das Nações unidas para o Desenvolvimento (PNUD). E nos informa ainda que o Brasil ficou numa péssima colocação no que diz respeito ao IDH medido em 177 países. Dos dez países que ficaram nas piores colocações, o Brasil foi o oitavo, pior que o Brasil ficou apenas, a Guatemala e os africanos: Suazilândia, República Centro-Africana, Serra Leoa, Botsuana, Lesoto e Namíbia, todos os países incomparavelmente mais pobres (ARCARY, 2011, p. 43). Ou seja, o Brasil embora menos pobre, permanece um país socialmente desigual.

Os autores supracitados apontam uma série de contradições que se apresentam na atual conjuntura. Essas contradições que são inerentes ao modo de produção capitalista se apresentam no momento atual sob um maior aprofundamento da “questão social”, que vem se expressando através do aumento da precarização do trabalho, da flexibilização e restrição dos direitos, fragmentação e focalização das políticas sociais, além de realizar uma re-filantropização (YASBEK, 2010). Segundo Motta et al. (2010), a atual política de assistência, através do PBF, configura-se como um programa assistencialista e com características filantrópicas. Porém, com um discurso aparentemente democrático e popular de desenvolvimento, escamoteando as suas reais implicações, que corresponde ao consenso entre as classes e à manutenção dos padrões econômicos e políticos dominantes.

**“(...) QUEM TRÁS NO CORPO ESSA MARCA POSSUI A ESTRANHA MANIA
DE TER FÉ NA VIDA”**

(Milton Nascimento)

3 EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL E OS MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DESENVOLVIDOS PELO ESTADO

3.1 Contextualizando a problemática da epidemia de HIV/AIDS

O surgimento e crescimento da epidemia de HIV/Aids²⁴ no mundo vêm marcando profundamente a humanidade e gerando uma série de pesquisas sobre suas formas de prevenção e tratamento e sobre os impactos sociais, econômicos e políticos gerados por ela.

Sua emergência ocorreu em meados da década de 1970, na África, de onde se espalhou para os diversos continentes do mundo. No entanto, foi nos Estados Unidos que se identificou oficialmente, pela primeira vez, um caso de Aids, no início dos anos 80 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

De acordo com Soares (2000), no Brasil, o primeiro caso de HIV/Aids foi identificado em 1980, e logo após, sete casos foram notificados em 1982. A década de 1980 no Brasil foi marcada por uma profunda crise social e econômica, pelo esgotamento do regime ditatorial-militar e uma grande efervescência dos movimentos sociais, dentre os quais, o movimento pela democratização do acesso à saúde.

Esse contexto, segundo Soares (2000), tem intrínsecas relações com o desenvolvimento da epidemia no Brasil e em como o Estado e a sociedade vêm respondendo à sua problemática. Sendo assim, é importante observar que a epidemia de HIV/Aids deve ser, antes de tudo, analisada do ponto de vista histórico das atuais transformações econômicas, políticas, sociais e culturais da nossa sociedade.

Outra característica da epidemia que está também relacionada ao momento histórico-social da humanidade, refere-se ao grande estigma que ela adquiriu, principalmente no período de seu surgimento, o que está intrinsecamente articulado com a ascensão da cultura neoconservadora a nível mundial – que prima pela hierarquização social, econômica, política e cultural, em que “o sinal da diferença é transfigurado em estigma da desigualdade” (IANNI apud SOARES, 2000, p. 25).

²⁴A Aids (Acquired Immunodeficiency) ou SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) “é causada por um retrovírus atualmente denominado por HIV (Human Immunodeficiency Virus), que ataca células do sistema imunológico, deprimindo-o e propiciando o aparecimento de múltiplas infecções oportunistas”[...] A infecção pelo HIV é detectada através de testes laboratoriais feitos no sangue. Ao estágio em que o indivíduo é portador do vírus, mas a doença ainda não se manifestou ou não comprometeu preponderantemente o sistema imunológico, denomina-se de HIV/soropositividade assintomática. (SOARES, 2000, p. 23).

De acordo com Kern (2003), as pessoas que possuem HIV/Aids normalmente trazem uma história marcada pelo medo, pelo sofrimento, e pela discriminação, com um desejo múltiplo de retornar à vida com todas as suas dimensões de dignidade e cidadania. Segundo ele, estas pessoas apresentam uma história de perdas em diversos aspectos enquanto sujeitos sociais, que com o impacto da doença experimentam um processo de fragilização.

Segundo Kern (2003), a Aids em sua trajetória histórica tem se mostrado como um fenômeno que se construiu socialmente e para desvendá-lo é preciso primeiro compreendê-lo, remontando o processo da vida nas suas mais diversas expressões para elaborar-se por fim a sua compreensão. Ainda segundo o autor, as tensões sociais, vinculadas aos preconceitos e às formas de exclusão e discriminação social, têm levado cada vez mais a um envolvimento político e solidário, demarcando novas formas de resistência.

A Aids é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade. A história dessa infecção vem sendo alterada, consideravelmente, pela terapia antirretroviral (TARV), a qual foi introduzida no Brasil em 1996 com acesso gratuito, garantida pelo Estado, resultando em um aumento no tempo de vida dos pacientes, mediante reconstrução das funções do sistema imunológico e redução de doenças secundárias e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids (BRASIL, 2011).

Apesar do avanço significativo na qualidade de vida das pessoas que têm HIV/Aids após a introdução do TARV, os números da infecção pelo vírus e pela doença no Brasil têm se mostrado preocupantes. Segundo dados do Ministério da Saúde, o atual panorama da Aids no Brasil apresenta-se dessa forma: número de casos novos de Aids por ano, em média, 36 mil casos/ano; Casos notificados (de 1980 a junho de 2012) 656.701 casos de Aids.

Tabela 4 – Taxa de prevalência de HIV na população - Ano 2012 – Brasil

TAXA DE PREVALÊNCIA DE HIV NA POPULAÇÃO:	
• População geral	0,4%
• Homens	0,5%
• Mulheres	0,3%
• HSH (Homens que fazem sexo com homens)	10,5%
• Profissional do sexo	4,9%
• UDI (Usuários de drogas Injetáveis)	5,9%
• Número de óbitos por ano	Aproximadamente 11,5 mil.

Fonte: Boletim Epidemiológico Ano 2012 – Ministério da Saúde

Diante das informações da Tabela 4 podemos observar que o maior número de casos apresentados de HIV ainda permanece sendo mais altos nas populações consideradas com maior vulnerabilidade e/ou risco à infecção, como os HSH, UDI e profissionais do sexo. O que sinaliza que a política pública de saúde referente à prevenção e ao controle do HIV/Aids necessita investir em ações que trabalhem de maneira eficiente e equânime com esta população, respeitando as suas especificidades, como preconiza as legislações da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério da Saúde e demais legislações internacionais e nacionais que dizem respeito aos Direitos Humanos e à concepção ampliada de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o acesso ao tratamento para a Aids foi realizado para 217 mil pessoas de forma gratuita. O Brasil fabrica 11 dos 20 medicamentos antirretrovirais (ARV) usados no tratamento do HIV/Aids. Os investimentos em Prevenção, Tratamento e Diagnóstico foram de aproximadamente 1 bilhão e 200 mil reais investidos pelo governo federal para o combate às DST/Aids. Desse recurso, 780 milhões destinam-se ao fornecimento de medicamentos para Aids

(2012). Em 2012, foram distribuídos cerca de 460 milhões de preservativos e 2,9 milhões de testes rápidos anti-HIV no país.

Conforme dados apontados pelo Ministério da Saúde, desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, O Brasil tem 656.701 **casos registrados** de Aids (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com Boletim Epidemiológico nº 01, Em 2012, foram notificados 38.776 casos da doença e a **taxa de incidência** de Aids no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes.

Tabela 5 – Taxa de Incidência da Epidemia de HIV/Aids por região

Taxa de Incidência da Epidemia de HIV/Aids por região		
REGIÃO	Taxa de Incidência Ano 2001-2011	Casos por 100 mil habitantes (%)
SUDESTE	22,9	21,0
SUL	27,1	30,9
CENTRO-OESTE	14,3	17,4
NORTE	9,1	20,8
NORDESTE	7,5	13,9

Fonte: Boletim Epidemiológico Ano 2012

Observando-se a **epidemia por região** em um período de 10 anos, 2001 a 2011, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 22,9 para 21,0 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 27,1 para 30,9 no Sul; 9,1 para 20,8 no Norte; 14,3 para 17,5 no Centro-Oeste; e 7,5 para 13,9 no Nordeste. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%).

Atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de Aids entre mulheres pode ser observado pela **razão de sexos** (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Em 1989, a razão de sexos era de cerca de 6 casos de Aids no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2011, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres.

A **faixa etária** em que a Aids é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 25 a 49 anos de idade. Chama atenção a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos.

Essa é a única faixa etária em que o número de casos de Aids é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção da Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV.

Quanto à **forma de transmissão** entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual. Nas mulheres, 86,8% dos casos registrados em 2012 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens, 43,5% dos casos se deram por relações heterossexuais, 24,5% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical²⁵.

De acordo com Soares (2011), as tendências da epidemia de HIV/Aids no Brasil revelam desde meados dos anos de 1990, que tem ocorrido um processo importante de pauperização, associado à feminização da epidemia e à sua interiorização para os municípios menores e mais longínquos.

Apesar dos avanços referentes ao investimento em prevenção e tratamento do HIV/Aids, ainda há inúmeros desafios para serem ultrapassados nos serviços de saúde no Brasil, no que concerne ao acesso para realização do tratamento e às dificuldades encontradas para obter esse acesso, principalmente, quando se trata do acesso pela população pauperizada e de municípios de pequeno porte, onde não existem os Serviços de Referência Especializados para o tratamento em questão. Se atualmente ainda se encontra uma série de dificuldades para a minimização da problemática do HIV/Aids, no início da epidemia os desafios eram gigantescos, principalmente porque não havia uma política pública para tratar a questão.

3.2 Estado brasileiro e a construção de uma política pública de saúde: das protoformas a um modelo de sistema único de saúde (SUS)

É importante compreendermos as mediações presentes nas relações contraditórias que sustentam o Estado. Veremos, assim, que a partir da dinâmica da luta de classes, bem como do desenvolvimento do sistema capitalista, o Estado se viu obrigado a responder algumas demandas da classe trabalhadora, principalmente, a partir das lutas empreendidas pelo movimento operário. Dessa maneira, o Estado passa a intervir mais diretamente na “questão social”, através da elaboração e execução das políticas sociais.

²⁵ A chamada transmissão vertical é aquela quando é passada no período de gestação ou no parto, da mãe para a criança, através do sangue. Também pode ser repassada através do aleitamento materno.

O estudo dos processos históricos tem demonstrado que o Estado passou por algumas mudanças de configurações, e as inflexões dessas contribuíram ora para a ampliação, ora para restrição dos direitos sociais e das políticas sociais. É a partir dessa perspectiva de análise que estruturamos nossa reflexão sobre a intervenção do Estado na política de saúde.

Segundo Bravo (2006), a intervenção do Estado na política de saúde brasileira, apesar de já sinalizada na década de 1920 (através da Reforma Carlos Chagas, em 1923) é efetivada de fato, a partir da década de 1930. No início da urbanização e industrialização no Brasil, temos a instituição do Estado liberal tardio, onde o Estado assumia a mínima intervenção na garantia dos direitos sociais, intervindo apenas onde a iniciativa privada não tivesse condição ou interesse de realizar essas ações.

Segundo a autora (2006), a política de saúde formulada a partir desse período, na década de 1930 no Brasil, era organizada em dois subsetores: o de saúde pública, centrada na criação de condições sanitárias mínimas para a população; e o de medicina previdenciária, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com a utilização dos serviços de saúde por algumas categorias de trabalhadores assalariados.

Contudo, principalmente após a crise de 1929 que teve repercussão mundial, esse padrão de regulação liberal começou a evidenciar seus limites por conta dessa grande crise vivenciada pelo sistema capitalista. Outro fator que também contribuiu para a fragilização desse padrão de regulação foi a vitória do movimento socialista na Rússia, em 1917. Tais mudanças ofereceram maior poder coletivo para os trabalhadores, que puderam se organizar e reivindicar direitos sociais que atendessem às suas necessidades, tais como: redução da jornada de trabalho, férias, auxílio doença e uma política pública de saúde e educação.

A partir destes acontecimentos, se ergue o Estado de Bem Estar Social nos países europeus, Estados Unidos e Japão. O Brasil por se encontrar numa situação de país periférico, não vivenciou o Estado de Bem Estar Social como alguns países centrais, porém conseguiu algumas conquistas na área social (redução da jornada de trabalho; consolidação das Leis trabalhistas; instauração do salário mínimo; ampliação do acesso à educação, etc.), inclusive na política de saúde.

Na década de 1960, o Brasil com as suas particularidades históricas, entra na fase do estágio de capitalismo monopolista²⁶, e o golpe militar foi instaurado (1964). Segundo

²⁶Processo que se origina no último quartel do século XIX, onde o capitalismo experimenta profundas modificações no seu ordenamento e na sua dinâmica econômicos, com incidências necessárias na

Netto (2011) a “autocracia burguesa”²⁷ implantou uma política de saúde bastante restrita. De acordo com Bravo (2006), o Estado brasileiro sob a Ditadura Militar, apresentou no âmbito da saúde um modelo de privilegiamento do produtor privado. Em relação à “questão social”, o Estado utilizou na sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pelo Estado com a finalidade de conseguir legitimidade (BRAVO, 2006).

A década de 1980 foi um período de grandes transformações econômico-cultural e sociopolítico no Brasil. Apesar da conjuntura adversa, Bravo (2006) informa que a sociedade brasileira na década de 1980, vivenciou um processo de redemocratização política, superando o regime ditatorial.

Entretanto, com o esgotamento do modelo de Bem estar social, os países centrais apresentaram um novo modelo que ficou conhecido como neoliberalismo. Antunes (2002) vai afirmar que esse processo neoliberal gerou diversas transformações na produção e na reprodução das relações sociais, no mundo do trabalho e nas políticas sociais.

Foi nesse cenário contraditório da década de 1980, como explicitado anteriormente, que aconteceu um fato fundamental para a discussão e a ampliação do debate sobre a saúde no Brasil, tendo como marco dessa construção a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal. Segundo Bravo (2010), a saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um grande debate que permeou a sociedade civil.

De acordo com a autora, dentre os diversos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacaram-se os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais, como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário ou de Reforma sanitária, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia e a

estrutura social e nas instâncias políticas das sociedades nacionais que envolvia. Trata-se do período histórico em que ao capitalismo concorrencial sucede o capitalismo dos monopólios articulando o fenômeno global que tornou-se conhecido como estágio imperialista. [...] o capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica [...] (NETTO, 2011, p.19).

²⁷A esse respeito ver Netto em seu livro: Ditadura e Serviço Social

elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática da saúde, e viabilizaram debates no Congresso para a discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram: a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando uma profunda mudança na saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão (os Conselhos de Saúde).

Segundo Bravo (2010) a 8ª Conferência contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais, mil delegados. Segundo a mesma, esta conferência representou inegavelmente, um marco histórico em saúde no Brasil, pois introduziu no cenário da discussão, a sociedade. O temário central da conferência versou sobre:

- a) A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;
- b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
- c) Financiamento setorial. Ainda segundo a autora, como estratégia de preparação e mobilização para o evento foram realizadas Pré-Conferências em quase todos os estados brasileiros, seguindo temário pré-estabelecido.

A partir desta Conferência, inaugura-se no Brasil, uma definição ampliada sobre saúde. Esta ideia facilitou a inclusão de novos conceitos no tocante à questão, como por exemplo, as condições de habitabilidade e saneamento básico; o acesso a bens e serviços; a uma alimentação saudável; emprego; educação; lazer; entre outros. Trazendo à tona para o campo da saúde fenômenos econômicos e políticos que perpassam os processos de desenvolvimento econômico e social da população. “Todo esse processo fez parte da construção do projeto da Reforma Sanitária que tinha como proposta criar e implementar um sistema único para a saúde” (BRAVO, 2006, p. 99).

Como resultado desse processo contraditório, começa a despontar um novo cenário de lutas por direitos e políticas públicas no Brasil, com participação significativa da sociedade civil, abrindo novas possibilidades para a construção de um sistema público de saúde. A Constituição de 1988 incorpora muitas das reivindicações dos movimentos sociais, inclusive a instauração do sistema de seguridade social com o seu conhecido

tripé: saúde (de conteúdo universal), previdência e assistência Social. Um avanço na formulação e execução de políticas sociais.

Desta forma, a saúde foi afirmada como direito no Brasil, pois a Carta Magna introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente no país. De acordo com Simões (2007), o Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado pela regionalização; hierarquização; integralidade e descentralização. A implementação do SUS foi um passo importante na reformulação administrativa no setor, além de representar uma proposta avançada com a concepção de acesso universal.

Ainda segundo Bravo (2006) o texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica. Segundo a autora, os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais.

Bravo (2006) enfatiza que a mudança do arcabouço da política de saúde e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), passo mais avançado na reformulação administrativa e política do setor.

Contudo, Bravo (2010) nos informa que, no decorrer da implementação do SUS ocorreu simultaneamente a Reforma do Estado conduzida pelo Ministério da Fazenda a partir de 1990 que redimensiona o papel do Estado, baseada pela política de ajuste neoliberal. Este processo se intensifica em 1995 com a Reforma Gerencial do Estado conduzido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e o Ministério do Planejamento (MP), no governo FHC, o qual propõe a mudança de uma administração pública burocrática para um modelo gerencial que prioriza a redução de custos, controle de resultados e produtividade.

Desta forma, essa mudança possibilitou um redirecionamento no papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal. Diante dessas transformações que invadiram todas as esferas de produção e reprodução das relações sociais, a saúde não ficou imune, sendo alvo dos ataques de redução e privatização. Segundo Soares (2011):

As políticas sociais brasileiras e, dentre elas a política de saúde, expressam as tendências de retração e minimização do Estado em relação aos gastos sociais e interesses das classes trabalhadoras e, por outro lado, a sua maximização no que se refere aos interesses do grande capital, criando condições favoráveis para o desenvolvimento capitalista e a expansão do mercado (SOARES, 2011, p. 90).

Neste sentido, percebe-se que a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável, segundo Behring (2008), pela contrarreforma²⁸ do Estado com o consequente desmonte da previdência pública e o sucateamento da saúde. A proposta de política de saúde construída na década de 1980 tem sido desmantelada em prol da política macroeconômica. Segundo Simões (2007), com relação ao SUS, apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

O reconhecimento jurídico do SUS trouxe avanços significativos para a Política de Saúde, contudo a implantação desta política não se deu na mesma proporção. Simultaneamente à aprovação da Constituição Brasileira, considerada o auge do processo de redemocratização, os governos agiram com retrocesso no que concerne às políticas sociais, pois adotaram medidas neoliberais, em especial, a política

28. Pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra reforma perdeu o seu sentido tradicional de conjunto de mudanças para ampliar direitos; a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de reformas(s) o que vem sendo conduzido pelo grande capital é um gigantesco processo de contrarreformas(s), destinado à supressão ou redução de direitos e garantias sociais (NETTO; BRAZ, 2010).

macroeconômica, que foram na contramão do SUS, ficando a efetivação dos princípios e diretrizes desse sistema ameaçado.

Segundo Soares (2010), neste período o governo brasileiro passou a adotar, tardiamente, o chamado projeto de desenvolvimento econômico, sob a orientação da ideologia neoliberal, na busca de inserção no Brasil na chamada competitividade da economia globalizada. Desta forma, o Estado minimiza suas ações e o financiamento para as políticas sociais e maximiza ações de apoio ao crescimento do mercado. Este contexto político afetou o processo de construção do SUS.

Partindo desse pressuposto de análise, Bravo (2006) dá continuidade a algumas reflexões sobre a saúde no Brasil no período do governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva. Segundo a análise da autora, Lula manteve a política econômica do governo FHC, e as políticas sociais na sua gestão foram fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. A autora informa que em relação à saúde, havia uma expectativa de que o governo Lula fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária que foi questionado nos anos 90. O atual governo, entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária, pelas suas ações, tem mantido a polarização entre os dois projetos (o projeto da Reforma versus projeto Privatista). “Em algumas proposições, procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento” (BRAVO, 2006, p.102).

Bravo (2010) vem apontando algumas mudanças que se apresentam como desafios para a política de saúde pública no país, onde afirmam que essas mudanças vêm afetando diversas esferas no âmbito da saúde, inclusive o Programa Brasileiro de HIV/Aids. Segundo Bravo (2010) o atual contexto de transformações e crises que vêm ocorrendo no Brasil, em conexão com a dinâmica sócio-política e econômica internacional, fez com que dois grandes projetos societários antagônicos voltassem a entrar em disputa. Segundo a mesma, esses projetos dividem-se em: o da sociedade articulada sobre uma democracia restrita (que diminui os direitos sociais e políticos), e o de uma sociedade fundada na democracia de massas com ampla participação social.

Ainda segundo Bravo (2010), esses dois grandes projetos societários têm repercussões nas diversas áreas das políticas sociais. Na saúde, ressaltam-se as tensões entre o projeto de Reforma Sanitária, construído nos anos 80 e inscrito na Constituição Brasileira e o projeto de saúde articulado ao mercado, ou projeto Privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990. O projeto de Reforma sanitária, segundo a

autora, tem como uma de suas estratégias o SUS e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articuladas ao movimento popular.

A preocupação central dessa proposta é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte pela saúde. Como fundamentos dessa concepção destacam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações e a participação popular através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de saúde. Sua premissa básica consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse projeto tem sido questionado a partir dos anos 90, constituindo-se, na atualidade, numa perspectiva contra-hegemônica (BRAVO, 2010, p.12).

Ainda segundo a autora, o projeto de saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo assistencial privatista, pautado na política de ajuste, tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. A tarefa do Estado neste projeto consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. A proposta de Reforma Administrativa ocorrida no primeiro governo de FHC, comandada por Bresser Pereira, é um bom exemplo dessa concepção.

Este projeto privatista tem por suporte a crítica aos modelos patrimonialistas e burocráticos de organização do aparelho estatal, e propõe um modelo gerencial para dar conta das exigências de efetividade e eficiência. Há o redesenho da organização estatal com redistribuição de suas funções entre novos organismos não estatais (BRAVO, 2010, p.12). A principal inovação é a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedecem às leis do mercado.

As reformas para o campo da saúde nessa ótica, ou contrarreforma (BEHRING, 2003), têm apresentado como propostas: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Percebe-se que a universalidade do direito, um dos fundamentos centrais do SUS e contido no Projeto de Reforma Sanitária é um dos aspectos que tem provocado tensão e resistência dos formuladores do projeto privatista. Este projeto tem como premissas

concepções individualistas e fragmentadas da realidade em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto de Reforma Sanitária.

Segundo Bravo (2010), como estratégias da proposição privatista destacam-se a ênfase nas parcerias com a sociedade, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise, como também, a refilantropização, ou seja, a desprofissionalização com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais.

Apresentamos desta forma um quadro contendo as principais características desses dois projetos em disputa (BRAVO, 2011).

Quadro 1- Projetos de saúde em disputa

PROJETOS DE SAÚDE EM DISPUTA		
Itens	Reforma Sanitária	Privatista
Base	Estado Democrático de Direito	Estado Mínimo
Premissas	Saúde: Direito Social e Dever do Estado	Parcerias e Privatizações
Temas	Ampliação das Conquistas Sociais Democratização do Acesso Déficit Social Financiamento Efetivo	Crise Financeira Dicotomia entre universalização e focalização Déficit Público Diminuição dos gastos sociais
Estratégias de ação	Descentralização com Controle Social	Refilantropização

Fonte: Livro Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. p.13. Autor: Bravo (2011).

Verifica-se que esses dois projetos apresentados como antagônicos teve reforçado esse duelo a partir da Reforma do Estado, cuja implementação evidencia uma das expressões da refuncionalização da ação estatal a partir das orientações neoliberais. Suas diretrizes sinalizam para a lógica do mercado, para a desfinanceirização das políticas sociais, privatizações, desregulamentações e flexibilizações de marcos jurídicos e constitucionais.

Segundo Behring (2008), o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, formulado pelo então Ministro Bresser Pereira, no governo de FHC em 1995, o qual

introduziu práticas gerenciais, tais como indicadores de resultados, cumprimentos de metas e objetivos, para analisar o desempenho institucional, oriundas do setor privado, foi uma ofensiva das mais expressivas que se revelou nesse período.

Ainda de acordo com Behring (2008), Para Bresser Pereira, então ministro do MARE, a conjuntura vivenciada no Brasil a partir do capitalismo mundial²⁹, determinava modificações na atitude do governo, no âmbito do incremento de privatizações, liberalização comercial, da disciplina fiscal e da intervenção do Estado centrada no mercado, com áreas estratégicas de atuação.

Segundo Simões (2010), esta tendência se consolida com maior intensidade quando institui a Lei 9.637/98, que institui as Organizações Sociais (OS), Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicização e a Lei 9.790/99, que institui as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). A partir daí inicia-se um crescente processo de terceirização dos serviços públicos em todo o país.

Segundo Soares (2010), este cenário não mudou no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, mesmo tendo sido um presidente advindo da classe trabalhadora, com projeto inicial de fortalecimento das políticas sociais, cabendo ao Estado coordenar e financiar as tais políticas. Conforme aponta Soares (2010, p.16):

Na política de saúde, se nos anos 1980 e 1990 o embate de projetos se dava entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista, no governo Lula se corporifica um “novo” projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista: o projeto SUS possível, defendido pelas antigas lideranças do movimento de reforma sanitária, flexibilizando os princípios políticos emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS, impulsionado pela grande legitimidade popular e contando com a colaboração dos defensores do projeto SUS possível, a gestão Lula lança o projeto de Lei 92/2007 que regulamenta as Fundações Estatais de Direito Privado para a gestão de diversas instituições públicas, dentre elas as de saúde.

Diante do exposto, fica claro que o momento presente é de desafios e lutas para a saúde pública no Brasil. A atual conjuntura mostra-se bastante adversa para a materialização do SUS, inclusive sinalizando retrocessos no conceito de saúde

²⁹ A mundialização da economia está ancorada nos grupos industriais transnacionais, resultantes de processos de fusões e aquisições de empresas em um contexto de desregulamentação e liberalização da economia. Esses grupos assumem formas cada vez mais concentradas e centralizadas de capital industrial e se encontram no centro da acumulação. As empresas industriais associam-se às instituições financeiras (bancos, companhias de seguros, fundos de pensão, sociedades financeiras de investimentos coletivos e fundos mútuos), que passam a comandar o conjunto de acumulação, configurando um modo específico de dominação social e política do capitalismo, com o suporte dos Estados Nacionais. (IAMAMOTO, 2010, p.108).

universal, afetando inclusive o Programa Nacional de combate ao HIV/Aids. Observamos que a Política de saúde vem sofrendo fortemente os embates do projeto privatista, nas três esferas (federal estadual e municipal). Verificamos ainda que a tendência atual da política de saúde é a de refuncionalização dos princípios do SUS, com focalização dos serviços de saúde em detrimento da universalização, principalmente na Atenção Básica; realização das ações através das parcerias público-privadas, em detrimento da rede privada como complementar ao SUS, inviabilizando esse sistema conforme proposto na constituição de 1988.

Diante desse cenário de contradições no âmbito da política de saúde, e de avanços e recuos por parte do Estado brasileiro frente a essa problemática, discutimos no próximo item como o Estado vem dando enfrentamento à epidemia de HIV/Aids e quais os mecanismos utilizados por ele neste combate.

3.3 A política de saúde e o enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS

Para compreendermos melhor as dificuldades que afetam as PVHA, e como se configurou o programa de saúde para o combate ao HIV/Aids no Brasil, precisamos saber como se iniciou esse processo. Sendo assim, realizamos um breve resgate histórico sobre o enfrentamento à epidemia de HIV/Aids e as respostas deste problema de saúde pública por parte do Estado.

Desde o final da década de 1980 até hoje, o cenário mundial e brasileiro se modificou quanto ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, tendo que ser consideradas não somente as alterações do perfil epidemiológico da infecção, como também as mudanças no cenário socioeconômico e político cultural.

Segundo Soares (2011), saúde e doença constituem um processo sociohistórico que deve ser pensado e enfrentado no âmbito da reprodução das relações sociais. “Assim a classe social e o lugar que os sujeitos sociais ocupam na estrutura social, as relações de gênero, de raça/etnia, entre outras, constituem determinantes fundamentais desse processo”.

Segundo informações do PNUD (2010), sobre a pobreza no mundo, a falta de recursos materiais e as condições precárias de saúde estão fortemente vinculadas. As más condições de habitabilidade, a inacessibilidade à água potável, a falta de saneamento e serviços básicos, resultam numa maior probabilidade de contrair doenças.

No caso da epidemia de HIV/Aids, estas condições precárias de saúde e a falta de acesso a políticas sociais básicas, interferem diretamente na qualidade de vida das

PVHA, além de ampliar e reforçar o agravo da doença. Nesse sentido, a qualidade de vida das PVHA, está estreitamente associada às políticas sociais e aos serviços públicos garantidos por cada nação, em resposta às lutas sociais. Dessa forma, a política de saúde para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids não foge a essa regra, sendo perpassada por todas as contradições do sistema capitalista.

No surgimento da epidemia de HIV/Aids no Brasil houve um crescimento desta, ocasionando um alto custo social e econômico para o país. Foi a partir dessa realidade concreta que surgiu a necessidade de serviços especializados para a testagem, orientação e o diagnóstico.

É no final da década de 1980 que se inicia o fomento para a estruturação de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), devendo oferecer sorologia anti-HIV gratuita, confidencial e anônima, além de prover orientação sobre prevenção de saúde para os indivíduos sob risco e/ou vulnerabilidade de infecção pelo HIV.

Os segmentos populacionais prioritários eram aqueles identificados como de maior risco para a infecção, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (UDI). O objetivo principal era interromper a cadeia de transmissão da doença, o que deveria ser promovido pela realização do diagnóstico precoce de pessoas infectadas e seus parceiros/as (BRASIL, 1999).

Já na segunda metade da década de 1990, tornaram-se evidentes as mudanças nas tendências da epidemia de HIV/Aids, mais especialmente para aqueles profissionais de saúde que trabalhavam com este público específico, principalmente com o crescimento do número de novos casos entre os heterossexuais, mulheres, a população de baixa renda, os residentes em municípios de médio e pequeno porte e nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Segundo estimativas realizadas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/Aids no Brasil. Na população jovem, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendência de aumento. Considerando as pesquisas realizadas sem Conscritos do Exército Brasileiro, de 17 a 21 anos de idade, a prevalência de infecção pelo HIV passou de 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007, sendo que o aumento mais significativo ocorreu na população de HSH jovens, cuja prevalência subiu de 0,56% em 2002 para 1,2% em 2007. Com relação aos grupos populacionais com mais de 18 anos em situação de maior vulnerabilidade, estudos realizados em 10 municípios brasileiros entre 2008 e 2009 estimaram taxas de

prevalência de HIV de 5,9% entre UD; de 10,5% entre HSH e de 4,9% entre MPS (mulheres profissionais do sexo).

Com base nesses resultados, verifica-se que a epidemia de HIV no Brasil está concentrada em populações em situação de maior risco e vulnerabilidade, pois estas apresentam maiores prevalências de infecção pelo HIV quando comparadas à população geral. No período de 2000 a junho de 2013, 72,5% dos casos de Aids no Brasil foram notificados no Sinan, sendo 20,7% deles registrados no Siscel (dados validados pelo Siclom) e 6,8% declarados no SIM.

Em 2012, 64,8% dos casos de Aids correspondentes a esse ano foram notificados no Sinan, apresentando importantes diferenças entre as regiões brasileiras (55,5% no Norte, 66,0% no Nordeste, 59,9% no Sudeste, 74,0% no Sul e 73,5% no Centro-Oeste). Esses dados evidenciam uma sub-enumeração de casos no Sinan e, portanto, uma necessidade de aprimorar a capacidade da vigilância para a notificação oportuna dos casos de Aids no sistema de informação preposto.

Considerando os dados acumulados de 1980 a junho de 2013 no Brasil, foram notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom um total de 686.478 casos de Aids, dos quais 445.197 (64,9%) são do sexo masculino e 241.223 (35,1%) do sexo feminino. Do total de casos registrados entre 1980 e junho de 2013, 379.045 (55,2%) são da Região Sudeste; 137.126 (20,0%) da Região Sul; 95.516 (13,9%) da Região Nordeste; 39.691 (5,8%) da Região Centro-Oeste; e 35.100 (5,1%) da Região Norte.

Tabela 6 – Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2012

Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2012.													
UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nordeste	7,2	8,9	9,1	10,0	10,7	10,3	12,5	13,3	13,5	14,0	14,5	14,8	
Maranhão	5,9	6,3	8,1	10,9	10,3	11,2	12,3	14,0	16,2	15,7	17,5	16,7	
Piauí	5,4	6,3	6,2	9,7	9,6	8,1	10,6	10,2	12,6	11,8	11,3	14,5	
Ceará	7,9	8,6	9,5	10,7	9,4	9,2	13,7	13,6	13,5	12,6	13,4	14,1	
RioG.Norte	5,6	5,4	6,2	4,8	9,9	8,0	11,6	11,4	11,8	10,8	12,3	12,6	
Paraíba	6,5	7,7	7,8	9,0	8,7	8,9	9,4	10,2	10,7	11,4	11,5	11,1	
PERNAMBUCO	11,0	14,7	13,4	14,0	17,6	15,9	17,7	18,0	17,2	20,0	19,5	20,9	
Alagoas	6,8	7,4	8,2	6,8	8,9	8,4	11,9	14,9	11,6	11,4	13,1	12,7	
Sergipe	5,0	6,2	7,7	7,9	7,9	9,4	11,7	15,9	12,5	13,3	13,5	12,2	
Bahia	6,4	9,2	8,5	9,3	9,0	8,8	10,4	11,3	12,0	12,9	12,9	12,9	

Fonte: MS/SUS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano 2013

Quanto à detecção de casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, observa-se no Brasil, em 2012, uma taxa de detecção de 20,2 (por 100.000 hab.). Embora o dado nacional indique um aumento de cerca de 2% na taxa de detecção de casos de Aids nos últimos 10 anos no Brasil como um todo, observam-se diferenças significativas nas tendências das taxas de detecção de Aids nas macrorregiões do país.

Conforme o Boletim Epidemiológico nº01 de 2013, no período de 2003 a 2012, dentre as cinco regiões do país, observa-se uma diminuição de 18,6% na taxa de detecção na região sudeste e 0,3% na sul, enquanto nas demais regiões, observa-se um aumento, sendo de 92,7% na região norte, 62,6% na região nordeste e 6,0% na região centro-oeste. Como podemos observar na tabela 6, o nº de casos de HIV aumentaram na região nordeste nos últimos nove anos, em Pernambuco esse índice vem aumentando continuamente.

Tabela 7 – Ranking da taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom dos 10 municípios com mais de 50 mil habitantes por região de residência. Brasil, 2001-2012

Ranking da taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom dos 10 municípios com mais de 50 mil habitantes por região de residência. Brasil, 2001-2012.													
Município	UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ipojuca	PE	9,9	22,5	23,6	17,0	23,5	24,5	33,8	43,2	25,2	37,2	40,1	47,7
São Luís	PE	17,1	17,4	20,8	30,5	29,2	28,5	31,8	32,6	39,4	39,1	40,3	42,5
Recife	MA	22,6	28,6	25,6	30,6	35,8	32,5	32,7	35,0	33,9	40,1	35,7	39,0
Olinda	PE	21,0	26,5	22,6	21,9	31,5	27,6	36,1	28,6	33,2	29,9	32,8	37,4
Cabo de S. Agostinho	PE	27,6	32,2	29,2	28,8	31,3	16,9	38,3	31,2	38,5	36,2	41,1	35,9
Igarassu	PE	13,2	11,7	6,9	14,8	4,4	14,1	12,8	21,3	18,0	30,4	24,2	34,3
Imperatriz	MA	21,2	19,9	27,2	26,3	22,0	21,5	21,5	18,6	22,8	23,8	29,3	32,4
Salvador	BA	17,9	25,7	22,4	22,5	20,4	21,3	23,6	23,5	26,6	29,8	29,6	31,7
Teresina	PI	12,4	15,0	14,5	20,5	22,2	17,5	22,9	23,6	29,3	27,3	24,8	31,6
Jaboatão	PE	19,6	26,1	22,1	22,3	29,8	28,04	28,03	30,5	26,0	33,7	31,6	31,5

Fonte: MS/SUS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano 2013

Considerando a taxa de detecção de casos de Aids nos municípios brasileiros com mais de 50 mil habitantes por região, destaca-se que em 2012, no Nordeste a taxa mais elevada foi em Ipojuca/PE (47,7), seguido de São Luís/MA (42,5). Observa-se desta forma, um processo de interiorização da epidemia para os municípios de médio e pequeno porte.

Segundo o perfil epidemiológico de morbidade das doenças transmissíveis do município de Ipojuca, no período de 2007 a 2012, foram notificados 119 casos novos de Aids, sendo 14 crianças. A Aids dentre as doenças infecciosas e parasitárias, ainda é a que mais mata. Considerando a gravidade da doença, Ipojuca apresentou óbitos pela doença em todos os anos (2007 a 2012), com seus valores mais elevados em 2008 (04 óbitos) e 2012 (05 óbitos). A taxa de letalidade para os mesmos anos citados anteriormente foi respectivamente 20% e 25%.

3.4 A proposta do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

A expansão da epidemia de HIV/Aids trouxe consigo a possibilidade de realização de exames sorológicos para diagnóstico da infecção pelo HIV a um número

crecente de pessoas. Este fato levou um grande número de profissionais de saúde a enfrentar as questões relacionadas à realização do teste HIV e seus desdobramentos de acordo com o seu resultado.

Segundo o Manual de Diretrizes dos CTA (2010), no Brasil, os exames sorológicos para detecção de anticorpos do HIV foram recomendados, inicialmente, em triagem de sangue para transfusões ou para fracionamento e produção de hemoderivados, para triagem dos doadores de órgãos e sêmem, para determinar a prevalência da infecção na comunidade e para confirmar o diagnóstico das diferentes formas clínicas de Aids (Ministério da Saúde, 2000). Esses exames foram, então, disponibilizados para uso na rotina dos bancos de sangue (1987) e nos serviços de referência para tratamento dos doentes com Aids.

De acordo com o Manual do Ministério da saúde para a implantação dos CTA (Idem), nos anos de 1987 e 1988 começou a ser estimulada a criação em nível nacional de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), os quais se constituiriam em modalidade alternativa de serviço de saúde, devendo oferecer a possibilidade de sorologia anti-HIV em base gratuita, confidencial e anônima. Nesses serviços, o oferecimento dos testes sorológicos teria finalidade de prover educação em saúde e aconselhamento/orientação para os indivíduos sob risco de infecção. Um dos objetivos desses serviços era desviar a demanda por testes dos bancos de sangue.

Em seguida, houve a ampliação do uso da testagem para alcançar o maior número possível de pessoas consideradas sob maior risco de infecção pelo HIV. Ao lado do teste, a informação e o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros para a redução desses riscos para a infecção, por meio das ações de orientação, focaliza o envolvimento individual com a prevenção do HIV/Aids. E consideram que essas pessoas têm papel importante no controle da expansão da epidemia, adotando comportamentos mais seguros, a fim de evitar que se infectem ou que transmitam o vírus para seus parceiros e parceiras.

Os avanços dos programas de testagem e aconselhamento foram suscitando questões de diversas ordens, isto é, desde problemas que demandavam soluções técnicas (como a ocorrência de resultados indeterminados ou no período da janela imunológica), medidas que apontassem para a não-discriminação das pessoas que se submetessem ao teste, até a proteção dos direitos individuais e sociais dos indivíduos testados. A confidencialidade tornou-se um requisito imprescindível.

A partir da década de 1990, a estratégia de testagem e aconselhamento passa a ocupar um lugar de destaque nos programas de prevenção. A disponibilização do teste para um maior número de pessoas tem sido uma tendência constante, cada vez mais enfatizada. Para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e ao aconselhamento, dentro das normas e princípios que não firam os direitos humanos e garantam a voluntariedade na realização da sorologia anti-HIV, a Coordenação Nacional de DST e HIV/Aids do Ministério da Saúde vem incentivando a implantação dos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA.

Os CTA são serviços de saúde que oferecem orientações sobre prevenção e educação em saúde e o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, de forma gratuita, confidencial e anônima, atendendo a sua demanda social, tanto espontânea quanto provocada. A confidencialidade e as orientações sobre prevenção são as marcas distintivas desses serviços. Os indivíduos diagnosticados como soropositivos para o HIV devem ser encaminhados às unidades de saúde de referência, para assistência e acompanhamento permanentes.

Ou seja, os CTA devem ser compreendidos como serviços de prevenção e testagem das DST/HIV/Aids, tendo duas ações dirigidas e adequadas às necessidades da população onde atuam. Além de servirem como referência para a oferta de informações sobre prevenção, os CTA realizam em parceria com outras instituições governamentais e não-governamentais locais, atividades extramuros (externas), procurando atingir grupos populacionais mais suscetíveis e/ou vulneráveis à infecção pelo HIV ou comunidade de difícil acesso.

Desde o surgimento dos primeiros casos de Aids no Brasil e em Pernambuco, já se passaram respectivamente, 32 e 29 anos, a Aids e as outras DST ainda continuam sendo importantes problemas de saúde pública. Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, a Aids é hoje no estado de Pernambuco a primeira causa de morte por doenças infecciosas e parasitárias entre os 15 e 64 anos, seguida da tuberculose, uma das principais causas de adoecimento e morte em portadores do HIV/Aids³⁰.

Por essas razões, é fundamental para a política de saúde pública, em especial o Programa Brasileiro de DST/HIV/Aids, que haja desenvolvimento constante de ações de prevenção e assistência, além de um monitoramento contínuo das tendências da epidemia, para assim melhor desenvolver planos e estratégias de ação voltadas às

³⁰ Informação retirada do Boletim Informativo sobre DST/HIV/Aids da Vigilância em Saúde do estado de Pernambuco. Ano 1 nº06 junho 2012.

populações mais vulneráveis e suscetíveis ao vírus e a doença, visando à redução da morbimortalidade e uma melhor qualidade de vida, principalmente, através de investimentos em políticas públicas.

Foi a partir da identificação da necessidade de se implantar um serviço de saúde para a prevenção e a testagem sorológica para o HIV/Aids em Ipojuca, que se implementou o Programa Municipal de DST/HIV/Aids no município, com a abertura do CTA. O CTA de Ipojuca foi inaugurado no dia 10 de agosto de 2010. A sua equipe técnica é formada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por profissionais de nível superior e nível médio: Coordenador (a) da unidade de saúde, assistente social, psicólogo, enfermeiro, técnicos de enfermagem, recepcionista, técnicos administrativos, auxiliar de serviços gerais.

De acordo com o Manual Técnico das Diretrizes dos CTA (2010), esse serviço apresenta como missão: promover a equidade de acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites virais e sífilis e a prevenção dessas e das demais DST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais. Seus princípios básicos são:

- Acessibilidade, universalidade e equidade no acesso às ações prestadas pelos CTA e aos insumos de prevenção e diagnóstico;
- Anonimato, confidencialidade e voluntariedade em todos os serviços oferecidos à população;
- Agilidade e resolutividade nas ações prestadas;
- Abordagem interdisciplinar, na perspectiva da atenção integral aos usuários dos serviços;
- Referências inter e intra-setoriais, na perspectiva da atenção integral e do acesso universal;
- Articulação com a comunidade em processos de definição e implantação de estratégias para a redução dos contextos locais de vulnerabilidade;
- Respeito e promoção dos direitos humanos e da diversidade sócio-cultural, principalmente no que se refere à diversidade étnica, de raça e cor, de orientação sexual, ao uso de drogas, à orientação religiosa e às questões de gênero;
- Acolher todos os usuários que chegam ao serviço, levando em consideração a privacidade, a ética, o respeito às diferenças e as necessidades trazidas para o CTA.

São objetivos do CTA:

- Ampliar o acesso da população em geral e, principalmente, das populações mais vulneráveis (gays, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, HSH, etc.) ao aconselhamento, às ações de prevenção e ao diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Contribuir para a redução das vulnerabilidades ao HIV, hepatites B e C, sífilis e outras DST;
- Promover o acesso da população geral e, especialmente dos segmentos populacionais mais vulneráveis, às informações e insumos de prevenção das DST, HIV e hepatites virais;
- Realizar ações de aconselhamento com o fim de promover a reflexão sobre as vulnerabilidades, estimular a adoção de medidas de prevenção mais viáveis para cada usuário/a e reduzir o impacto emocional dos diagnósticos;
- Propiciar a reflexão dos usuários sobre questões relativas à sexualidade e gênero, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Propiciar a reflexão dos usuários sobre questões relativas ao uso do álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos;
- Constituir-se como referência para a demanda por testes sorológicos dos bancos de sangue;
- Estimular o diagnóstico das parcerias sexuais;
- Apoiar tecnicamente a rede de atenção básica para implantação e implementação das ações de aconselhamento, diagnóstico e prevenção das DST, Aids, sífilis e hepatites B e C nos serviços da rede;
- Encaminhar portadores do HIV, portadores de DST e pessoas com suspeita de hepatites B e C para serviços de saúde, com oferta de acompanhamento até o atendimento na referência. O acompanhamento se dá através de contato com os/as usuários para saber se aderiram ao tratamento, quando se constata a não adesão, procura-se investigar as causas.
- Realizar outros encaminhamentos e orientações que se façam necessários para resolução dos problemas de saúde dos usuários que chegam aos CTA;
- Notificar às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde os agravos de notificação compulsória (por exemplo: Tuberculose e Hanseníase);
- Produzir informações para planejamento das ações locais

A população prioritária são os segmentos populacionais mais suscetíveis e vulneráveis, que deverão ser definidos localmente, com participação comunitária, levando-se em conta os contextos epidemiológicos, socioeconômicos e culturais. Homossexuais e homens que fazem sexo com outros homens (HSH), usuários de drogas e drogas injetáveis (UD/UDI), profissionais do sexo, travestis e transexuais são segmentos populacionais reconhecidamente mais vulneráveis à infecção pelo HIV, cabendo ao CTA fazer esforços para identificá-los e promover sua inclusão nos serviços.

O CTA do município de Ipojuca foi implantado no ano de 2010 e desde então passou a funcionar no Distrito de Nossa Senhora do Ó como anexo do Hospital Carozita Brito que funciona neste mesmo local. O corpo de profissionais é formado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que realiza orientações pré- testes, enfatizando a prevenção e trabalhando a educação e saúde; orientações pós-testes, dependendo do resultado/diagnóstico, com ênfase na prevenção e na adesão ao tratamento nos serviços de referência.

Em Pernambuco, desde 1983, foram diagnosticados 17.459 casos de Aids. Desses, 11.219 foram diagnosticados em homens, 5.736 em mulheres e 504 em indivíduos menores de 13 anos. Só em 2012 (até 17/07), foram diagnosticados 383 novos casos (5 em menores de 13 anos, 227 em homens e 151 em mulheres).

Segundo o Boletim DST/Aids da Vigilância em Saúde do estado de Pernambuco, 2013, no início da epidemia de Aids em Pernambuco, os casos se concentravam na RMR, iniciando-se a interiorização pelos municípios de maior população como Caruaru, Petrolina, dentre outros. Até julho de 2012, o total de casos notificados foi de 17.459 (adultos e crianças, dos 185 municípios, 175 (94,6%) tem pelo menos 1 caso notificado e a RMR concentra 77,8% dos casos notificados no estado. Partimos do pressuposto de que o processo de interiorização da doença é um dos fatores determinantes para a descentralização da rede de diagnóstico e assistência especializada à infecção pelo HIV/Aids.

No dia 16 de janeiro de 2009, foi assinado pelo Prefeito de Ipojuca, à época, Pedro Serafim de Souza Filho, o Decreto nº003/2009, cuja ementa: regulamentam os incisos I e VII do Art. 1º da Lei Municipal nº 1.409 de 30 de março de 2005, que institui os Programas Sociais para o atendimento emergencial às necessidades básicas dos cidadãos do município e dá outras providências.

Segundo este Decreto em seu Artigo primeiro, sanciona: Art. 1º - “Os Programas de Auxílio Financeiro Moradia e Auxílio Financeiro para Tratamento de Saúde, previstos no inciso I, Art.1º da Lei Municipal nº 1.409/2005, os quais visa a atender às necessidades emergenciais de moradia e tratamento de saúde de pessoas carentes, tendo por objetivo precípuo oferecer aos munícipes que comprovarem encontrar-se em situação de vulnerabilidade econômica e/ou social, ou em quaisquer outras circunstâncias que não possam prover, na ocasião, de recursos financeiros para atender as suas necessidades básicas de moradia ou tratamento de saúde, um auxílio em dinheiro no valor mensal de até R\$200,00” (Duzentos reais).

Ainda segundo este mesmo Decreto, em seu artigo segundo, lê-se: Art. 2º - “Para ter acesso aos benefícios deste Programa, a pessoa carente, sem moradia ou portadoras das moléstias típicas como Câncer, HIV ou Insuficiência Renal Crônica, deverá comparecer à Secretaria Municipal de Cidadania e Ação Social, preencher uma ficha cadastral, solicitando a concessão de um dos benefícios mencionados no Art. 1º deste Decreto”.

Logo após, observa-se neste Decreto a seguinte redação: Art. 3º - “A Secretaria de Cidadania e Ação Social, depois de cumprido o que determina o Art.2º, deverá constatar, através das diligências cabíveis, a veracidade das alegações do interessado, emitindo Parecer circunstanciado exarado por um (a) Assistente Social do seu Quadro. Logo após, no inciso 2º do Art. 3º, lê-se o seguinte: Para a concessão de Auxílio Financeiro para Tratamento de Saúde a portadores de patologias tipificadas como AIDS, Câncer e Insuficiência Renal Crônica, faz-se necessária a apresentação de um Laudo médico detalhado, ratificado por, pelo menos 01(um) médico lotado na Secretaria Municipal de Saúde de Ipojuca”.

Este Decreto nº003/2009, conforme mencionado entrou em vigor no dia 16 de janeiro de 2009, 01 (um) anos antes da implantação do CTA em Ipojuca. Identificamos essa Lei Municipal como uma ação positiva realizada pela Política Municipal de Saúde, entretanto, apenas este auxílio financeiro desarticulado de outras políticas públicas na área da saúde e da assistência, na concepção de saúde ampliada, não dá conta de um atendimento integral, como preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pelo SUS, às PVHA neste município.

Apesar de reconhecermos os avanços que foram realizados para as PVHA no Brasil, e mais recentemente no município de Ipojuca (implementação do auxílio financeiro para as PVHA, implantação do CTA), apontamos que a realidade desses

usuários/as no município, é ainda perpassada por contradições e limites que dificultam a concretização dos seus direitos, tais como: inexistência de serviços de referência e/ou Serviços de Assistência Especializada (SAE) para a realização do tratamento no município, serviço esse imprescindível para o tratamento em HIV/Aids e para obter o acesso aos medicamentos ARV.

Segundo o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (2014), os serviços ambulatoriais em HIV e Aids são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às PVHA. Estes serviços possuem diferentes configurações institucionais: são ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e Serviços de Assistência Especializados em DST, HIV/Aids (SAE). Também são administrados de diferentes formas: por municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS.

O objetivo destes serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros.

Algumas de suas atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais (ARV); orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e Aids.

Quadro 2 - Serviços de Assistência Especializada – SAE para Tratamento de HIV/Aids
no Estado de Pernambuco

Serviços de Assistência Especializada – SAE para Tratamento de HIV/Aids no Estado de Pernambuco			
Município	Entidade	Município	Entidade
Recife	Hospital Correia Picanço	Petrolina	Centro de Referência em DST/HIV/Aids e Hepatites Virais
Recife	Hospital das Clínicas – UFPE	Olinda	Policlínica João de Barros Barreto
Recife	Hospital Universitário Oswaldo Cruz	Garanhuns	SAE Garanhuns
Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)	Camaragibe	SAE Camaragibe
Recife	Policlínica Lessa de Andrade	Arcoverde	SAE Arcoverde
Recife	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros	Serra Talhada	SAE Serra Talhada
Recife	Hospital Barão de Lucena	Afogados da Ingazeira	SAE Afogados da Ingazeira

Recife	Hospital Otávio de Freitas	Paulista	SAE Paulista
Recife	Policlínica Cônego Pedro de Souza Leão – SAE Jaboatão	Cabo de Santo Agostinho	SAE Cabo
Recife	SAE Exército	Caruaru	Centro de Saúde Amélia de Pontes
Salgueiro	SAE Salgueiro	Limoeiro	SAE Limoeiro

Fonte: Boletim Epidemiológico do Programa Estadual das DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, 2012.

Os limites que dificultam ainda as PVHA de ter acesso qualificado ao tratamento no município de Ipojuca é a inexistência desses serviços especializados e de referência, e que se expressam através da falta de laboratórios para a realização dos exames específicos para estes usuários/as; a inexistência de médicos especialistas para o tratamento das doenças oportunistas ou co-infecções para o HIV/Aids (infectologista, pneumologista, etc.); falta de farmácias e/ou de postos especializados que realizem a dispensação de medicamentos ARV para as PVHA, tendo estas que se deslocar para o Recife; Jaboatão dos Guararapes ou para o Cabo de Santo Agostinho, para a realização de todos estes procedimentos.

No início dos anos 90 foram definidas diretrizes para a organização da assistência, as PVHA, podendo ser descritas a instalação de Serviços Ambulatoriais ou de Assistência Especializados (SAE), a publicação da Lei 9.313 em 1996 (BRASIL, 1998), que garantiu o acesso ao TARV, melhorando assim os indicadores de morbimortalidade e em consequência melhorando a qualidade de vida das PVHA, contribuindo dessa maneira para a mudança do perfil do agravo definido atualmente como um agravo crônico degenerativo.

O SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites virais, e tem por objetivo prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de equipe multidisciplinar com a utilização de protocolos clínicos e terapêuticos (BRASIL, 2003).

No Brasil existe um número expressivo de serviços que fazem parte do SUS e que prestam assistência as PVHA. Estes serviços desenvolvem ações de assistência,

prevenção e tratamento e destacam-se por possuir diferentes configurações institucionais, podendo ser ambulatório geral ou de especialidades, hospitais, unidades básicas, postos de saúde, policlínicas e SAE. Estes serviços são administrados de diversas formas, por municípios, estados, União, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais e se dividem em diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2008).

A interiorização da epidemia de Aids e a ampliação do acesso ao tratamento, verificada na década de 1990, provocou rápida expansão dos SAE, cujo número cresceu de 33 em 1996 para 540 em 2001 e em 2010 totalizavam 716 unidades. Destes serviços, 290 (40,5%) são considerados de pequeno porte, ou seja, menos de 100 pacientes cadastrados para atendimento (BRASIL, 2008).

O que se espera é que a política de saúde e o Programa de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids possa avançar no seu processo de minimizar os danos e maximizar o tempo de vida e a qualidade dos serviços para esta população, além de contribuir para a melhoria da prevenção, diagnóstico e tratamento para as PVHA, diminuindo assim as dificuldades que atinge esses/essas usuários/as, que vem se agudizando, principalmente, entre as populações mais pauperizadas.

“(...) É PRECISO ESTAR ATENTO E FORTE!”

(Gal Costa)

4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS EM IPOJUCA: A política de saúde municipal vem trabalhando para a redução do hiv/aids?

4.1 Percurso metodológico

O estudo partiu de uma inquietação profissional que decorreu da experiência como Assistente Social no CTA do município de Ipojuca. Tal experiência suscitou questionamentos e revelou a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a política pública de saúde para o enfrentamento do HIV/Aids neste município, para além da aparência fenomênica. Desta forma, buscamos identificar se com o atual crescimento econômico, proveniente do processo de desenvolvimento desta região, o município de Ipojuca vem investindo na política pública de saúde através de mecanismos de enfrentamento como: ampliação e implementação de serviços e ações para a prevenção, o controle e o tratamento para as PVHA.

Partimos do pressuposto de que se há um processo acelerado de crescimento econômico em Ipojuca, este deve ter correspondência no investimento para a ampliação e o fortalecimento da rede de políticas públicas, pois o município de Ipojuca trata-se de um território no qual, além dos desiguais acessos a riqueza do excedente produzido, estão a se aprofundar diferenciações quanto ao acesso aos direitos sociais, inclusive no direito de acesso à saúde. Assim, a ideia de neutralidade científica não se enquadra na perspectiva que adotamos neste trabalho. Certamente a nossa análise não é destituída de pressupostos, pois acreditamos no caráter histórico e contraditório da realidade social.

O nosso processo de investigação e conhecimento do objeto de estudo parte do pressuposto marxiano. Segundo Netto (2011), a teoria para Marx é uma modalidade peculiar de conhecimento. O conhecimento teórico é o conhecimento do objeto, de sua estrutura e dinâmica, tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador.

De acordo com Netto (2011) a teoria representa para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa. Pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. E esta reprodução será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto. Ou seja, para Marx a teoria é a reprodução, no plano do pensamento, do movimento real do objeto.

Porém, Netto (2011) esclarece que esta reprodução afirmada por Marx, não é uma espécie de reflexo mecânico, com o pensamento espelhando a realidade tal como

um espelho reflete a imagem que tem diante de si. Se assim fosse, o papel do sujeito que pesquisa, no processo do conhecimento, seria meramente passivo. Segundo Netto (2011), Marx afirma que o papel do sujeito é essencialmente ativo. Precisamente para apreender não a aparência ou a forma dada ao objeto, mas a sua essência, a sua estrutura e a sua dinâmica, para apreendê-lo como um processo.

Na ideologia Alemã, Marx e Engels (2009) esclarecem que as suas análises têm pressupostos reais, segundo eles:

Constituem-nos os indivíduos reais, sua ação e suas condições materiais de vida, tanto aquelas por eles já encontradas como as produzidas por sua própria ação. [...] não se parte daquilo que os homens dizem, imaginam ou representam, tampouco dos homens pensados, imaginados ou representados para, a partir daí, chegar aos homens realmente ativos [...], do seu processo de vida real. A consciência não pode ser jamais outra coisa do que o ser consciente e o ser dos homens é o seu processo de vida real. [...] Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência (MARX; ENGELS, 2009, p113).

Partindo desse pressuposto de análise, procuramos imprimir um teor crítico ao nosso estudo, utilizando as perspectivas de totalidade, historicidade e contradição. Desta forma, buscamos ir além das aparências e se aproximar sucessivamente da realidade dos fatos na sua essência. Tendo como objetivo principal analisar as atividades desenvolvidas pelo município de Ipojuca referente à ampliação e implementação de serviços e ações na política pública de saúde para as PVHA, e as contradições existentes nesta área, decorrentes de seu crescimento econômico, realizamos essa investigação a partir da concepção histórico-dialética.

Entendemos que esta concepção, pela sua apreensão crítica da realidade, é necessária para captar as mediações referentes à compreensão do atual fenômeno de crescimento econômico e as contradições desse desenvolvimento, com repercussões na área social, expressas atualmente através das políticas públicas, fugindo assim, de análises monocausais.

Nosso objetivo, pois, ao adotar o método crítico-dialético é de ir além da aparência fenomênica, imediata e empírica – por onde necessariamente se inicia o conhecimento, sendo essa aparência “um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável -, e apreender a essência do objeto” (NETTO, 2009; p. 674).

É, ainda, conseguir captar as contradições presentes nas ações desenvolvidas pelo poder público para PVHA, entendendo que as dificuldades encontradas nesse processo vão para além da estrutura física e da capacidade técnica dos sujeitos que

compõem o sistema de saúde, mas dizem respeito a processos macropolíticos que necessitam de desvendamento.

A natureza da pesquisa é quanti-qualitativa, pois além dos dados qualitativos, os dados quantitativos também nos permitiram uma aproximação da realidade ao qual pesquisamos. Segundo Minayo (2010, p. 57), “tanto os estudos qualitativos ou quantitativos podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social, não havendo sentido de atribuir prioridade de um sobre o outro”.

Para a construção da nossa pesquisa, utilizamos documentos de domínio público. Pesquisamos documentos pertencentes ao Conselho Municipal de Saúde de Ipojuca (CMSI), recorremos aos dados dos principais sites oficiais de pesquisas nacionais (IPEA, IBGE), estadual e municipal, utilizamos dados dos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) e da Secretaria Municipal de Saúde de Ipojuca (SMSI).

Consideramos ainda, como parte integrante desta proposta metodológica, a nossa observação participante, que se realizou na participação em reuniões do CMSI e na participação em reuniões realizadas pela SMSI, propiciada pela atuação profissional exercida durante três (03) anos de trabalho no CTA, cujo serviço compõe a Rede de Atenção Básica de Saúde do Município de Ipojuca. Acompanhamos também ao longo da nossa atuação profissional, as recentes transformações sofridas por este município. Desta maneira, buscamos identificar se está existindo desenvolvimento social proporcionalmente ao crescimento econômico, principalmente, através de investimentos na política pública de saúde, mais especificamente, para as PVHA.

Sendo assim, para a coleta de informações necessárias ao conhecimento do nosso objeto, recorremos à revisão bibliográfica; pesquisa documental e coleta de dados pelos principais sites de pesquisas e Boletins epidemiológicos oficiais, tais como: dados estatísticos referentes ao crescimento econômico, desenvolvimento social e dados epidemiológicos sobre HIV/Aids. Na área da saúde, para identificar a implantação de serviços e ações e a ampliação de investimentos na política de saúde, utilizamos documentos, tais como: os Relatórios das IV e V Conferências Municipais de saúde (20011-2013); para analisar os programas e ações, o Relatório de Gestão da saúde (2013) para verificar as ações efetivadas; e o Plano Plurianual (PPA), na parte sobre os investimentos destinados à saúde (2010-2013), para identificar os recursos destinados à prevenção, ao atendimento e ao tratamento para as PVHA e residentes em Ipojuca.

A partir do exposto, interessa-nos apreender a relação do desenvolvimento econômico e o investimento social decorrente desse crescimento, para a PVHA, bem como as ações do Poder Público Municipal destinadas ao enfrentamento dessa problemática, particularizando este conhecimento na realidade do município de Ipojuca.

Dando prosseguimento ao estudo, abordamos as legislações nacionais e locais, referente à temática discutida, e aos dados quantitativos de produções oficiais, tais como o Ministério da Saúde, o Departamento Nacional e o Estadual de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, o site do Sistema de Informações de Agravos e Notificação (Sinan), O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Pernambuco (SEPLAG), o site da Prefeitura de Ipojuca, o site do Fórum Suape, entre outros.

No percurso da nossa pesquisa, encontramos inúmeras dificuldades que obstaculizaram a construção deste trabalho. Dentre elas, destacamos a nossa transferência do CTA³¹, (espaço privilegiado em lócus para a realização da nossa investigação) para outra unidade de saúde no nível de média complexidade; a dificuldade de encontrar os materiais principais para a coleta de dados, como os Relatórios das Conferências, o Plano Municipal de Saúde, etc.

Por diversas vezes fomos à procura destes documentos no Conselho Municipal de Saúde, entretanto, a Secretaria Executiva do CMSI nos informou que não havia documento nenhum arquivado na sede do Conselho, visto que o mesmo, na gestão passada da Prefeitura, não dispunha de uma sede, mas realizava suas reuniões ordinárias e extraordinárias no auditório da própria Prefeitura, localizado neste mesmo prédio.

Recorremos ainda à Secretaria de Saúde, mas fomos informadas que a antiga gestão da Prefeitura não tinha deixado nenhum documento arquivado sobre este tema, inclusive, segundo relatos dos funcionários desta secretaria, a antiga gestão havia levado computadores e documentos, e queimados alguns destes.

Diante desta realidade adversa, resolvemos participar das reuniões ordinárias do CMSI, para tentar conseguir com alguns dos membros desta entidade, alguma cópia de algum documento que pudesse nos auxiliar na coleta dos dados. E foi dessa maneira, que conseguimos os documentos referentes às IV e V Conferências Municipais e o

³¹.Transferência realizada em novembro de 2013. As razões da transferência se deram por discordâncias de perspectivas quanto ao rumo do Programa Municipal de DST/HIV/Aids, adotado pela atual coordenação do CTA.

Relatório de Gestão do ano referente a 2013, e que foi elaborado pela gestão do atual Prefeito Carlos Santana. O Plano Plurianual (PPA) encontra-se disponível no próprio site da prefeitura de Ipojuca, no Portal da Transparência, criado pela gestão atual.

A partir do que foi exposto, procuramos desvelar as mediações necessárias para a análise do nosso trabalho. Desta forma, começamos a buscar as intrincadas relações das transformações societárias atuais, e os rebatimentos na política pública de saúde e no trabalho do assistente social nesta área, a fim de compreender como poderíamos contribuir para a elucidação do atual panorama na área da saúde ante um território em transformação, e quiçá, contribuir para a formulação e o planejamento de propostas que visem à minimização das precárias condições de vida das PVHA, e que contribuam para potencializar ações que melhorem a política de saúde e o Programa de HIV/Aids desenvolvidas no município de Ipojuca.

Buscamos compreender também como poderíamos contribuir, através da nossa pesquisa, com o exercício profissional do serviço social, de maneira qualificada e propositiva para atender os/as usuários/usuárias que demandam nossa atuação nesta área específica. Pensando ainda nos limites e também nas possibilidades, buscamos conhecer de maneira mais aprofundada, a realidade na qual estamos inseridas, a fim de encontrar possíveis soluções que minimizem a situação de dificuldade das PVHA, e dessa forma, tentar contribuir com mecanismos de enfrentamento para essa problemática. Desta maneira, realizamos uma reflexão acerca da contribuição do assistente social, inserido nos processos de trabalho na política pública de saúde.

4.2 As transformações societárias e suas implicações: desafios aos profissionais que atuam na política de saúde

Diante das transformações recentes advindas do processo da financeirização do capital e da reestruturação produtiva, apresenta-se, “o mundo novo do capitalismo contemporâneo” (ANTUNES, 2002). Essa fase é caracterizada pelo ataque do grande capital às dimensões democráticas da intervenção do Estado, que começou tendo por alvo a regulamentação das relações de trabalho e avançou no sentido de reduzir e privatizar o setor público. Caracterizando o seu movimento contemporâneo como ‘globalização’, o grande capital quer impor uma ‘desregulamentação’ das relações de trabalho, mas, interfere diretamente nas relações de produção e reprodução sociais.

Segundo Antunes (2002) neste panorama atual, vive-se a degradação e animalização da vida humana. De acordo com Santos (2006), para alguns autores como,

Boa Ventura de Souza Santos (1996); Lyotard (1989), entre outros, o caráter ontológico do trabalho perde sua centralidade enquanto paradigma explicativo fundante das relações sociais difundidos atualmente. Este pensamento encontra sustentáculo teórico ideológico na pós-modernidade³², que consiste na substituição da esfera do trabalho pela esfera da comunicação, com o conseqüente fim do mesmo. Segundo Antunes (2002), esta visão se configura como mera ficção e virtualidade do trabalho.

De acordo com Netto (1996), as transformações societárias reconfiguram as necessidades sociais dadas, e criam novas, pois, possuem a capacidade de metamorfosear a produção e a reprodução da sociedade. Dessa forma, atingem diretamente a divisão sócio e técnica do trabalho, envolvendo modificações em todos os seus níveis (parâmetros de conhecimento, modalidades de formação e de práticas, sistemas institucionais organizacionais, etc.). Como explica o autor:

O problema teórico analítico de fundo posto pelo fenômeno reside em explicitar e compreender como, na particularidade prático social de cada profissão, se traduz o impacto das transformações societárias. Mais exatamente: o problema consiste em determinar as mediações que conectam as profissões particulares àquelas transformações (NETTO, 1996, p.89).

Dessa forma, as alterações profissionais derivam da intrincada interação que se processa entre as transformações societárias, com o seu rebatimento na divisão sócio e técnica do trabalho. De acordo com Iamamoto (1998), as tendências apontam uma classe trabalhadora polarizada, com uma pequena parcela com emprego estável, dotada de força de trabalho altamente qualificada e com acesso a direitos trabalhistas e sociais e uma considerável parcela da população com trabalhos precários, temporários, subcontratados, terceirizados, etc.

Segundo Iamamoto (1998), essas transformações vão rebater de forma central no trabalho do assistente social, visto que o mesmo trabalha diretamente intervindo nas diversas expressões da “questão social”, mais especificamente na execução de políticas

³² Segundo Santos (2006), esses teóricos pós-modernos afirmam que a rapidez, a profundidade, e a imprevisibilidade de algumas transformações recentes conferem ao tempo presente uma característica nova: a realidade parece ter tomado definitivamente a dianteira da teoria. Com isto a realidade torna-se hiperreal e parece teorizar-se a si mesma. Esta auto-teorização da realidade é o outro lado da dificuldade de nossas teorias em darem conta do que se passa, em última instância, da dificuldade em serem diferentes da realidade que supostamente teorizam (SANTOS apud SANTOS, 2006, p. 38) Não nos aprofundamos na discussão da pós-modernidade, pois não é o nosso objetivo neste trabalho. Para mais sobre o assunto, ver Neoconservadorismo Pós-moderno e Serviço Social Brasileiro. Josiane Soares Santos (2006).

sociais, que vêm sendo restringidas e implementadas de maneira seletiva, focalizada, ou como afirma Yasbek (1999), “refilantropizadas”. Como aponta Iamamoto:

Na sociedade brasileira, ao desemprego resultante das novas tecnologias soma-se o persistente desemprego estrutural, as relações de trabalho presididas pela violência, a luta pela terra, as relações de trabalho clandestinas, o trabalho escravo, que adquirem uma máscara de modernidade nesse país. Em outros termos, uma das conseqüências desta modernidade tem sido reforçar os traços históricos persistentes da desigualdade de nossa formação social: o moderno se constrói através do arcaico, recriando nossa herança histórica brasileira ao atualizar marcas persistentes e, ao mesmo tempo, transformando-as no contexto da globalização. Isso atribui um ritmo histórico particular ao processo de mudanças, uma cadência histórica particular, em que tanto o novo quanto o velho se alteram. Essa coexistência de temporalidades históricas desiguais faz com que a questão social apresente hoje, tanto marcas do passado quanto do presente, radicalizando-a (IAMAMOTO, 1998, p.13).

Ainda de acordo com Iamamoto (1998) diante de tantos desafios, precisa-se compreender a profissão de serviço social inscrita no próprio movimento da história. A profissão historicamente construída é parte e expressão da realidade social, da relação das classes sociais com o Estado. Partindo desse pressuposto, se consegue romper com uma visão endogenista, que analisa a profissão a partir do seu próprio interior. Exige-se do assistente social a capacidade de mediação para ir além da aparência, com o intuito de superar a racionalidade fenomênica³³ e penetrar na essência dos fatos, além de construir propostas de trabalho criativas, capazes de decifrar a realidade e consolidar direitos.

Deve-se compreender o serviço social como um tipo de trabalho inscrito na divisão sócio e técnica do trabalho coletivo na sociedade capitalista. O exercício profissional está condicionado pelo movimento da relação entre a sociedade e o Estado. Este pressuposto implica em compreender o assistente social como trabalhador assalariado, que vende sua força de trabalho. Dessa forma, percebe-se que o produto do trabalho do assistente social tem um valor social, que corresponde às expectativas da sociedade capitalista, pois intervém diretamente no processo de produção e reprodução da vida social.

Entende-se que existe uma contradição inerente ao sistema capitalista, o antagonismo entre capital e trabalho, que gera inflexões em todas as esferas da sociabilidade humana, principalmente nas relações de trabalho, onde interesses e

³³ Sobre esta questão da racionalidade fenomênica, ver Tonet. Democracia ou Liberdade, 1997.

relações de poder estão presentes. Neste sentido, é necessário que o profissional esteja ciente da direção ético política que pretende dar ao seu trabalho.

Como afirma Iamamoto (1998), é através da contradição inerente ao sistema capitalista que a profissão de serviço social reproduz também, pela mesma atividade, interesses contrapostos que convivem em tensão. O caráter contraditório inerente à profissão possibilita compreender as contradições sociais através dos fatos cotidianos da relação teoria e prática. Dessa forma, adquire-se consciência sobre os fenômenos postos na realidade, realizando o desvelamento do real, principalmente, propiciado pela realidade concreta e objetiva. Só dessa maneira é que os assistentes sociais podem se vincular a um projeto associado a uma das duas classes existentes na sociedade. A autora aponta:

O serviço social [...] responde tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história. A partir dessa compreensão é que se pode estabelecer uma estratégia profissional e política, para fortalecer as metas do capital ou do trabalho, mas não se pode excluí-las do contexto da prática profissional, visto que as classes só existem inter-relacionadas. É isto, inclusive, que viabiliza a possibilidade de o profissional colocar-se no horizonte dos interesses das classes trabalhadoras (IAMAMOTO, 2006, p.75).

Esta capacidade que o profissional de serviço social deve empreender exige ainda a ruptura com atividades burocráticas, situando o profissional não apenas como o executor terminal das políticas sociais, mas, como planejador, gerenciador e avaliador das mesmas. Exige também a ruptura com algumas práticas que ainda permanecem no interior da profissão, como bem enfatiza Iamamoto (1998), como o messianismo e o fatalismo ainda presentes nas práticas de alguns profissionais, porque acreditam de maneira extremista, ou que a realidade já está dada e é impossível alterá-la, ou que a sua instrumentalidade irá apresentar todas as possibilidades para a transformação da sociedade.

Corroborando com essa perspectiva de análise, acredita-se que o profissional de serviço social inserido nos processos de trabalho na política pública de saúde, possua um posicionamento firme e uma atuação crítica e propositiva, para contribuir com

mecanismos de enfrentamento às questões que dificultam e obstaculizam aos serviços públicos de garantir o direito ao acesso à saúde a população usuária.

4.2.1 SUS: desafios e possibilidades ante um território em transformação

Observando-se inicialmente de maneira empírica a realidade das pessoas que foram diagnosticadas como soropositivas³⁴ para o HIV, pelo CTA de Ipojuca, e posteriormente, realizando-se o procedimento de encaminhamento destas pessoas para iniciarem o seu tratamento de saúde, começamos a acompanhar as dificuldades destes usuários/usuárias para a realização do tratamento no município em questão, tendo estes/estas que se deslocar para outros municípios onde existem os serviços especializados de referência, denominados de SAE. Identificamos assim, a precariedade e a inexistência de serviços imprescindíveis para esta população específica, o que sinaliza um longo percurso de obstáculos a serem enfrentados por estes/estas usuários/usuárias.

Verificamos ainda uma série de desafios e dificuldades que essas pessoas precisavam enfrentar nesse novo cenário que se descortinava, pois, sem acesso às demais políticas públicas, como: política de emprego e renda; habitação; educação, assistência social, etc. Esses usuários/usuárias tinham a sua qualidade de vida comprometida e agravada pela condição da soropositividade. Conforme vimos na tabela 7 do segundo capítulo deste trabalho, a taxa de detecção de casos de Aids em Ipojuca vem aumentando continuamente.

Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de Aids notificados no Sinan, em Ipojuca/PE, 2001-2012.													
Ipojuca	PE	9,9	22,5	23,6	17,0	23,5	24,5	33,8	43,2	25,2	37,2	40,1	47,7

Estes dados podem ser explicados por um conjunto de fatores complexos e multideterminado num município em constante transformação. Segundo informações contidas no Relatório de Gestão de 2013 do município de Ipojuca, no início da epidemia de HIV/Aids neste município, foram utilizadas muitas mensagens preventivas baseadas no terror. Mas logo se percebeu que o terror não era eficaz, pois afastava as pessoas das questões que se desejava analisar, identificou-se assim, uma forma de educação e

³⁴ Designação para indicar as pessoas que possuem o vírus da imunodeficiência humana – HIV (um retrovírus que ataca o sistema imunológico do ser humano). Ministério da Saúde (2010).

prevenção “antipedagógica”. “Com a “pedagogia do terror” as pessoas sentem medo, mas não necessariamente adquirem competências para a construção de práticas de proteção e cuidado” (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2013). Acreditamos também que existe ainda um trabalho muito tímido e reduzido de educação e prevenção à saúde no município, baseado principalmente na responsabilização individual.

Atuando como Assistente Social do CTA em Ipojuca, durante um período de três anos, nos deparamos com uma realidade que nos deixou intrigada, a relação entre a pobreza e a infecção do HIV/Aids. Identificamos que a maioria dos/das usuários/as atendidos por esta unidade de saúde, era formada por uma população pauperizada e semi-alfabetizada ou não alfabetizada, composta principalmente por mulheres gestantes, o que começou a nos chamar a atenção.

No período de setembro de 2010 a dezembro de 2012, apenas o CTA realizava os exames de HIV/sífilis e Hepatites B e C no município de Ipojuca, ou seja, durante o pré-natal, as mulheres gestantes que eram acompanhadas pelos médicos/as e enfermeiros/as das Unidades de Saúde da Família (USF) ou dos ambulatórios do município, eram encaminhadas para realizar os exames acima mencionados, no CTA, por isso o perfil dos/das usuários/as ser majoritariamente composta por mulheres gestantes.

O CTA em Ipojuca foi inaugurado no dia 30 de agosto de 2010, para atender à demanda crescente do município pela oferta e realização de testagem sorológica para o HIV; atender à ampliação de ações de prevenção deliberada e aprovada na IV Conferência Municipal de Saúde de Ipojuca, e atender ainda a uma orientação de ampliação dos serviços de prevenção, pelo Programa Estadual de DST/HIV/Aids da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, principalmente por conta do processo de interiorização, além de outros fatores, como: atender à demanda do turismo intenso nesta região, a população flutuante que frequenta Porto de Galinhas, e mais recentemente a população que veio trabalhar em Suape.

Desde o período de implantação do CTA (agosto de 2010) até o mês de dezembro de 2012, o número de pessoas testadas pelo serviço foi de: 6.895 divididas entre os três distritos do município: em Ipojuca foram testadas 1.666 pessoas para o HIV/Aids; em Nossa Senhora do Ó foram realizados 3.838 testes; e em Camela foram 1.391 testes realizados. Deste quantitativo, foram identificadas 76 pessoas infectadas pelo vírus, ou seja, o CTA realizou o diagnóstico de 76 casos confirmados de HIV/Aids,

dentre os quais, 40 casos foram pessoas do sexo feminino e 36 casos do sexo masculino, ambos os casos com idade entre 17 a 49 anos, todos residentes no município.

Das 76 pessoas que tiveram os seus diagnósticos confirmados como sendo HIV positivos, 55 pessoas só realizaram o ensino fundamental I (até a quarta série), e 21 pessoas possuem o ensino fundamental II (cursaram até a oitava série). Dos 40 casos confirmados de mulheres, 34 não realizam trabalhos remunerados, ou seja, não trabalham fora de casa. Apenas duas exercem atividades remuneradas, porém, sem vínculo empregatício, ou seja, exercem atividades informais. Ambas trabalham com a confecção e venda de artesanato. Dos 40 homens, apenas 05 não trabalham, os outros 35 trabalham em atividades informais e/ou realizam trabalhos temporários e/ou precários, o que significa que essas pessoas não trabalham no porto de Suape, dado que nos leva a concluir que a maioria da mão de obra que trabalha em Suape, é composta por pessoas de outros estados e/ou outros municípios.

Em relação ao número de diagnósticos de soropositivos, acreditamos que os índices reais de HIV/Aids em Ipojuca, sejam bem maior do que os divulgados, principalmente, porque as notificações que são encaminhadas ao Departamento de Vigilância Municipal de Saúde (DEVS), só são registradas quando já é caso confirmado de Aids e casos confirmados de HIV em gestantes, pois configura-se como grupo de risco a outras pessoas, e risco de infecção aos bebês que vão nascer, por causa da transmissão vertical. Além disso, identificamos que existe uma demanda reprimida no município, pois verificamos que não existe uma procura espontânea pelo serviço, mas, que a maioria dos/das usuários/as atendidos/as pelo CTA são referenciados por outros serviços de saúde.

Essa hipótese (de um número maior de casos de HIV que os apresentados oficialmente pelo município) pode ser explicada também por outros fatores, tais como: a implantação do complexo portuário de Suape, o crescimento constante do turismo, o aumento populacional, dentre outros, tudo isso associado à falta de serviços que trabalhassem a prevenção com a população, e a inexistência de serviços de testagem (anterior ao CTA). Outro fator relevante que pode contribuir para explicar a hipótese que apresentamos (a existência de uma demanda reprimida) é a dificuldade de acesso à testagem para o HIV pelos trabalhadores de Suape. É que os trabalhadores do Complexo Portuário de Suape, composto majoritariamente por homens, possuem dificuldades de acessar este serviço, visto que o CTA só funciona das segundas-feiras a sextas-feiras pela manhã até as 13h00mins, o que impossibilita as pessoas de frequentar

esta unidade de saúde por conta da incompatibilidade de horários entre o serviço e os seus respectivos trabalhos.

Desta maneira, começamos a nos questionar sobre alguns fatos do cotidiano destes usuários/usuárias. Observamos desta forma, que a população de Ipojuca tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente as àquelas PVHA, pois, verificamos que estes/estas usuários/usuárias além de ter o serviço ofertado pelo município num horário reduzido (CTA), o município ainda não dispõe de serviços de referência especializados para o tratamento de HIV/Aids. AS PVHA em Ipojuca e que necessitam de tratamento, têm os seus direitos violados cotidianamente, quando são impossibilitados de ter acesso aos serviços públicos de saúde, gratuitos e de qualidade, no seu local de origem.

Identificamos ainda, que quando esses/essas usuários/usuárias deixam de ter o direito atendido de possuir no município um transporte que realize o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), também estão tendo os seus direitos violados, percebemos que quando esses/essas usuários/usuárias não dispõem de um serviço imprescindível como um SAE para o seu tratamento e acompanhamento sistemático, possui os seus direitos violados; quando o único serviço de referência para a testagem e o diagnóstico, além da orientação sobre prevenção e tratamento para o HIV/Aids, localiza-se num local que dificulta a acessibilidade desta população que reside no município de Ipojuca, e quando este serviço, o único existente para a realização de todos esses procedimentos, funciona num horário extremamente reduzido, esses usuários/usuárias também tem os seus direitos violados.

Outro fator que obstaculiza o acesso ao serviço de prevenção, promoção e o diagnóstico referente ao HIV/Aids, é que o CTA, principal serviço de referência nesta questão, localiza-se no distrito de Nossa Senhora do Ó, entretanto, o município mais central para este serviço funcionar, seria a cidade de Ipojuca, visto que a população residente no município, para se deslocar dos seus distritos de origem como: Camela, Serrambí, Maracaípe, Porto de Galinhas e dos engenhos, é necessário que passe obrigatoriamente por Ipojuca.

Ipojuca possui apenas duas empresas de transporte, de composição mista ou público-privada, que realiza o transporte municipal, a Empresa Cruzeiro, que faz o trajeto de Recife até Porto de Galinhas, com uma frota de ônibus reduzida e com dois tipos diferentes para atender a classe média, nos valores de R\$7,50 e R\$11,00; e três transportes para atender a população de baixa renda, que são os transportes que realizam

o Sistema de Transporte Integrado (STI) e fazem parte do Consórcio Grande Recife, são eles: Ipojuca/Cabo TI; Camela/Cabo/TI e mais recentemente, Nossa Senhora do Ó/Cabo/TI, no valor de R\$3,25. Não existe transporte público para os engenhos e para alguns povoados localizados nas praias, tendo a população que se deslocar nos transportes alternativos, sem conforto e segurança.

A partir destas observações iniciamos uma verificação mais aprofundada das mudanças recentes neste município, a fim de compreender melhor como essas mudanças podem interferir nas condições de vida da população que possuem HIV/Aids. E se esse desenvolvimento vem implicando em mais recursos para investimento em políticas de prevenção e tratamento nesta área específica.

A epidemia de HIV/Aids trouxe novos desafios éticos e para a saúde pública. Por um lado, reforçou-se a necessidade de prevenção das doenças de transmissão sexual em geral. Percebeu-se também, que o controle desse vírus e da doença não estava associado apenas à vontade pessoal e ao diagnóstico e tratamento, mas à promoção de transformações econômica, política e sociocultural das relações sociais.

Dessa forma, compreende-se que as relações de saúde estão estreitamente vinculadas a uma melhor qualidade de vida, como acesso a bens e serviços, condições dignas de moradia, educação, lazer, alimentação saudável, condições de mobilidade, etc. Todos esses direitos que fazem parte de uma conquista de cidadania, são proporcionados quando há investimento em políticas sociais e quando os recursos públicos são utilizados de maneira equânime, para assegurar esses mesmos direitos aos cidadãos e cidadãs. A partir disso, achamos importante analisar indicadores econômicos e sociais para compreender melhor a dinâmica de vida e as desigualdades sociais que se apresentam no município de Ipojuca, comparando-o com outros municípios.

Tabela 8 – Dados socioeconômicos dos 14 municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR) Ano 2010-2013

Dados socioeconômicos dos 14 municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR) Ano 2010-2013				
Município	População (2013)	IDH (2010)	PIB (2011) R\$ mil	PIB per capita (2011) R\$
<u>Abreu e Lima</u>	97 786	0,679 <i>médio</i>	909 506	9 589,60
<u>Araçoiaba</u>	19 333	0,592 <i>baixo</i>	74 566	4 054,72
<u>Cabo de Santo Agostinho</u>	196 152	0,686 <i>médio</i>	5 401 388	28 859,89
<u>Camaragibe</u>	151 587	0,692 <i>médio</i>	839 344	5 761,72
<u>Igarassu</u>	109 322	0,665 <i>médio</i>	1 337 837	12 921,34
<u>Ilha de Itamaracá</u>	23 923	0,653 <i>médio</i>	138 598	6 202,10
<u>Ipojuca</u>	87 926	0,619 <i>médio</i> /baixo	9 560 448	116 198,31
<u>Itapissuma</u>	25 220	0,633 <i>médio</i>	491 757	20 447,26
<u>Jaboatão dos Guararapes</u>	675 699	0,717 <i>alto</i>	8 474 650	13 042,18
<u>Moreno</u>	59 836	0,652 <i>médio</i>	343 039	5 989,75
<u>Olinda</u>	388 127	0,735 <i>alto</i>	3 412 248	9 014,28

<u>Paulista</u>	316 719	0,732 alto	2 475 244	8 158,32
<u>Recife</u>	1 599 514	0,772 alto	33 149 385	21 434,88
RMR	3 859 445	0,780	67 219 807	17 416 96
<u>São Lourenço da Mata</u>	108 301	0,653 médio	611 817	5 891,13

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Municipal da Cidade do Recife. Ano 2010-2013

Um dado de extrema relevância conforme aparece na tabela 8 é o valor do PIB per capita de Ipojuca (R\$116.198,31). É o PIB per capita mais alto de todos os municípios da RMR. Apesar do crescimento econômico e desenvolvimento social divulgado pelos mecanismos oficiais, o município de Ipojuca apresenta fortes contradições. Ainda que seu PIB seja o segundo maior do estado de Pernambuco, o seu IDH é considerado médio/baixo, pois dos quatorze (14) municípios da RMR, sua colocação é a décima terceira (13^a) ficando acima apenas do município de Araçoiaba, município este, consideravelmente mais pobre. Estas contradições presentes no município de Ipojuca se expressam através da má distribuição de renda, da pobreza, dos índices de analfabetismo, da mortalidade infantil e materna, da baixa expectativa de vida, dentre outros, no âmbito social a nível local, que não estão deslocadas do cenário nacional, e conforme fora demonstrado nos dois capítulos anteriores deste trabalho.

Portanto, é importante destacar que o recorte para a realidade do município de Ipojuca, não anula a compreensão dos vínculos orgânicos existentes entre as tendências em nível mundial e nacional e os seus rebatimentos no nosso recorte específico. Dessa forma, apontamos alguns elementos que dão base material ao atual discurso do processo de desenvolvimento sob o capitalismo contemporâneo, entendendo estes fenômenos como constituídos por determinações históricas.

A partir dessa contextualização, nosso intuito é compreender as contradições desse processo, e contribuir com propostas para seu real enfrentamento, e com a produção do conhecimento no Serviço Social, enfatizando a importância apontada por Iamamoto (2010), de que a produção do conhecimento deve contribuir para um melhor conhecimento da realidade social dos usuários que demandam a intervenção do

assistente social, bem como para uma melhor elucidação das manifestações da “questão social”.

É importante salientar, que a aproximação com esta temática fundamenta e instrumentaliza o exercício profissional do assistente social, podendo contribuir para o aprimoramento com vistas à garantia dos direitos dos usuários/usuárias que vivem com HIV/Aids. É necessário afirmar ainda, que o aprofundamento deste estudo pode possibilitar o conhecimento da realidade através de aproximações sucessivas, apontando elementos que podem propiciar a melhoria das condições de vida das PVHA e contribuir para dar embasamento para a formulação de políticas públicas que venham a atender esta população específica.

4.2.2 A Política de saúde está ampliando ações e serviços para as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) no município de Ipojuca?

Sendo assim, com o propósito de identificar quais seriam esses processos que impedem a população de ter acesso aos serviços públicos de qualidade, inclusive os de saúde, e buscando compreender, se a política de saúde está acompanhando o crescimento econômico de Ipojuca, através da ampliação e implementação de ações e serviços para o enfrentamento do HIV/Aids, e cujas medidas podem ser expressas através da melhoria em infraestrutura dos serviços; capacitação dos recursos humanos; ampliação da cobertura da rede de atendimento e ampliação dos serviços de referência em HIV/Aids, selecionamos alguns documentos de saúde que nos dão base para entender melhor este referido processo.

Dessa forma, analisamos os documentos referentes às IV e V Conferências Municipais de Saúde de Ipojuca; O PPA 2010-2013 e o Relatório de Gestão do ano de 2013. Analisando o documento intitulado de Plano Plurianual (PPA) 2010 - 2013, onde estão expostos além das ações a serem executadas, estão presentes os dados financeiros para o investimento em determinadas áreas da política municipal de saúde, iremos apresentar as ações e os valores referentes às áreas de: manutenção e implementação das ações de Atenção Básica em Saúde à população e a área de Promoção, Expansão e Melhoria dos Serviços e da Rede de Atenção à Saúde Municipal. Entretanto, iremos centrar a nossa discussão no investimento na política de prevenção, controle e tratamento da epidemia de HIV/Aids.

No Programa referente à Gestão do SUS Municipal, que tem como objetivo ampliar a capacidade de atendimento da rede municipal de saúde; assegurar a melhoria

da qualidade dos serviços de saúde prestados à população e garantir ações de promoção da saúde no município, os valores financeiros disponibilizados para este fim segundo o documento, no ano de 2012, foi o valor de R\$19.275.700; já no ano de 2013, foi disponibilizado o valor de R\$ 21.203.270, totalizando um investimento de R\$ 40.478.970,00.

Quadro 3 – Projeto: Promoção, expansão e melhoria dos serviços e da Rede de atenção à saúde municipal

Ação	Localização	Produto
Concluir a adequação física do Centro de saúde em Policlínica	Camela	Concluído
Concluir a adequação da unidade de saúde em serviço de Pronto atendimento e maternidade	Ipojuca	Concluído
Ampliar e adequar o Hospital Carozita Brito em Unidade Hospitalar de Média Complexidade de referência no município	N. S. Ó	Concluído
Implantar um Centro de Apoio Psicossocial na modalidade II	Camela	Concluído
Equipar e adequar a estrutura física do Laboratório de Análises Clínicas Municipal	Ipojuca	Concluído
Construir dique para lavagem e manutenção às ambulâncias da rede municipal de saúde e do transporte do SAMU	N. S. Ó	Concluído
Construir e equipar Unidades de Saúde da Família	Ipojuca/Gaipió Salinas/Socó	Concluído
<i>Construir, equipar e implementar as ações do CTA De referência municipal em DST/HIV/Aids</i>	<i>N. S. Ó</i>	<i>Concluído</i>
Ampliar assistência ofertada pelo Centro de Reabilitação	N. S. Ó	Concluído
Construir e equipar Centro de Vigilância Ambiental	Ipojuca	Concluído
Implantar CAPS na modalidade de serviço AD	Ipojuca	Não Concluído
Construir Posto Médico em Maracaípe, equipado Com uma ambulância	Maracaípe	Concluído parcialmente
Implantar Programas e Projetos para a melhoria Dos serviços de saúde	Ipojuca	Concluído

Fonte: Documento Oficial do PPA (2010 – 2013) Prefeitura do Ipojuca. Ano 2013

No Quadro 3, destacamos a meta de construção e implementação de um CTA de referência municipal, por representar um instrumento importante de ação da política pública de saúde, para a detecção e notificação dos casos de HIV/Aids no município de Ipojuca. Verificamos que este serviço de extrema importância para a prevenção e o diagnóstico do HIV/Aids, foi concluído de forma bastante improvisada, pois apresentava-se fora dos padrões e das normas técnicas exigidos pelo documento de funcionamento dos CTAs. As salas de atendimento individual de prevenção/orientação pré-teste e pós-teste são separadas por divisórias, colocando em risco o sigilo e a confidencialidade dos atendimentos, inclusive quando é necessário atender os casais sorodiscordantes³⁵.

³⁵ Termo utilizado para a designação de um casal onde um dos parceiros possui o vírus do HIV/Aids e o outro não possui o vírus, ou porque ainda não foi contaminado/a ou porque se encontra no período da

No que se refere às instalações físicas e estruturais do serviço, além dessa fragilidade indicada acima, o próprio serviço funciona numa localização de difícil acesso e visualização. A prefeitura municipal de Ipojuca disponibilizou um espaço já existente para o funcionamento deste serviço, que se localiza dentro das dependências do Hospital Carozita Brito, funcionando na parte de trás desta unidade de saúde, no distrito de Nossa Senhora do Ó. A Prefeitura também disponibilizou para o CTA, alguns equipamentos básicos como: armários, mesas, cadeiras, material de expediente e administrativo, assim como os recursos humanos.

Contudo, os equipamentos como: Freezer, geladeira, computador e os insumos necessários ao funcionamento efetivo do CTA, foram disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Governo do Estado. Os insumos para a manutenção e permanência do serviço são disponibilizados mensalmente pelo Departamento Estadual de DST/HIV/Aids do Estado de Pernambuco, assim como também os cursos de capacitação e aprimoramento referentes a esta área.

Em relação aos investimentos financeiros referentes ao Programa de combate a epidemia de HIV/Aids no município, não tivemos como identificar a dotação prevista para esta área, nem quanto foi utilizado para este fim, visto que os valores descritos no PPA foram informados de maneira geral para o investimento na promoção, expansão e melhoria dos serviços e da rede de atenção à saúde municipal, sem discriminar detalhadamente os valores que seriam utilizados em cada área específica, o que nos inviabilizou de ter acesso aos valores reais investidos na prevenção, controle e tratamento de HIV/Aids em Ipojuca.

No Programa referente à Atenção Básica em Saúde à População, cujo objetivo aparece como, fortalecer a política de Atenção Básica à Saúde da população ipojucana, os valores para o investimento nesta área aparecem desta forma, no ano de 2012 foi investido R\$ 9.490.500, e em 2013 a cifra foi no valor de R\$ 10.439.550, totalizando um valor de 19.930.050,00.

Quadro 4- Projeto: Manutenção e Implementação das Ações de Atenção Básica em Saúde à População

Ação	Localização	Produto
Manter as USF quanto à sua estrutura e equipamentos	Município	Realizado
Desenvolver ações assistenciais e de controle a esquistossomose, leishmaniose e doenças vetoriais	Município	Realizado
Implantar o Plano de Educação Popular em Saúde contínuo e em articulação com a rede de ensino e iniciativa privada	Município	Realizado
Fortalecer as ações da Atenção Básica de Saúde através da ESF	Município	Realizado
Ampliar a ESF priorizando a Zona Rural	Município	Realizado
Promover ações educativas voltadas para a redução da mortalidade materna e infantil, priorizando pré-natal, parto, puerpério e aleitamento	Município	Realizado
Implementar os programas de combate e controle da tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão	Município	Realizado
Apoiar ações de controle e combate às endemias e epidemias	Município	
Promover ações básicas de combate e controle às doenças imunopreveníveis	Município	Realizado
Viabilizar a implantação de ações voltadas para o Programa da Saúde, com ênfase na alimentação saudável, atividades físicas e ações preventivas de saúde	Município	Realizado
Descentralizar e ampliar os programas de combate as infecções específicas e parasitárias, bem como das doenças negligenciadas	Município	Realizado
Implantar ações de atenção à saúde do idoso	Município	
Promover política de atenção básica à saúde da criança e do adolescente	Município	Realizado
Desenvolver programa de combate e controle à carência nutricional e alimentar, priorizando gestantes, nutrízes e crianças de 0 a 5 anos	Município	Realizado
Promover política de saúde da mulher com ênfase na prevenção do câncer de colo uterino e de mama	Município	Realizado
Implantar política de humanização na rede de serviços básicos de saúde	Município	Realizado
Manter a rede de atenção básica em odontologia no município	Município	Realizado
Promover ações de saúde bucal de caráter preventivo e	Município	

assistencial		
Manter as unidades móveis odontomédicas	Município	Realizado
Promover política de saúde do homem com ênfase na prevenção do câncer da próstata e pênis	Município	Realizado
Implantar um NASF	Município	Realizado
Descentralizar os serviços de coleta de exames laboratoriais nas USF	Município	Realizado

Fonte: Documento Oficial do PPA (2010 – 2013)

No quadro 4, onde aparece como meta apoiar ações de controle e combate às endemias e epidemias, observamos que estão inclusas nesta meta as ações de combate à epidemia de HIV/Aids no município. Entretanto, identificamos a mesma dificuldade da tabela anterior, de não ter disponível a informação concreta do investimento financeiro para a aplicação de ações de combate, controle e tratamento da epidemia de HIV/Aids no município, visto que os valores informados no PPA aparecem descritos de forma generalizada, que são os investimentos para a manutenção e implementação das ações de atenção básica em saúde da população.

Contudo, através da nossa observação direta, atuando como assistente social no CTA, identificamos que durante este período, as ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do município de Ipojuca referente ao apoio de ações de controle e combate às endemias e epidemias, aconteceu de maneira frágil e reduzida, de forma esporádica e em alguns lugares isolados, sem uma participação ativa da população.

Tabela 9 - Comparação de valores investidos na Atenção Básica de Saúde pelos municípios de Recife e Ipojuca referente aos anos de 2012-2013

Comparação de valores investidos na Atenção Básica de Saúde pelos municípios de Recife e Ipojuca referente aos anos de 2012-2013				
Investimento na consolidação e aperfeiçoamento da Atenção Básica	Ipojuca - Ano 2012	Recife - Ano 2012	Ipojuca - Ano 2013	Recife - Ano 2013
Melhoria e Expansão da Rede Básica de Saúde	19.275.700	23.523.188,06	21.203.270	29.357.361,00
Manutenção da Rede Básica de Saúde	9.490.500	105.171.785,16	10.439.550	122.678.019,00
Desenvolvimento de Ações Estratégicas de Saúde para grupos Específicos*		212.282,86		371.200,00

Fonte: Portal da Transparência da Prefeitura do Recife/SEPLAG/ Ano 2013. PPA da Prefeitura de Ipojuca – Ano 2013.

*Neste item, não encontramos no documento da Prefeitura de Ipojuca valores expressos para investimento em ações estratégicas de saúde para grupos específicos.

Na tabela 9 no que se refere à melhoria e expansão da Rede Básica de Saúde, observamos que há um valor muito aproximado investido pelos municípios de Recife e de Ipojuca no ano de 2012. Já no ano de 2013 esses valores investidos para a melhoria e expansão da Rede Básica de Saúde variaram um pouco mais, tendo Recife investido um valor mais alto em proporção do que o município de Ipojuca. Entretanto, no que concerne ao investimento para a manutenção da Rede Básica de Saúde dos municípios de Recife e Ipojuca, os valores variaram consideravelmente. Acredita-se que essa diferença de recursos tenha acontecido por causa da diferença da rede de serviços de saúde ofertados por cada município analisado. A Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) possui uma rede de atendimento em saúde com uma cobertura quantitativa bem maior que o município de Ipojuca.

Em relação aos investimentos de recursos no desenvolvimento de Ações Estratégicas de Saúde para grupos Específicos, só o município de Recife disponibilizou esta informação nos documentos da Secretaria de Saúde Municipal, disponível no Portal da Transparência da PCR. Conforme dito anteriormente, não encontramos nenhum valor informado para essas ações específicas nos documentos analisados da SMSI.

Dando continuidade ao estudo, buscamos analisar o documento que corresponde à IV Conferência Municipal de Saúde. A IV Conferência Municipal de Saúde do Ipojuca ocorreu nos dias 04, 05 e 06 de agosto de 2011, e teve como tema central: “O SUS na Vida das Pessoas – Conquistas e Desafios em Ipojuca”, e como sub-temas: ‘O Fortalecimento do Controle Social na consolidação do SUS, A Efetivação da Intersetorialidade na estruturação da Promoção da Saúde, e A Gestão da Saúde e sua importância na responsabilidade e sustentabilidade do SUS’.

Segundo o relatório da IV Conferência municipal de saúde de Ipojuca, os temários acima apontaram para uma conferência avaliativa e propositiva com o objetivo de construir e legitimar o plano plurianual 2010-2013, já apresentado ao Conselho Municipal de Saúde em exercício, bem como construir deliberações para serem encaminhadas para a VII Conferência Estadual de Saúde de Pernambuco.

Ainda segundo o relatório da IV Conferência municipal de saúde de Ipojuca, o Plano Municipal de Saúde para o período de 2010-2013, fundamenta-se em sete programas, ou em linhas gerais de atividades, e este plano tinha como objetivo, garantir o sistema de saúde no município, assegurando a organização e a execução dos serviços, a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, aprimorando o SUS municipal de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único.

Dessa forma, para o período acima mencionado, a Secretaria de Saúde de Ipojuca se propôs a priorização das ações em quatro eixos básicos de intervenção e divididos em sete linhas gerais, a saber:

- a) **Fortalecimento do SUS municipal através da estruturação da Secretaria de Saúde e da ampliação do controle social;**
- b) **Implementação da Atenção Básica à saúde, através da ampliação da Estratégia de Saúde da Família;**
- c) **Criação de ações estratégicas em saúde com ênfase na saúde da Criança, da Mulher; do Idoso, Saúde Mental e prevenção e tratamento das DST's;**
- d) **Incrementar as ações de Vigilância em Saúde em articulação com a educação popular em saúde.**

No item (b) que corresponde ao eixo básico de intervenção na implementação da Atenção Básica à saúde, através da ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacamos que não houve ampliação deste serviço, pois o município de Ipojuca ainda continua com 15 (quinze) USF e não houve a construção de mais USF no município, conforme havia sido programada pela gestão.

Também destacamos a não garantia da integralidade das ações na Atenção Básica, como preconizados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) e expressa através da Lei 8.080 do SUS, onde coloca como um dos princípios desta lei a articulação entre os serviços básicos de saúde para um melhor atendimento e resolutividade das ações. Visto que as palestras e orientação sobre prevenção em saúde sexual e os exames para o diagnóstico do HIV/Aids e das DST como sífilis e Hepatites B e C, solicitados nas consultas de pré-natal na Atenção Básica, e que deveriam ser realizados nas próprias USF, ainda não foram descentralizados. Os profissionais de saúde que acompanham as gestantes ainda as encaminham para o CTA, único serviço de referência para realização dessas orientações e desses exames.

Em relação ao item (c) que corresponde a criação de ações estratégicas com ênfase na saúde de alguns públicos específicos, destacamos a priorização na prevenção e tratamento das DST como prioridade apontada no documento pelo município. Entretanto, verificamos que durante o período de 2010 até 2013, não houve um investimento mais efetivo para este fim. Neste período supracitado, O CTA só realizou seis campanhas no município, dentre estas, três campanhas seguiram o calendário nacional do dia 1º de Dezembro, que se estabeleceu mundialmente como o dia de Luta contra a Aids, e as outras três campanhas seguiram o calendário nacional/estadual das campanhas 'Fique Sabendo', campanhas realizadas para atender um grande público com a oferta de testes rápidos anti-HIV.

Segundo Granjeiro et al (2009), o papel dos CTA sofreu alteração no final da década de 1990 resultante de mudanças nas tendências da epidemia e da incorporação de inovações tecnológicas para o diagnóstico do HIV e para o tratamento da doença. Entre as alterações estão a necessidade de promover o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, ampliar a clientela atendida, incluindo mulheres, heterossexuais e população de baixa renda; incorporar o diagnóstico das hepatites e testes rápidos para o HIV, especialmente em regiões com menor estrutura laboratorial.

As mudanças na epidemia e as políticas adotadas, como a descentralização do programa de Aids, a adoção de estratégias para redução da transmissão vertical e a

realização de campanhas para estimular a realização do teste anti-HIV contribuíram para a reorganização da rede de CTA. Assim, novas diretrizes tornaram opcional a exigência de anonimato dos usuários; ampliaram as atividades de prevenção, desenvolvendo ações para populações vulneráveis e na comunidade; incorporaram atividades de profilaxia da transmissão vertical, realizando o diagnóstico de gestantes; e intensificaram a interação com os serviços ambulatoriais, para garantir o acesso e a adesão de pessoas infectadas aos serviços à TARV. Concomitantemente, o MS passou a preconizar a oferta do diagnóstico na Atenção Básica, com especial atenção para o pré-natal, clínicas de tuberculose e população atendida pelas equipes de saúde da família.

Identificamos que essas diretrizes que nortearam a implantação dos serviços no Brasil e foram se adequando segundo as mudanças no perfil da epidemia e as especificidades das regiões, não estão plenamente incorporadas no CTA do município de Ipojuca, o que pode ser observado nos baixos indicadores de resolubilidade e produtividade e no desenvolvimento insuficiente de ações de prevenção. No período de 2010 a 2012 o CTA de Ipojuca desenvolvia ações de prevenção extremamente importante para a região, chamadas pelo MS de “atividades extramuros”, pois não se limitava a atividades internas ao serviço, mas atividades que extrapolavam os muros da unidade de saúde.

Realizava ainda uma atividade que era designada como CTA volante ou itinerante. Essa atividade era desenvolvida uma vez por semana nos distritos de Camela e em Ipojuca Sede, atendendo as pessoas desses locais. No entanto, em 2013 o CTA deixou de realizar essas ações ampliadas, cumprindo apenas com o perfil do CTA designado como “oferta de diagnóstico”, conforme afirma a pesquisa desenvolvida por Granjeiro et al. (2009) sobre a avaliação do perfil tecnológico dos CTA no Brasil.

No item (d) que se refere à incrementar as ações de Vigilância em Saúde em articulação com a educação popular em saúde, destacamos a importância desta ação. Principalmente, porque a educação em saúde configura-se como umas das diretrizes preconizadas pelo MS para o funcionamento e um melhor desempenho do CTA. Segundo Granjeiro et al. (2009), os CTA considerados com o perfil "prevenção" (30,0%), foi o que mais correspondeu às normas do MS, com melhores indicadores de resolubilidade e produtividade. E os considerados como perfil "assistência e prevenção" (26,9%), inserido nos serviços de Aids, foi o que desenvolvia o conjunto mais completo de atividades, incluindo tratamento de DST.

Inicialmente o CTA de Ipojuca enquadrava-se no perfil “prevenção”, posteriormente suas atividades foram ampliadas, e se enquadrou no perfil “assistência e prevenção”, inclusive porque trabalhávamos articulados com um médico especialista em DST que atendia os/as usuários/usuárias do CTA que eram encaminhadas para tratamento de algumas infecções sexualmente transmissíveis (IST). No período de janeiro de 2011 a setembro de 2013, o CTA realizava ações de prevenção e educação em saúde, em instituições públicas como: escolas estaduais e municipais da rede; nos equipamentos sociais como os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social); em associações de moradores e em instituições privadas como: as Empresas localizadas no Complexo Industrial portuário de Suape.

Essas ações eram desenvolvidas especificamente pelos dois assistentes sociais³⁶ que trabalhavam nessa unidade de saúde no período supracitado. Entretanto, com a transferência desses profissionais para outras unidades de saúde no nível de média complexidade, o CTA ficou sem ter como dar continuidade a este trabalho de educação e prevenção à saúde, visto que eram esses profissionais os responsáveis pelo planejamento e a elaboração destas atividades.

Quadro 5 – Plano Municipal de Saúde - Ano 2010 a 2013

AS LINHAS GERAIS DA GESTÃO FORAM:	
PROGRAMA 1	Expansão e Melhoria da Rede de Serviços de Saúde;
PROGRAMA 2	Fortalecimento da Atenção Básica de Saúde;
PROGRAMA 3	Ações de atenção de Média e Alta Complexidade à Saúde;
PROGRAMA 4	Política de Assistência Farmacêutica Municipal;
PROGRAMA 5	Ampliação e Manutenção das Ações e Serviços de Vigilância em Saúde;
PROGRAMA 6	Gestão do SUS Municipal;
PROGRAMA 7	Consolidação do Controle Social

³⁶Refiro-me aqui a minha atuação profissional como assistente social no CTA de Ipojuca e a de um colega assistente social que realizava juntamente comigo este trabalho de educação e prevenção em saúde, efetuávamos a realização de planejamento estratégico, realização de projetos em educação popular com jovens e adolescentes; além de desenvolver oficinas, palestras, etc.

De acordo com o nosso objeto de estudo, centramos nossa análise apenas nas duas primeiras linhas de ação, que são: expansão e melhoria da Rede de Serviços de Saúde e o fortalecimento da Atenção Básica de Saúde. Contudo, demonstramos quais ações foram implementadas e as que não foram segundo o que foi apresentado na IV Conferência.

Utilizamos este critério de seleção, pois identificamos que essas duas ações escolhidas correspondem aos nossos objetivos de estudo conforme proposto por essa pesquisa, principalmente no que se refere à implementação e ampliação de ações e serviços na política de saúde municipal na sua Rede de Atenção Básica.

Quadro 6 - Programas propostos na IV Conferência Municipal de Saúde de Ipojuca –
Ano 2011

Programas Propostos	Ações Realizadas	Ações Não Realizadas ou em Andamento	Total
Expansão e Melhoria da Rede de Serviços de Saúde;	02	08	10
Fortalecimento da Atenção Básica de Saúde;	02	14	16
Ações de atenção de Média e Alta Complexidade à Saúde;	07	04	11
Política de Assistência Farmacêutica Municipal;	05	02	07
Ampliação e Manutenção das Ações e Serviços de Vigilância em Saúde;	15	10	25
Gestão do SUS Municipal;	04	14	18
Consolidação do Controle Social	02	06	08

No Programa 1, referente à expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, cujo o objetivo era ampliar e qualificar a rede de serviços de saúde existentes no município, das 10 (dez) ações propostas para a efetivação, apenas 02 (duas) foram concretizadas, quais foram: a construção do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de referência municipal e/ou a efetivação de locação de um imóvel para implementar o serviço; Adequar o Hospital Santo Cristo de Ipojuca em Unidade Materno-infantil de Referência Municipal. Em relação ao Hospital, o projeto arquitetônico prevê a

ampliação do Hospital, inclusive com a construção de 20 (vinte) leitos de obstetrícia, incluindo o Serviço de Pronto Atendimento (SPA), e ainda incluindo atendimento de SPA pediátrico.

No entanto, a obra de ampliação do Hospital Santo Cristo ainda está em curso, ou seja, não foi finalizada. O Hospital continua possuindo apenas 06 (seis) leitos obstétricos, e, no momento não realiza nenhum tipo de cirurgia (a não ser, partos), encaminhando o maior número de casos para outros hospitais. Como demonstrado neste trabalho, a arrecadação municipal de Ipojuca é suficiente para a ampliação das instalações físicas e estruturais do hospital, suficiente inclusive para a implementação de exames e procedimentos mais complexos nesta unidade de saúde.

No que se refere ao CTA, a estrutura física mostra-se precária, por não possuir espaço adequado para a recepção dos/das usuário/usuárias, realização de atividades de orientação/aconselhamento individual e coletiva e para a realização da coleta de material biológico, conforme os padrões exigidos pelo Manual Técnico de Funcionamento dos CTA formulado pelo MS (2010). Em relação aos insumos de prevenção, possui os referentes à prevenção da transmissão sexual, como preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante, disponibilizados mensalmente pelo Programa Estadual de DST/HIV/Aids.

Entre as limitações do CTA identificadas, algumas restringem sobremaneira a capacidade deste serviço de cumprir seu papel: a precariedade da infraestrutura, representada pela inexistência de espaço adequado e com o sigilo prejudicado na realização dos atendimentos referentes ao diagnóstico, orientação/aconselhamento para a prevenção e tratamento individual e coletivo; a insuficiência das ações de prevenção devida à ausência de investimentos e a falta de um veículo próprio para a realização de atividades que necessitam de deslocamento; a reduzida ocorrência de atividades para populações vulneráveis e em comunidades de baixa renda; a baixa resolubilidade por causa da pequena quantidade de exames realizados; o leque reduzido de exames ofertados; e os critérios restritivos de acesso aos serviços, com o atendimento predominantemente diurno.

A precariedade dos CTA já havia sido relatada em outros estudos, que, adicionalmente ao já descrito, destacaram o fato das ações de prevenção se restringir ao aconselhamento; a reduzida articulação com a rede de saúde, o que contribui para a fragilidade dos mecanismos de referência e de integração com as políticas de enfrentamento da doença; e a ociosidade dos serviços.

Embora todas essas limitações sejam observadas no CTA de Ipojuca, percebemos algo ainda mais grave, principalmente por entendermos que o serviço atualmente apresenta-se na contramão do que preconiza o MS no que diz respeito ao Programa de combate ao HIV/Aids. Identificamos que o CTA está cumprindo apenas com o perfil da "oferta de diagnóstico", ou seja, apenas está realizando a testagem sorológica anti-HIV, em detrimento das ações de educação e prevenção em saúde, entendidas por nós como a mais importante. Realizando apenas testes sorológicos, o CTA deixa de cumprir o seu principal papel de serviço de referência municipal em educação e prevenção à saúde para atender apenas uma demanda laboratorial bastante restrita de realização de exames.

Segundo a pesquisa de Granjeiro et al. (2009), os CTA com o perfil "oferta de diagnóstico", foram os que apresentaram o maior grau de precariedade e apresentaram as maiores deficiências, o que pode significar dificuldades adicionais para o enfrentamento da epidemia. A pesquisa aponta que esses CTA geralmente estão estabelecidos em regiões de epidemias mais recentes, caracterizadas por altas taxas de crescimento da incidência. Além disso, essas regiões apresentaram a menor proporção de população testada e alta prevalência de diagnóstico tardio, fatos que exigem maior capacidade de resposta dos serviços, inclusive para minimizar a maior deficiência da estrutura de saúde observada nas análises deste estudo.

No que se refere à construção do CTA, houve a implantação do serviço, contudo, este funciona num local improvisado dentro das instalações do Hospital Carozita Brito, localizado no distrito de Nossa Senhora do Ó. No momento, o CTA está funcionando fora dos padrões das legislações que preconizam seu funcionamento, pois está apenas priorizando a realização dos exames e testes sorológicos em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde. Em relação à estrutura física das instalações, também está longe dos padrões exigidos, pois as salas para orientações e aconselhamentos são separadas por divisórias, o que não garante o sigilo e a confidencialidade dos usuários/usuárias por parte do serviço.

No Programa 2, referente ao fortalecimento da Atenção Básica em saúde, o objetivo era fortalecer os serviços e ações no âmbito dessa área no município, considerando a relevância dessa atividade para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Esse programa se propunha a garantir as ações da Atenção Básica à Saúde incluindo os programas estratégicos, tais como: Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde Bucal, Combate e controle a Diabetes, a Hipertensão, Programa de Vigilância Alimentar e

Nutricional, e eliminação da hanseníase e combate à tuberculose; bem como, promover ações de planejamento familiar, DST e Aids, dentre outras ações educativas.

Neste Programa, das 16 (dezesesseis) ações previstas, apenas duas foram concluídas, as outras 14 (quatorze) ações, estão em andamento ou não foram realizadas. As duas ações realizadas foram referentes aos itens de saúde bucal, onde se previa a implantação de unidades móveis odontomédicas para o acesso da população usuária, e ao fortalecimento das ações da Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Neste item em específico, segundo o Relatório Final da IV Conferência, foi regulamentada por Lei municipal a consulta pela enfermagem nas USF e houve o matriciamento pelas equipes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) às USF para uma melhor intervenção dos profissionais em casos específicos relativos à saúde, como, transtorno mental e álcool e outras drogas, além de melhorar a infraestrutura das unidades de saúde. Entretanto, este matriciamento não foi realizado em relação à prevenção para o HIV/Aids nas USF, o que demonstra a inexistência de integralidade da política de saúde e a falta de articulação entre os serviços.

No que concerne às atividades referentes à prevenção das DST/HIV/Aids, as ações não foram realizadas, ou ainda estão em andamento, pois o documento afirma que o município vem promovendo ações básicas de combate e prevenção da epidemia de HIV/Aids, entretanto, essas ações são realizadas de forma esporádica, nas Campanhas Estaduais “Fique Sabendo”, que seguem o calendário nacional e/ou estadual do combate ao HIV/Aids, ofertando-se testes rápidos para a população. Todavia, essas ações são implementadas na maioria das vezes, sem a realização de uma campanha publicitária massiva e prévia, para que a população de fato participe destas atividades.

Identificamos ainda, que a maioria dessas campanhas vem acontecendo nas praias, geralmente em Porto de Galinhas, Serrambi e Maracaípe, onde o público beneficiado é o de turista. Na nossa análise, essas campanhas deveriam ser priorizadas para a população das localidades dos Distritos e dos Engenhos, pois são nestes locais de difícil acessibilidade, e considerados mais pauperizados, onde residem as pessoas que são impossibilitadas de ter acesso aos bens e serviços ofertados pela cidade de Ipojuca.

Neste sentido, identificamos que os turistas voltam para os seus locais de origem e a população mais pauperizada continua sem acesso aos serviços oferecidos pelo município, o que pode ser identificado através do aumento do número de casos de

HIV/Aids no município, e as desigualdades no acesso às demais políticas públicas, conforme mostram os dados econômicos e sociais evidenciados neste trabalho.

A V Conferência Municipal de Saúde do Ipojuca, aconteceu nos dias 25 e 26 de outubro de 2013, com o tema “Saúde no Ipojuca: Desafios e Avanços para a Consolidação do SUS”. Segundo o Relatório da V Conferência, o evento foi dividido em 05 (cinco) grupos temáticos de discussões:

GRUPO 1- Gestão do Trabalho e Educação em Saúde;

GRUPO 2- *Controle Social e Políticas Públicas*;

GRUPO 3- Vigilância em Saúde;

GRUPO 4- *Atenção à Saúde*;

GRUPO 5- Regulação em Saúde

De acordo com o nosso objetivo e tema de pesquisa, centramos a nossa análise nas discussões dos grupos 02 e 04, referente ao Controle Social e Políticas Públicas, e Atenção à Saúde.

Proposições referentes ao grupo 02- controle social e políticas públicas:

- a) Garantir ao Conselho Municipal de Saúde infraestrutura adequada para seu funcionamento;
- b) Garantir capacitação para os Conselheiros Municipais de Saúde (em políticas públicas orçamentárias e outros temas de interesse da saúde pública);
- c) Garantir o deslocamento e participação dos conselheiros através da disponibilização de vale-transporte e vale-refeição, quando nas atividades do Conselho e em fóruns, plenárias, cursos e conferências externas e internas;
- d) Capacitar os conselheiros sobre o papel da ouvidoria, seus processos, fluxos e atuação em cada setor;
- e) Realizar as Conferências Municipais de Saúde a cada dois anos;
- f) Ampliar a divulgação das funções e ações do Conselho Municipal de Saúde, assim como cronograma de reuniões locais e estaduais, através de boletim informativo e demais instrumentos de comunicação;
- g) Incentivar a criação de Conselhos Gestores na rede de saúde municipal;
- h) Garantir veículo para as atividades do Conselho;
- i) Garantir rubrica orçamentária anual para o Conselho Municipal de Saúde, a partir da elaboração do seu plano de funcionamento;
- j) Garantir o apoio técnico, contábil e jurídico para o fortalecimento de sua Comissão de Fiscalização e Finanças;

k) Garantir diárias de deslocamento quando se tratar de um município para o outro, e de um Estado para o outro em atividade do Conselho

Diante das proposições apresentadas acima, podemos observar que as principais reivindicações foram bastante limitadas no que concerne às políticas públicas, pois verificamos que a maioria das propostas que foram encaminhadas ao plenário, reivindicam a garantia da permanência e do funcionamento do Conselho de Saúde, que infelizmente ainda não dispõe de infraestrutura material, humana e técnica capacitada e adequada para sua atuação.

Entendemos como sendo extremamente importantes, além de necessárias todas as proposições reivindicadas neste item, para um melhor funcionamento e qualificação da composição do Conselho, contudo, observamos que estas proposições já deveriam ter sido implantadas e estar plenamente em vigor no município, para que este instrumento de controle social pudesse avançar nas suas reivindicações, principalmente no que concerne ao seu principal objetivo que é o controle e a fiscalização por parte da população usuária do SUS em relação à formulação de políticas públicas para a população e a ampliação dos direitos sociais.

Proposições referentes ao grupo 04- Atenção à Saúde:

Neste item em especial, foram encaminhadas e aprovadas 66 propostas referentes a esta temática. Para não reescrevermos todas as propostas, selecionamos apenas àquelas que foram diretamente ligadas à política de HIV/Aids:

- *Garantir assistência às pessoas com HIV/Aids através da implantação do Serviço de Atendimento Especializado – SAE;*
- *Implementar o Programa Saúde na Escola – PSE;*

A primeira proposta que se refere à implantação do SAE no município, não foi realizada. O motivo descrito no documento que justifica a não implantação deste serviço em Ipojuca, foi à inexistência de um imóvel adequado para este fim e a dificuldade de contratação de um médico/médica infectologista. Segundo o Boletim DST/Aids Ano 1 nº06 de junho de 2012, da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, existem 185³⁷ pessoas vivendo com HIV/Aids hoje no município de Ipojuca. Entretanto, acreditamos que existe uma subnotificação desses dados. São várias as razões que podem explicar essa subnotificação, inclusive já sinalizada anteriormente neste trabalho, porém,

³⁷Boletim DST/Aids ano 1/nº6 – 1º semestre/junho 2012. Casos de Aids por município de residência e ano de diagnóstico - 1983-2012. Fonte: SINAN/SEVS/SES/Programa Estadual DST/Aids-PE. Nota: Notificações até 17/07/2012

destacamos aqui a realização de testes sorológicos para o HIV por parte de algumas pessoas que residem no município de Ipojuca em outros municípios vizinhos (Cabo, Jaboatão, Recife). Desta forma, a notificação pode ter acontecido pela Vigilância em saúde do município onde foi realizada a testagem.

O município de Ipojuca ainda continua encaminhando os usuários com HIV/Aids para realizarem o tratamento nos SAE, ou nos serviços de referência para estes casos, em outros municípios. Quando se trata de usuários/as com o vírus do HIV em fase assintomática, ou seja, sem apresentar sintomas e sinais, encaminha-se para o SAE do Cabo ou para o SAE de Cavaleiro, no município de Jaboatão dos Guararapes. Quando se trata de usuários/as sintomáticos, ou seja, quando há a suspeita de que seja caso clínico de Aids, encaminha-se para o Hospital Correia Picanço. Se o vírus do HIV/Aids for diagnosticado em gestante ou em criança, nestes casos, o encaminhamento é realizado para o Instituto Integral Fernando Figueira (IMIP), considerado como Serviço de Referência para esses atendimentos.

A abertura de uma SAE no município de Ipojuca é extremamente urgente e necessário, pois Ipojuca não dispõe do serviço de TFD, o que dificulta o deslocamento destes usuários/usuárias para a assiduidade das consultas e acesso aos medicamentos ARV, que são os remédios necessários à manutenção do tratamento e a qualidade de vida para as PVHA. Identificamos também através de alguns relatos, no momento dos atendimentos individuais no CTA, que alguns usuários/as que necessitam realizar o tratamento de HIV/Aids, acabam desistindo e abandonando este procedimento, pois as longas viagens e as despesas que precisam custear para a sua permanência temporária em outros municípios, tornam-se dispendiosas e desgastantes para esta população.

O SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo HIV/Aids e Hepatites Virais. O objetivo destes serviços é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar. Segundo as diretrizes do MS para a implantação deste serviço, deverá ser realizada em unidades públicas preexistentes, integrada à rede, subordinada às Secretarias Municipais de Saúde ou consórcios municipais, como forma de racionalizar custos. Dentro da lógica de regionalização e hierarquização, este serviço será ambulatório de referência para os pacientes que necessitam de um nível de atendimento de maior complexidade.

O objetivo deste serviço é o de promover a melhoria da qualidade de vida, bem como a assistência as pessoas vivendo com HIV/Aids e Hepatites Virais. Possui ainda como objetivo, proporcionar uma forma de assistência de qualidade as pessoas vivendo

com HIV/Aids e Hepatites Virais, com a finalidade de prestar assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, em nível ambulatorial, fixando o paciente a uma equipe multidisciplinar que o acompanhará ao longo de sua doença. Possui a função de oferecer atendimento médico com resolutividade diagnóstica, tratamento e acompanhamento aos pacientes portadores de HIV/Aids e Hepatites Virais, assistência farmacêutica, e assistência psicossocial aos pacientes e familiares; Integrar os mecanismos de referência e contrarreferência a partir da Rede de Atenção Básica, encaminhando de acordo com a necessidade ao Hospital Geral de Referência (HGR), Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) e Casa de Apoio; assegurar, ao paciente, a possibilidade de assistência em função de suas diferentes necessidades.

Os SAE devem estar plenamente articulados com a rede de saúde junto aos serviços especializados de referência municipal, regional e estadual, buscando em caráter complementar a assistência integral à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids e Hepatites Virais. O serviço deverá contar com retaguarda laboratorial local ou regional, que assegure a execução de exames de maior complexidade.

O diálogo permanente das equipes dos SAE com a gestão dos programas de DST/Aids contribui para subsidiar o planejamento anual, adequando-o às necessidades e prioridades da epidemia local e permitindo a devida previsão de recursos. Apresentando-o como possibilidade de humanização nos serviços de assistência, uma vez que facilita o acesso do usuário a um serviço de referência no município em que reside e próximo de seus familiares e amigos.

Os SAE estão inseridos em ambulatórios, hospitais ou integrados a estruturas que se caracterizam por prestar atendimento exclusivo a PVHA, conforme o MS (2005). Ao implantá-los em unidades preexistentes, justifica-se a possibilidade de, além de racionalizar custos, promover uma assistência mais humanizada na medida em que o paciente não precisará se deslocar para outros Centros de Referência (secundárias) em busca de tratamento em outras especialidades médicas, pois as chamadas policlínicas têm possibilidade de ofertar especialidades essenciais ao tratamento das infecções oportunistas (IO), como, por exemplo, as especialidades médicas de pneumologista, reumatologista, neurologista, infectologista e dermatologista, entre outros.

No dia 16 de julho de 2014, aconteceu o I Seminário de Serviço Social da Saúde em Ipojuca, este evento fez parte da comemoração ao dia do assistente social e ao mesmo tempo serviu como espaço de socialização e debate de informações e discussões pertinentes à saúde. Especificamente nesta data recebemos a informação por parte da

SMSI que a implantação do SAE vai ser realizada em agosto de 2014, inicialmente este serviço vai funcionar provisoriamente no SPA de Porto de Galinhas, e posteriormente no Ambulatório Severina Teles no município sede de Ipojuca (Este ambulatório encontra-se atualmente em construção e está com reinauguração prevista para final de setembro de 2014).

Em relação ao Programa Saúde na Escola (PSE), houve por parte da antiga Coordenadora Municipal de HIV/Aids (a Coordenação municipal de HIV/Aids em Ipojuca mudou), a tentativa de se implantar este projeto. Na gestão passada, inclusive, chegou a se iniciar em algumas escolas municipais, entretanto, não houve continuidade do Programa. Segundo o relatório de gestão do ano de 2013, a justificativa apresentada no documento aparece descrita da seguinte forma: “realizada parcialmente”, termo de compromisso celebrado com Ministério da Saúde, em processo de elaboração do projeto para execução do Programa. Infelizmente não houve ainda a retomada deste programa nas escolas do município.

A proposta do PSE apresenta-se como um projeto interessante, principalmente porque se configura como uma política de educação, prevenção e promoção à saúde de adolescentes e jovens sobre o tema da sexualidade, sendo trabalhada de forma interdisciplinar por profissionais da saúde e da educação. O tema perpassa pela discussão de várias temáticas transversais, dentre elas, a prevenção das DST/HIV/Aids.

A partir do exposto, conclui-se que as propostas apresentadas nas IV e V Conferências de Saúde referentes à prevenção/redução, e ao controle e tratamento do HIV/Aids no município de Ipojuca, não foram efetivadas integralmente. Muitas dessas ações não foram realizadas, e outras ainda estão em andamento. Demonstrando assim uma deficiência por parte da gestão municipal referente às ações propostas na melhoria da política de HIV/Aids em Ipojuca. Observamos ainda, que não houve ampliação dos serviços, e mesmo a manutenção de apenas um serviço de referência no atendimento de HIV/Aids, (o CTA) está funcionando de maneira descaracterizada ao que se propõe, pois desde novembro de 2013³⁸, este serviço não vem realizando as atividades extramuros de prevenção e promoção à saúde, mas apenas realizando prioritariamente a testagem e o diagnóstico.

³⁸ Em novembro de 2013 houve a transferência dos dois Assistentes Sociais do CTA para outros serviços de saúde no nível de média complexidade no município de Ipojuca. Estes funcionários eram os responsáveis pela realização das atividades consideradas extramuros, ou seja, palestras educativas de prevenção e promoção à saúde nas Empresas da região de Suape e nas instituições públicas e privadas que solicitassem esta atividade.

Identificamos também, que não houve ampliação das ações para contribuir com a prevenção e a redução do vírus e da doença. Em relação à informação de que se houve um aumento de recursos e investimentos para a prevenção, o controle e o tratamento da epidemia de HIV/Aids em Ipojuca, não tivemos como detectar se houve este aumento em recursos financeiro, ou se foi mantido, visto que os valores informados para o investimento na área de saúde está descrito de maneira generalizada para áreas abrangentes, inviabilizando as informações sobre os valores investidos nesta área específica. Contudo, procuramos demonstrar ao longo deste trabalho, as deficiências e precariedades das ações e serviços às PVHA no município de Ipojuca.

Analisando o documento intitulado “Relatório de Gestão” do ano de 2013, identificamos que foi elaborado um plano de metas, ações e resultados a serem executados neste ano supracitado, pela gestão atual no município de Ipojuca. Segundo este documento, há um demonstrativo da execução das ações da programação anual de saúde para o referido ano, divididos por áreas, são eles: Qualificação da Atenção Primária; Atenção à Saúde; Regulação em Saúde; Ouvidoria; Auditoria; Controle Social e Vigilância em Saúde. Destas sete áreas foram propostas 233 ações, sendo 118 realizadas e 115 não realizadas em todas as áreas.

Dividindo as áreas e focando a nossa análise nos itens que têm relação direta com a prevenção, o controle e o tratamento da epidemia de HIV/Aids no município, identificamos as áreas de: **Qualificação da Atenção Primária à Saúde**, cuja diretriz é: expandir e fortalecer a Atenção Básica à Saúde; capacitar os profissionais que atuam na área de saúde, para uma melhoria da assistência prestada aos munícipes; implantar e implementar programas estratégicos da Atenção Básica em Saúde e de Promoção à Saúde. **Controle Social**, cuja diretriz é: Fortalecer o SUS Municipal através da ampliação do Controle Social e formulação de Políticas Públicas. Apresentam-se assim, as ações que foram propostas e as ações que foram executadas, segundo o documento.

Quadro 7 – Relatório de Gestão- Ano 2013 – Ações propostas e Resultados

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE		
AÇÕES	METAS	RESULTADO
Qualificar a atenção primária	Fortalecer as ações de educação permanente para as áreas estratégicas da atenção primária	Realizada
Desenvolver ações interinstitucionais	Implantar o programa saúde na escola (PSE) do governo federal	Realizada parcialmente
Fortalecer políticas de saúde	Estruturar ações de planejamento familiar na atenção primária	Realizada parcialmente.
Fortalecer políticas de saúde	Implantar o SAE	Não realizada
Fortalecer ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças transmissíveis	Realizar teste rápido de HIV em 100% dos casos de TB	Realizada parcialmente
Fortalecer ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças transmissíveis	Implementar ações de prevenção e diagnóstico precoce das DST/Aids e hepatites virais nas unidades de saúde	Realizada
Fortalecer ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças transmissíveis	Executar ações do “Fique Sabendo” no período da copa das confederações	Realizada

Fortalecer ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças transmissíveis	Implantar teste rápido de HIV e sífilis em 04 USF	Realizada parcialmente
--	---	------------------------

Em relação ao segundo item do quadro 7, cuja proposta é desenvolver ações interinstitucionais, e que a meta apresenta-se em implantar nas escolas municipais, ações de promoção e prevenção à saúde tais como: palestras e debates sobre gravidez não planejada; métodos contraceptivos; prevenção das DST/HIV/Aids, etc.,. Com equipes da saúde e da educação, aparece no relatório de gestão como sendo parcialmente realizada. Verificamos que a referida ação ainda continua suspensa no município.

Segundo o relatório de gestão, a justificativa apresentada no documento aparece descrita da seguinte forma: “realizada parcialmente”, termo de compromisso celebrado com Ministério da Saúde, em processo de elaboração do projeto para execução do Programa. Infelizmente não houve ainda a retomada deste programa. Deixando assim uma lacuna referente ao trabalho de educação e prevenção às DST/HIV/Aids com os jovens e adolescentes em Ipojuca,

No item que se propõe a fortalecer políticas de saúde, onde a meta seria de estruturar ações de planejamento familiar na atenção primária, e que aparece como parcialmente realizada, acontece atualmente apenas no que diz respeito à saúde da mulher, ainda que não de forma integral. O Programa de Planejamento Familiar ainda não foi ampliado para a saúde do homem, visto que, não se trabalha com orientações de promoção e prevenção direcionadas a este público, e ainda não se realiza a cirurgia de Vasectomia masculina, nem se trabalha esta temática articulada às ações de prevenção às DST/HIV/Aids.

O programa de Planejamento Familiar ainda não foi descentralizado para as USF, pois se concentra no Ambulatório Severina Teles que funciona em Ipojuca Centro, com uma equipe resumida de apenas um médico ginecologista, uma assistente social e uma psicóloga, para a realização das orientações e devidos procedimentos necessários para a implantação dos métodos contraceptivos como: a implantação do Dispositivo Intrauterino (DIU) e do Diafragma ou o método definitivo como a laqueadura das

trompas. Ademais não se trabalha este tema articulado à prevenção das DST/HIV/Aids, uma fragilidade da rede no que condiz a prevenção e promoção da saúde.

Ainda no item que se propõe a fortalecer políticas de saúde, cuja meta é a implantação de um SAE, a ação não foi realizada, visto que este serviço ainda não foi implantado no município. A implantação do SAE está prevista inicialmente e de forma improvisada, para o mês de agosto, entretanto, a equipe que irá compor este serviço ainda não está completa (não houve a contratação de um/uma infectologista), nem se estruturou o espaço onde irá funcionar esta unidade de saúde, conforme preconiza as normas técnicas para o seu funcionamento. Além disso, entendemos esta proposta como uma ação mais abrangente e ampliada no que se refere ao fortalecimento da política de saúde. Por isso acreditamos que a implantação de uma SAE é extremamente importante, porém, só ele não dá conta das complexas e múltiplas necessidades das PVHA, tendo estas que ter asseguradas pelo Estado condições básicas para a qualidade de vida e do tratamento, como: uma alimentação saudável, condições dignas de moradia, acesso aos demais serviços e políticas sociais de assistência, educação, transporte de qualidade, dentre outros. Dessa forma, compreendemos como imprescindível a efetivação da integralidade do SUS e a articulação da rede da política de saúde com as demais políticas sociais.

No item que se propõe a fortalecer ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças transmissíveis, tem-se como meta a oferta de teste rápido de HIV em 100% dos casos de pacientes com Tuberculose (TB). Esta ação mostra-se como importante, pois a tuberculose é considerada como uma co-infecção ou uma doença oportunista do vírus HIV/Aids. A meta aparece como sendo parcialmente realizada, o que demonstra ainda a fragilidade da rede de Atenção Básica e da Vigilância em Saúde em detectar os pacientes notificados com TB para a devida realização dos testes, o que possibilitaria um diagnóstico precoce e as devidas medidas cabíveis em relação ao tratamento do HIV/Aids.

A ação que propõe a realização da prevenção e diagnóstico precoce das DST/Aids e hepatites virais nas unidades de saúde, e aparece como realizada, ainda não acontece em todas as unidades, porque essa ação ainda não foi descentralizada para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Contudo, é realizada em duas USF e no CTA. A ação de executar ações do “Fique Sabendo” no período da copa das confederações, e que aparece como realizada, foram apenas duas ações efetivadas, cujas realizações aconteceram nas praias de Porto de Galinhas e Maracaípe, contudo, não houve ampla

divulgação nos mecanismos de imprensa, atingindo desta forma, um público bastante reduzido composto principalmente por turistas. A ação de implantação de teste rápido de HIV e sífilis em quatro (04) USF, e que aparece como sendo realizada parcialmente, encontra-se paralisada, pois ainda não houve capacitação de profissionais para este fim.

Quadro 8 - Relatório de Gestão- Ano 2013 - Ações propostas e Resultados

CONTROLE SOCIAL – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE		
Ações	METAS	RESULTADO
Fortalecer e Qualificar o Controle Social	Incentivar a criação de conselhos gestores na rede de saúde municipal	Não realizada
	Implantar o informativo do CMS, divulgando o cronograma de reuniões locais	Não realizada
	Implantar instrumento de divulgação das deliberações e resoluções do CMS	Não realizada
	Incentivar a participação da população na gestão do SUS	Realizada
	Promover capacitação semestral/anual em políticas públicas e outros temas de interesse	Não realizada
	Capacitar os conselheiros sobre o papel da ouvidoria, seus processos, fluxos e atuação em cada setor	Não realizada
	Realizar a V Conferência Municipal de Saúde	Realizada

Fonte: Relatório de Gestão- Ano 2013.

Em relação às ações para fortalecer e qualificar o Controle Social como descritas no Quadro 8, pode-se verificar que apenas duas ações propostas aparecem como sendo realizadas, quais sejam, incentivar a participação da população na gestão do SUS e realizar a V Conferência Municipal de Saúde. Esses resultados aparecem como cumpridos segundo o documento, pois aconteceram as pré-conferências nos três (03) distritos: Ipojuca, Nossa Senhora do Ó, Camela e nas praias de Porto de Galinhas e Serrambi que antecederam o evento da V Conferência, porém, segundo o próprio Relatório Final da Conferência, a participação popular foi bastante resumida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste trabalho, procuramos evidenciar a importância do estudo sobre a epidemia de HIV/Aids que levem em consideração os determinantes socioeconômicos e as diversas dimensões em que se inserem tal problemática e os sujeitos que a enfrentam. Assim como, a importância que tem as políticas públicas como mecanismos eficientes de enfrentamento no combate, no controle e na redução desta epidemia, e na melhoria da qualidade de vida para a população que vivencia e tem que lidar no seu cotidiano com o vírus do HIV e/ou a doença da Aids.

Buscamos ainda mostrar a relação contraditória do crescimento econômico e a desigualdade social presente no município de Ipojuca, principalmente através do insuficiente comprometimento político na aplicação de recursos e investimentos na política pública de saúde, referente à ampliação e implementação de serviços e ações para o enfrentamento ao HIV/Aids em Ipojuca. Para isto, procuramos demonstrar as relações e os vínculos orgânicos que se estabelecem entre a estrutura da sociabilidade capitalista e a conjuntura mundial, nacional e local.

Partindo dessa compreensão, identificamos as relações intrínsecas que se operam dentro do sistema de desenvolvimento desigual e combinado entre os países centrais e periféricos, e os reflexos destes processos nos territórios, dando ênfase aqui ao território de Ipojuca, além das implicações deste processo de desenvolvimento nas políticas sociais, especialmente na política de saúde.

A nossa fundamentação teórica se pautou no entendimento da política de saúde como uma das políticas sociais que se configura como processo complexo, multideterminado e contraditório. Em princípio, a política social teria como finalidade atender às necessidades sociais, favorecer a produção e a reprodução do capital e do trabalho, porém, na atualidade vem contribuindo principalmente para o lucro de instituições privadas.

A política de saúde, configurada através do SUS, componente da proteção social, buscava a saúde como direito universal, uma política de saúde pública, gratuita e de qualidade, assim como organizar um sistema público estatal, de modo a conter o crescimento desmedido da assistência privada que era excludente e tornava dispendiosa a continuidade dessa prestação de serviço devido aos altos custos, tanto para o Estado quanto para o usuário.

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado.” Essa é uma conquista da população brasileira. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de outro processo.

Em 1988, votou-se a criação do SUS, com ele afirmou-se a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Essa perspectiva aponta para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma concepção ampliada de saúde e a prestação de serviços com qualidade.

No entanto, o contexto histórico que se seguiu foi adverso para a materialização do SUS. Observamos que a Política Nacional de Saúde vem sofrendo fortemente os embates do projeto privatista. A tendência atual da política de saúde é a de refuncionalização dos princípios do SUS, com focalização dos serviços de saúde em detrimento da universalização, principalmente na Atenção Básica; expressando-se através de realização das ações através de parcerias público-privadas, em detrimento da rede privada complementar ao SUS, inviabilizando esse sistema conforme proposto na Constituição de 1988.

Muitos são os desafios que precisam ser enfrentados, pois estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde. Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços significativos, contudo, apareceram novas questões que demandam outras respostas, e também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudanças de rumos.

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades da população usuária permanece com várias lacunas. A esse quadro acrescentem-se a desvalorização dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores e trabalhadoras, pouca participação na gestão dos serviços, e frágil vínculo com os usuários/usuárias.

Como já explicitado, o SUS instituiu uma política de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS atualmente ainda enfrenta uma série de problemas e desafios, destacando-se: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a Rede Básica e o Sistema de Referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com as questões de ética e sigilo assegurados aos usuários/usuárias; sistema público de saúde burocratizado

e verticalizado; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e trabalhadoras e usuários/usuárias no processo de produção de saúde; desrespeito aos direitos dos usuários e usuárias; formação dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde; controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS, e modelo de atenção hospitalocêntrico, centrado ainda na relação queixa-conduta do processo saúde-doença.

Todo esse processo também acarreta prejuízos na implementação das políticas específicas de saúde. Nesse sentido, percebemos que o Programa Nacional de Enfrentamento ao HIV/Aids vem sofrendo impactos e reduções constantes de investimentos, o que reflete necessariamente na Política Estadual e Municipal, visto que os investimentos em recursos e insumos para este programa é compartilhado entre as esferas administrativas do Estado. Verificamos que atualmente vem se investindo prioritariamente na política de Assistência Social, pois ela é o mote do discurso ‘desenvolvimentista’, enquanto que a saúde está sendo sucateada e privatizada cotidianamente.

Compreendemos que, esse ‘novo’ padrão de ‘desenvolvimento’ instaurado pelo Estado brasileiro cumpre apenas com seu aspecto econômico, revitalizando um recorte assistencialista e focalista das políticas públicas que são responsáveis pelos PTR, relegando as demais políticas um papel secundário, com a diminuição de investimento público, privatização e terceirização de serviços, caracterizando a perda de direitos formalmente conquistados.

No entanto, todo esse processo vem acontecendo paralelamente a um discurso de democratização do acesso e ampliação dos investimentos, cujo slogan faz parte do discurso da política de Estado e do projeto do governo, de que se vivencia um período de ‘desenvolvimento’, com a diminuição da pobreza, aumento do emprego e o acesso da população a bens e serviços. O cenário indica, então, a necessidade de mudanças na Política Pública de Saúde. Mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão.

Estávamos com o propósito de identificar se a política pública de saúde referente à prevenção, ao controle e a redução da epidemia de HIV/Aids no município de Ipojuca vinha acompanhando o crescimento econômico desta região, principalmente, no que

concerne ao investimento e a ampliação e implementação de serviços e ações para atender as PVHA.

O aprofundamento das reflexões sobre a conjuntura nacional vivenciada pelo país e afirmada como sendo uma era de ‘desenvolvimento’ e os reflexos desse processo nas políticas sociais, inclusive na política de saúde e na Política Nacional de Combate a Epidemia de HIV/Aids, nos levou a tirar algumas conclusões em âmbito nacional e local. Pode-se verificar que o PIB do município de Ipojuca aumentou consideravelmente nos últimos anos, contudo, o IDH continua bastante baixo. Essa desproporcionalidade pode ser verificada nos números apresentados ao longo do nosso trabalho e que foram expressos nos baixos índices de escolaridade, nos baixos índices de longevidade, e ainda nos altos índices de mortalidade infantil e materna, nos índices de HIV/Aids que vêm crescendo no município de Ipojuca, conforme os dados do Boletim de HIV/Aids do ano de 2013.

Em Ipojuca, observa-se que o ritmo acelerado do crescimento econômico não vem possuindo correspondência no fortalecimento da rede de políticas públicas em um território onde os desiguais acessos a riqueza do excedente produzido, estão a aprofundar diferenciações quanto ao acesso aos direitos sociais, inclusive o direito a uma política pública de saúde universal e de qualidade. Constata-se que o crescimento econômico do município não se refletiu na qualidade de vida das PVHA e residentes no município.

Em 2010, Ipojuca registrou uma média de analfabetismo de 8,47%, acima do percentual da RMR. Este dado significa que um quinto da população do município maior de 10 anos (19,21%) é analfabeta. O IDH da cidade é inferior ao do município do Cabo de Santo Agostinho, onde se localiza também uma parte de Suape. De acordo com dados do Censo de 2010 do IBGE, Ipojuca obteve o segundo menor IDH da RMR.

O cenário socioeconômico de Ipojuca no período de 2000 a 2010 mostrou que o crescimento econômico do município não se refletiu na melhoria da qualidade de vida dos moradores. O acesso ao trabalho formalizado nas empresas de Suape, não vem refletindo numa melhora na qualidade de vida das pessoas, nem na perspectiva da infraestrutura urbana, de bens e serviços nem na ampliação e fortalecimento de políticas públicas, expressos aqui na política pública de saúde.

Assim, o estudo ora apresentado indica como tendência da política de saúde a retração e refuncionalização do SUS, com a privatização e as parcerias público-privadas nesta área. Aqui em Pernambuco um exemplo destas parcerias encontra-se expresso nas

Fundações Públicas de Direito Privado (FPDP) e que estão realizando a gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e dos Hospitais Miguel Arraes, Dom Hélder Câmara e o Pelópidas Silveira. Em Ipojuca está previsto a abertura de uma UPA e que fará parte desta mesma estrutura e lógica mercantilista na área da saúde.

Identificamos ainda que o Programa Municipal de DST/HIV/Aids em Ipojuca vem na contramão do que preconiza o Ministério da Saúde no que se refere ao combate à epidemia de HIV/Aids. Um aspecto importante a ser analisado é a incorporação das diretrizes que fundamentaram a criação dos CTA no Brasil. No final da década de 1980, em contexto de forte estigma associado à doença e de reestruturação do sistema de saúde brasileiro, os CTA propunham a organização de um modelo de serviço inovador, que buscava superar as clássicas barreiras de acesso à rede de saúde e de modelos de serviços fundamentados na atenção médico-individual.

A análise do conjunto dos processos de trabalho predominante no CTA de Ipojuca, entretanto, indicou que as diretrizes que pressupunham a organização de um novo modelo de serviços não foram plenamente incorporadas pelo CTA, fato indicado pela insuficiência das atividades para promover a equidade, integralidade e práticas de saúde centrada na comunidade e nas necessidades individuais e coletivas da população. É possível que este aspecto venha colaborando para a baixa resolubilidade na oferta do diagnóstico, na ociosidade do serviço, na reduzida inclusão de grupos vulneráveis e com alta prevalência do HIV e principalmente na inexistência das atividades de educação e prevenção às DST/HIV/Aids no município atualmente.

São muitos os desafios em tempos complexos, a luta por condições dignas de vida e moradia; a defesa dos direitos sociais e acesso aos bens públicos; a luta por uma melhor distribuição de renda através do trabalho; a luta pela sobrevivência através do direito à saúde, etc. Todos esses dilemas rebatem no exercício profissional do assistente social, que precisa continuar lutando por condições éticas e técnicas de trabalho, por autonomia profissional nos diferentes espaços sócio-ocupacionais; pela defesa de atribuições e competências em consonância com o estatuto profissional historicamente conquistado com destaque para a Lei que regulamenta a profissão e o Código de Ética, para que possamos contribuir de fato ao que nos propomos, qual seja, garantir direitos aos usuários/as que demandam a nossa atuação.

Chegamos à conclusão de que vivemos tempos de políticas sociais regressivas, pelas quais direitos duramente conquistados são instituídos através do controle da população

usuária e da ênfase na capacidade individual dos sujeitos, destituindo-os do pertencimento de classe e do não acesso à riqueza socialmente produzida.

Neste contexto sócio-histórico, que nos exige capacidade reflexiva para análises profundas da realidade, e definição de ações críticas, acreditamos que é tempo de organizar a resistência e avançar na luta em defesa de uma sociedade fundada na emancipação humana. É tempo de afirmar que a luta coletiva permanece com imenso sentido e que podemos construir alternativas à barbárie.

Defendemos um projeto profissional, no âmbito do serviço social brasileiro que afirma princípios ético-políticos, valores e direção social radicalmente contrários a lógica da sociabilidade capitalista. São anos de construção desse projeto profissional, que traz as marcas e particularidades de diferentes gerações de profissionais que ousam instituir, no cotidiano, estratégias de luta e de resistência que nos possibilitam afirmar que, apesar dos tempos turbulentos de regressão dos direitos, a realidade é contraditória, aberta à dinâmica da luta de classes e à disputa de projetos societários e profissionais.

Vale ressaltar que o serviço social, trata-se de uma profissão cuja direção se contrapõe ao cenário sociopolítico e econômico de retração de direitos e de mercantilização dos serviços públicos, e acreditamos que este trabalho possa trazer elementos para reflexão sobre a melhoria da qualidade de vida das pessoas que possuem HIV/Aids, além de elementos pela busca e defesa dos direitos à saúde, em consonância e princípios do SUS. Diante disto, acreditamos que é possível realizar articulação com os diversos movimentos sociais organizados que lutam juntos em defesa da política pública de saúde para o controle e a diminuição da epidemia, e mais longevidade e qualidade de vida para as PVHA.

Por fim, a nossa análise não teve a pretensão de esgotar a discussão sobre a política de saúde e o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no município de Ipojuca, pois compreendemos que esta se apresenta como uma temática ampla e de múltiplas determinações. Principalmente porque Ipojuca é uma região que vivencia um processo recente de transformação e desenvolvimento, tornando-se mais complexa a sua análise, principalmente por se tratar de um processo que se encontra em curso e, portanto, em constante mudança, necessitando assim, de acompanhamento do desenrolar da história.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

ARCARY, Valério. **Um reformismo quase sem reformas:** uma crítica do governo Lula em defesa da revolução brasileira. São Paulo: Ed. Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2011.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO RECIFE. Prefeitura da Cidade do Recife, 2005. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Acesso em: 12 set. 2013.

BALANÇO DE GESTÃO 2013. Secretaria Estadual de Saúde. Governo do Estado de Pernambuco.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de política social. In: Mota, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Ed. Cortez, 2006.

_____. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de Direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Fundação Estatal:** metas, gestão profissional e direitos preservados. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2007.

_____. Política Social no Contexto da Crise Capitalista. In: _____. **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV-AIDS, Brasília, ano I, n.1, 2012. Até semana epidemiológica 52^a – dez. 2012.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HIV-AIDS. Brasília 2013. Ano II, N°01. Até semana epidemiológica 26^a- dez. 2013.

BOLETIM DST/AIDS. Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Ano 1, n. 6, 1º sem. jun. 2012.

BRAGA, Ruy. **A Política do Precariado:** do populismo à hegemonia lulista. São Paulo: Boitempo: USP, Programa de Pós-graduação em Sociologia, 2012.

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil – 1988.** São Paulo: Manole, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização e Funcionamento do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília, 2010.

_____. **Guia para a Formação de Profissionais de Saúde e Educação. Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, out. 2006.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Ed. Cortez, 2006.

BRAZ, Marcelo. Capitalismo, Crise e Lutas de Classes Contemporâneas: questões polêmicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 111, jul./set. 2012.

BRITO, Ana Maria et al. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar. /abr. 2000.

CARVALHO, Alex Moreira et al. **Aprendendo metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: O nome da rosa, 2000.

CASTELO, Rodrigo. **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia**: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

COMPLEXO INDUSTRIAL PORTUÁRIO DE SUAPE. Disponível em: <www.suape.pe.gov.br/>. Acesso em: 08 set. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

DIAS CARCANHOLO, Marcelo. Dependência e Superexploração da Força de Trabalho no Desenvolvimento Periférico. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL REG GEN: Alternativas à Globalização. Rio de Janeiro, Brasil UNESCO, Organización de las Naciones Unidas para La Educación, la ciencia y la cultura, 2005.

DANTAS, Auxiliadora Martins Gidrão. **Avaliação da qualidade do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) no município de Barra do Garças, MT**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Modalidade Profissional em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2012.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução: José Silveira Paes. São Paulo: Global 1984.

ESCORSIM NETTO, Leila. **O conservadorismo clássico**: elementos de caracterização e crítica. São Paulo: Cortez, 2011.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 5. ed. São Paulo: Globo, 2005.

FÓRUM SUAPE. Disponível em: <www.forumsuape.ning.com>. Acesso em: 12 mar. 2014.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, maio/jun. 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 20.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico metodológica. 19. ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2006.

_____. **Renovação e Conservadorismo no serviço social**: ensaios críticos. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 17. n. 50, abr. 1996.

_____. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICA APLICADA. IPEA. Disponível em: <www.ipea.gov.br/>. Acesso em: 16 set. 2012.

KERN, Francisco Arseli. Estratégias de fortalecimento no contexto da Aids. **Revista Serviço Social e Sociedade, Saúde, Qualidade de Vida e Direitos**, São Paulo, n. 74, 2003.

LÖWY, Michel. **Ideologia e Ciência Social**: elementos para uma análise marxista. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. Tradução de Álvaro Pina. São Paulo: Expressão popular, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MONTÃO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOTTA, Ana Elizabete (Org.). **O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina**: as ideologias da contrarreforma e o Serviço Social. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

MOTTA, Ana Elizabete (Org.). Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao serviço social brasileiro. In: _____. **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

MOTTA, Ana Elizabete (Org.). **O Mito da Assistência Social**: ensaios sobre Estado, política e sociedade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. A questão social na América Latina. **Temporalis**, Brasília, DF, A. 9 n.18, jul./dez. 2009.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Introdução ao estudo do Método de Marx**. São Paulo: Ed. Expressão Popular, 2011.

_____. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, a. 17, n. 50, abr. 1996.

_____. O Serviço Social e a tradição marxista. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, a. 10, n. 30, abr.1989.

PANIAGO, Maria Cristina Soares. As lutas defensivas do trabalho: contribuições problemáticas à emancipação. **Revista serviço social e sociedade**, São Paulo, a. 24, n 76, nov. 2003.

PERUSSO, Ilka Aquino de Oliveira. **Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**: uma experiência no Hospital Universitário do Recife. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20**: taylorismo, fordismo e toyotismo. São Paulo: Expressão popular, 2007.

PLANO PLURIANUAL ANO 2010 – 2013. Prefeitura de Ipojuca. Portal da Transparência da Prefeitura de Ipojuca. Disponível em: <<http://www.ipojuca.pe.gov.br/>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

POCHMANN, Marcio. **Desenvolvimento e perspectivas novas para o Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

PORTAL OFICIAL DA PREFEITURA DE IPOJUCA. Disponível em: <<http://www.ipojuca.pe.gov.br/>>. Acesso em: 08 set. 2013.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE. Disponível em: <<http://portaltransparencia.recife.pe.gov.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. PNUD. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Acesso em: 12 set. 2012.

SANTOS, Josiane Soares. **Neoconservadorismo pós-moderno e Serviço Social brasileiro**. São Paulo: Ed. Cortez, [200-?].

SANTOS, Josiane Soares. Particularidades da “questão social” no Brasil: mediações para seu debate na “era” Lula da Silva. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo. n. 111, jul./set. 2012.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Carla Glenda Souza. Serviço de Assistência Especializada (SAE): uma experiência profissional. **Revista de Psicologia e Ciência**, Brasília, v.27, n.1, mar. 2007.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Aids, trabalho e proteção social**: elementos para uma leitura crítica das condições de vida dos pacientes do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. 2000. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000.

_____. Desigualdade Social e Acesso às Políticas Sociais: A situação das pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil. In: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; SOARES, Raquel Cavalcante (Orgs.). **Desafios à vida**: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

TONET, Ivo. **Democracia ou Liberdade?** Maceió: Edufal, 1997.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. Determinantes Sociais da Saúde e Aids na Realidade brasileira. In: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; SOARES, Raquel Cavalcante (Org.). **Desafios à vida**: desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

YASBEK, Maria Carmelita. Serviço social como especialização do trabalho coletivo. In: _____. **Curso de capacitação em Serviço Social e política social, módulo 02**. Brasília: CEAD/CFESS/ABEPSS, 1999.