

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL ATRAVÉS DE CAMPANHAS PÚBLICAS

Danilo Brancalhão Berbel¹

Camila Carneiro Dias Rigolin²

Resumo: O presente artigo revisa parte da história das campanhas públicas de saúde no Brasil de maneira crítica, ressaltando passagens que exemplifiquem e forneçam uma visão abrangente sobre os conceitos de *educação em saúde* e *promoção da saúde*. O primeiro remete àquelas desenvolvidas a partir de 1925, que tinham por objetivo moldar o comportamento da população para uma vida mais saudável. A segunda, por sua vez, surge na década de 1980 e prevê mudanças organizacionais de comportamento, geralmente através da formulação de leis. Conclui-se que a abordagem da *promoção da saúde* obtém maior adesão dos cidadãos, contribuindo para a melhora da qualidade da saúde da população.

Palavras-chave: educação em saúde, promoção da saúde, campanhas públicas de saúde.

HEALTH EDUCATION AND PROMOTION ON BRAZIL THROUGH PUBLIC CAMPAIGNS

Abstract: This paper reviews part of the history of Brazilian health public campaigns, emphasizing certain chapters that exemplify and embrace the concepts of *health education* and *health promotion*. The first one refers to campaigns that first took place in 1925 and whose main goals were to shape population's behavior for a healthier life. The second one appears around 1980's decade and supports organizational changes of behavior, usually by law formulation. We conclude that the health promotion approach is more efficient, contributing to the improvement of population's health quality.

Key-words: health education, health promotion, public health campaigns.

¹ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos. E-mail: danberbel@hotmail.com.

² Doutora em Política Científica e Tecnológica pela UNICAMP. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos. E-mail: camilacarneiro.dias@gmail.com.

Introdução

Movimentos sociais, científicos e políticos sempre estiveram à frente das mudanças de comportamento da humanidade nos mais variados temas que a circundam. Erros e acertos marcaram o desenvolvimento de uma área de conhecimento essencial para a garantia de mais qualidade de vida para as pessoas: a saúde. Neste domínio, os conceitos de educação e promoção para a saúde são considerados paradigmas norteadores de modelos e abordagens de formulação de políticas públicas de saúde coletiva.

Mesmo antes da institucionalização destes conceitos, o Brasil já desenvolvia campanhas para melhoramento das condições sanitárias. Grandes transformações ocorreram desde então na formulação de estratégias de convencimento do público a aderir às campanhas em saúde. Diversas etapas fizeram parte do desenvolvimento do conhecimento nesta área, como pesquisas especializadas, a adesão aos conceitos da microbiologia de Pasteur, as campanhas de imunização coletiva de Oswaldo Cruz até a instauração de campanhas consideradas paradigmáticas nas últimas décadas do século XX, a exemplo da campanha de vacinação contra paralisia infantil e combate à disseminação do vírus HIV.

As campanhas têm por objetivo influenciar um público alvo durante um espaço de tempo determinado utilizando a comunicação (POLISTCHUCK, 1999). Não é possível detalhar quando foram criadas as primeiras campanhas de saúde no Brasil. Contudo, há registros de que, a partir da criação da Imprensa Régia em 1808, foram publicados mais de 1250 documentos governamentais, entre eles, “cartazes, volantes, sermões, panfletos e outras publicações (...)”, explica Ferreira (2004, p. 95). Parte deste material era direcionada aos moradores dos centros urbanos, representando um movimento ainda primitivo de campanha pública.

É importante ressaltar que as campanhas nem sempre adotaram tons didáticos ou informativos, com o objetivo de instruir a população a aderir às iniciativas de controle de doenças. Em 1904, o Rio de Janeiro foi palco da Revolta da Vacina, em que o Estado se valeu da sua autoridade através da formulação de lei e da força militar para impor à população a vacinação contra a varíola. O país passava por grave epidemia da doença e a população reagiu com manifestações públicas. Deste episódio, duas correntes se destacam nas abordagens das campanhas brasileiras de saúde pública: a educação em saúde e a promoção da saúde. Em alguns momentos da história das campanhas públicas de saúde no Brasil, estas abordagens se misturam, gerando resultados ora positivos, ora negativos.

Isto posto, o objetivo deste artigo é revisar criticamente alguns destes registros históricos, enfatizando cada modelo de campanha e suas contribuições para a sociedade. Neste sentido, a seção seguinte resgata os antecedentes que pontuaram a trajetória de institucionalização destes conceitos.

Pressupostos e precedentes da educação e da promoção da saúde

Duas propostas distintas, porém inter-relacionadas, surgiram, cada uma a seu tempo, com o objetivo de atrair a atenção das pessoas para as questões que envolvem saúde. De forma ampla, diz-se que a educação em saúde é a instrução para mudanças de comportamento pessoal em relação à própria saúde; enquanto a promoção da saúde se refere a uma macroestrutura organizacional e compreende uma mudança de comportamento de grupos sociais. Em síntese, uma tem como público-alvo o indivíduo, buscando modificar seu comportamento, enquanto outra ambiciona transformações nos padrões de conduta de grupos ou comunidades, através da formulação de leis, disponibilização gratuita de materiais durante campanhas, entre outras medidas.

Green e Kreuter (*apud* CANDEIAS, 1997, p. 210) fazem a diferenciação entre os conceitos de educação e promoção em saúde, em que educação em saúde é descrita como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. Neste contexto, os programas educativos são desenvolvidos em quatro diferentes ambientes: “a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões”.

Os primeiros programas de educação em saúde no Brasil surgiram por volta de 1925. A principal forma de intervenção social utilizada pelo governo brasileiro para este fim era a abordagem biomédica, cuja ênfase era direcionada para a doença e não para a saúde. Esta abordagem prioriza os fatores biológicos como causadores de enfermidades, determinando seu tratamento a partir da visão médica.

Por sua vez, a promoção em saúde deve ser entendida “como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde”, explica Candeias (1997, p. 210). Esta definição supera fatores comportamentais e prende-se “a uma teia de interações muito mais complexa, constituída pela cultura, por normas e pelo ambiente socioeconômico, cada um deles se associando com o significado histórico mais amplo do que se convencionou denominar de *estilo de vida*”.

De acordo com Oliveira (2005, p. 424), a expressão ‘promoção da saúde’ foi “usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro da *National Health and Welfare* (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá, Mark Lalonde, em um documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadianeses)”.

Ao comparar os dois conceitos, Candeias (1997, p. 211) destaca seus contrastes cognitivos:

a educação em saúde (...) procura desencadear mudanças de *comportamento individual*, enquanto que a promoção em

saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa a provocar mudanças de *comportamento organizacional*, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente porém não exclusivamente, por meio da legislação.

Para resgatar a trajetória de institucionalização das campanhas de saúde pública no Brasil e analisar a progressiva incorporação dos princípios de educação e promoção em saúde, nestas campanhas, é preciso recuar até o início do século XIX, período da transferência da corte portuguesa para o Brasil, em 1808. É neste momento histórico que surge o primeiro projeto de medicina social baseado na higiene pública e medicalização do espaço urbano.

O cenário nacional estava marcado pela ocorrência de muitos casos de lepra, beribéri, tuberculose e cólera. As ações governamentais giravam em torno de pequenos movimentos de controle sanitário nos portos, ruas e casas, com o objetivo era combater as doenças.

Com a chegada da corte portuguesa em 1808, o foco das ações governamentais começou a mudar. É neste período que são criadas as primeiras ações reguladoras e as duas primeiras escolas de medicina no país: o Colégio Médico-Cirúrgico, no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador, e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Contudo, apenas em 1829 ocorre a implantação da medicina social no Brasil, com a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

Ela irá apresentar um amplo programa que se estende desde a higiene à medicina legal; educação física das crianças; a questão dos enterros nas igrejas; denunciará a carência de hospitais; estabelecerá regulamentos sobre as farmácias; medidas para melhorar a assistência aos doentes mentais; denunciará também as casas insalubres e repletas de pessoas; e dará destaque ao saneamento. (NUNES, 2000, p. 254)

Este processo tornou-se conhecido como “ordem-moral-saúde”, em que a medicalização de instituições urbanas, como hospitais, escolas, fábricas e quartéis, tornou-se regra.

Entre 1890 e 1920, período que corresponde à instituição da República no país e ao primeiro momento de crescimento industrial (baseado, sobretudo, no setor têxtil), os trabalhadores começam a reivindicar melhores condições de saúde. Nos anos seguintes, conforme explica Nunes (2000, p. 257), as instituições médicas, como a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e a Academia Nacional de Medicina, defenderam o “saber médico e sua relação com o Estado” para combater as epidemias e exigir em troca a exclusividade do saber sobre a saúde.

No início do século passado, a febre amarela preocupava os pesquisadores, que buscavam identificar as causas da doença. “O caminho mais nobre para desvendar o mistério da febre amarela parecia enveredar muito mais pelas lentes microscópicas do que pelas asas de um insignificante inseto” (ALMEIDA, 2000). A principal corrente sustentava que a febre amarela era causada pelo bacilo icteróide, fundamentada nos trabalhos do médico italiano Giuseppe Sanarelli. Oswaldo Cruz, contudo, defendia a infecção através da picada do mosquito.

A construção da imagem de ‘saneador do país’ se iniciou já nos primeiros anos do século XX, momentos iniciais da carreira de Oswaldo Cruz como administrador da Saúde Pública, em consequência dos contatos com o grupo médico paulista, responsável pelos serviços públicos de saúde em São Paulo, sobretudo com relação ao extermínio dos mosquitos transmissores da febre amarela, um dos carros-chefe de sua campanha sanitária, ao lado da vacinação obrigatória e da matança dos ratos. (ALMEIDA, 2000)

Almeida (2000) afirma que, em 1903, o movimento de caça aos mosquitos liderado por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro foi apoiado nas práticas sanitárias paulistas: “essa campanha, ao lado de outras, como a da vacinação obrigatória contra varíola e o combate aos ratos transmissores da peste bubônica, marcou a história oficial da saúde pública do país”.

É neste ano, quando Francisco de Paula Rodrigues Alves assumiu a presidência do Brasil, que Oswaldo Cruz assumiu a Repartição Federal de Saúde Pública, com a meta de superar a varíola, a peste bubônica e a febre amarela. Para combater esta última, ele dividiu a cidade do Rio de Janeiro em dez distritos, com uma equipe médica em cada, com o objetivo de aperfeiçoar a operação mata-mosquitos. Para o combate à varíola, sua estratégia foi outra, como explica Benchimol (2000, p. 276):

O combate à varíola dependia da vacina. (...) Em junho de 1904, Oswaldo Cruz apresentou ao Congresso projeto de lei reinstaurando a obrigatoriedade da vacinação e revacinação em todo o país, com cláusulas rigorosas que incluíam multas aos refratários e a exigência de atestado para matrículas em escolas, acesso a empregos públicos, casamentos, viagens etc.

A lei foi aprovada no dia 31 de outubro, com a publicação nos jornais em nove de novembro. É neste cenário que ocorre a Revolta da Vacina, como ficou conhecida a manifestação popular contrária à decisão governamental de impor a imunização contra a varíola.

Moulin (2003, p. 501) descreve esta ocasião como uma “semana sangrenta no Rio de Janeiro, em 1904, durante a qual o governo federal enfrentou uma verdadeira

insurreição”. De acordo com a autora, esta imposição foi acompanhada de opressão policial, utilizando a força como ação para a saúde preventiva.

Esta medida acabou por colocar a população contra os cientistas e higienistas, que sustentavam a necessidade da vacinação. “A revolta durou do dia 10 a 23 de novembro de 1904. As forças repressivas mapearam a cidade e o estado de sítio foi decretado no Rio de Janeiro e Niterói”, afirma Nunes (2000, p. 260).

Este modelo de intervenção ficou conhecido como *sanitarismo campanhista*, em que o uso da força e da autoridade era o instrumento principal de ação. Segundo esta visão, os fins justificariam os meios. Característica marcante deste episódio é a falta de comunicação entre Estado e população sobre a importância da imunização e sua contextualização com a precariedade da saúde pública no país.

Apesar do autoritarismo do método, o modelo *campanhista* obteve importantes avanços no controle das doenças epidêmicas, como por exemplo, a erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro. Isso serviu de fortalecimento para o sanitarismo e para a microbiologia pasteuriana no país.

Este é um exemplo que não abrange nem a educação em saúde nem a promoção da saúde. A estratégia de aproximação dos órgãos públicos não pode ser considerada satisfatória, apesar de ter vacinado grande parte da população e a prevenido da varíola. A partir deste episódio, as campanhas de saúde começaram a ser formuladas visando à aproximação mais amistosa junto à população, assunto abordado a seguir.

A educação em saúde

As práticas instituídas por Oswaldo Cruz trouxeram grandes contribuições para a saúde pública, como a instituição do registro demográfico, que tinha por objetivo conhecer e mapear a população e os riscos endêmicos; a introdução do laboratório para diagnóstico etiológico e a fabricação de produtos profiláticos para uso da população.

Outras mudanças ocorreram na década de 1910, com as contribuições de Carlos Chagas³ para a saúde pública, e a partir da década de 1920, quando Geraldo Horácio de Paula Souza é designado diretor de Serviço Sanitário Estadual de São Paulo: “com ele inaugura-se, em 1925, a primeira reforma da fase chamada ‘médico-sanitária’, onde o projeto de saúde estará claramente vinculado às ações da Educação Sanitária, realizadas através dos Centros de Saúde” (NUNES, 2000, p. 259). O novo modelo estabelecido privilegia o caráter social de promoção e proteção à saúde. Neste caso, a atuação do Estado se dá através da ação educativa. As campanhas governamentais, portanto, tendem a adotar o formato da educação em saúde.

³ Chagas desenvolveu, entre outros marcos importantes, um trabalho completo sobre a doença produzida pelo *Tripanossoma cruzi*, que ficou conhecida internacionalmente como Doença de Chagas.

Uma das principais contribuições de Paula Souza para a saúde pública foi a criação de postos municipais de saúde de atendimento permanente, para uma possível erradicação de doenças. Estes postos foram implantados em cidades do interior, que ainda não tinham condições de cuidar de enfermidades. Para ele, cada posto municipal deveria oferecer atendimento abrangente com relação ao controle sanitário, à prevenção, ao controle e tratamento de doenças endêmicas, vacinação e exames laboratoriais. Era uma resposta às deficiências das campanhas sanitárias.

Esta reforma ficaria representada pela superação do modelo de polícia sanitária – em que vigilantes sanitários podiam inspecionar as casas populares e avaliar as condições de higiene do local – para a instituição da educação sanitária, que buscava a conscientização das pessoas através da educação quanto aos cuidados individuais para a prevenção de doenças.

Os centros de saúde tinham por objetivo atrair as pessoas para recebimento de atendimento médico, a localização de focos de endemias ou epidemias e a oferta de informações para a educação sanitária. Faria (2002) explica que a “reestruturação do serviço sanitário teve como meta a promoção de ações de saúde permanentes, menos voltadas para ações emergenciais de combate a doenças específicas”.

Para a implementação da proposta de Paula Souza, surgiram as educadoras sanitárias, que atuavam nos centros de saúde. Suas funções eram a elaboração de cartazes promocionais, conselhos de higiene, instruções aos usuários, elaboração de palestras e exposições. Este trabalho representa a inserção de campanhas localizadas de saúde, abrangendo as populações próximas às unidades de saúde.

Este episódio marca o início da utilização da educação em saúde, que é evidenciada pelo objetivo conduzir o comportamento individual dos grupos sociais para adoção de “práticas saudáveis”, ou seja, um conjunto de atitudes que resultariam em melhora na qualidade de vida e diminuição das doenças.

Paula Souza se manteve à frente do Serviço Sanitário até 1927, quando deixou o cargo para se dedicar às atividades do Instituto de Higiene. Neste ano, “operavam no estado 45 centros de saúde e postos de higiene encarregados de prestar atendimento geral à população, além da realização de pesquisas laboratoriais”, explica Faria (2002).

Seguindo recomendações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), inicia-se, em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que se configura como o primeiro programa de medicina simplificada do governo Federal. O resultado é a expansão do atendimento na rede pública ambulatorial.

Em 1977, ocorre a IV Reunião dos Ministros das Américas, em que se discute a necessidade de incentivo da participação comunitária para ampliação dos serviços de saúde: “os indivíduos deveriam conhecer melhor suas próprias condições de saúde, de modo que, a partir disto, pudessem se transformar em agentes interessados em promover seu próprio desenvolvimento” (RICE e CANDEIAS, 1989, p. 348).

Para disseminação dessas ideias, apostaram-se na divulgação de materiais em meios de comunicação, em aulas didáticas e palestras em centros de saúde, escolas,

igrejas e outros espaços de comunidades. Aliado a isso, a atenção integral à saúde se baseava na regionalização de atendimento, hierarquização de serviços, disponibilização de tecnologias simplificadas e participação da comunidade (PAIM, 2001).

Rice e Candeias (1989, p. 348-349) elencam alguns aspectos negativos da iniciativa, como o

enfoque curativo tradicional, em detrimento da prevenção, no sistema de atendimento médico-sanitário; falta de integração dos membros da comunidade com a equipe de saúde; ausência de enfoques multisetoriais; ceticismo por parte do pessoal quanto à proposta de trabalhar conjuntamente com a comunidade e, finalmente, falta de pessoal qualificado para promover atividades comunitárias na área de educação em saúde.

Em síntese, a atuação através do conceito de educação em saúde já não era mais suficiente para suprir as necessidades identificadas, porque não abrangia métodos preventivos para a saúde nem possibilidades de diálogo com o usuário. Estas lacunas evidenciaram a necessidade de implantação de novas abordagens, como as baseadas no conceito de promoção da saúde, que é revisto na seção seguinte.

A promoção da saúde

Com o objetivo de tentar reverter o quadro de crise na saúde, o governo instituiu, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Seus membros eram técnicos ligados ao movimento sanitário, “o que dá início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários” (POLIGNANO, 2010, p. 20).

O plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAZ. (POLIGNANO, 2010, p. 20)

As propostas racionalizadoras do movimento sanitário são, então, ampliadas. A Reforma Sanitária “propunha uma totalidade de mudanças que passava pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas, implicando, em última análise, a reorganização das práticas de saúde” (PAIM, 2001, p. 2).

A OMS propôs uma nova abordagem em 1982, em que os profissionais envolvidos se portassem como membros da comunidade, para entenderem o conhecimento local em saúde, suas crenças e soluções e problemas que são vivenciados. Trata-se de um modelo inspirado nas metodologias participativas e identificadas com os princípios da abordagem conhecida por pesquisa-ação, preceitos incorporados na Declaração de Alma-Ata, de 1978⁴. No ano seguinte, como uma consequência desta ação, a OMS sugeriu que as políticas de saúde fossem planejadas para contingentes locais.

O governo brasileiro respondeu com a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), cujas medidas abrangiam os Ministérios da Previdência, da Saúde e da Educação, com a proposta de integrar ações curativas, preventivas e educativas para a saúde: “assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários”, explica Polignano (2010, p. 20).

É nesta época que as políticas de saúde se afastam do modelo de educação em saúde, passando a uma visão mais abrangente, que resulta na promoção da saúde. Este período compreende a transição democrática e o fim do regime militar. Com o avanço dos anos, essa tendência foi se reforçando.

Em 1986, ocorreu a Reunião Internacional para a Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. Deste encontro, foi publicada: “A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde”, que enfatiza a ação comunitária, mas não se refere mais à educação em saúde. Para Oliveira (2005, p. 424), este documento representa a formulação de uma base ideológica no campo da promoção da saúde. “A Carta de Ottawa define a promoção da saúde como o processo através do qual indivíduos são capacitados para ter maior controle sobre e melhorar a própria saúde, o que significa o reconhecimento da importância do poder e do controle para a promoção da saúde”.

A promoção da saúde engloba ações governamentais, como a proposição de leis e desenvolvimento de campanhas nacionais. Não se restringe à informação de que fumar, por exemplo, pode ser prejudicial para a saúde, mas se estende à proibição do uso de cigarros e outros produtos similares em ambientes fechados, o banimento de sua publicidade em canais de televisão e eventos esportivos, entre outros. Também é reconhecido como meio de ação da promoção da saúde a disponibilização gratuita de medicamentos em unidades de saúde.

A Constituição de 1988 abriu novos horizontes para a saúde pública, como estender o direito à saúde a todos os cidadãos, através da criação do Sistema Único de

⁴ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, organizada pela OMS em setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, antiga URSS.

Saúde (SUS). A década de 1990 trouxe novas perspectivas, com a consolidação da promoção da saúde na formulação das campanhas nacionais.

Deve-se entender que a transição de uma abordagem para outra não ocorre de maneira mecânica. Por isso, é possível identificar características da educação em saúde em campanhas realizadas a partir da década de 1990. Neste contexto, é desenvolvida no Brasil campanha governamental de prevenção à Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, tema abordado a seguir.

Campanha brasileira de prevenção à Aids

A partir de 1986, seguindo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil iniciou o desenvolvimento de campanhas de prevenção de HIV/Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) através de mecanismos de *marketing social*. Os meios de comunicação foram utilizados como dissipadores desses conteúdos, com destaque para a televisão. Parte destas campanhas ganhou destaque internacional, tornando o Brasil uma referência na promoção destes trabalhos. Entre 1986 e 2000, foram produzidos mais de 70 anúncios televisivos sobre essa temática pelo Governo Federal (SANTOS; OLIVEIRA, 2010).

Nos primeiros anos, as campanhas tratavam o HIV/Aids como “doença que vinha de fora”. Este viés foi abandonado quando os índices de infecção foram crescendo no país. Entre 1994 e 2000, o tom passou para a responsabilização da mulher para com os cuidados com a própria saúde. A partir do ano 2000, a ênfase se deu no uso do preservativo masculino (a camisinha) e os homens voltaram a ser tema das campanhas.

De acordo com Polistchuck (1999), um dos principais fatores que contribuíram para o reconhecimento internacional das campanhas brasileiras foi o fornecimento gratuito para os portadores da infecção, através do Ministério da Saúde, das medicações do “coquetel” prescrito pelo receituário médico. “Este procedimento é único, no mundo, e foi bastante elogiado por autoridades científicas na Conferência Mundial de AIDS, em Genebra, em julho de 1998”, afirma a autora (POLISTCHUCK, 1999, p. 52).

Para Polistchuck (1999), os materiais veiculados pelas mídias (televisão, rádio e impressos), por outro lado, trazem poucas informações sobre a doença, são difundidos em períodos esparsos de tempo, com ênfase para a época de carnaval. Atualmente, o governo brasileiro também mantém um *website* na internet (www.aids.gov.br), com informações, materiais de campanha e outros conteúdos sobre o assunto.

No Brasil, disputas políticas, soluções pautadas em grupos de risco⁵ e outras medidas significaram perda de tempo no desenvolvimento de campanhas e políticas

⁵ Inicialmente, observou-se que a incidência de Aids ocorria em maior escala em homossexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo e/ou pacientes portadores de doenças hematológicas, que necessitassem de transfusões sanguíneas periódicas. Com o passar do tempo, observou-se que já não

de prevenção da Aids. Não houve investimentos suficientes em estudos nas décadas de 1980 e 1990 no país (POLISTCHUCK, 1999).

A autora (*op.cit.*, p. 60), contudo, afirma que “a única forma atual que se conhece para evitar a contaminação pelo vírus da AIDS está relacionada com mudanças no comportamento sexual, no uso de drogas e nos cuidados a serem tomados com a transfusão de sangue e seus derivados”. Assim, ainda segundo a autora, as campanhas dirigidas à mudança individual de comportamento estariam surtindo efeito. Neste caso, o termo “individual” pressupõe que a nova forma de conduta deve ser adotada por ambos os parceiros sexuais.

Santos e Oliveira (2010) criticam o viés individualista das campanhas brasileiras da década de 1990 de prevenção de Aids. Como exemplo deste referencial biomédico, são citados os temas de algumas dessas campanhas: “Se você não se cuidar a AIDS vai te pegar” (1991), “Quem se ama se cuida” (1995), “Viver sem AIDS só depende de você” (1999), “Prevenir é tão fácil quanto pegar” (2000).

Para Santos e Oliveira (2010, p. 3), “no geral, as abordagens centram-se na conscientização do risco e da necessidade de negociar o sexo seguro com o parceiro, sem levar em conta as condições estruturais que definem posições de poder e subordinação”. As campanhas estariam, segundo este ponto de vista, apoiadas em uma visão simplista das relações entre os parceiros sexuais, ignorando aspectos decisivos para a utilização de métodos contraceptivos e preventivos.

Outro problema apontado pelos autores é o tratamento diferenciado sobre a questão de gênero. As campanhas apontariam a mulher como responsável pela saúde e o homem como responsável pela transmissão do vírus. Não há tratamento balanceado para conscientização de que homens e mulheres têm responsabilidades equiparáveis quanto à transmissão de HIV/Aids, tanto em relações heterossexuais quanto em homossexuais.

O público-alvo, que seriam as mulheres brasileiras sexualmente ativas, é transformado em uma mulher padrão capaz de assumir a responsabilidade da prevenção. Assim, os autores (SANTOS; OLIVEIRA, 2010) consideram as campanhas brasileiras de prevenção de HIV/Aids orientadas por viés individualista, direcionada a uma mulher abstrata e sem conexão com o contexto social.

Conforme revisado anteriormente, esta postura se refere à educação em saúde, cujas atitudes individuais são priorizadas em vez de ações destinadas para quantidades mais abrangentes da população. O risco não estaria no HIV, propriamente dito, mas no comportamento sexual das pessoas, que significaria um risco de proliferação de doenças. “Aceitar este argumento significa entender como problemático o pressuposto de que a capacidade de cuidar de si, que é a meta principal das campanhas de prevenção ao HIV/AIDS, representaria, de forma absoluta, um exercício de poder e liberdade” (SANTOS; OLIVEIRA, 2010, p. 11).

era mais possível distinguir grupos de risco, visto que toda a população sexualmente ativa poderia contrair a doença. Além da estratégia equivocada que associava, negativamente, estas pessoas a “potenciais portadores/transmissores”, alimentando preconceitos, segregações etc.

As campanhas nacionais de prevenção à Aids, contudo, não se limitaram à difusão de informações sobre como evitar a doença, mas contam também com a distribuição gratuita de preservativos que contribuem com o objetivo final. Algumas experiências foram identificadas como problemáticas, aumentando a necessidade de se repensar a maneira de formular as campanhas e propor novas ideias.

Em 2004, foi lançada campanha no Dia Mundial da Luta contra a Aids⁶ alertando sobre os riscos de transmissão do HIV e da sífilis durante a gestação. Com o slogan “Exija o teste de aids e sífilis no pré-natal. É um direito seu o do seu bebê”, campanha estimulava a busca pelos cuidados médicos em postos de saúde do SUS. Nos cartazes de divulgação havia a informação: “Se precisar, o tratamento é gratuito para você e para o bebê. Seu filho pode nascer saudável” (BRASIL, 2011). A campanha abrange informação e disponibilização de tratamentos, expandindo a abrangência da educação em saúde e assumindo características específicas da promoção em saúde.

Em 2009, a campanha “Muito prazer – sexo sem DST” buscou outra dinâmica em sua abordagem. “Reconhecendo a dificuldade da população em identificar os sinais e sintomas das DST, de falar sobre sexualidade com seus parceiros e de procurar tratamento no serviço de saúde, a campanha tem três focos: reconhecer, tratar e alertar” (BRASIL, 2011). O trabalho foi lançado na Festa do Peão de Barretos, que reúne artistas da música sertaneja considerados modelos para os jovens. No estande montado na festa, foram realizadas ações educativas sobre as doenças sexualmente transmissíveis. “A ideia é que através de uma roleta sejam feitas perguntas relacionadas ao tema da Campanha, com distribuição de prêmios para quem acertar as respostas” (BRASIL, 2011). O trabalho contou com a distribuição de materiais educativos e 100 mil camisinhas.

Conclusão

A promoção da saúde se assemelha a um processo mais humanitário quanto à abordagem junto ao cidadão, que não necessita apenas de informações para manter os cuidados com a própria saúde, mas também de estruturas que garantam seus direitos previstos na Constituição. Neste sentido, a oferta de serviços e de informações se torna indispensável.

Antes das contribuições da educação e da promoção da saúde para as campanhas públicas, os materiais eram limitados e insuficientes. Existe, atualmente, uma mobilização maior de recursos financeiros e humanos para conscientização e orientação da população quanto aos benefícios de sua adesão. São utilizados meios de comunicação para atração da atenção do público ao invés da força: a estratégia é o convencimento, de forma a promover a aceitação legítima dos preceitos de saúde. A autoridade científica desempenha papel fundamental neste processo de negociação de sentidos e convencimento do público. A televisão, o rádio, os jornais, as revistas e a internet são os principais meios de promoção de campanhas – recursos indisponíveis

⁶ Comemorado no dia 1º de dezembro.

ou limitados a uma minoria alfabetizada na época de Oswaldo Cruz. Outros recursos de campanhas são a distribuição de materiais pedagógico-educativos, como cartilhas, *folders*, adesivos e manuais; a disponibilização de medicamentos, tratamentos médicos e acompanhamento dos pacientes em unidades de saúde; e a introdução de campanhas educativas em escolas e outros ambientes de aprendizagem.

A comunicação passou por um processo de aprimoramento que resultou em grande aceitação por parte do público com relação à adesão às campanhas. Em 2010, por exemplo, aproximadamente 81 milhões de pessoas foram vacinadas em campanha de prevenção à Influenza A (H1N1), atingindo 42% da população brasileira. Segundo o Ministério da Saúde, “esta já é a maior vacinação já ocorrida no mundo, superando os 67 milhões de imunizados contra a rubéola no Brasil em 2008” (BRASIL, 2010). Também superou as campanhas contra a Influenza A realizadas em outros países, como nos Estados Unidos, onde os 26% da população total foram imunizados, 24% no México e 17% na Suíça.

Atualmente, as campanhas de saúde desenvolvidas no Brasil obtêm melhores resultados devido a sua abordagem, ligada à promoção da saúde. Este conceito, portanto, recebe o respaldo de atividades bem sucedidas, dando credibilidade e estimulando a formulação das novas campanhas. É importante que avaliações periódicas sejam realizadas com o objetivo de averiguar o desenvolvimento das campanhas e sua qualidade na prestação de serviço a seu público-alvo.

Referências

ALMEIDA, Marta de. *Combates sanitários e embates científicos: Emílio Ribas e a febre amarela em São Paulo*. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, v. VI, n. 3, p. 577-607, nov. 1999 - fev. 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702000000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2010.

BENCHIMOL, Jaime Larry. *A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.

BRASIL. *Balanço parcial da vacinação contra a gripe A (H1N1)*. Ministério da Saúde. Brasília, junho de 2010.

BRASIL. *Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais*. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em abril de 2011.

CANDEIAS, Nelly Martins F. *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*. Saúde Pública, v. 31, n. 2, p. 209-13, 1997.

FARIA, Lina. *A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas*. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, v. IX, n. 3, set-dez, p. 561-90. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000300005&lng=en&nrm=iso>, acesso em novembro de 2010.

FERREIRA, Luiz Otávio. *Negócio, política, ciência e vice-versa: uma história institucional do jornalismo médico brasileiro entre 1827 e 1843*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 11 (suplemento 1), p. 93-107, 2004.

MOULIN, Anne Marie. *A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol. 10 (suplemento 2), p. 499-517, 2003.

NUNES, Everardo Duarte. *Sobre a história da saúde pública: ideias e autores*. Ciência & Saúde Coletiva, n. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. *A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Maio-junho; v. 13, n. 3, p. 423-31, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. *Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde*. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 2001.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Disponível em:
<<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>, acesso em outubro de 2010.

POLISTCHUCK, Ilana. *Campanhas de saúde pela televisão: a campanha de Aids da Rede Globo*. 1999. 158 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Rio de Janeiro.

RICE, Marilyn. CANDEIAS, Nelly Martins F. *Padrões mínimos da prática da educação em saúde – um projeto pioneiro*. Saúde Pública, São Paulo: n. 23, p. 347-53, 1989.

SANTOS, Luís Henrique S. dos; OLIVEIRA, Dora Lúcia C. L. *Gênero e risco de HIV/Aids nas campanhas de educação em saúde através da mídia*. GT: Gênero, Sexualidade e Educação, n. 23. Disponível em:
<<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT23-2294--Int.pdf>>. Acesso em dezembro de 2010.