

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**POLÍTICA DE CONTROLE AO HIV/AIDS NO BRASIL: O LUGAR DA  
PREVENÇÃO NESSA TRAJETÓRIA**

**FATIMA MARIA GOMES DA ROCHA**

**ORIENTADORA:**

**REGINA C.A .BODSTEIN**

**CO-ORIENTADORA:**

**ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS**

**RIO DE JANEIRO**

**ABRIL 1999**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
ÁREA SAÚDE E SOCIEDADE**

**POLÍTICA DE CONTROLE AO HIV/AIDS NO BRASIL: O LUGAR DA  
PREVENÇÃO NESSA TRAJETÓRIA**

**FATIMA MARIA GOMES DA ROCHA**

**Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública como requisito  
parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências na Área da Saúde  
Pública**

**ORIENTADORA:**

**REGINA C.A .BODSTEIN**

**CO-ORIENTADORA:**

**ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS**

**RIO DE JANEIRO**

**ABRIL 1999**

**Ao querido “ego-  
auxiliar” Maurício  
Tellaroli e ao batalhador  
Rodolfo Skarda, por  
manterem ainda viva a  
minha emoção, como  
nos primeiros tempos  
da luta contra a  
epidemia da AIDS**

## AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, Manuel e Lucília, por estarem sempre me ensinando o valor do respeito à diferença, matéria-prima fundamental no trabalho de AIDS.

À minha orientadora Regina Bodstein por ter sabido respeitar às idiossincrasias desta aluna e os “tempos” constantemente alterados.

À Beth Moreira pela confiança depositada mesmo nos períodos em que eu estava mais “custosa”.

À Monique Miranda pelo companheirismo neste período difícil de elaboração de dissertação.

Aos amigos do Programa Estadual de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde, que mesmo nos tempos adversos, realizam seu trabalho com dignidade e ética.

À Margarete Ferreira, Jane Portella, Nilo Martinez, Felipe, Rosinha, Roseane, Sonia Lacerda, companheiros do campo da prevenção em DST/AIDS. É bom saber que é/foi possível compartilhar com vocês alguns das minhas utopias e construir projetos de vida na atual política de saúde desse país.

À Denise Pires pelo incentivo durante a realização desse trabalho e pela leitura atenta dos manuscritos.

À Kátia Sanches pelo auxílio “luxuoso” na busca de bibliografias.

A Ana Eppinghaus com seu humor “irritante” e a paciente Rozidaili que compreenderam minhas ausências em Niterói .

Ao grupo de entrevistados que tiveram absoluta disponibilidade em realizar as entrevistas, tornando possível repensar as minhas certezas da política de prevenção.

À Sueli Deslandes pelos comentários “didáticos” feitos durante a realização do exame de qualificação.

À amiga Henriette pela tradução.

À Rosana e Teresa pela acolhida terapêutica.



## **RESUMO**

Este trabalho resgata aspectos da trajetória histórica da política oficial de prevenção à AIDS no Brasil, focalizando as questões relativas ao campo da transmissão sexual. Investigamos os paradigmas presentes no processo de formação dessa política, refletindo ainda sobre os seus atuais desafios – pauperização da epidemia e avanços terapêuticos.

O estudo da questão contemplou os depoimentos de pessoas-chaves na formulação e implementação das respostas políticas institucionais no âmbito do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e Secretaria Municipal de Saúde do Rio, incluindo ainda dois representantes de instâncias não-governamentais. Procuramos através dos discursos desses atores identificar o lugar que a prevenção vem ocupado historicamente e o sentido de sua contribuição na implementação da política de controle à AIDS. Complementamos o trabalho de campo com as análises sobre os documentos oficiais.

A análise identificou que a dinâmica da história da política de prevenção à AIDS tem sido feita através do jogo de relações dos interesses entre os diversos atores envolvidos. A normatização dos comportamentos esteve presente de forma importante nessa trajetória, demonstrando a importância da inculcação de normas morais no direcionamento das estratégias educativas. Observou-se ainda tendência a mudança no direcionamento da política de controle e prevenção, ameaçando conquistas e a inversão de investimentos realizadas até então.

A proposta de vulnerabilidade e o paradigma da promoção à saúde foram considerados referências importantes para a implementação das políticas atuais, contribuindo para integração das ações de prevenção e assistência e para articulação com outras instâncias situadas fora da área da saúde.

**Palavras-chaves: AIDS, Prevenção, Políticas Públicas**

## **ABSTRACT**

This research tries to recover some aspects of the historical course taken by the Brazilian formal policies related to AIDS prevention; it also points out some questions regarding the sexual transmission, as well as the paradigms that are present in the process of shaping this policy and its present challenges: marginalized populations are increasingly becoming infected with HIV and the therapeutic advances.

This research took as source key people's speech, responsible for the formulation and implementation of these policies through the Ministry of Health, the Secretaries of Health of Rio de Janeiro State and Rio de Janeiro City and also two representatives of the non-governmental sector. In this way, we have tried to identify the place that prevention historically occupies. And also their contribution towards the implementations of AIDS control policies. The thesis was complemented by a fieldwork attempting to analyze formal documents.

In the analysis, we have identified that the historical dynamics of the AIDS prevention policies has been made through multiple interest relationships among the various involved actors. Behavior normalization were present in an important way in this trajectory. This fact shows that the inculcation of moral rules is an important point in directing educational strategies. The trend towards change in the course of the control and prevention policy was also observed. This threatens previous conquests and inverts investments already performed until now.

The proposal of vulnerability and the health promotion paradigm were considered as important references to the implementation of present policies, contributing to the integration of the prevention and assistance actions, as well as for the articulation with other instances located out of the health area.

**Key Words: AIDS, Prevention, Public Policies**

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
<b>CAPÍTULO I- RESPOSTAS INSTITUCIONAIS – A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO DISCURSO NA SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>13</b>
Múltiplos Ecos.....	13
Um pouco da história- breve retrospectiva internacional.....	14
<b>CAPÍTULO II – RUMOS DA POLÍTICA DE CONTROLE DA AIDS NO BRASIL.....</b>	<b>24</b>
(Re)contando a Trajetória Brasileira.....	25
<b>CAPÍTULO III- PREVENÇÃO – SENTIDO(S) DESTA PRÁTICA.....</b>	<b>46</b>
“Prevenção: sem bala mágica terapêutica, o único caminho a seguir.....	47
Os Paradigmas das Experiências .....	49
Contexto Brasileiro- Modelos Comportamentais x Processo Educativo Crítico.....	56
<b>CAPÍTULO IV- O(S) CAMINHO(S) DA(S) EXPERIÊNCIA(S) – O QUE CONTAMOS SOBRE ELE(S).....</b>	<b>64</b>
Campo das Intervenções Preventivas.....	65
Fragmentação do Campo.....	79
Lugar da Prevenção.....	82

<b>Novo Desafio para o Campo da Prevenção: Desigualdade Social.....</b>	<b>89</b>
<b>Avanços Terapêuticos e os Caminhos da Prevenção.....</b>	<b>95</b>

<b>CAPITULO V – BALANÇO DO PANORAMA APRESENTADO E NOTAS PROSPECTIVAS.....</b>	<b>108</b>
---	------------

<b>Um Futuro Para Todos?.....</b>	<b>109</b>
-----------------------------------	------------

## **REFERÊNCIAS**

<b>BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>115</b>
----------------------------	------------

## INTRODUÇÃO

Desde 1989 trabalho no campo da AIDS, mais especificamente com a questão do planejamento da política de prevenção de AIDS junto a organismos governamentais. Nestes quase dez anos, foi possível vivenciar a construção da política de prevenção nos diferentes níveis hierárquicos do sistema de saúde brasileiro. Primeiramente, atuando na Coordenação Estadual de DST/AIDS do Rio de Janeiro, depois em uma breve passagem no que antigamente era denominado Programa Nacional de DST/AIDS, atualmente Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde e mais recentemente vinculada a um Programa Municipal, na Assessoria de DST/AIDS da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

A trajetória vivenciada neste período foi marcada pelo sentimento de que o surgimento desta doença inaugurava novos desafios para as políticas públicas, incorporando de uma forma singular o que nós, profissionais da área, entendemos por Saúde Coletiva - uma gama de questões e perspectivas que ultrapassam em muito o campo do naturalismo biologicista da medicina, implicando uma diversidade de leituras e, permitindo uma ruptura com a concepção tradicional de prevenção e saúde pública, pois que evidencia a dimensão histórica e os próprios valores presentes no processo de adoecer.

Os saberes biológicos se viram limitados por suas próprias amarras, possibilitando que a área da saúde (re)visse os conceitos de normalidade, de patológico e reconhecesse as categorias da diversidade e da diferença como questões fundamentais presentes na vida humana.

As respostas que foram construídas neste processo guardam esta marca, fazendo do campo de trabalho da AIDS um lugar privilegiado para os questionamentos aos sistemas vigentes e de criação, por conseguinte, de novas formas de enfrentamento do fenômeno epidêmico. Paradoxalmente, as imensas dificuldades que isto porventura causou aos profissionais envolvidos com a área, talvez também tenha sido a grande fonte de renovação e de paixão para o desenvolvimento dos trabalhos

na área. Um verdadeiro desafio de vida; de compreensão e de reinvenção de práticas de vida.

Nunca é demais destacar neste caminhar o ineditismo das atuações das Organizações Não-Governamentais (ONG). Estas entidades, representando os direitos dos portadores do HIV/AIDS, certamente contribuíram de uma maneira singular para confrontar diretrizes autoritárias e preconceituosas que foram surgindo no lastro da epidemia, criando a possibilidade de reversão de medidas medicalizadoras e controlistas no âmbito da saúde. O papel desempenhado por estas organizações fortaleceu a necessidade de se redirecionar a política de saúde pública, dando um caráter de prioridade às intervenções na área da AIDS. Para atuar neste cenário foi imperiosa a necessidade do diálogo entre os setores governamentais e estas instituições, bem como entre estas e os próprios profissionais de saúde, buscando com estas parcerias romper com a imagem que Carrara (1994) tão bem definiu - *como se o doente estivesse para a sociedade, como o vírus está para o corpo*.

As ONG foram sem dúvida um vetor fundamental de pressão, conferindo um sentido político e ético às políticas públicas de controle da epidemia. O resgate da dignidade e dos direitos dos portadores do HIV transformaram-se em signos fundamentais nesta luta, fazendo ecoar no campo dos números frios da epidemiologia, que embasam a área da prevenção, a representação de um drama individual e coletivo (Parker, et al, 1994). “Sem reações fortes originadas na comunidade, os melhores recursos do sistema de saúde público não serão capazes de enfrentar a crise da AIDS “ (Altman,1996:21).

Nesta década, novos fatores começam a se agregar, ameaçando transformar as formas de enfrentamento da epidemia e, trazendo a possibilidade de retorno às práticas tradicionais de intervenção da saúde pública. O contexto de pauperização da epidemia, os avanços significativos nos tratamentos aos portadores do HIV/AIDS e o arrefecimento da luta política das ONG passam a merecer destaque na agenda nacional, se incorporando como eixos fundamentais de análise para o nosso entendimento sobre as respostas das políticas públicas em relação à epidemia.

Propomos refletir sobre este panorama através da área da prevenção, tendo em vista a nossa vinculação a este setor. Na verdade, a idéia desta dissertação surge a

partir das experiências desses anos, sendo muitas vezes limitada por elas. As indagações e as angústias que este novo cenário apresenta motivaram a realização deste trabalho.

A prevenção, considerada como elemento chave de qualquer programa de controle da AIDS, parece ter passado por um período de arrefecimento, após o anúncio, em 1996, na XI Conferência Internacional de AIDS, da descoberta de novos medicamentos mais eficazes no combate a epidemia. Talvez, isto implique um novo papel para esta área, obrigando os planejadores a uma revisão de sua trajetória.

A análise sobre a política de prevenção irá focalizar basicamente a questão da transmissão por via sexual, principal fator de risco desta epidemia. O primeiro capítulo apresenta uma panorama das respostas dadas à epidemia no âmbito internacional, formulando algumas indagações sobre as tendências atuais. O segundo capítulo introduz a trajetória da política brasileira de controle e prevenção da AIDS e o novo cenário atual. Já no capítulo terceiro discorreremos sobre a política de prevenção brasileira, recortando os paradigmas que a informaram/informam. No quarto capítulo, analisamos os documentos oficiais da prevenção, identificando os conceitos normatizantes e moralizantes presentes, bem como os discursos dos gestores do Programa da área federal, do estado do Rio de Janeiro e do município do Rio de Janeiro a respeito da história da prevenção e as perspectivas atuais diante da pauperização da epidemia e dos avanços terapêuticos. No último capítulo, resgatamos os conteúdos abordados anteriormente e as perspectivas possíveis diante do novo cenário.

## **CAPÍTULO I - RESPOSTAS INSTITUCIONAIS - A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO DISCURSO NA SAÚDE PÚBLICA**

## Múltiplos Ecos

Há mais de dezesseis anos convivemos com a epidemia da AIDS. A complexidade das dimensões envolvidas nesta doença a tornaram um símbolo, quase metáfora dos tempos modernos. Ela é uma pandemia, espalhada por todos os continentes em um curto espaço de tempo, graças às facilidades dos meios de comunicação. A profusão de informações científicas, leigas e, também, de preconceitos foram difundidos em ritmo acelerado por esta rede de comunicação. As fraturas sociais - a desigualdade econômica, a limitada capacidade do nosso sistema de saúde e sua permanente crise - ficaram muito mais expostas. São colocados também em evidência os marginalizados de toda a ordem. Espelho de um mundo em turbilhão, “do caos reinante”; as respostas pareceram, a princípio, inviáveis.

Foi como se a emergência da AIDS recordasse a humanidade da necessidade do enfrentamento de uma série de questões, que em alguns casos estavam sendo tratadas com descaso ou simplesmente ignoradas, e que dizem respeito não só à política de saúde, mas também à ética, à moralidade, mas principalmente a novas possibilidades de exercício de cidadania.

Como responder então ao desafio imposto por uma epidemia multifacetada como a sociedade moderna e tão desigual como ela? Como lidar com uma doença com um potencial provocador de transformação social, questionadora da própria normalidade estabelecida? Como separar nesse amplo espectro as diversas facetas desse enorme problema contemporâneo, para melhor perceber as diferentes estratégias de enfrentamento necessárias, possíveis, viáveis?

Responder a estas indagações implicou a reorganização de governos e da sociedade civil, a fim de encontrarem respostas para um dos mais graves problemas de saúde pública deste final de século.

O debate acerca dos problemas que se construíram em torno da vivência da epidemia, impôs a interlocução com diferentes saberes para sua compreensão. Nunca é demais sinalizar que a complexidade da própria epidemia apontou com clareza as limitações das intervenções circunscritas à área da saúde, impondo a necessidade de articulação com outras instituições para conter o seu avanço. Ou seja, o controle desta epidemia não pode se restringir simplesmente ao

enfrentamento da doença, mas implica uma transformação maior de toda a sociedade, desnudando a dimensão política das práticas sanitárias.

Neste enredo, o Estado também não pode ser visto como a “única instância ... fundamental no agenciamento político das práticas sanitárias”, reconhecendo-se “o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e articulações” (Birman,1991:10). As políticas públicas se constituem assim, no espaço de confronto e negociação das demandas coletivas, envolvendo a área governamental (da saúde ou fora dela) e as instâncias da sociedade civil.

Entendemos que este deveria ser o marco de referência orientador das respostas das políticas públicas. Para melhor compreendermos como tem sido enfrentada esta epidemia, é importante que percorramos o desenvolvimento da construção da política de controle da AIDS, identificando as principais características que marcaram este período. O mapeamento destas questões têm uma importância central para iluminar a direção das futuras políticas a serem formuladas (Mann, 1992a).

#### **Um pouco da história - breve retrospectiva internacional**

A proposta de percorrer a história da política da AIDS, apresenta algumas limitações, na medida em que as narrativas ainda estão sendo construídas, sendo sempre fragmentado e inacessível por completo o seu conteúdo. Sendo assim, é possível apenas delinear algumas tendências presentes no quadro atual e possíveis conseqüências para a estruturação das políticas futuras. Não obstante, é sempre bom afirmar que a conformação destas políticas só pode ser compreendida a partir do contexto histórico da sociedade em que está inserida, representando o produto de interação das relações/ jogos de interesse entre o Estado e a sociedade civil. E, conseqüentemente também, a forma que cada sociedade compreende esta epidemia, orientará suas possibilidades de resposta.

A partir desta premissa geral, iremos descrever as narrativas/trajetórias existentes, identificando algumas fases. Antes porém, deve ser sinalizado que esta leitura não deve ser entendida de forma linear, com se esta história fosse uma progressão, uma

evolução de fatos. Na verdade, este é mais um recurso didático, para englobar determinadas características comuns de cada período. Sabemos que o curso da história é dinâmico, fluido, envolvendo um série de interações entre os saberes, instituições e atores, que não se metamorfoseiam radicalmente de uma fase para a outra (Small,1994).

Entre os que utilizaram o recurso da dimensão temporal, destacamos as demarcações feitas por Mann (1993), Fee & Fox ( 1992) e Kirp & Bayer (1992) descrevendo os cenários característicos destes momentos.

Mann (1993) traça um panorama institucional sobre as respostas globais, identificando quatro fases. A primeira fase, que corresponde ao período compreendido entre a metade dos anos 70 até 1981, é caracterizada pela vulnerabilidade do mundo a esta infecção, com o vírus da AIDS se espalhando pelos cinco continentes de forma silenciosa.

A descoberta dos primeiros casos de AIDS, em 1981, nos Estados Unidos, inicia um outro período, que se estende até 1985. Esta fase evidencia a limitação do conhecimento das ciências biomédicas e sociais para oferecer soluções imediatas para o controle da epidemia da AIDS, implicando maior investimento na área da imunologia, virologia e comportamento humano. As dimensões sociais da doença ficaram em foco, em função das situações de estigmatização e discriminação sofridas pelos portadores do HIV/AIDS. Diante deste quadro, as respostas produzidas ocorreram de forma isolada, a partir das iniciativas de algumas organizações comunitárias e de poucas nações. Nenhuma organização internacional propôs qualquer intervenção.

O período que vai de 1986 até 1990 é caracterizado pela organização de uma estratégia global, coordenada pelo Programa Global de AIDS da Organização Mundial de Saúde (OMS) e envolvendo várias agências de financiamento. De fato, esta foi a primeira vez na história da OMS, em que foi proposta uma estratégia com esta amplitude, abarcando todas as áreas do planeta.

Esta estratégia definia que “o componente mais importante dos Programas Nacionais de AIDS era a informação e educação...[com] os indivíduos, governos, a

imprensa e todos os setores tendo um papel primordial na prevenção da infecção do HIV” (Mann,1992b:24). Qualquer medida de discriminação e isolamento do portador do HIV/AIDS foi completamente rechaçada.

Data deste período a formação de Programas Nacionais em quase todos os países. As Organizações Não-Governamentais também se tornam mais atuantes e numerosas. Em 1989, o Programa Global de AIDS se transforma na maior e na mais dinâmica instância da OMS, implementando atividades de assessoria técnica a cerca de 155 países e colaborando efetivamente na criação de diversos Programas, baseados em suas diretrizes e modelos específicos de prevenção e assistência.

Na década de noventa, o mundo entra em uma nova fase de enfrentamento da epidemia, mostrando tendência à complacência, agudizando-se o *gap* entre os países pobres e os países ricos (e também as lacunas dentro de cada país), diminuindo as possibilidades de viabilização de estratégias globais.

Em 1996, como reação ao quadro apontado acima, as Nações Unidas propõem reestruturar o Programa Global de AIDS e criam o Join United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), reunindo seis agências internacionais: a OMS, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo de População para as Nações Unidas (UNFPA), a Organização das Nações para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e o Banco Mundial. Essa estratégia multisetorial foi a forma encontrada para expandir o escopo das ações da política internacional de controle da AIDS, direcionando seus esforços para reverter os problemas sociais que ampliam a vulnerabilidade da população ao HIV/AIDS (Garbus,1996).

Embora não exista nenhuma avaliação consistente sobre o alcance desta proposta, e seria até prematuro que houvesse, podemos afirmar que a estratégia de intersetorialidade é um sinal de amadurecimento institucional, demonstrando que as organizações estão atentas para o quadro de dificuldades presentes no controle desta epidemia. A superação de uma concepção verticalizadora da organização do próprio sistema de saúde é um fator interessante que merecia ser analisado, o que faremos mais adiante, quando abordarmos as respostas institucionais brasileiras a esta epidemia.

Uma outra linha de análise das respostas das políticas públicas à problemática da AIDS é o trabalho de Fee & Fox (1992). Eles se propõem a estudar a história da AIDS nos Estados Unidos, país cujas respostas à epidemia influenciaram e moldaram, em alguma medida, as intervenções em vários países (Bayer,1996), incluindo o próprio Brasil.

A leitura da história da AIDS na sociedade americana pode ser configurada, segundo estes autores, em dois momentos. Durante a primeira fase, a AIDS foi entendida como uma doença contemporânea, transitória, sendo em algumas situações comparada a epidemias passadas, como na questão da estigmatização de uma minoria social, lançada à própria sorte, sem o suporte das autoridades públicas. Uma das representações da epidemia mais significantes nesta época foi a de “praga gay”, gerando respostas algumas vezes ambíguas; indo desde a ameaça da adoção de métodos draconianos de prevenção, até a viabilização da abertura de um canal de diálogo com o movimento gay<sup>1</sup>, obrigando o governo a investir financeiramente no controle da doença. Destaca-se neste processo, a experiência exitosa da comunidade gay de São Francisco, referência básica (quase mitológica) no mundo inteiro para os trabalhos de prevenção de cunho comunitário.

Cabe mencionar que o vigor das respostas comunitárias nesse país encontrou um movimento homossexual fortalecido pelas conquistas de períodos anteriores, e que reagiu com criatividade, indignação e tenacidade às respostas inconsistentes das políticas de controle desta epidemia, buscando reverter a famosa equação “AIDS=MORTE”, por SILÊNCIO=MORTE e AÇÃO=VIDA (Parker et al., 1994).

Na década de noventa, Fee & Fox (1992) defendem que a AIDS passa a assumir a característica de uma doença crônica, semelhante em algum medida ao câncer e às doenças cardíacas, implicando longos períodos de tratamento e a necessidade de suporte social e institucional. A imagem de doença emergencial não se adequa mais a esta situação.

Outras características que marcam este período são: intervenções cada vez mais institucionalizadas a partir de um viés cientificista, dificultando as interlocuções com

---

<sup>1</sup> Em junho de 1982 surgiu nos Estados Unidos a primeira organização da sociedade civil na luta contra a AIDS, a GAY MEN'S HEALTH CRISIS ( Raizer,1997).

os movimentos sociais; maior preocupação com o investimento em tratamentos, embora os ativistas ainda tenham que lutar por uma maior rapidez nos protocolos de pesquisa e pelo acesso aos tratamentos disponíveis, ênfase maior nos argumentos em favor da realização de testes sorológicos e, por fim, um enfraquecimento da crença de que a contaminação podia ocorrer com facilidade através de contatos casuais.

O conceito de doença crônica apresenta por um lado, ambigüidades, pois desmistifica a associação de AIDS à morte, uma das maiores bandeiras do movimento social contra a epidemia do preconceito. Por outro, coloca a epidemia no mesmo patamar de outras doenças crônicas, o que possibilita, em certa medida, normalizar seu impacto na sociedade. Outra agravante deste processo é que quando a epidemia era percebida como uma doença emergencial havia uma certa facilidade de argumentação para a defesa da inversão de recursos financeiros. O desafio maior para a política de saúde, passa a ser a questão financeira, onde paira a preocupação em não “sacrificar os outros orçamentos, em função dos investimentos na área da AIDS” (Fee & Fox, 1992:5).

Essas idéias foram de certa forma corroboradas por pesquisa de maior abrangência, realizada em dez democracias industrializadas - Japão, Dinamarca, Holanda, Espanha, Estados Unidos, Inglaterra, França, Canadá, Austrália e Suécia ( Kirp & Bayer, 1992)-, cujo resultado final foi o diagnóstico da epidemia sob a perspectiva das políticas públicas nas duas últimas décadas. Uma das principais questões confirma, que como todas as epidemias e doenças de modo geral, a AIDS foi socialmente construída, representando um espelho da realidade de cada país estudado.

As respostas visando ao seu controle estavam profundamente vinculadas ao contexto histórico/político vivenciado por aquelas sociedades, bem como à organização já existente do sistema de saúde e as concepções vigentes a respeito das políticas de controle das D.S.T., das normas sociais sobre a sexualidade e sobre o uso de drogas (Kirp & Bayer, 1992; Bayer, 1989; Johnson & Stryker, 1993).

A AIDS emergiu nesses países em um momento em que a **humanidade**, ironicamente, julgava estar livre da ameaça de doenças infecciosas; a despeito do fato de se saber que estas doenças grassavam nos países pobres, entre os seus segmentos mais desfavorecidos, vitimando milhares de pessoas (Bastos, 1997).

O papel exercido pela saúde pública foi fundamental para produzir uma resposta rápida de enfrentamento dessa epidemia. Nesses países, o debate na formulação das políticas públicas de controle na área da saúde foi vigoroso, refletindo o jogo de forças presente em cada país.

Procurando não cair num reducionismo, Kirp & Bayer (1992) criaram dois tipos ideais para identificar as escolhas que tensionaram a política pública nesses países: um representando a estratégia de controle e contenção, herdeiro de uma tradição autoritária de saúde pública, baseada em identificação compulsória através do *screening* dos possíveis infectados e seus contactantes, podendo levar inclusive ao isolamento como forma de conter a disseminação da doença. E o outro, definido como de cooperação e inclusão, representando uma nova concepção de doença refletindo uma opção por uma intervenção centrada na educação, aconselhamento, testagem anônima e na defesa dos direitos das pessoas envolvidas, bem como o respeito à sua privacidade.

Os autores informam que o embate, ainda que com algumas pequenas nuances entre os países, resultou na primeira década da epidemia em uma perspectiva diferenciada em relação aos portadores do HIV/AIDS. Isto é, uma nova concepção de doença, onde é garantida a voz aos contaminados, implicando que toda a sociedade esteja envolvida com essa problemática, sem restringir o seu enfrentamento a um grupo isolado. Com isso, advoga-se a necessidade de encorajar a participação nos programas de AIDS das pessoas com HIV/AIDS ou em risco de infecção, ao invés da construção de uma política de controle sobre as suas vidas. Uma das razões atribuídas a esta opção, além do reconhecimento ao respeito à privacidade da vida das pessoas envolvidas e da própria ineficácia da proposição de rastreamento em massa de toda a população, foi a **inexistência de uma resposta terapêutica eficaz** no tratamento da doença. A força de pressão do movimento da sociedade civil foi um outro elemento decisivo para transformar o controle da AIDS

em um ponto central de investimento nas políticas de saúde, garantindo ações com perfil diferenciado das medidas controlistas tradicionalmente adotadas pela saúde pública.

É oportuno mencionar que o jogo de pressões em torno da busca de tratamento foi o elemento norteador das relações entre os diferentes atores sociais envolvidos no cenário da política de controle da epidemia. O esforço coletivo para o desenvolvimento da pesquisa médica criou uma dinâmica específica no campo da política de AIDS, gerando mudanças no andamento das pesquisas médicas, que ganham um ritmo mais ágil para acompanhar a demanda do campo (Silva, 1998; Epstein, 1996).

No decorrer dessa trajetória foi caracterizada uma postura de “excepcionalidade” na área da política de saúde pública (Jonsen & Stryker, 1993; Kirp & Bayer, 1992), fazendo do respeito à diferença a matéria prima de suas intervenções, buscando transformar as cercas de discriminação em redes de solidariedade e cidadania.

Neste contexto, a educação era compreendida, sem dúvida, como a melhor defesa contra a epidemia da AIDS, ancorando suas ações através do trabalho de lideranças comunitárias, mais identificadas com os códigos de linguagem das populações vulneráveis ao vírus da AIDS.

Certamente, sabemos que este quadro não foi homogêneo, observando-se situações de estigmatização, tais como: a proibição de crianças infectadas pelo HIV/AIDS de freqüentarem as escolas na Espanha, Estados Unidos e Brasil, fechamento de boates e saunas gays nos Estados Unidos, obrigatoriedade da apresentação do resultado do teste sorológico para os imigrantes (ressuscitando os antigos “certificados de isenção de doenças venéreas”), rejeição de atendimento de pacientes com HIV/AIDS nos serviços de saúde, demissão de funcionários após o conhecimento da resposta sorológica positiva (Kirp & Bayer; 1992; Mann et al., 1993). Note-se que em alguns lugares, a resposta discriminatória partiu em grande parte da área da saúde, ao recusar-se atender a pacientes com HIV/AIDS ou exigindo a adoção de testes compulsórios (Mann et al., 1993).

De qualquer forma, criou-se a possibilidade de mudanças na postura dos profissionais no atendimento aos clientes e de reversão de um discurso normatizador, presente no campo tradicional da saúde e da educação em saúde, para outro discurso vinculado à contextualização da história do paciente. Outras características foram: a associação numa mesma doença de temas considerados tabus (morte, sexualidade e drogas); a entrada no cenário de pessoas consideradas marginalizadas (travestis, homossexuais, prostitutas, usuários de drogas), historicamente ignoradas na formulação de políticas públicas. Mudanças ainda foram sentidas na organização dos serviços de saúde, implicando a construção de propostas de trabalho em equipes multidisciplinares, apontando para a quebra da onipotência do poder soberano da categoria médica. A linguagem médica também é retraduzida pelas ONG, tentando tornar as informações técnicas mais democráticas e acessíveis. Enfim, foram criadas possibilidades de se produzir novos entendimentos sobre a dinâmica sócio-cultural da epidemia, como também a produção de novos sentidos da própria vida e da morte.

O cenário atual traz elementos novos que poderão limitar os avanços conquistados na área de saúde pública, representando uma mudança nos discursos de vertente democrática, voltando a um modelo identificado com uma tradição autoritária e medicalizadora de educação em saúde (Kirp & Bayer, 1992; Parker, 1997a). Trata-se de perceber e indagar quais serão suas implicações na formulação das políticas de controle e de prevenção da área.

Na segunda década, já se prenunciam algumas alterações na forma como a saúde pública começa a se posicionar diante desta epidemia, como se este fenômeno epidêmico estivesse caminhando para uma “normalização” (banalização?), recolocando na esfera exclusiva da medicina e da ciência a possibilidade de controle da epidemia da AIDS. As causas relacionadas a esta mudança foram:

1) As respostas mais eficazes aos tratamentos até então utilizados - AZT, DDI, DDC;<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> É interessante notar que embora estas pesquisas façam referência aos avanços promissores da terapêutica, ainda não havia nesta época a perspectiva da adoção dos inibidores de protease, cuja divulgação da descoberta no ano de 1996 causou um “boom” no tratamento dos pacientes com HIV/AIDS, tornando a melhoria da qualidade de vida uma realidade mais palpável.

2) A concentração da epidemia nos grupos mais desfavorecidos da sociedade (hispânicos e negros nos Estados Unidos, aborígenes na Austrália, *pieds noirs* na França, são alguns exemplos).

A questão da distribuição nada democrática da AIDS também é levantada pelo trabalho de Jonsen & Stryker (1993) ao estudar o impacto social da AIDS nos Estados Unidos. Estes autores acrescentam um outro elemento importante que favoreceria a mudança no rumo das políticas públicas da AIDS. Esta epidemia de fato, não se espalhou por toda a população como era previsto, ao contrário, se estabilizou. Certamente *“muitas áreas geográficas e camadas da população seguirão virtualmente intocadas por esta epidemia”* (Jonsen & Stryker, 1993: 7).

Num tom de certa forma de alerta, estes pesquisadores avaliam que a perspectiva para a terceira década da epidemia poderá conduzir a um retrocesso nas conquistas na área dos direitos humanos, retirando deste setor o caráter de “excepcionalidade” com que tem sido tratado até agora.

Em trabalho mais recente, publicado no *AIDS in the World II*, foi consolidado um perfil das respostas institucionais no nível mundial na década de noventa (Mann & Tarantola, 1996), confirmando o panorama ora delineado. As principais conclusões afirmam que:

- Os governos têm apresentado consideráveis dificuldades para gerenciar financeiramente as questões de prevenção e assistência. Em alguns países, a integração com outros programas da área social e da saúde se fez acompanhar de uma dispersão na alocação de recursos e conseqüente declínio do suporte financeiro;
- As ONG estão vivendo um período de transição nas suas estruturas, na relação com os governos e na sua sustentação financeira, o que poderá influenciar a sua forma de organização interna e o papel crítico que têm exercido em relação às políticas de controle da AIDS;
- Os financiamentos internacionais estão relativamente estáticos;
- O custo do tratamento está aumentando, com os países em desenvolvimento em clara desvantagem nesta área, se comparados com os países de primeiro mundo;

- Os gastos na prevenção, assistência e pesquisa excedem a ordem de US\$ 18,4 bilhões. O orçamento alocado na assistência é cinco vezes maior do que aquele investido na prevenção e mais de 92% dos custos da prevenção e da assistência ocorrem nos países industrializados, enquanto os países em desenvolvimento respondem por mais de 90% dos casos notificados;
- As respostas em termos de prevenção ainda estão baseadas na definição da AIDS como um problema derivado de um comportamento individual, não vinculando a epidemia ao contexto social;
- Os governos têm negligenciado sua atuação entre os segmentos mais vulneráveis da epidemia (populações empobrecidas), aumentando o fosso da desigualdade;
- A estratégia de considerar a AIDS como um problema único, dissociado das outras políticas de saúde, mostrou-se obsoleto. Mas, apesar disto, a deficiência fundamental dos Programas têm sido a falta de ações concretas dirigidas aos determinantes sociais das doenças, que influenciam enormemente a vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

## **CAPÍTULO II – RUMOS DA POLÍTICA DE CONTROLE DA AIDS NO BRASIL**

Embora as análises sobre políticas públicas sejam parte integrante da cultura sanitária brasileira, este é o campo menos explorado na literatura sobre AIDS em nosso país. Só recentemente, começaram entre nós a ser sistematizados alguns estudos abordando a construção da política de AIDS.<sup>1</sup> E, raros ainda, permanecem os trabalhos que realizam estas investigações dentro da área da saúde pública. Na medida, porém, que a epidemia se concentra cada vez mais nos segmentos menos aquinhoados da sociedade, nota-se uma preocupação na realização de estudos mais amplos que incluam questões a respeito do cenário político-econômico e aspectos da cultura brasileira.

Assim, reunimos a seguir alguns trabalhos que enfocam a construção da epidemia neste país, analisando sua magnitude, a história da política de controle, suas instituições mais significativas e as perspectivas futuras. A leitura desta trajetória

---

<sup>1</sup> Houve também um retardo no interesse em outros países na abordagem das questões políticas relacionadas à AIDS. Nos Estados Unidos, por exemplo, registra-se que somente em 1987, seis anos após a identificação do vírus pelo Centro de Controle das Doenças (CDC), houve o primeiro fórum que debateu esta questão (Sherril, Somerville & Bailey, 1992). É como se este atraso afirmasse, em alguma medida, a dimensão individual da epidemia, omitindo por completo questões de ordem macro que contribuem substancialmente para o aumento da vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

será traçada também a partir de dois eixos: através do contexto da vida política nacional e das respostas globais à epidemia em outros lugares. Ou seja, para além do contexto político brasileiro, como direcionador das respostas à epidemia da AIDS, devemos incorporar também na análise as fortes pressões de forças internacionais, que contribuem de maneira importante na conformação de nossa própria história (Parker, 1997b).

Cabe mencionar ainda que, diferente do mapeamento apresentado sobre as tendências no âmbito internacional, as análises registradas entre nós, ainda são bastante tímidas, permeadas de interrogações, poucas ousando levantar hipóteses sobre as dimensões que este processo assumirá.

### **(Re) contando a trajetória brasileira**

Camargo afirmou que “é difícil escrever sobre AIDS e fugir dos lugares-comuns, metáforas e superlativos que, camada sobre camada, depositaram-se (sobre o quê?) formando a representação social de um dos mais graves problemas de saúde pública deste final de século” (1995a:3). É um pouco com esta sensação que percorrem-se os caminhos da história da epidemia brasileira, já traçados por outros. Mas sem esta leitura perderíamos o norte sobre o entendimento dos rumos futuros. Como enfatizou Galvão *apud* Mane (1996:5) é fundamental lembrarmos “quem somos: nossas histórias individuais e coletivas e as razões que nos motivaram ao envolvimento com o trabalho de AIDS.” A lembrança da riqueza das forças surgidas nos primeiros movimentos contra a epidemia é o resgate maior que nós temos para tentar reverter tendências autoritárias e retrógradas na saúde pública, como as já registradas em outras regiões do mundo. Vamos então à história.

O primeiro registro a ser feito é que para entendermos a trajetória de respostas a esta epidemia, devemos partir da perspectiva de que a AIDS é “uma epidemia de significados” (Theichler, 1988). O imaginário social construído em torno da AIDS nesse país dá bem o tom dessa afirmativa. Antes da AIDS aparecer nas fileiras da saúde, ela estréia como uma doença da mídia, que reproduz todos os estereótipos possíveis acerca desta nova doença. Contagiosa, incurável, mortal; doença marcadamente de homossexuais masculinos, ricos, com viagens constantes ao exterior, morando nos grandes centros urbanos. Quem estava fora deste enquadramento, poderia, com quase certeza, se achar a salvo desta doença. Havia ainda, é claro, a questão da culpa, do pecado, do castigo

recheando este quadro. Foi a clássica oposição que todos nós conhecemos - de um lado as vítimas, os hemofílicos, do outro, os culpados, os exóticos homossexuais (Parker, 1994; Parker et al. 1994; Grangeiro, 1994). Estas categorizações construíram a imagem de uma doença estigmatizadora e de desviantes e que permanece, infelizmente, viva até hoje, causando efeitos deletérios aos trabalhos de prevenção e de controle da epidemia.

A AIDS “entraria” pela primeira vez no país, em meados de 1983, através da grande imprensa, que divulga com alarde a morte de um profissional da alta-costura, que coincidentemente, ou não, tinha o perfil esperado para os portadores do HIV/AIDS<sup>2</sup>. Foi esse mito do paciente “midiático”, que referendou alguns diagnósticos clínicos, dando também pistas para a própria população começar a se “prevenir”. As respostas difusas produzidas neste momento para acalmar o alarde público se assentavam nas informações obtidas nos Estados Unidos e na própria Europa Ocidental, com as organizações de saúde ainda sem elementos suficientes para iniciar uma proposta mais estruturada de intervenção (Parker et al., 1994; Grangeiro, 1994). Inicia-se, nesta fase, o processo de pressão da opinião pública sobre os órgãos governamentais, mostrando os primeiros sinais da força do movimento da sociedade civil.

Neste período, entre 1982 a 1985, configura-se o início das respostas à epidemia de AIDS, correspondendo ao período inicial de redemocratização do país, com a eleição de forças progressistas abertas ao diálogo com a sociedade civil, no contexto estadual, e com a manutenção da linha ditatorial do regime militar, na esfera federal (Parker, 1997b; Guerra, 1993). A área da saúde assumiu a interlocução no espaço governamental, autorizada a atuar neste contexto. Este fato permaneceu quase intocável nesses dezessete anos de epidemia, como se a responsabilidade das questões de uma doença da dimensão da AIDS, pertencesse exclusivamente ao setor da saúde (Teixeira, 1997).

Os primeiros casos notificados surgiram em São Paulo em 1982, vindo a seguir, no mesmo ano, as notificações registradas no Estado do Rio de Janeiro. A criação do primeiro programa governamental de AIDS acontece também em São Paulo, em 1983, anterior ao próprio surgimento do Programa no nível federal. Nesse estado é

---

<sup>2</sup> O primeiro caso de AIDS notificado no país ocorreu no ano de 1982 no estado de São Paulo, mas só a partir da divulgação do óbito deste costureiro é que a opinião pública começa a se envolver com a problemática da epidemia (Grangeiro, 1994).

formada, ainda, a primeira ONG brasileira de AIDS, o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS, o GAPA, em 1985 (Parker, 1997b; Teixeira, 1997). Hoje temos no país dezoito GAPA, com identidades e características independentes (Galvão, 1997).

É importante mencionar que a organização do Programa Estadual de São Paulo foi a resposta dada pela Secretaria de Saúde aos questionamentos vindos de um grupo de militantes do movimento homossexual<sup>3</sup>, que cobrava um posicionamento do governo para o controle desta epidemia (Teixeira, 1997; Guerra, 1993), repetindo o mesmo movimento de pressão que ocorreu em outros países. Os extintos grupos *gay* “Somos” e o “Outra Coisa” de São Paulo (este último já realizando trabalhos desde 1983), seguidos pelo “Grupo Gay” da Bahia, foram as primeiras manifestações iniciais da sociedade civil que se pronunciaram e agiram contra a epidemia da AIDS (Galvão, 1997).

Essa resposta da Secretaria de Saúde de São Paulo não significa de forma nenhuma que houve uma pronta adesão por parte das autoridades governamentais e mesmo de alguns instituições da área de ensino da saúde à questão do controle da epidemia de AIDS. Ficaram famosas algumas declarações vindas do Ministério da Saúde de que esta era uma doença de uma minoria rica (leia-se de homossexuais masculinos), não havendo relevância na construção de qualquer estratégia por parte do setor governamental para intervir nesta doença. Outras instâncias apontavam para a não transcendência e magnitude desta doença, alertando que a existência de um programa de AIDS poderia estar desviando a atenção de outras questões mais importantes, como a desnutrição e até mesmo de outras doenças infecciosas. Ou seja, para este grupo a AIDS não deveria ser enquadrada como uma questão de saúde pública, revelando, possivelmente, atrás de alguns discursos ditos científicos, uma boa dose de preconceitos contra os homossexuais (Teixeira, 1997). Neste cenário, segundo A. Matida<sup>4</sup>, instâncias decisórias da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, lançavam mão da

---

<sup>3</sup> Apesar da presença de grupos *gay* no início da resposta brasileira à epidemia da AIDS, devemos considerar que a característica da luta contra a epidemia se expressa, não pela mobilização *gay* (inexpressiva no país, naquela época), mas sim pela criação de grupos formados com o propósito de combater os preconceitos e discriminações gerados com o impacto da epidemia. Aos poucos esses grupos consolidam o campo específico das ONG/AIDS (Silva, 1998).

<sup>4</sup> Depoimento prestado pelo antigo coordenador do Programa Estadual do Rio de Janeiro durante o trabalho de campo desta dissertação.

argumentação de “que não valia a pena trabalhar com essa questão, porque as pessoas acabariam morrendo”

Parker caracterizou esta fase como sendo marcada pela “negação e omissão generalizados por parte da maioria das autoridades governamentais, especialmente na esfera federal, junto com uma onda de pânico, medo, estigma e discriminação” (1997b:9). As iniciativas de reversão deste quadro provêm – além das organizações comunitárias, dos profissionais de saúde, tradicionalmente “militantes” da saúde pública, de uma opinião pública perplexa com a doença do “fim do mundo” -, de organismos internacionais e, indiretamente da imprensa, o que contribuiu para o estabelecimento de uma rede de pressão junto ao Ministério da Saúde. A idéia era a criação de uma estrutura programática específica que fosse capaz de articular uma resposta à problemática da AIDS através da elaboração de uma agenda nacional (Parker, 1997b; Teixeira,1997).

Em 1985, já com programas organizados em alguns estados brasileiros, o Ministério da Saúde assume a organização institucional das atividades de controle e prevenção da AIDS e, em 1988, o Programa Nacional de DST/AIDS é oficialmente criado (M.S.,1998a). É também em 1985 que o Estado do Rio de Janeiro passa a ter uma instância, dentro da Secretaria de Estado de Saúde, responsável pela Vigilância Epidemiológica dos casos de DST/AIDS. Este setor vai adquirindo aos poucos a identidade de Coordenação de Programa, mesmo sem qualquer formalização no organograma, o que irá acontecer tardiamente, apenas em 1991. Registre-se ainda que, um ano após a formalização do Programa de DST/AIDS no estado, é institucionalizado o Programa no Município do Rio de Janeiro.

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

Algumas características que marcaram este período no contexto nacional – 1986 a 1990 - foram: a mudança da política no nível federal, bem como o aumento da

participação das instâncias não-governamentais à epidemia, que se coadunam com o processo de gradual redemocratização em curso no país. Nessa época, há uma intensa movimentação na organização da chamada sociedade civil em várias áreas, com a organização da Assembléia Nacional Constituinte e a votação da Constituição “cidadã”; período também em que o movimento da reforma sanitária vive seus momentos mais expressivos. Acompanhado esta fase há um processo de transformação lenta da gestão administrativa do governo federal, que no lastro da herança do período ditatorial, procura ainda manter sua hegemonia e condução centralizadora (Parker, 1997b; Guerra, 1993).

De modo distinto da experiência dos países industrializados, que possuem uma maior independência e autonomia dos organismos internacionais, podemos considerar que a grande referência que moldou o Programa Nacional em termos programáticos foram as diretrizes do Programa Global de AIDS da OMS e da própria Organização Pan Americana de Saúde, que influenciaram enormemente a formação de programas nacionais no terceiro mundo (Parker, 1997a; Teixeira, 1997). O fortalecimento da cooperação internacional com estes órgãos foi uma estratégia política importante para injetar no programa recursos financeiros, bem como assegurar um instrumental de apoio para garantir intervenções de cunho não discriminatório em relação ao portador do HIV/AIDS (Teixeira, 1997). A postura dos programas estaduais em relação à defesa dos direitos dos portadores do HIV/AIDS serviu também como um respaldo importante para a manutenção dessa política.

É bom que se ressalte ainda, com relação a este último aspecto, que o Brasil em termos de legislação sempre adotou uma postura progressista em relação aos direitos da pessoa vivendo com HIV/AIDS, instituindo normas no âmbito da saúde pública que se pautam pelo respeito ao anonimato do portador e do seu próprio parceiro (Parker, 1997a; Teixeira, 1997). Tal processo ocorre em um movimento contrário, pelo menos em termos de legislação<sup>5</sup>, às posturas tradicionalmente autoritárias e controlistas da saúde pública.

---

<sup>5</sup> Exceção a este contexto é a postura oficial das Forças Armadas brasileiras, que realizam compulsoriamente a testagem sorológica anti-HIV entre os seus profissionais. Há ainda, é claro, empresas privadas em que esse procedimento é incluído, de forma autoritária, nos exames pré-admissionais. Há que se registrar, porém, que mesmo não havendo a institucionalização da obrigatoriedade do teste anti-HIV, algumas instituições de saúde solicitam o teste sem a anuência dos pacientes. O segmento de mulheres grávidas tem sido um dos mais vulneráveis a esta medida.

Merece destaque entre as ONG que surgiram , a formação da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), do Grupo de Emancipação Homossexual Atobá, ambos em 1986, e do Grupo Pela Vidda<sup>6</sup>, em 1989, todos no Município do Rio de Janeiro, que sedimentaram uma história importante na política pública de controle da AIDS. O Grupo Atobá foi um dos pioneiros no trabalho voluntário, quase heróico, de prevenção à AIDS, percorrendo as ruas do Município do Rio de Janeiro, às vezes diariamente no trabalho corpo a corpo, contribuindo de forma importante para conferir visibilidade aos direitos de cidadania da população homossexual. Já a ABIA e o Grupo Pela Vidda-Rio de Janeiro assumem um papel de liderança na história brasileira do controle da AIDS, com funções de certa forma distintas, mas que se complementavam. A primeira, pontuando sua ação pela avaliação das políticas públicas, buscando alternativas às ações governamentais. Já o Pela Vidda-RJ incorpora bravamente a luta pela dignidade do portador do HIV/AIDS, denunciando a perversidade da idéia de morte civil alardeada pela sociedade. A força de sua proposta se expande, além das fronteiras brasileiras, e ecoa pelos fóruns mundiais, indicando que o respeito à vida é o sentido maior que deve guiar qualquer política pública de controle da AIDS.

Com relação ao papel cumprido pela sociedade civil, A. Matida atesta que, no Estado do Rio de Janeiro:

*“o processo de constituição de uma política voltada ao controle de AIDS..., ela se dá muito à custa de uma participação forte, particularmente da ABIA nessa época. Não se tinha muitos grupos atuantes. O sindicato dos médicos, o CRM [Conselho Regional de Medicina], ainda nessa época, tinham uma atuação mais resistente em relação à AIDS. O grupo GAPA<sup>7</sup>, nessa época, apesar de fazer um trabalho voltado para ações de fundo assistencial, marcava uma certa presença”.*

Um dos grandes avanços, nesta fase, conquistados com a pressão das ONG e de entidades da área da saúde, foi a “politização do sangue”. O grande número de

---

<sup>6</sup> Rodolfo Skarda (Atobá), Betinho (ABIA) e Herbert Daniel (Grupo Pela Vidda-RJ) são referências históricas fundamentais na formação do movimento da sociedade civil no combate à AIDS no Rio de Janeiro. Os dois últimos, em função do histórico de militância política, associado ao trabalho de Paulo César Bonfim do GAPA de São Paulo, contribuem para a busca da politização da epidemia da AIDS em nosso meio.

<sup>7</sup> No início da sua formação, o grupo GAPA chegou a ter sua sede na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

casos de AIDS registrados em decorrência de transfusão de sangue levantou um clamor público, deslegitimando e denunciando a comercialização desta prática. “A AIDS transfusional, ao disseminar o grande medo, foi responsável pelos rumos da política nacional de sangue na década de 1980” (Santos et al.,1994:109). Estes mesmos autores afirmam que em nenhum momento da história secular das reformas sanitárias nesse país, a política estatal revelou tanta permeabilidade às pressões da sociedade. Há que se registrar ainda que a luta empreendida pela garantia do controle do sangue teve também uma contribuição importante no processo de consolidação das ações de controle da AIDS no Rio de Janeiro, na medida em que colocava em evidência a necessidade de uma resposta imediata por parte do setor governamental para o controle da epidemia.

O Estado do Rio de Janeiro sai à frente nas iniciativas de cunho legislativo, proibindo a comercialização do sangue em 1985 e São Paulo, no ano seguinte, estabelece o teste anti-AIDS obrigatório em todas as atividades hemoterápicas. No resto do país, esta regulamentação só foi implementada quase dois anos depois, através da legislação federal, alguns dias após a morte do cartunista Henfil por AIDS transfusional (Santos et al.,1994).

Destacamos no Rio de Janeiro, a criação do Fórum Estadual do Sangue e o Comitê Pacto do Sangue, reunindo entidades civis e governamentais. A relação das ONG com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio pode ser classificada de apoio e cobrança, reconhecendo que foi cumprido pelo menos um programa mínimo de controle de sangue no Estado (Santos et al.,1994). A Fiscalização Sanitária do Estado era então o órgão responsável pela vigilância das atividades hemoterápicas, adotando a estratégia de convocação da imprensa nas visitas feitas aos bancos de sangue, procurando com isso o respaldo da opinião pública contra a máfia do sangue.

A tradução desse processo na prática foi o declínio da transmissão sangüínea da AIDS por transfusão de sangue e de produtos hemoderivados. No Brasil em 1984, os casos das pessoas que contraíram o HIV através de transfusão de sangue representavam 27% das ocorrências de transmissão sangüínea (12% do total de casos diagnosticados no ano). Dez anos depois, o quadro muda sensivelmente, representando 2,8% do total de casos notificados (M.S., 1998a). No Estado do Rio de Janeiro, em 1991 tínhamos 7,36 % dos casos nesta categoria de exposição, já em 1998 observa-se a proporção de 0,34 %. (S.E.S.,1998). Cabe mencionar, no entanto, que é ainda preocupante a situação da triagem sorológica nesse país, pois

não temos a universalidade da cobertura deste procedimento, nem há no Estado do Rio um vigilância sanitária capaz de suprir as necessidades dessa intervenção.

O exemplo da questão do sangue no Brasil é a demonstração viva da força do debate político acerca da epidemia, que deveria ter direcionado toda a política governamental em relação à AIDS. Entretanto, como observa Teixeira (1997), a partir de 1988 o caráter das ações do programa nacional torna-se eminentemente pragmático e técnico, passando a adotar uma administração centralizadora, distanciando-se do movimento da sociedade civil.

Já com os programas estaduais a relação vai adquirindo um sentido diferente do que havia sido estabelecido no início da formalização do Programa Nacional. “De parceiros ou interlocutores, os programas estaduais passam a ser considerados executores das propostas elaboradas e coordenadas em Brasília” (Teixeira, 1997:60).

Este foi o tom da gestão da Coordenação até o final do seu mandato, levando a um aumento gradual das tensões entre os programas de AIDS em todos os níveis de governo (Parker,1997b). Neste ponto, cabe fazer ainda algumas observações que consideramos pertinentes para a caracterização do cenário da época, especificamente da relação governo e ONG.

O debate entre essas duas instâncias foi permeado em alguns momentos por uma esterilidade, havendo imaturidade por parte do governo e também da sociedade civil, que dificultou sobremaneira uma discussão conjunta sobre os rumos que deveriam seguir as políticas públicas. Talvez a expressão que permite mais claramente qualificar este momento seja a irracionalidade das relações. As ONG cristalizaram a noção de que em se tratando de governo, nada haveria de positivo e confiável, percebendo o Programa Nacional e o próprio Ministério da Saúde como blocos monolíticos, que não visavam, em última instância, ao bem estar da sociedade. Já o governo federal não concebia o formato da política pública, como uma construção de parceria com a sociedade civil, com todos limites e mesmo dificuldades que isto acarreta. De forma geral, podemos afirmar que o caráter final deste processo foi o isolamento do nível federal em relação às ONG brasileiras, embora, é claro, com

breves fases de consenso, possibilitando a inclusão das ONG em projetos coordenados pelo nível federal.

Deve ser registrado ainda que apesar das ONG terem imprimido o tom político aos trabalhos de AIDS, foram elas também que assumiram, em vários momentos, a posição de que o controle da epidemia deveria ser feito à parte das questões do sistema de saúde pública, não entendendo que é impossível assumir esta separação, já que o avanço da epidemia é expressão também do descaso com que é tratada a saúde pública nesse país.

No Estado do Rio de Janeiro a relação com as ONG também foi pontuada por dificuldades. Na época, ainda não havia uma estrutura específica no Município do Rio que assumisse a função de coordenação de um programa e a relação era estabelecida essencialmente com a instância estadual<sup>8</sup>. Era uma história permeada de conflitos, com alguns episódios de radicalidade, onde as ONG acusavam técnicos do programa (absolutamente comprometidos com uma política digna de saúde pública) “ pelo assassinato das pessoas com AIDS”, impedindo qualquer possibilidade de diálogo. Situações difíceis de serem revividas e que obstaculizaram o trabalho em parceria.

A tônica das cobranças referia-se fundamentalmente à questão da assistência prestada, onde a insuficiência de leitos tornava crítica a política de controle da AIDS. Os bastidores da Secretaria Estadual de Saúde revelavam um embate entre as instâncias decisórias, caracterizando o seguinte cenário:

*“o final da década de 80 foi particularmente um período difícil. O abismo era flagrante, entre as pessoas que trabalhavam com assistência na Secretaria ... as pessoas que trabalhavam com saúde pública e prevenção tentando unificar essas questões... A adesão [às propostas do programa] foi um processo que vivia incomodando as pessoas. “ (A.Matida).*

A criação da Comissão Estadual de AIDS em 1989, instância de caráter político reunindo representantes de órgãos governamentais, ONG, instituições de pesquisa,

---

<sup>8</sup> Em 1997, quando a Coordenação Estadual descentraliza o controle dos preservativos das ONG para as gerências municipais, acontece uma aproximação maior entre o Programa Municipal do Rio de Janeiro com estas entidades. Historicamente, há uma primazia na relação entre a instância estadual e as ONG, tanto em termos de cobrança por uma política mais justa, quanto na parceria para a construção de projetos.

politiza essa questão, possibilitando alguns anos mais tarde a construção de um diagnóstico preciso do quadro assistencial no Estado, apontando propostas consistentes para a viabilização de respostas na área da assistência, registradas no “Dossiê Assistência 2”, de 1992, organizado pelo Grupo Pela Vidda Rio e de Niterói.

Um outro período demarcador da epidemia transcorreu de 1990 a 1992, já empossado o novo governo federal, eleito pela primeira vez pelo povo, após o longo período de ditadura. Infelizmente, assiste-se a um descompasso total da vida política brasileira, que corresponde também à postura assumida na época pelo Programa Nacional (Parker, 1997b). Esta gestão foi, sem dúvida, a pior no âmbito federal. Grande parte das ações do período anterior foram suspensas, como a produção de Boletins Epidemiológicos. As campanhas de prevenção alardeavam o medo e o preconceito contra o portador do HIV/AIDS, indo na direção oposta de todo o aprendizado acumulado. O preço dos medicamentos tornou-se exorbitante para os pacientes e até alguns deles, como o próprio AZT, rareavam ou desapareciam das unidades de saúde (Teixeira, 1997; Parker, 1997b).

Além das relações entre o governo federal e as ONG se radicalizarem totalmente, com o confronto explícito entre os dois setores, a falta de diálogo também se repete com os programas estaduais e municipais. Sem base de sustentação política, a inoperância torna-se a tônica do Programa. Com a grave crise governamental que então vivenciamos, há a substituição de presidente e de ministro e, também, na coordenação do Programa (Teixeira, 1997; Parker, 1997b). É difícil avaliar se a coordenação do Programa Nacional se manteria, caso não tivéssemos no país mudanças na estrutura de governo, mas em função da pressão que havia na época, dificilmente a gestão continuaria sob a mesma direção.

Com o *impeachment* desse governo, consolida-se um sentimento pelo compromisso com os ideais democráticos, indicando a possibilidade do trabalho em parceria, governo e sociedade civil (Parker, 1997b). Uma quarta fase da história de nossa política inicia-se com esta mudança, marcando sem dúvida um novo divisor de águas neste processo. Mais amadurecidos, ONG e governos buscam a construção de um trabalho mais cooperativo, percebendo que a construção desta política haveria de ser feita em conjunto. Nesta fase, inicia-se o acordo de empréstimo com o Banco Mundial, no qual governos estaduais, municipais, instituições de pesquisa e ONG recebem repasses financeiros para a execução de suas propostas, correspondendo ao período 1994-1998 (Teixeira, 1997; Parker, 1997b). Tratava-se

de um empréstimo da ordem de US\$ 250 milhões de dólares, onde a contrapartida nacional era de US\$ 90 milhões e 41% dos recursos teriam de ser aplicados no componente Prevenção. Isto representou de fato uma grande inversão de recursos na área das DST/AIDS, transformando a estrutura dos programas locais e as dimensões das respostas à epidemia (Parker, 1997b).

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

Embora estejamos firmando um novo acordo de empréstimo com o Banco Mundial, conhecido como o “AIDS 2”<sup>9</sup>, ainda não foi feita qualquer avaliação sistemática do impacto do Projeto anterior do Banco sobre as políticas públicas de controle da AIDS no Brasil. Há apenas algumas análises isoladas que apresentam uma visão parcial dessa questão, não permitindo uma leitura mais consistente. Apesar da não sistematização desses estudos, achamos importante sinalizar algumas questões, na medida que são indicativas de desafios a serem enfrentados, constituindo importante referência para o entendimento do cenário atual.

Conforme atesta Teixeira “o volume de recursos envolvidos no projeto, bem como as normas e diretrizes em termos de quantidade e possibilidades de sua alocação e execução financeira, podem ter impactos diferenciados nas diversas esferas estaduais e municipais” (1997:65). Nesse ponto, tomando como referência a limitação dos investimentos feitos na área de saúde nesse país, segundo o autor,

---

<sup>9</sup> Este novo acordo envolve recursos da ordem de US\$ 300 milhões, correspondendo ao período de 1998-2002, dando continuidade ao outro acordo de empréstimo. O novo acordo mantém o percentual atribuído ao componente da Prevenção - 40% do total.

“pode ocorrer uma inversão de expectativas, e a execução do projeto, que deveria ser de suporte para que os Programas desenvolvam suas ações, pode vir a tornar-se a principal ação dos programas” (1997:65). Isto implica que a sobrevivência de algumas propostas pode estar condicionada ao tempo de vigência do projeto, a não ser que os estados, municípios e o governo federal efetivamente incorporem no seu próprio orçamento recursos de controle para a AIDS.

A. Matida assinala também a preocupação com a questão da sustentabilidade desta política, chamando atenção para o grande desafio que teremos a médio prazo: sua reconstrução sem recursos externos, o que estará condicionado, segundo ele, à viabilização do SUS (Sistema Único de Saúde) e à injeção de recursos em todas as linhas programáticas.

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

Sem a intenção de anular a contribuição do Projeto do Banco Mundial para o desenvolvimento institucional de diversas entidades, há que se salientar que seu processo de implementação reforçou ainda mais o “mundo do gueto” da AIDS, característica marcante da história da epidemia nesse país, impedindo uma capilaridade maior nas ações empreendidas. Chega-se ao ponto do ex-Ministro da Saúde, senhor Carlos Albuquerque (1998), declarar que a Coordenação Nacional de DST/AIDS era um Ministério à parte. “Eles têm tanta autonomia que quase fogem do controle do ministério” (Carta Capital,1998).

A participação das ONG nesse projeto é o segundo eixo de análise. Após a elaboração do acordo de empréstimo com o Banco, multiplicou-se o número de ONG no Brasil, ou seja, este acordo “criou uma série de ONG, enquanto este dinheiro existe” (Quintino;1995:5). Isto também, como no caso das instâncias governamentais, pode representar, num futuro próximo, a falência de uma estrutura supostamente organizada para fazer frente à epidemia da AIDS, mas que responde aos próprios interesses de quem a criou.

Ainda sobre a inserção das ONG neste acordo, Terto Jr. (1995) chama a atenção para o fato de que a maior parte das ONG brasileiras é financiada pelo Programa Nacional <sup>10</sup> (entre 1993 a 1997, foram 437 projetos, sendo que no Estado do Rio de Janeiro tivemos 91 projetos financiados pela linha de concorrência direta com o nível governamental, representando mais de 20% do total dos projetos), correndo o risco de terem suas agendas atreladas ao Estado, intimidando assim o confronto com o setor governamental. Ou seja, se o grande avanço em termos de conquistas na política de controle da AIDS foi a ação do movimento social, poderemos estar ameaçados de perder essa interlocução fundamental, fragilizando essa estrutura a ponto de esvaziar seu sentido.

Há que se mencionar ainda que o apoio financeiro governamental não está restrito ao financiamento de projetos, mas envolve também “participações em eventos, Comissões e Comitês sobre AIDS, campanhas publicitárias etc.” (Silva,1998:137).

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

O Projeto do Banco Mundial representou também um “*divisor de mágoas* entre as diversas ONG” (Gondim,1995:31), favorecendo o florescimento de cenário de disputas de poder e recursos entre as “pequenas” e “grandes” ONG. Contraditoriamente, este processo evidenciou mais uma vez a dificuldade de ser reproduzida na relação entre as ONG a mesma “rede de solidariedade” proposta para a sociedade, como o “método” para a conquista de uma política de controle da AIDS mais democrática e participativa<sup>11</sup>.

Apesar desse processo adverso, testemunhamos recentemente a criação do Fórum de ONG/AIDS em São Paulo e no Rio de Janeiro em 1998, congregando ONG desses estados. Isto indica a disposição de integrar as ações da sociedade civil, fortalecendo uma discussão conjunta sobre as políticas que serão geradas nos próximos anos.

Há outros elementos que devem ser apresentados nessa história, que poderão caracterizar melhor o cenário atual. O primeiro deles se refere ao perfil epidemiológico da epidemia. Conforme aponta o

---

<sup>10</sup> A magnitude do investimento feito pelo Programa Nacional em relação às ONG pode ser espelhada pelo seguinte dado: R\$3.971.287,37 foram repassados às instituições não-governamentais do Estado do Rio de Janeiro durante o período de 1993-1997. Este valor é maior do que a quantia liberada -R\$3.514.248,75- no período de 1993-1998, para a Secretarias de Saúde do Estado do Rio e dos municípios do Rio de Janeiro, Niterói, Nova Iguaçu e Petrópolis para elaborarem os Planos Operativos Anuais (M.S., 1998b, 1998c).

Ministério da Saúde (1998a), há importantes mudanças desse perfil, tendo em vista que de 1980 a 1986 houve uma predominância da transmissão sexual, notadamente entre homo/bissexuais masculinos de escolaridade elevada. O período correspondente a 1987 a 1991 foi caracterizado pela introdução da transmissão sangüínea e o aparecimento do uso de drogas injetáveis como fator de risco. Ainda nessa fase, inicia-se um processo de juvenilização, pauperização e interiorização da epidemia. Essas três características compõem, com o aumento do número de mulheres contaminadas, o perfil atual da epidemia. Note-se ainda, que há uma tendência à estabilização da epidemia no país, acompanhando características de alguns países do primeiro mundo (Chequer,1996; Sanches,1997). Há que se observar, porém, que o incremento moderado da epidemia, não significa que a AIDS esteja controlada, pois o perfil atual refere-se apenas aos casos de AIDS e não aos infectados pelo HIV.

Sem desconsiderar a importância dos outros aspectos que definem a característica epidemiológica da AIDS no Brasil, iremos nos deter na questão da pauperização, e os desafios implicados a partir de então.

Dispondo apenas do indicador de escolaridade para aferir o nível sócio econômico dos casos notificados, o quadro revelado pelo Ministério da Saúde (1998a) é o seguinte: há uma tendência inexorável de direcionamento da AIDS para indivíduos majoritariamente pobres da população, com menor ou nenhum grau de escolaridade. A totalidade dos casos até 1982 possuía nível de escolaridade superior ou de segundo grau. Em 1994 constata-se uma reversão desse quadro, onde nada menos que 65% dos casos eram analfabetos ou que tinham cursado até o primeiro grau.

Quando o indicador de escolaridade é analisado para o sexo feminino, verifica-se que desde 1987 há uma predominância de casos de baixa ou nenhuma escolaridade, tendo alcançado, em 1994, 78% do total das notificações acumuladas neste grupo.

No Estado de São Paulo, primeiro estado da federação em número de casos de AIDS, o fenômeno da pauperização da epidemia tem sido acompanhado do fenômeno do aumento de casos entre os usuários de drogas, do aumento da transmissão heterossexual e do crescimento dos casos entre mulheres. Numa perspectiva distinta do instrumental adotado pelo nível federal para a caracterização da pauperização, há três estudos específicos que fundamentam essa análise:

---

<sup>11</sup> A dificuldade de ser criada uma "Rede de Solidariedade entre as ONG/AIDS" brasileiras é uma característica

a) Entre os atestados de óbitos do período de 1985 a 1991, há um aumento de números de casos entre pessoas com escolaridade até 1ª grau, uma redução entre pessoas de nível universitário e uma queda importante de casos em regiões de alta renda (Grangeiro,1994);

b) A distribuição dos casos por local de moradia entre os anos de 1980 a 1992 apresenta uma tendência de estabilização da epidemia nas regiões de alta renda, havendo um aumento na velocidade da epidemia nas classes que residem nas periferias (Kalichman,1994);

c) O perfil da epidemia entre mulheres no período de 1983 a 1992 revela que a imensa maioria de todos os casos pertencem a pessoas de 1º grau incompleto, analfabetas e com 1º grau. Quanto a categoria profissional, há uma grande concentração de donas de casas ou, quando inseridas no mercado de trabalho, mulheres com ocupações sem qualquer tipo de especialização (Santos,1996).

No Rio de Janeiro, segundo estado da federação em casos notificados, concentrando cerca de 15% dos casos registrados no país, a proporção de pessoas com nível de escolaridade universitário passa de 50,7% (1980-89) para 21,7% (1990-96), enquanto a freqüência de pacientes com instrução até o 1º grau sobe de 18,8% dos casos, no período de 1980-89, para 51,2% em 1990-96 (S.E.S. R.J.,1997).

Perfil semelhante é observado também no Município do Rio de Janeiro, onde há alteração no nível de escolaridade da população atingida, havendo uma inversão no padrão de casos registrados ao longo do período. No ano de 1982, há o registro de cerca de 70% dos casos pertencentes ao nível universitário e, já em 1998, esta categoria passa para menos de 20%. Proporcionalmente, há um aumento no número de analfabetos ou de pessoas com baixa escolaridade. (S.M.S.R.J., 1998).

A afirmativa feita por Bastos sintetiza os dados apresentados acima:

*“A evolução da epidemia, ao longo de sua primeira década, vem se caracterizando entre nós por um processo geralmente designado como proletarização ou pauperização, que pode ser depreendida tanto da análise das*

*alterações de parâmetros sócio-econômicos básicos entre casos notificados ao longo do período de evolução da epidemia, como a escolaridade, como, também através da análise da dinâmica da epidemia em áreas geográficas que correspondem a diferentes estratos sócio-econômicos de uma dada região. As análises apontam para uma incidência crescente no período de casos novos da doença: em pessoas pertencentes aos estratos sócio-econômicos mais pobres” (Bastos,1996a: 11)*

Da realidade de doença de “bichas ricas” como a AIDS foi percebida inicialmente no Brasil, vemos a face desta doença se aproximando cada vez mais das populações marginalizadas, onde tradicionalmente incidem as doenças endêmicas e as patologias decorrentes da fome e da ausência de saneamento (M.S.,1998d). A realidade da epidemia traduz, de fato, a realidade da sociedade brasileira como um todo (Quintino,1996) - um panorama desalentador, fruto do modelo do desenvolvimento concentrador de renda, onde, segundo documento do Banco Mundial, temos uma das maiores taxas de desigualdade social do mundo, senão a maior. Enquanto os 20% mais ricos da população se apropriam de mais da metade da riqueza nacional - 65% - os 50% mais pobres apropriam-se de somente 12% desse total (Cohn,1998). Uma sociedade, sem sombra de dúvida, aética e, “com forte tradição de autoritarismo e insensibilidade de suas elites dominantes não [sendo de se surpreender] as dificuldades para realização efetiva de políticas sociais que tenham, na universalidade e na igualdade de direitos, sua base de implementação “ (Rocha,1997:21-22).

A questão principal a ser enfrentada a partir deste quadro é o próprio processo de banalização da epidemia, visto que a AIDS pode passar a ser incorporada como mais uma das muitas mazelas sociais já existentes no país, tendo como consequência um refluxo em termos de investimento (Teixeira,1996). Camargo aponta com propriedade que “*após uma década de investigações e pesquisas, de super-exposição na mídia e de progressão numérica da epidemia, sua banalização [...] é um risco constante*” (1995b:7).

Este mesmo autor assinala que:

*“evitar esta banalização exige um esforço continuado para que se mantenha na sociedade em geral a percepção da vulnerabilidade - individual e coletiva - frente*

*à epidemia de HIV/AIDS, sem que se estimulem, por outro lado, atitudes discriminatórias e/ou preconceituosas [...], o que torna a discussão sobre a banalização e as formas de evitá-la um aspecto central no enfrentamento da epidemia.” (1995b:7).*

Para manter a relevância política do debate a respeito da AIDS, será decisivo, como já sinalizado anteriormente, a atuação das ONG. Terto Jr. (1995) ao analisar “O papel das ONG nas políticas de AIDS” assinala alguns limites e dilemas vivenciados no interior destas entidades, cujo efeito seria o recrudescimento das dificuldades em manter as lutas pelo ativismo e o conseqüente afastamento do seu compromisso político. Uma das fontes deste dilema é a contradição interna entre o investimento na competência técnica, responsável pela captação de recursos financeiros, versus o privilegiamento das questões relativas ao ativismo, onde historicamente há uma inversão limitada de recursos<sup>11</sup>.

Em uma análise mais “ácida” do papel atual das ONG, Quintino (1995) afirma que durante o processo de institucionalização dessas entidades, elas foram perdendo a sua função principal, a sua veia política, numa verdadeira necrose em busca da sua estabilidade organizacional, não havendo 5% delas trabalhando com originalidade. “É necessário haver uma reinvenção das ONG [...] porque elas criaram algumas burocracias estáveis, [...] elas promoveram carreiras, elas promoveram mediocridades” (Quintino,1995:5). Haveria uma verdadeira indústria da AIDS, como havia sinalizado Patton (1990), direcionando as ações das ONG para os interesses existentes no mercado, onde seus projetos podem ser negociados.

O papel desempenhado pelo Estado nesse contexto é definido por Silva (1998) como tutelar, pois os projetos das ONG são enquadrados na racionalidade das ações públicas, e a “efervescência do social é subsumida nos pressupostos próprios à burocracia estatal”, contribuindo para a criação de uma situação “aparentemente mais passiva e menos crítica” (Silva,1998:138). É interessante salientar ainda a ambigüidade desta relação, pois ao mesmo tempo em que houve abertura para o diálogo e o desejado apoio financeiro por parte do setor governamental, houve

---

<sup>11</sup> Este embate não está restrito ao cenário brasileiro, mas faz parte da vida das ONG/AIDS em todo o mundo. Ver Altman, 1996.

também uma certa rigidez no formato das concorrências dos projetos, o que tem impedido a construção de uma parceria mais madura entre as duas instâncias.

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

O quadro de pauperização implica também um desafio maior para o setor governamental, aumentando ainda mais a complexidade do enfrentamento desta epidemia. Mais do que nunca será necessário articular as políticas de saúde com as políticas da área de assistência social, reunindo esforços que permitam construir estratégias que viabilizem a inclusão de segmentos historicamente colocados à margem do acesso aos direitos sociais neste país. A cultura do “gueto” institucional terá que ser desmontada, procurando abrir uma frente de diálogo com novos parceiros que estiveram distantes e omissos neste processo. Um fato que evidencia esta necessidade são as diretrizes propostas para o Projeto AIDS II, onde as idéias de sustentabilidade, descentralização e institucionalização terão que ser incorporadas à agenda dos diversos parceiros.

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

Finalmente, a análise dos rumos da política de controle da AIDS no país ficaria incompleta se não mencionássemos a distribuição gratuita, em dezembro de 1996, dos novos anti-retrovirais, que comprovadamente melhoram a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, colocando em destaque como nunca, a área de tratamento<sup>12</sup>. Embora esse seja um processo muito recente, a temática dos medicamentos, notadamente a garantia de acesso dos pacientes a estas drogas,

transformou a organização dos programas de controle da AIDS, implicando um maior investimento técnico e financeiro na área da assistência. Podemos enumerar uma série de exemplos da magnitude dessa transformação, como a criação do Sistema Informatizado de Controle de Medicamentos (um dos sistemas tecnológicos mais avançados no mundo inteiro na logística de dispensação de drogas, servindo de modelo para outros países), formulação de uma lei específica, garantindo o acesso universal aos medicamentos<sup>13</sup>, produção de um discurso mais agressivo por parte do Ministério da Saúde em relação à importância da realização precoce de testes para sorologia anti-HIV, etc.

A equação tratamento/prevenção passa a ser um objeto importante nesse processo, merecendo uma atenção especial dos formuladores da política de controle desta epidemia. A Comissão Estadual de AIDS do Rio de Janeiro reflete bem este processo, destacando, a partir de 1997, como objeto de discussão a questão dos medicamentos, secundarizando ainda mais a temática da prevenção neste fórum (Ferreira, 1998).

As diretrizes do próprio Ministério da Saúde já determinam uma revisão do investimento nessas duas áreas, definindo a necessidade de uma maior articulação entre essas duas instâncias (pelo menos no plano do discurso) dentro das unidades de saúde, o que implicará uma revisão dos conceitos de prevenção, quem sabe, até ampliado pelas possibilidades terapêuticas disponíveis.

A importância dessa problemática pode também nos aproximar do processo de cronificação da doença, podendo repetir a médio e longo prazo o fenômeno que Fee & Fox (1992) analisaram em relação aos Estados Unidos - uma maior dificuldade na captação de recursos para a área. Este fator, conjugado ao contexto de pauperização e da tendência a estabilização da epidemia, talvez possa contribuir também para a própria banalização da doença, como já demonstrado anteriormente.

---

<sup>12</sup> Um termômetro dessa situação foi o tema do VI Encontro de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, em 1996, alusivo a esta questão, chamando-se "AIDS não é mais aquela. Olha a cara dela"

<sup>13</sup> A Lei nº 9313, de 13 de novembro de 1996, no seu artigo 1, reza que "Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência Humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento" e, no seu artigo 2, diz que "As despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com os recursos da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento.

Um outro ingrediente fundamental neste contexto que não deve ser desconsiderado é o direcionamento neo-liberal da política brasileira, que caso se torne hegemônico poderá significar a combinação de cortes orçamentários com o privilegiamento das questões curativas, em muitos casos de forma bastante precária, deixando de lado aspectos preventivos, que em geral dependem de gastos e investimentos estatais. E, poderia haver uma ênfase maior na responsabilização pessoal dos riscos de se infectar, culpabilizando o indivíduo pelo seu desencadeamento. No caso da AIDS, a opção por esse modelo seria totalmente desastroso (Almeida & Barbosa, 1992).

Na área da política de controle da AIDS poderemos, talvez, estar vivendo uma grande transição, repetindo a história de outras epidemias que já assolaram a humanidade, onde a perspectiva controlista e normatizadora da área biológica é hegemônica. Em outros termos, o predomínio das “prescrições tecnológicas” tende a desqualificar os valores e a história dos pacientes, retirando a autonomia dos sujeitos sobre o processo de vida, representando um retrocesso nas conquistas já realizadas nessa área. A reflexão sobre a trajetória da política de prevenção à AIDS e sua relação com este processo de transição serão objeto de discussão dos capítulos subsequentes.

### **CAPÍTULO III - PREVENÇÃO - SENTIDO(S) DESTA PRÁTICA**

Trilhar os rumos das respostas da política de prevenção à AIDS nesse país impõe uma série de desafios, tendo em vista que este processo requer um esforço analítico que articule os seus conteúdos e objetivos com as acepções de educação em saúde presentes na história de sua construção e, ainda em fase incipiente de sistematização em nosso meio. Exige também a busca de proposições que respondam à tendência de transição atual, que vem indicando um rearranjo na organização das políticas de enfrentamento da epidemia.

Essa travessia procurará demarcar o lugar que a prevenção tem ocupado nas políticas de controle da doença, os eixos paradigmáticos que têm guiado a experiência governamental da Programa Nacional de DST/AIDS, do Programa Estadual de DST/AIDS do Rio de Janeiro e do Programa Municipal do Rio de Janeiro, indagando também sobre possíveis transformações das novas terapêuticas na política de prevenção à AIDS.

Centraremos nosso enfoque de análise na questão dos processos normativos e antinormativos que têm permeado as diretrizes da prevenção. Entendemos aqui a questão da normatividade como o processo que define regras impositivas referenciadas ao campo estrito da racionalidade clínica e epidemiológica (Assis, 1992), visando mudanças de comportamento através da sua moralização e normalização (Brandt & Rozin, 1997), desqualificando, portanto, o contexto sócio-cultural e político dos sujeitos envolvidos.

O estudo da política de prevenção governamental será baseado nos discursos produzidos pelas instâncias governamentais. Para tanto, tomaremos como fonte de análise documentos produzidos por estes setores. Neste ponto, cabe observar que há uma grande diversidade de material produzido pelo nível federal, caracterizando muitas vezes um mosaico de propostas, tais as contradições existentes em sua produção. Outra questão importante a ser sinalizada é que esta situação contrasta com o material produzido pela instância estadual, onde a falta de sistematização é uma característica dominante. Já a instância municipal não possui documentos específicos elaborados pelo Programa, caracterizando-se como um setor executor das políticas geradas nas outras instâncias.

Complementamos a análise das políticas de prevenção com entrevistas com representantes do:

- Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde – seu Coordenador e os responsáveis pelas Unidades de Prevenção e Assistência;
- Programa Estadual de DST/AIDS – a Coordenadora atual e seu ex-Coordenador;
- Programa Municipal de DST/AIDS do Rio de Janeiro - a Coordenadora
- Representantes da ABIA e do Grupo pela Vidda-Rio - a Coordenadora e o Presidente, respectivamente.

Cabe mencionar ainda que, analisar o leque de questões presentes nas propostas preventivas significará, muitas vezes, refletir sobre experiências que acompanhei de perto, algumas vezes tendo alguma contribuição na sua própria formulação. Será um exercício de proximidade crítica, um lugar certamente muito incômodo, mas inevitável.

## **“Prevenção: sem *bala mágica* terapêutica, o único caminho a seguir”**

Historicamente, no âmbito internacional e nacional, as políticas formuladas de controle do HIV/AIDS sempre atribuíram ao campo da prevenção um papel de destaque, justificando esta medida pelo fato de não termos nenhuma “bala mágica” (Brandt,1987) na área biológica capaz de conter o avanço desta epidemia (Rodrigues,1992). Ou algumas vezes, defendendo que independentemente da resposta da ciência em relação a uma vacina, a educação será sempre o campo privilegiado de intervenção (Sepulveda et al., 1992).

A questão do impacto sócio-econômico da epidemia constituiu um outro argumento utilizado durante muito tempo, no sentido de priorizar a prevenção, visto que o investimento nesta área seria bem inferior aos custos demandados pelo setor da assistência<sup>1</sup>. Ela representa ainda um gasto menor se comparada com os custos indiretos da doença - redução do potencial de anos de vida com qualidade e a perda de vidas humanas para as nações. “O investimento em prevenção se justifica, portanto, não somente por razões humanitárias. Qualquer especialista pode demonstrar, desde que haja informações adequadas, que a prevenção da AIDS pode ser, antes de tudo, um atributo de racionalidade econômica e de elevação da produtividade sistêmica de uma nação “ (Médici,1994: 112).

Dentro desta perspectiva é gestada a política de prevenção à AIDS no Brasil, tendo como modelo de referência as propostas do antigo Programa Global de AIDS da OMS<sup>2</sup>, onde a questão da promoção à saúde é assumida como elemento central na estratégica global delineada. Registre-se que esta definição se coaduna com as discussões presentes no campo das políticas públicas de saúde, que consolidam, a partir do ano de 1986, o conceito de promoção da saúde como o paradigma alternativo aos enormes problemas de saúde e do sistema de saúde no mundo. As proposições deste conceito priorizam a formulação de políticas públicas saudáveis, reorientando os serviços de saúde, no sentido de ampliarem suas parcerias com

---

<sup>1</sup> A partir do advento da terapia tríplice, o discurso da política brasileira tem enfatizado menos ou mesmo negado a defesa da priorização da prevenção como a única estratégia economicamente viável.

<sup>2</sup> Larvie (1996), ao estudar a política de prevenção governamental brasileira, afirma que uma das funções principais do Programa Nacional tem sido a de consolidar, reformular e divulgar modelos de prevenção de acordo com as diretrizes da OMS.

outros setores governamentais (notadamente os da área social e econômica) e organizações comunitárias, capacitando os diversos setores envolvidos para a criação de um ambiente com qualidade de vida saudável. A informação, a educação e a comunicação assumem um papel de relevância, pois criam condições para a participação dos indivíduos na modificação das condições sanitárias (M.S., 1996a).

Os objetivos da estratégia para a implantação de programas nacionais da AIDS foram: prevenir a transmissão do vírus, reduzir (controlar) o impacto social e pessoal relativo ao HIV/AIDS e unificar esforços nacionais e internacionais contra a doença (Mann, 1992b).

Antes de centrarmos nossa reflexão sobre as experiências de prevenção governamentais brasileiras, procederemos a uma breve revisão sobre algumas análises realizadas para a compreensão da natureza dos programas de prevenção do HIV/AIDS.

### **Os Paradigmas das Experiências**

Os conceitos teóricos presentes na construção das propostas de prevenção do programa governamental brasileiro são basicamente implícitos, não se dispondo de uma referência condutora claramente enunciada. Tal questão é corroborada pelo Documento Preliminar para Discussão Projeto AIDS II, ao introduzir os princípios e diretrizes da área de Prevenção<sup>3</sup>:

*“Uma das principais dificuldades encontradas , na fase de execução do Projeto AIDS I, constituiu, fundamentalmente, na existência incipiente de elementos conceituais que dessem unidade às diferentes linhas de atuação e suas interfaces com as ações programáticas da saúde. Esta ausência de definições conceituais apropriadas à consecução das estratégias resultou na promoção de uma dissociação indesejável entre conhecimento e prática” (M.S., 1998d:25).*

---

<sup>3</sup> Hamann (1996) constata também, ao analisar os trabalhos de educação em saúde no campo da prevenção ao HIV/AIDS dirigido aos adolescentes, uma omissão sobre os marcos teóricos nestas experiências, que associadas

Para uma aproximação à análise do programa de prevenção, utilizaremos proposta concebida por Mann (1992b), um dos primeiros esforços feitos para o entendimento dos programas de prevenção, criando tipologias específicas, aperfeiçoadas mais tarde pelo autor, como veremos ao final deste tópico. A proposta de Mann contempla a existência de três eixos na estruturação de programas de prevenção ao HIV/AIDS, a saber:

1. A informação ocupa um lugar privilegiado no processo de desenvolvimento do Programa, sendo que a fonte básica para a disseminação dessa estratégia são os meios de comunicação de massa através das campanhas de caráter nacional, com ênfase na questão comportamental. A principal interlocução é assumida pelo setor da saúde, havendo pouca ou nenhuma articulação com outras áreas. Este perfil seria característico de uma fase inicial na constituição dos programas, podendo, no entanto, se manter no decorrer do desenvolvimento das propostas;
2. A outra configuração reforça a questão do comportamento individual, através da inclusão de estratégias de abordagens do tipo “corpo a corpo”, identificando neste processo os fatores que levariam à adoção de determinados comportamentos. Há uma preocupação ainda de integrar os esforços de outras instituições, além do setor da saúde, para melhor sustentar a mudança comportamental desejada;
3. A outra linha enfatiza a questão da dignidade e dos direitos das pessoas com HIV/AIDS, apontando que questões políticas, culturais, econômicas são elementos fundamentais para a promoção à saúde.

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

Oppenheimer (1992), ao descrever a contribuição da epidemiologia para a construção da história social da AIDS, sinaliza, entre outras questões, que antes do isolamento do próprio vírus, os especialistas desta área identificaram no estilo de vida, importante fator de risco para a transmissão do vírus da AIDS, colocando na “mira” da ciência (e de toda a sociedade) os homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis e seus comportamentos “exóticos”. A partir da descoberta do vírus da AIDS entre os heterossexuais haitianos e os hemofílicos, cria-se um novo modelo explicativo da doença. A partir de 1983 é feita a primeira referência no MMWR

---

à institucionalização destas práticas e sua conseqüente normalização impede, com freqüência, um exame crítico mais atento sobre esta questão.

(Relatório Semanal sobre Morbidade e Mortalidade) dos *Centers for Disease Control* (CDC),<sup>4</sup> a respeito do conceito de grupo de alto-risco, atestando que pessoas pertencentes a determinados segmentos (conhecidos como *os quatro H – homossexuais, hemofílicos, heroinômanos e haitianos*) estariam sujeitos a transmitir o vírus da AIDS.

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

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

*“O conceito de grupo de risco, de modo particular no caso da AIDS, encontra na sociedade e nos meios de comunicação um eco amplificador, quando no âmbito da própria ciência está sob a mira de diversas críticas, e não corresponde, na sua formulação tradicional, ao quadro epidemiológico prevalente nos diversos países, incluído aí o Brasil” (Bastos, 1996b:115)*

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

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

---

<sup>4</sup> Este é um boletim oficial dos CDC utilizado para divulgar informações e recomendações relacionadas à saúde pública nos Estados Unidos, tendo servido, nos primórdios da entrada da AIDS no nosso país, como fonte

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

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

Exemplo da separação proposta entre as duas populações<sup>5</sup> foi observado por Patton (1990) nos trabalhos de prevenção à AIDS nos Estados Unidos, onde de forma muitas vezes simplista e mecânica foram realizados esforços educacionais dirigidos aos dois públicos. Um discurso enfatizava as circunstâncias em que o vírus da AIDS não era transmitido e no outro o comportamento de risco das populações “desviantes” era o alvo das informações repassadas.

Para este último grupo, Oppenheimer (1992:62) demonstra a sutileza do discurso preventivista: “... embora cada um desses grupos ameaçasse ostensivamente o resto da comunidade por meio do sangue ou do sexo, as recomendações das autoridades de saúde pública inibiriam tal ‘contaminação’. Conseqüentemente, a ‘desordem’ seria contida nas fronteiras, entre pessoas que fossem ‘diferentes’ da maioria, porém indiferenciadas dentro de cada um dos grupos de alto risco”.

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

---

fundamental de comunicação científica sobre aspectos relacionados a epidemia. Ver Kalichman, 1993.

<sup>5</sup> Considerando as questões culturais existentes, há que se esclarecer que a crítica feita à separação das “duas populações” não significa a negação absoluta da necessidade de projetos dirigidos a segmentos específicos.

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

Contrapor-se ao caminho da medicalização fez com que a política de prevenção buscasse desmistificar as imagens vinculadas à estigmatização, à culpabilização do indivíduo e à visão do paciente de AIDS como um cadáver ambulante, “desconstruindo diuturnamente metáforas [...] não na esperança tanto ingênua quanto vã de ‘descarnar’ o fenômeno a uma pretensa essência [...] neutra e última” (Bastos,1996b: 135) . Mas sim, entender a complexidade deste fenômeno, visando ao desenvolvimento de políticas que envolvam os sujeitos implicados, considerando sua cultura e o contexto sócio-político em que as decisões são tomadas.

Tendo sido alvo de críticas de toda ordem, o conceito de grupo de risco foi gradualmente sendo substituído por comportamentos de risco/práticas de risco, representando, de certa forma, um avanço em relação ao conceito anterior (Bastos, 1996b). Com esta nova proposição são incorporadas ações à prevenção, visando a uma mudança individual do comportamento. Os objetivos básicos que norteiam estas propostas são: a redução dos riscos através da disseminação de informações, o controle dos bancos de sangue, a orientação sobre práticas de sexo mais seguro, a testagem e aconselhamento e a redução de danos, através da implantação de programas de trocas de agulhas e seringas dirigidos a usuários de drogas injetáveis (Ayres et al., 1997).

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

A resposta encontrada, capaz de superar a abordagem comportamentalista individual, foi a concepção de vulnerabilidade<sup>6</sup> proposta por Mann e colaboradores no início da década de noventa. Este “modelo”, embora, não tenha sido ainda incorporado como uma alternativa diferenciada à noção de risco, inclui, além dos elementos de ordem subjetiva, fatores de ordem estrutural que tornam

---

<sup>6</sup> O conceito de vulnerabilidade não é novo no campo da saúde pública, tendo sido adotado tradicionalmente pela epidemiologia para designar a suscetibilidade dos indivíduos ou populações de serem acometidos por enfermidades não infecciosas, como o câncer, acidentes de trânsito, suicídio, etc. No âmbito das doenças infecciosas, entende-se como susceptibilidade condições de risco. Também no contexto das doenças infecto-contagiosas compreende-se a probabilidade de um contato “adequado” com fontes de infecção. Nos processos não infecciosos, a noção de vulnerabilidade se refere a situação o indivíduo que o coloca sujeito à máxima probabilidade de contrair a condição especificada. (Armijo,1975).

determinadas populações mais suscetíveis/vulneráveis a contrair o HIV. Esta nova leitura implica considerar a AIDS como uma doença da sociedade no seu mais profundo sentido (Singer, 1994), ficando cada vez mais evidente que as respostas para o seu enfrentamento são conformadas pela realidade de cada país.

A estrutura básica da noção de vulnerabilidade é baseada em três planos inter-relacionados, que envolvem: a vulnerabilidade individual - seus fatores cognitivos e comportamentais; a vulnerabilidade programática – o investimento dos programas de controle do HIV/AIDS em relação à informação e educação, saúde e serviços sociais, e a garantia do respeito aos direitos dos portadores do HIV/AIDS e, a vulnerabilidade social – aspectos econômicos, culturais e sociais, como, por exemplo – gênero, crenças religiosas, desigualdade social, estrutura de governo (Mann & Tarantola, 1996). A conjugação desses diversos planos permite avaliar a adequação das estratégias para o controle da epidemia, possibilitando a construção de políticas referendadas pelo ideário da promoção à saúde, que buscam o enfrentamento de problemas contínuos, concretamente existentes num território singular.

A emergência desta perspectiva reforça também a necessidade de fortalecimento da vontade e do compromisso político como eixo fundamental para o controle da epidemia, atribuindo-se a questão da defesa dos direitos humanos o papel mais significativo da prevenção na década de noventa. (Ayres et al., 1997).

É importante sinalizar que a proposta de utilização do conceito de vulnerabilidade veio, em certa medida, responder ao contexto de impasse na formulação das diretrizes de controle e prevenção na década de 90. Ou seja, na contramão da renovação crítica das referências sobre as políticas de controle e prevenção da AIDS, o que temos assistido é a possibilidade do (re)surgimento de práticas sanitárias tradicionais, processando-se o deslocamento do enfrentamento da AIDS de uma perspectiva política para uma outra, vinculada essencialmente ao naturalismo biologicista da medicina. A proposta de vulnerabilidade reafirma a complexidade da epidemia, confirmando que o controle desta doença não se restringe apenas ao enfrentamento da doença, mas implica reinventar, permanentemente, o território das relações entre cidadania e justiça.

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

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

*“Viremos a questão do avesso: se a educação não é a alavanca para a transformação social, a transformação é um evento educacional. Transformação é um evento educacional. Transformação nos ensina, dá forma e reforma” (Freire, apud, Paiva, 1996a: 230).*

Com a proposta de vulnerabilidade muda-se a concepção da própria epidemia, baseada num modelo epidemiológico de risco, para uma reorientação das ações de intervenção no sentido de incluir as mediações históricas e estruturais responsáveis pelo aumento da vulnerabilidade das populações ao HIV/AIDS (Parker, 1996). No entender de Ayres et al. (1997), esta passagem oferece a possibilidade de reconstrução das práticas de saúde “em termos coletivos e, especialmente, preventivos” (1997:26), fornecendo elementos concretos para os profissionais de saúde avaliarem “as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular [e não a *probabilidade de um indivíduo qualquer*] tem de se contaminar” (1997:24).

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

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

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

### **Contexto Brasileiro - Modelos Comportamentalistas x Processos Educativos Críticos**

Dando prosseguimento às inflexões na trajetória de prevenção à AIDS, é oportuno aprofundar outras questões teóricas presentes na revisão de conceitos e princípios do campo da prevenção ao HIV/AIDS. Apesar do perigo de simplificar e generalizar por demais esta trajetória, podemos afirmar

que os modelos conceituais historicamente citados na literatura produzida no Brasil neste campo e os comumente utilizados na prática cotidiana dos profissionais de saúde têm sua raiz na psicologia comportamental americana. A visão do pragmatismo associado à tendência voluntarista, que acredita que o objetivo da educação é facilitar a escolha racional a partir do fornecimento de informações científicas corretas, subjacente à idéia reducionista de que saúde é um produto de consumo, determinam o contorno para as propostas da área da prevenção (Hamann, 1996).

A grande surpresa neste processo foi o distanciamento e/ou esquecimento da importante contribuição brasileira na área da educação popular, que não foi devidamente incorporada, privilegiando, ao contrário, a adoção de processos educativos calcados “na decisão individual e na motivação, influenciada pelas noções de autonomia e responsabilidade individual [...], estranhas em muitas culturas, inclusive no Brasil” (Elias, *apud*, Paiva, 1994:231). Da mesma forma que importamos modelos epidemiológicos para explicar o curso da epidemia da AIDS no Brasil, reproduzimos o processo de importação na prática da prevenção. Recentemente, e ainda com uma produção pequena, começamos a investir em trabalhos que retomam uma linha de reflexão e ação pedagógica vinculadas à nossa cultura e respeitando as experiências críticas brasileiras na área.<sup>7</sup>

Entre os modelos comportamentais presentes no campo da educação em saúde destacam-se o Modelo de Crenças em Saúde (*Health Belief Model*), o Modelo de Redução de Risco para a AIDS (*AIDS Risk Reduction Model*), a Teoria de Estágios de Mudança (*Stages of Change*) e a Teoria da Ação Racional (*Theory of Reasoned Action*). São concepções que não se excluem mutuamente, mas que, na verdade, se complementam. Estas propostas buscam entender e prever o comportamento humano e, assim, criar ferramentas adequadas para poder controlá-lo para o *bem da saúde pública* (Denison, 1996; Hamann, 1996; Mehryar & Carballo, s/d). São projetos educativos cartesianos, onde o comportamento é padronizado e pode ser observável, valorizando assim sua mensurabilidade, pressuposto tão caro em alguns projetos de avaliação de prevenção a AIDS. Hamann (1996) defende que esta preocupação não se restringe ao campo da prevenção ao HIV/AIDS, mas está presente nas práticas de educação em saúde de forma geral, onde o método para alcançar uma vida saudável tem como premissa básica a criação, manutenção e/ou modificação de hábitos referidos como comportamentos saudáveis. Esta idéia diverge da concepção de outros autores, que se alinham aos modelos críticos da educação em saúde, como veremos mais adiante.

O primeiro dos modelos propostos foi o *Health Belief Model*, que serviu de referência para a criação de outras propostas educativas similares. Seu pressuposto é que o comportamento saudável depende de dois fatores: o valor que um indivíduo confere à sua saúde (meta a ser atingida) e a crença do indivíduo de que sua conduta vai atingir esta meta desejada. Sua fundamentação parte da teoria da motivação, adotando a valorização ou ponderação de variáveis cognitivas para alcançar seus propósitos (Hamann, 1996).

---

<sup>7</sup> Alguns exemplos desse investimento são os trabalhos de Paiva (1996b) junto a adolescentes em São Paulo e Monteiro (1995) na assessoria a secretarias municipais de educação em alguns estados brasileiros.

A gramática comportamental inclui determinadas variáveis: percepção da suscetibilidade e da severidade do agravo, dos benefícios derivados da possibilidade de reduzir a ameaça da doença, das barreiras (incluindo as conseqüências negativas de ordem material, cultural, física e psicológica) que dificultam/impedem a adoção de condutas saudáveis e da eficácia, que é definida como sendo a crença na capacidade de executar com sucesso o comportamento requerido. Esta variável seria então ponderada em relação aos obstáculos percebidos no processo (AIDSCAP,1996; Hamann,1996).

As críticas teóricas feitas a esta proposta referem-se principalmente ao seu atomismo, pois toda sua ação está limitada à esfera individual, desconsiderando qualquer outros fatores que não se baseiem na vontade do indivíduo sobre o seu próprio comportamento. É ingênuo supor que a padronização das variáveis seja capaz de “predizer” as condutas adotadas. A relação linear, mecânica e rígida entre elas está completamente dissociada do processo saúde-doença, muito mais complexo do que uma mera soma/ponderação de fatores (Brito, 1998; Hamann,1996). Do ponto de vista político suas deficiências são enormes. É uma proposta vertical, autoritária, considerando o indivíduo e a própria comunidade como meros receptores passivos das visões/crenças institucionais médicas (Hamann, 1996).

Os modelos de Mudanças de Estágios e de Redução ao Risco da AIDS têm várias similitudes em seu formato. São diversos estágios que devem ser considerados para alcançar o comportamento esperado. O primeiro tem cinco componentes: pré-contemplação (identificação do problema); contemplação (reconhecimento do problema e da possibilidade de envolvimento na questão); preparação para a ação (compromisso ou a crença na habilidade de mudar sua conduta); ação (o indivíduo começa a ter um comportamento seguro por um período significativo) e, por último, o estágio da manutenção, onde por um período maior que seis meses o indivíduo consegue adotar o comportamento esperado. O 2º modelo pressupõe a existência de fatores hipotéticos que influenciam cada etapa de mudança do comportamento, como, por exemplo, o conhecimento técnico a respeito da transmissão da AIDS, a crença de que é suscetível à AIDS, etc. Na verdade, os dois modelos têm uma estrutura semelhante a do *Health Belief Model* e as críticas às suas propostas estão situadas no mesmo campo da anterior.

O modelo da Teoria da Ação Racional mantém a ênfase no comportamento individual, mas amplia seus horizontes na medida em que afirma que a conduta humana é uma combinação das crenças individuais balizadas por outras visões presentes na sociedade, historicamente determinada.

De forma esquemática esta proposta pressupõe que todo o comportamento e atitude frente a uma situação que envolve risco possui uma intencionalidade, é racionalmente assimilada e está marcada pelos valores do grupo ao qual a pessoa pertence. É como se fosse uma reação em cadeia, onde as respostas esperadas sofrerão sempre a interferência de condutas racionalmente dadas. Por um lado, este é um limite presente em sua concepção, por outro não devemos deixar de reconhecer um certo avanço na relação da clínica com a dimensão sócio-cultural, na medida em que, como ação

normativa, ela pode ser percebida pelo indivíduo ou grupo, fazendo com que as pessoas reconheçam e apoiem as mudanças que estão sendo processadas em seu meio (Brito, 1998).

Mas o seu ponto nevrálgico está em não reconhecer que as normas estabelecidas “desfavorecem” ações de prevenção ao HIV/AIDS, o que pode ser verificado nas violações dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/AIDS, gerando uma série de preconceitos. O mais grave são as situações em que prevalece uma ordem social desagregadora, exigindo a intervenção de ações coletivas externas para garantir um pacto de respeito à vida humana (Brito, 1998).

Um segundo parâmetro nos modelos da educação em saúde é a chamada Teoria da Aprendizagem Social. Apesar de manter as referências sobre o indivíduo, ela prioriza estágios de aprendizagem na adoção de práticas sexuais seguras: a) o início da mudança de comportamento; b) o dimensionamento dos esforços dispendidos; c) a duração de esforços frente aos obstáculos. Desta forma, as pessoas são avaliadas/mensuradas segundo estágios em uma escala evolutiva. Esta proposta privilegia o aprendizado como o caminho para a mudança de comportamento, considerando também a possibilidade do retorno de condutas menos seguras mesmo depois da adoção das mais sadias ( Brito, 1998; Hamann,1996).

Entretanto, o que é interessante destacar nesta proposta é que a sua preocupação está centrada na promoção de mudanças no estilo de vida/modo de vida, reforçando mais do que os outros modelos a idéia de culpabilização das pessoas acometidas pela doença. À categoria de auto-eficácia, somam-se a auto-segurança, a auto-estima e a auto-confiança, sendo o treinamento de habilidades a metodologia proposta para o fortalecimento destes fatores. (Hamann, 1996).

Se pudéssemos resumir as críticas feitas aos modelos acima diríamos que suas propostas se identificam com uma prática educativa tradicional, calcada na transmissão de regras de conduta e dissociadas da vivência e dos valores dos sujeitos envolvidos. Avaliando outras propostas na área da educação em saúde com sentidos semelhantes, Thedim observa que o caráter presente nestas propostas é eminentemente diretivo e persuasivo, caracterizando sua “subordinação imediata a ações particularizadas [individualizadas] que visam, basicamente, a eficácia das normas de saúde propostas” (Thedim, *apud*, Assis, 1992:11) e, imputando em muitos casos valorações morais ao comportamento humano.

Em nosso meio, a tensão existente entre um modelo mais crítico e um mais tradicional de educação em saúde já foi amplamente revista, constituindo-se em um instrumento importante olhar as reflexões produzidas que avançam em relação a concepções higienistas e evolutivas da vida humana, como as abordadas acima. Sem a intenção de recuperar os conteúdos históricos no campo da educação em saúde no país, ressaltaremos alguns aspectos da gênese e o desenvolvimento das propostas da área, identificando as concepções presentes no campo.

O surgimento da área de educação em saúde no Brasil foi inspirado nas doutrinas higienistas do século XIX da Europa, resultando no entendimento da saúde como uma questão de bons hábitos. As patologias eram atribuídas a uma questão moral, à vida desregrada que levava a população e à sua ignorância em relação às noções de higiene (Villela,1982; Assis, 1992). Vale mencionar a preocupação de então com a normalização da sexualidade da família brasileira, operacionalizada através de uma “extensa campanha de [sua] higienização [...], a fim de prevenir a degenerescência da raça, através do impedimento da reprodução daqueles considerados como capazes potencialmente de gerar uma prole menos apta” (Villela,1982:23).

A dimensão desta proposta é eminentemente instrumental, caracterizada pela fragmentação e tecnicização do processo, havendo uma separação entre indivíduo e coletivo, uma tendência à culpabilização dos indivíduos pelo adoecimento e uma idéia de perfeição e infalibilidade dos serviços e dos técnicos (Lowen, apud Assis, 1992). São ações ideológicas impregnadas pela concepção de neutralidade científica e de objetivos corretos e justos (Assis, 1992) em sentido semelhante às práticas comportamentalistas americanas.

A mudança da perspectiva de adaptação e integração social para uma outra vertente se dá a partir do final da década de 50, através do contato com a experiência da Educação Popular. A questão da saúde passa a ser entendida “como um processo histórico e social [e ] o foco da intervenção não mais se centraria exclusivamente no comportamento individual, mas procuraria contemplar os próprios determinantes do processo saúde/doença” (Assis,1992:9). Esta perspectiva crítica rompe com o caráter autoritário da saúde pública, buscando a contextualização das práticas educativas na vida dos sujeitos envolvidos. O fato de vivermos em uma sociedade excludente fortaleceu ainda mais os argumentos de que a questão da saúde guardava vínculos estreitos com as condições de existência, tornando fundamental o investimento do trabalho educativo na capacitação dos indivíduos e grupos para a transformação da realidade (Assis, 1992).

O rompimento com a hierarquização de saberes científicos e populares; a valorização da diversidade, o rompimento com a tradição autoritária e normatizadora da relação serviços de saúde/população, tornando o trabalho mais democrático, o investimento na reflexão crítica sobre o processo saúde-doença e o entendimento da saúde enquanto um direito coletivo constituem os grandes avanços desta proposta.

Já a miopia dos objetivos educativos da linha educativa crítica reside na excessiva centralidade dirigida dos aspectos de transformação da sociedade, radicalizando suas intenções e ações, voltadas inteiramente para as questões estruturais. A necessidade de se questionar a ênfase na dimensão biológica-individual e a responsabilização dos indivíduos pela sua própria doença fizeram com que os profissionais vinculados a esta linha omitissem ou negassem a articulação entre o biológico e o social, desprezando a problemática da singularidade presente no processo de adoecer.

A proposta conceitual de vulnerabilidade pode ser uma grande aliada nesta necessária interseção entre uma dimensão instrumental da prática educativa, vista somente pela lógica da racionalidade técnica (plano individual) e a dimensão estratégica (plano coletivo), dirigida às mudanças estruturais da sociedade. O conceito de vulnerabilidade ao propor o entendimento “da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção [pelo HIV], segundo a particularidade de sua situação, quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento” ( Ayres et al., 1997:2), resgata e amplia as múltiplas facetas presentes no processo de saúde, retomando o sentido da prática na área como expressão e comunicação de vida.

Segundo Ayres et al. (1997) já é possível identificar, no entanto, alguns estudos brasileiros (Skinner, 1995; Ayres 1996, Paiva,1996b; Luna, 1996; Villela, 1996) próximas à noção de vulnerabilidade desenhada por Mann e colaboradores no início da década de noventa. Há, porém, algumas distinções presentes na produção nacional, a saber: 1) priorização do nível coletivo, expresso através da preocupação com um social objetivado em estruturas ou condições contextuais; 2) o predomínio do sentido ético-filosófico, em contraste com o caráter pragmático das proposições de Mann e colaboradores; 3) os objetivos práticos dos autores nacionais são de natureza político-cultural (crítica das práticas), diferente do caráter jurídico-institucional (defesa de prerrogativas) presente nas proposições “originais” do conceito de vulnerabilidade ( Ayres et al 1997).

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

## **CAPÍTULO IV - O(S) CAMINHO(S) DA(S) EXPERIÊNCIA(S) – O QUE CONTAMOS SOBRE ELE(S)**

O cenário da política de prevenção governamental que iremos apresentar sinaliza uma centralidade das iniciativas desenvolvidas no âmbito federal, o que pode indicar, a princípio, uma certa fragilidade das instâncias locais (Programa Estadual e Municipal do Rio de Janeiro) em formularem suas próprias propostas. A fala, a seguir, retrata esta relação:

*“a política nacional de prevenção e de assistência andou muito mais rápida do que a política estadual e municipal do Rio de Janeiro” [entrevistado não-governamental].*

As instâncias governamentais, por sua vez, assumem que as ONG são a grande referência dos trabalhos de prevenção, e o perfil das propostas defendidas por estas entidades acaba sendo considerado o “padrão ouro” das estratégias de prevenção no Brasil.

Em linhas gerais, podemos considerar que o processo de constituição da área de prevenção nos três programas assume um caráter diferenciado: no Município do Rio de Janeiro os setores da Vigilância e da Assistência consolidaram suas ações antes mesmo da inclusão de propostas de trabalhos no campo da prevenção, que ocorreu há cerca de três anos atrás. Já a Coordenação Estadual, desde o início da sua história, definiu as três áreas do seu programa. Nesta época, apesar da prevenção não possuir uma linha de ação sistemática, o que vai acontecer apenas no final da década de 80, suas propostas estavam circunscritas à assessoria a entidades da área da saúde e ao planejamento de trabalhos junto com as ONG. Ações de maior amplitude dependiam das iniciativas do Ministério da Saúde. Este, por sua vez, estrutura suas ações, enfocando a prevenção como sua prioridade maior, assumindo o papel de grande gerente das ações de prevenção no país, inclusive na captação de recursos.

Na prática, o discurso da prioridade não se viabilizou. Podemos identificar, tardiamente, entre o período de 1987 a 1988, o início da implantação de um programa de prevenção em larga escala proposto pelo Ministério da Saúde. Antes da iniciativa governamental, o GAPA de São Paulo produziu o primeiro material educativo<sup>1</sup> do Brasil e da América Latina, considerado bastante ousado para a época, sofrendo, inclusive, um mandato judicial de apreensão impetrado por setores da Igreja Católica (Raizer, 1997).

Os meios de comunicação de massa<sup>2</sup> são eleitos neste processo como a estratégia fundamental para o desencadeamento das ações de prevenção e a televisão torna-

---

<sup>1</sup> O material produzido era um cartaz como o seguinte slogan: “Transe numa boa. Sexo é bom, não deixe a AIDS acabar com isso” ( Raizer, 1997).

<sup>2</sup> O Programa Nacional de DST/AIDS possui um setor técnico específico responsável pela organização das campanhas de massa, coordenando toda a área de Informação Comunicação e Educação. Já as instâncias estadual e municipal do Rio de Janeiro têm que contar com o apoio da Assessoria de Comunicação Social de cada Secretaria para executar trabalhos desta natureza.

se o principal meio difusor das atividades de educação sobre AIDS no país (Parker, 1992; Parker, 1994).

Pelo lugar estratégico que as campanhas ocuparam e ocupam na formulação das políticas de prevenção a AIDS no Brasil, salientaremos alguns aspectos envolvidos na sua produção, sem aprofundar uma avaliação mais específica desta abordagem educativa, o que se distanciaria dos nossos propósitos. Iremos apenas focalizar as produções do Ministério da Saúde, na medida em que campanhas, que utilizam os grandes meios de comunicação ainda não foram produzidas no estado do Rio de Janeiro.

### **Campo das intervenções preventivas**

Os primeiros materiais produzidos pelas Campanhas tinham como foco a apresentação de informações básicas sobre as formas de transmissão da doença, o papel exercido pelas relações sexuais (ênfase no risco potencial do envolvimento com múltiplos parceiros) e a problemática da transfusão de sangue. Os públicos-alvo eram: os profissionais da saúde, a população geral, grupos engajados em comportamentos de alto risco (homens homossexuais e bissexuais, usuários de drogas injetáveis e homens e mulheres envolvidos com a prostituição) e mais tarde os presidiários (Peterson, 1994). Chamamos atenção para a clara separação existente entre o público geral e os chamados “grupos de risco”, característica marcante das estratégias educativas deste período.

Cabe mencionar aqui que como contraponto à idéia de grupo de risco, lideranças da sociedade civil começam a difundir a noção de que “*o mundo é soropositivo, somos todos soropositivos*” [entrevistado não-governamental]. Foi a era da busca de politização do discurso da prevenção, ampliando o enfoque sobre a epidemia para além das questões médicas. Afirmando-se a existência de uma “*epidemia social [...tentava-se] com isso romper um pouco a questão da separação entre nós e eles, botando todo mundo no mesmo saco e fazendo, em teoria, como se quisesse que todo mundo participasse dos espaços de prevenção e dos possíveis esforços de assistência*” [entrevistado não-governamental].

Esta postura é propulsora do movimento de resistência à política oficial de prevenção de índole discriminatória e autoritária, que começa a ser implementada no país. Isto representou também uma mudança nos discursos produzidos pelas ONG, identificados anteriormente por *“um determinado modelo de prevenção, muito baseado em noções restritas de um grupo que não estava contaminado, falando para um outro grupo que, teoricamente, também não estava contaminado... era uma coisa quase humanitária de você não deixar a contaminação acontecer”* [entrevistado não-governamental ].

Dando prosseguimento à apresentação dos objetivos das campanhas oficiais, podemos afirmar que elas adotavam o caminho da prescrição, centrando o seu foco no aspecto cognitivo. Seus slogans foram: **“estar bem informado é a melhor prevenção”**, em 1986, e **“AIDS, você precisa saber evitar”**, em 1987. Embora o domínio das informações técnicas sobre as formas de transmissão e prevenção da AIDS seja inquestionavelmente um aspecto primordial para que cada cidadão defina se irá adotar medidas preventivas, o trabalho de prevenção transcende a vertente meramente informativa, o que traduz a limitação do alcance destas intervenções de então do Ministério da Saúde.

Corroborando este raciocínio, Vellozo (1995) sinaliza que:

*“pouco eficazes as campanhas educativas de massa, cujo alcance é indiscutível, são um exemplo do fosso afetivo-cognitivo característicos dessas iniciativas governamentais, que ao desconsiderarem o domínio simbólico, as práticas lingüísticas e hábitos culturais, reforçam o medo, o preconceito , o distanciamento (1995:7).*

Dentro desta mesma vertente surgiram outras campanhas, sendo interessante destacar neste período duas propostas com conteúdos, a princípio, distintos: **“Amor não Mata”** e **“Não morra de AIDS”**, produzidas no período de 1989, amplamente criticadas pelo segmento da sociedade civil em função da associação existente entre AIDS e morte. Contraditoriamente, a intenção de quem elaborava as campanhas era *“extrair [da AIDS] (...) um lado positivo”* (Vieira, 1992:46), afirmando que *“no caso da AIDS, morre-se por descuido ou falta de informação, nunca por amor”*. Outra característica essencial deste período são as abordagens tímidas a respeito do uso do preservativo masculino como método eficaz de prevenção da transmissão sexual;

sendo mais confortável para as autoridades governamentais a sua recomendação para as chamadas populações de alto risco (Peterson, 1994). Esta interdição deve ser reputada às pressões conservadoras da sociedade brasileira, sendo a Igreja Católica o seu porta-voz mais eficaz e poderoso<sup>3</sup>. Muitas peças publicitárias chegaram, inclusive, a ficar prontas, mas em função de censura foram engavetadas.

Ao final da década de oitenta, um novo elemento entra nesta trajetória: importantes lideranças do movimento da sociedade civil descobrem-se infectadas pelo HIV e incorporam de forma mais contundente a questão da soropositividade, inserindo na agenda pública os direitos civis das pessoas infectadas pelo HIV, como o lema “Viva a Vida - a vida antes da morte”. Ocorre então um:

*“reflexo na questão da prevenção, [com] ampliação [inclusive das] bases de trabalho das próprias instituições que muitos deles ajudaram a fundar (...) você então tinha um discurso realmente maior que tentava incluir as pessoas soropositivas dentro de um discurso de prevenção. Não é porque você já está infectado que você não é alvo de alguma mensagem de prevenção. Tanto eventualmente para não infectar outras pessoas, como também para evitar sua própria reinfecção. Uma coisa era há 10 anos atrás, uma entidade [recém-] fundada, com poucas pessoas com medo de falar, etc. Outra coisa é 10 anos depois, com um maior número de pessoas soropositivas, com muitas casas de apoio existindo, etc... [entrevistado não-governamental].*

Desqualificando todo esse processo, é apresentado, em 1991, um programa de prevenção mais agressivo, segundo palavras do Ministro da Saúde da época, sr. Alcení Guerra. Ele é estruturado a partir da elaboração de materiais e propagandas pela televisão, adotando o refrão “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar”, e o desenho de um alvo nas genitálias masculinas e femininas, indicando o perigo das relações sexuais (Parker, 1994; Guimarães, 1994). Além de sua proposta claramente ameaçadora e terrorista, reforçou-se com esta campanha a idéia da responsabilidade individual, com a predominância do sentimento de culpa e fatalidade como fatores importantes para a mudança de comportamento desejada. A reação a esta campanha foi descrita da seguinte forma:

---

<sup>3</sup> A imprensa também teve um papel decisivo na frente da “brigada conservadora”. Vieira, um dos publicitários envolvidos no início na elaboração das Campanhas Nacionais de Prevenção, comenta que: “O senhor Roberto Marinho fez um editorial de primeira página no jornal “O Globo” contra a campanha ainda não nascida, onde ele se opunha veementemente ao uso de termos permissivos e à falta de moral da campanha” (1992:44)

*“Eu não estava soropositivo nesta época, mas foi uma coisa que me [trouxe] um impacto muito grande aquela propaganda. Quando cheguei no Pela VIDDA, na época em que as sedes da ABIA e da Pela VIDDA eram juntas, vi vários cartazes muito interessantes, sendo a maioria de fora. O seu sentimento interior é outro, tipo: - estou em casa; estou vivendo; isso sim é uma epidemia; há outras pessoas que estão convivendo comigo; há resposta para isso; eu posso fazer alguma coisa” [entrevistado não-governamental]*

A partir de 1994 outras campanhas de massa<sup>4</sup> são implementadas, agora com certa sistematicidade. Fora do tradicional período de carnaval e do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, dia 1º de dezembro<sup>5</sup>, destacamos os trabalhos dirigidos: à população geral - **“AIDS, Previna-se . Só depende de você”**- , focalizando novamente a questão da responsabilidade individual; ao grupo de mulheres **“Quem se ama, se cuida”**, enfocando a questão da auto-estima como forma deste segmento iniciar o processo de negociação da camisinha, e aos homens pertencentes às camadas de baixa renda e aos bissexuais masculinos.

Há que se registrar ainda que em função de acirradas críticas das ONG e também de instituições da área da saúde pública, os conteúdos amedrontadores foram abandonados, com a incorporação gradual de uma abordagem direta do uso da camisinha nas mensagens publicitárias. Neste processo de mudança, algumas propostas de campanhas foram adquirindo um formato muitas vezes parecido com o das ONG, o que foi identificado desta forma:

*“Mas muitas coisas legais que eu vi tinha [...] muito a cara nossa também. A gente identifica isso. Não tem o menor problema se está copiando ou não [ ], queremos é que faça uma coisa legal” [entrevistado não-governamental].*

*“Então, de repente você tem isso, determinadas iniciativas de Estado, algumas eventualmente muito próximas de atividades desenvolvidas por ONG e, eventualmente também, iniciativas desenvolvidas pelas ONG que estão muito próximas do Estado mesmo” [entrevistado não-governamental ].*

---

<sup>4</sup> Descrição destas Campanhas poderá ser obtida através dos seguintes documentos produzidos pelo Ministério da Saúde: Relatório do Programa Nacional de DST/AIDS- Ministério da Saúde 1992-1994, DST/HIV/AIDS: A Resposta do Brasil 1996 e Principais Ações e Produtos da Coordenação Nacional de DST e AIDS em 1997.

<sup>5</sup> Esta data foi criada em 1988 pela OMS para sensibilizar a sociedade sobre a problemática da epidemia.

No entanto, a tensão sobre a regulação dos comportamentos sexuais permanece, muitas vezes normatizando quantidade, natureza das parcerias, definindo assim, de modo coercitivo, padrões de comportamento sexual. Situação emblemática foi vivenciada na elaboração da campanha do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, em 1993, onde a mensagem proposta originalmente pela Unidade Técnica de Prevenção da Programa Nacional de DST/AIDS- M.S. – **“Não importa com que você transa, com quantos você transa e sim como você transa”** - foi censurada internamente pela Unidade de Vigilância Epidemiológica. A argumentação era de que se cometia um sério erro técnico ao desqualificar a contribuição da informação a respeito da diminuição do número de parceiros sexuais na prevenção à AIDS para a população geral. O resultado deste embate foi a distribuição restrita do material às ONG (todo o material já estava impresso), sendo proibido o repasse desta produção a qualquer órgão governamental responsável pela saúde pública da população. A orientação sobre a seleção adequada de parceiros sexuais, como medida preventiva, vem sendo atualizada nos discursos do Ministério da Saúde, como veremos adiante.

Sintetizando o discurso oficial sobre as campanhas podemos, a princípio, identificar alguns sinais de mudanças:

Em 1989 , ao avaliar os objetivos das campanhas de massa, o Coordenador da área da Prevenção, afirma a preocupação vital com o gerenciamento de informações:

*“A campanha educativa [...] poderá ser avaliada sob diferentes aspectos:*

- do ponto de vista do educador: se a mensagem foi corretamente transmitida;*
- do ponto de vista da população-alvo: se compreenderam a mensagem e se houve verdadeira “educação”, ou seja, mudança de comportamento;*
- do ponto de vista de observadores do processo: se houve sintonia entre transmissor de informação e receptor”. ( Ministério da Saúde, 1989a:36).*

Já em 1998, o Ministério, no Documento *“Joint Governrnment and Society Endeavour”*, apresentado durante a XII Conferência Mundial de AIDS, faz uma revisão de suas antigas propostas na área, sinalizando a necessidade de incorporar outros elementos para a execução desta estratégia:

*“As primeiras campanhas eram caracterizadas pela disseminação de informações objetivas sobre as formas de prevenção do HIV (...) Neste*

*processo, percebeu-se que a informação por si só não produz as desejadas mudanças de comportamento, na medida em que este não é o resultado de pura decisões racionais. Por esta razão as atuais campanhas de publicidade produzidas pelo Programa Nacional utilizam mensagens que procuram localizar os assuntos vinculados à prevenção no contexto da realidade da população geral, substituindo a idéia de grupos de alto risco". (Ministério da Saúde, 1998a: 53).*

No entanto, no Documento de Referência do Projeto AIDS II, o direcionamento atribuído a esta estratégia não é claro, senão vejamos:

*"Para que um pessoa adote práticas de vida mais saudáveis, é preciso que ela tome consciência dos riscos aos quais está exposta e adote mudanças de comportamento. E isso só acontece se a pessoa em questão tiver acesso a informação qualificada sobre os meios de transmissão e prevenção de qualquer doença (...) Um programa de comunicação eficaz (...) , embasado nos conceitos de segmentação e intervenção (grifo nosso), visando o acesso direto às populações específicas, é o caminho mais objetivo e eficiente no processo de informação sobre a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis" (M.S., 1998e:17:18).*

Como o documento não esclarece em nenhum momento, o significado atribuído aos conceitos de segmentação e intervenção, torna-se difícil avaliar qual será o encaminhamento efetivo desta estratégia dentro dos rumos da política de prevenção à AIDS no Brasil.

Já no âmbito estadual, embora o Estado não tenha tido papel de executor das campanhas de massa, esta questão está proposta no Documento "Um Programa de AIDS Para o Estado do Rio de Janeiro", aprovado em 1992 pela Comissão Estadual de AIDS:

*"As ações de informação devem ter como objetivo produzir uma consciência coletiva que opere mudanças de conduta nas práticas que expõem as pessoas à contaminação [...] Essa ação de informação tem como objetivo educar, isto é, transmitir um conhecimento objetivo, científico (grifo nosso), prudente, sério, criterioso que tenha como consequência mudar hábitos e condutas que facilitem a prevenção da epidemia" (SES:1992a:3).*

Há no documento um empobrecimento claro em termos conceituais, citando-se a questão da educação sob a ótica exclusiva da transmissão de conhecimento. Já em outro documento, produzido no mesmo período, embora não se esteja referindo à questão das campanhas, formula-se outro modo a relação de informação e educação, ampliando o próprio sentido atribuído à educação:

*“a ação educativa não se confunde com o mero repasse de informações, mas trabalha com a inserção no social, no cultural, produzindo conhecimento no sentido das decisões. Assim, apesar da informação ter um papel básico na prevenção da AIDS, não garante necessariamente mudanças de comportamento...O cotidiano não é científico, (grifo nosso), isto é, nos movemos de acordo com as nossas possibilidades, limites, expectativas de comportamento, desejos e emoções” (S.E.S.:1992b:7)*

O fato desta linha de trabalho ter sido referendada pela Comissão Estadual de AIDS também chama atenção, conferindo “um traço fundamental, um peso, que não é um peso somente de uma equipe de técnicos da Secretaria, mas de uma proposta gerada a partir de segmentos da sociedade” [entrevistado governamental].

A outra vertente de trabalho a ser analisada é a que está direcionada aos grupos específicos, que foi se consolidando aos poucos como uma área de intervenção estratégica no Ministério da Saúde, abrangendo atualmente uma série de segmentos da população, quais sejam: população empobrecida, caminhoneiros, população confinada, mulheres, população indígena, escolares, crianças, adolescentes e adultos jovens, homens que fazem sexo com homens, forças armadas e usuários de drogas injetáveis, bem como o setor “local de trabalho”.

A primeira proposta significativa do Ministério da Saúde no sentido de apoiar trabalhos de prevenção em grupos específicos foi o “Projeto Previna”, elaborado em 1988, que contemplou a princípio alguns grupos considerados de alto risco (prostitutas/prostitutos, presidiários, usuários de drogas), ampliando mais tarde sua ação para outros setores: Garimpeiros da Amazônia Legal, Crianças e Adolescentes em Situação Social de Risco e Homossexuais “Variadores” de Parceria. Sua proposta básica era a formação de multiplicadores dentro de cada população-alvo e a produção de materiais educativos com linguagem acessível ou própria dos respectivos grupos (Peterson, 1994). O reconhecimento da necessidade de parceria com a sociedade civil é reconhecida na concepção do Projeto, procurando através desta interlocução uma aproximação com os segmentos eleitos para a sua proposta.

Esta iniciativa também pode ser considerada o primeiro envolvimento efetivo da Coordenação Estadual em um trabalho mais sistemático de prevenção. Antes suas iniciativas estavam direcionadas basicamente aos eventos do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS e ao período de Carnaval, servindo de suporte também para trabalhos desenvolvidos até então pelas ONG. Sua participação no “Previna” referia-se à articulação necessária entre as propostas que estavam sendo estruturadas para diferentes grupos, acompanhando o trabalho através da organização de treinamentos e supervisões e fornecendo o apoio institucional necessário.

A história desta proposta, envolvendo todas as regiões brasileiras não avançou, interrompida muitas vezes na primeira fase de treinamento, sem de fato alcançar os segmentos na sua base. A exceção deste processo foi o trabalho dirigido ao grupo de profissionais do sexo<sup>6</sup> e coordenado no Estado do Rio de Janeiro, pela ONG Instituto de Estudos da Religião em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde.

O “modelão” proposto pelo “Previna” , segundo Larvie (1996), categoriza o risco como decorrente de comportamentos tidos como danosos que, por sua vez, seriam informados por conhecimentos errados. Na primeira versão do Previna na Prostituição isto está bem caracterizado:

*“A prostituição alimenta o machismo, a duplicidade moral e a procura do prazer egoísta. E nesse cenário, milhares de jovens são jogadas anualmente em suas malhas”. (M.S.,1989a:28)*

Em versão atualizada do Projeto Previna, divulgada em uma série de manuais do Ministério, em agosto de 1996, a idéia de uma intervenção comportamental é justificada em termos mais culturalistas, com referências a aspectos da sociedade que, por terem uma influência no comportamento, devem ser considerados nos programas de prevenção. Mesmo assim, a nova versão mantém a ênfase na possibilidade de se modificar os comportamentos do ser humano através da divulgação de informações “corretas”:

*“Como se sabe, a AIDS se transmite sobretudo através de relações sexuais (...) E como ainda não existe vacina contra o HIV ou DST, o único remédio é a substituição daquelas situações de risco por comportamentos sem risco ou de menor risco(...). Mudar comportamento sempre é possível, pois nós, seres humanos, não somos regidos pelo instinto, como acontece com os animais irracionais. Temos necessidades básicas - por exemplo, se alimentar, buscar prazer sexual, descansar - mas todas essas necessidades são manipuladas pela cultura, pelos costumes de cada família, povo ou nação. Portanto, todos os nossos comportamentos, inclusive as práticas sexuais e atração erótica, podem ser controlados ou modificados (...). Tal intervenção visa fundamentalmente transmitir informações e técnicas de como evitar DST e infecção pelo HIV (grifo nosso). Não se trata de mudar comportamentos por inspiração moralista ou por condenação ética.” [M.S. 1996b: 31].*

Em outros documentos do Ministério da Saúde, onde os princípios básicos da Prevenção são explicitados, a discussão caminha por uma normatização destes comportamentos “danosos” :

---

<sup>6</sup> Ver Peterson (1994) – “Risco Sob Risco: Prostituição e AIDS- Dissertação de mestrado.

*“Os princípios básicos da prevenção são: 1-Promoção de práticas seguras quanto à transmissão sexual: início tardio de atividades sexuais nos pré-adolescentes, parceria sexual mutualmente fiel, redução do número de parceiros sexuais, recusa de relações sexuais indesejadas, recusa de relações sexuais sem o uso de preservativos, negociação para o uso de preservativos em relação com penetração; 2- Promoção de práticas seguras quanto à transmissão sanguínea: uso de sangue testado, recusa ao uso de drogas, redução do risco de transmissão entre usuários de drogas injetáveis, através da utilização de seringas esterilizadas ou descartáveis...” (M.S.,1994:16).*

A orientação proposta nestas diretrizes trabalha com a idéia de hierarquização, devendo evitar em primeiro lugar comportamentos inadequados (relações sexuais, usar drogas). Caso seja inevitável, informam quais deverão ser os procedimentos adequados. Princípios como estes deixam de lado a complexidade e a diversidade da vida brasileira e a situação social e cultural no qual a epidemia de AIDS tomou forma (Parker,1994), incorporando de forma inadequada concepções muitas vezes distantes da nossa realidade.

Já em outro material esta idéia é completamente abandonada atribuindo-se, por exemplo, à idéia de redução do número de parceiros um grave erro conceitual, sendo que a ênfase deve ser dada às práticas “de sexo seguro, às práticas preventivas e à decisão por estas práticas” (M.S., 1995:18).

Nesta profusão contraditória de discursos, assistimos à atualização da defesa da diminuição de parceiros como estratégia de prevenção defendida recentemente pela área de prevenção do Programa Nacional (Pimenta & Castilho,1997). Tendo como referência estudos realizados por importantes instituições de pesquisa, o “alvo” das intervenções passa a ser o sujeito com múltiplos parceiros sexuais, alertando-se também para a necessidade do uso de preservativos em todas as relações sexuais, onde a sorologia para o HIV é desconhecida e o não uso de preservativo exclusivamente em relações de extrema confiança. Esta lógica, universalmente dada, parece reviver tempos passados, onde a ilusão das estatísticas desarticuladas do nosso contexto cultural, produziram culpados por terem adotado comportamentos considerados promíscuos - distantes do parâmetro de uma sexualidade “normal”, baseada na fidelidade e heterossexualidade (Grupo Pela Vidda-RJ,1997:29-30 ).

Já no documento do Projeto AIDS II, o Ministério demonstra um certo avanço na forma do entendimento da epidemia de AIDS, incorporando a questão da vulnerabilidade como uma questão a ser considerada nas intervenções em grupos populacionais, identificando este conceito como sendo “a pouca ou nenhuma capacidade do indivíduo ou grupo social de decidir sobre sua situação de risco. E para as pessoas já infectadas ou doentes ter acesso ou não aos serviços e/ou recursos terapêuticos. A vulnerabilidade está diretamente associada aos fatores culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos” (M.S.,1998d:25).

Quando olhamos a história relacionada a grupos específicos, produzida no âmbito estadual, podemos destacar duas propostas gestadas pelo grupo da área de prevenção: uma dirigida à área escolar, elaborado em 1992, e outra direcionada aos profissionais de saúde, formalizada em 1993. A estrutura básica destas propostas é a tradicional formação de multiplicadores em cada área de atuação através das oficinas de sensibilização e capacitação.

A concepção metodológica que norteou estas propostas está referendada nas diretrizes gerais da área elaborada em 1992 e aprovada pela Comissão Estadual de AIDS, sendo definida como: “ação participativa... reafirmando os direitos de cidadania,[que] privilegia efetivamente os princípios de participação e de democratização, contribuindo na criação de espaços de reflexão (...). Tal processo na medida em que tem por base a reflexão sobre os problemas de saúde vivenciados e seus determinantes, possibilita a instrumentalização e o compromisso coletivo na busca de alternativas para a sua superação” (S.E.S.,1992b:5).

O conceito de cidadania registrado neste documento retira, a princípio, qualquer elemento de cunho autoritário das práticas preventivas, estando próximo da linha da educação em saúde crítica. Observa-se também uma ausência no material de uma concepção de risco associado a comportamentos “danosos”. Apenas no momento em que são especificados alguns grupos-alvo para os quais “o trabalho educativo em HIV/AIDS pode ser direcionado”, inclui-se o termo “populações em situação de risco”, definido como sendo: múltiplos parceiros sexuais (talvez seguindo a mesma lógica de orientação defendida pelo Ministério, como vimos acima), compartilhar agulhas e seringas, relação sexual sem o uso de preservativo. No entanto, ao especificar o sentido dos trabalhos de prevenção, aponta-se a necessidade destes estarem “ancorados no conhecimento da cultura, nos condicionamentos sócio-econômicos dos sujeitos envolvidos” (S.E.S.,1992b:11).

Larvie (1996), ao pesquisar as concepções que informam as intervenções da política governamental de prevenção à AIDS no Brasil, nos dá mais pistas sobre o trabalho no Estado do Rio de Janeiro. Segundo sua ótica, a questão da vulnerabilidade tem centralidade nas ações desenvolvidas, ultrapassando em muito a perspectiva da relação indivíduo–informação. A importância do contexto político, histórico e social é ressaltado no modelo do Rio de Janeiro. Isto, segundo o autor, contrasta com as propostas do Ministério da Saúde que tem como foco mudanças individuais baseadas em decisões racionais, retratando uma concepção limítrofe das intervenções preventivas. O modelo de referência utilizado inicialmente pela Programa Nacional seria o Health Belief Model, adotado pela OMS nas campanhas anti-tabagistas e de prevenção de acidentes de trânsito. Como esta proposta tem como pressuposto a existência de um substrato cognitivo (ou essência) comum a todos os seres humanos, a ênfase a ser dada nos trabalhos educativos acaba sendo

o gerenciamento adequado das informações, que, uma vez que sejam bem formuladas e dirigidas, alcançarão as mudanças desejadas.

Na busca do entendimento das concepções presentes na área da prevenção devem ainda ser referidas duas propostas com âmbitos distintos de atuação: a primeira representando a linha de trabalho mais tradicional da prevenção: os projetos executados pelas ONG que, a partir de 1993, passam a ter como grande fonte de financiamento o Programa Nacional. A segunda é o trabalho de prevenção no âmbito dos serviços de saúde que, no Brasil, se configurou através da proposta de aconselhamento dirigido a todas as Unidades de Saúde e dos serviços dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), concebidos diretamente pelo Programa Nacional.

A primeira linha de intervenção, embora integrada por projetos gestados pelas ONG, tem uma contribuição importante para a compreensão do conjunto de respostas oficiais na área de prevenção. Isto porquê, as ONG possuem uma autonomia relativa para definirem seus projetos de prevenção, na medida em que condicionam suas propostas aos padrões estabelecidos pelo Programa Nacional.

Villela (1997), no seu trabalho exploratório sobre “A Prevenção do HIV/AIDS no Brasil. Um estudo a partir das propostas de ONG ao PN DST/AIDS” formula algumas questões que consideramos importantes para a nossa discussão. Destacamos o seguinte ponto nesta análise: há uma grande concentração de projetos na linha de “Informação, Educação e Comunicação”, notadamente através da produção de materiais gráficos, o que poderia “eventualmente apontar também na direção de uma normatização das práticas sexuais, indicando o não reconhecimento do particular significado e lugar da sexualidade na vida de cada pessoa” (1997:9). Os modelos de intervenção são formatados de maneira uniforme e embora utilizem metodologias ditas participativas, como oficinas de sexo seguro, reforçam as estratégias de disseminação de informações.

Além deste aspecto, muitos projetos apresentam uma certa exterioridade entre a entidade que propõe o trabalho e sua população-alvo, o que pode significar, em última instância, que esta última é percebida como mera receptora passiva da ação proposta, impedindo uma reflexão dos indivíduos sobre questões relativas a sua própria cidadania (Villela,1997). Isto assinala também uma mudança de rumo na vocação dos trabalhos de prevenção das ONG, tendo em vista que a especificidade das intervenções estava anteriormente vinculada à proximidade cultural destas instituições com o grupo-alvo envolvido nas suas propostas.

Galvão (1997) faz uma análise similar quanto aos redirecionamentos presentes na relação ONG e intervenções educativas, afirmando que há uma tendência à “ditadura dos projetos”. Ou seja, “como uma imagem refletida em um espelho, a ONG cria um novo projeto para atender à nova demanda (principalmente se há possibilidade de financiamento) ... Isto cria uma nova maneira de relacionamento com a epidemia: mais asséptica e menos ativista” (1997:98). As conseqüências finais deste processo para o trabalho de prevenção merecem ser melhor estudados, mas, caso

persista esta tendência, as ONG, com exceções, é claro, serão mais um dos prestadores de serviços no mercado de trabalho da AIDS.

A outra vertente de ação, os CTA e o Aconselhamento<sup>7</sup> refletem de certa forma uma preocupação do Ministério com a questão da inter-relação assistência e prevenção. Os CTA foram criados a partir de 1988, ampliando-se o número de serviços a partir do ano de 1993. Já no ano de 1997, o Ministério assume como meta a incorporação do trabalho de aconselhamento em todas as unidades de saúde. Os avanços na área terapêutica certamente contribuem para esta definição, sendo as duas áreas consideradas como prioritárias nas ações de prevenção do Ministério. Isto poderá iluminar novos caminhos para a prevenção, bem como para a própria assistência, podendo deslocar, ainda, a primazia das ações de prevenção da esfera não-governamental.

As concepções que informam estas práticas enfatizam a necessidade da participação do cliente na decisão sobre sua saúde, propondo que a preocupação do profissional de saúde deve ser o estabelecimento de uma relação de confiança com o seu cliente, a fim de que este possa “reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação” (1997a:11). Há a recomendação de ser desenvolvido “um plano de redução de risco que seja compatível com as questões específicas do cidadão em atendimento”, o que será facilitado a partir da identificação das “condições de maior ou menor vulnerabilidade de seus clientes” (M.S., 1997a:19). Se compararmos com o primeiro “Manual de Aconselhamento”, publicado em 1989, houve uma mudança significativa, pois este padronizava de forma autoritária e discriminatória o conteúdo das mensagens sobre a prevenção da AIDS, afirmando que para a “segurança total” na transmissão sexual deveria haver: “parceria única e mutuamente exclusiva. Não selecione o parceiro sexual dentre as pessoas que você não conhece ou que pertencem a grupos de alto risco (por exemplo, viciados em drogas injetáveis, pessoas com muitos parceiros sexuais)” (M.S., 1989b:19).

Diante da profusão de discursos tão diversos por parte do Ministério da Saúde será possível obter uma posição hegemônica, como parece apontar as observações de Larvie (1996), descritas anteriormente? Acreditamos ser difícil precisar a coerência dos discursos “ministeriais”, há avanços e retrocessos dentro de um mesmo período. Regular, disciplinar e moralizar, a qualquer custo, a vida sexual das pessoas pode ser tão importante quanto buscar que estas se tornem sujeitos de sua prática.

O que acaba chamando mais atenção neste processo é a ausência de referências claras sobre as propostas preventivas. A necessária linha de coerência entre tantos projetos gerenciados pelo Ministério certamente requer um esforço neste sentido.

### **Fragmentação do campo**

Além das contradições do discurso preventivista do Ministério, a multiplicidade de ações acarreta dificuldades para a sua avaliação. Muitas vezes, o Ministério da Saúde direciona seus esforços para grupos específicos, onde já existem ações executadas por outras entidades, com financiamento do próprio Ministério, sem avaliar com as instâncias governamentais locais quais as ações de prevenção que estão sendo executadas no próprio estado, estejam elas sob a gerência das ONG ou mesmo do próprio governo. Sem dúvida, os recursos disponíveis a partir do acordo de empréstimo do Banco Mundial influenciaram decisivamente o encaminhamento das ações desta forma, sendo este processo assim caracterizado:

*“ A Coordenação [Nacional] tem uma parte muito fragmentada em termos de ação e desempenho... você fica tendo uma visão muito partida de como as iniciativas estão e de como elas se somam e se sobrepõem às iniciativas que estão vindo por parte, vamos assim dizer, da sociedade civil. (...) ainda tem algumas coisas que parecem correr ao lado e à margem... (...) acho que há também uma justaposição de ações e muitas vezes (...) fica difícil ver como vai ficar esta análise final, esse fechamento do AIDS II, como eles vão empacotar tantas ações que vieram da sociedade civil com as próprias ações de prevenção desenvolvidas diretamente pelo Ministério” [entrevistado não-governamental].*

As instâncias locais (ONG e os setores governamentais), por sua vez, têm sido receptivas aos investimentos federais, sem se contrapor, na maioria das vezes, às propostas apresentadas pelo Programa Nacional, autorizando, assim, a perpetuação desta situação. Esse contexto, marcado pela diversidade, pelo desconhecimento das ações empreendidas e sua necessária avaliação, tem configurado uma nítida fragmentação do campo da AIDS. A área de prevenção, por envolver diversos atores “responsáveis” por sua implantação, tem-se mostrado a mais vulnerável.

Rever este processo de fragmentação implica que seja estabelecido outro parâmetro de inter-relação entre todos os atores envolvidos, diluindo o excessivo poder exercido pelo Programa Nacional. Neste sentido, é louvável a preocupação demonstrada atualmente pelo nível federal em promover o debate sobre as estratégias que possam descentralizar e dar sustentabilidade a esta política, defendendo um novo modelo de gestão para a área, vinculando, fundamentalmente sua organização ao SUS (M.S.,1998a). Isto é vital para os rumos futuros do controle da epidemia no país. As próprias ONG também estão se movimentando nesta direção, incluindo temáticas relacionadas a estes assuntos nos seus encontros, como ocorreu em outubro de 1998, no VIII Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS.

Como retrato do distanciamento entre o poder local e a sociedade civil, vemos afirmações como:

---

<sup>7</sup> O Ministério da Saúde define o Aconselhamento como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente, devendo conter três componentes: apoio emocional; apoio educativo e avaliação de riscos. Ver “Aconselhamento em DST, HIV e AIDS – Diretrizes e Procedimentos Básicos” (1997a).

*“Eu nunca recebi uma coisa que viesse do Município tipo: Olha, estamos fazendo isso, interessa a vocês participarem? Nós estamos com esse projeto de prevenção, interessa? (...) Eu não saberia destacar, nesse tempo todo aqui no Rio, especificamente, uma ação que tivesse tido essa mesma busca de entendimento com os grupos. Eu não sei qual é a política de prevenção do Município” [entrevistado não-governamental].*

*“Eu estou tentando separar uma coisa da outra, mas é difícil. Não sei quem é quem às vezes - município ou estado -... Mas, no Município, tirando panfletos e coisas em épocas de Carnaval e em 1º de dezembro, também não me lembro nada assim, nem em TV, nem em grande escala que tenha sido feito e que tenha uma escala significativa” [entrevistado não-governamental].*

Já com relação ao Estado, a situação não se altera tanto:

*“... confesso que posso estar sendo leviano, mas não estou conseguindo me lembrar de nada tão efetivo do Estado em termos de campanha”. [entrevistado não-governamental ]*

*“Mesmo (...) o Estado tem algumas coisinhas que aconteceram mais um pouco. Acho que o Estado sofre também desse mesmo processo de ter uma coisa meio cinza...” [entrevistado não-governamental ]*

Do ponto de vista governamental, a marca do isolamento também se faz presente na relação com as ONG:

*“Eu não tenho um acompanhamento efetivo do que fazem, dos projetos que eles [as ONG] têm no Ministério da Saúde, não temos um acompanhamento mais próximo, uma parceria mesmo de levar adiante o trabalho. Eu acho também que as ONG perderam um pouco..., estão um pouco perdidas” [entrevistado governamental ].*

Se ampliarmos o nosso olhar para o interior das ONG, vemos que o horizonte “cinzento” também está presente entre os nossos interlocutores da sociedade civil, fragilizando ainda mais as relações entre as instâncias responsáveis pelas políticas públicas de controle da AIDS. Mais uma vez, é atribuído aos recursos do Banco Mundial o papel de facilitador:

*“Há alguns anos atrás eu acho que você tinha muito mais noção do que estava acontecendo.[...] Hoje [...] as pessoas estão trabalhando muito, muita ação [...] mas você não tem mecanismos de divulgação, ou porque as coisas são pobres mesmo ou porque são propositadamente feitas para não serem ditas. E tem muita concorrência, muita briga, muita disputa (...). Então, as pessoas preferem ficar nos seus lugares para não ter brigas e [cada um] vai tocando seu projeto e fazendo sua vida e com poucas interfaces mesmo entre grupos e muitas vezes com o Estado” [entrevistado não-governamental ]*

### **Lugar da prevenção**

Apesar deste contexto adverso, foi possível observar uma perspectiva diferenciada no direcionamento das ações de prevenção, implicando, inclusive, um maior fôlego para a área, mesmo na era dos avanços terapêuticos:

*“ (...) eu acho que agora está havendo uma retomada de discussão (acerca) da prevenção em todos os níveis. Eu vejo a nível federal uma outra estruturação em relação à prevenção. Acho que nós aqui estamos com uma outra perspectiva em relação à prevenção no Estado, nas ONG de uma maneira geral.(...) Outra perspectiva, é uma perspectiva de mais ênfase mesmo, entendeu. De você ter..., como você tinha na assistência, coisas mais objetivas. Eu acho, que a prevenção era uma coisa muito solta. A camisinha! Vamos no carnaval da camisinha! E, agora, dia 1º de dezembro vamos dar a camisinha! (...) agora a gente tem focos onde a gente pode planejar com mais antecedência. (...) acho que assim a gente tem melhor potencial de planejar e [...] ações que são mais lineares e não tão pontuais como que a prevenção era antes” [entrevistado governamental].*

A expressão desta possibilidade, foi historicamente permeada por uma série de dificuldades no início do processo de constituição do Programa Municipal, admitindo-se que é a área em:

*“ que a gente está um pouco mais atrasada. (...) naquele momento, o que estava gritando era a questão da assistência (...). A gente tinha doente morrendo na porta, doente que não conseguia entrar, serviço que batia a porta na cara do doente. Não tinha remédio ... na prevenção a gente saiu do nada. A gente não tinha nenhuma ação de prevenção. (...), mas por questão das pernas, por questão do conhecimento que a gente não tinha e uma certa dificuldade até na formação das pessoas, (...) é mais escasso (o número de) profissionais com bom ‘background’ para prevenção. E, se a gente analisar também o Projeto do Banco Mundial, .... ele norteou pouco as prioridades das ações... ele, também, não era muito caprichado na questão da prevenção. Um projeto que tinha 37% de insumos para laboratório e você tem uma quantidade grande de insumos para montagem de ambulatório e de hospitais-dia, de assistência domiciliar, não é um projeto muito (direcionado) para influenciar, para estimular a questão da prevenção” [entrevistado governamental ].*

Cabe observar aqui a pertinência da crítica referida acima quanto aos investimentos dos recursos do Projeto do Banco Mundial. A distribuição dos gastos entre as “categorias de despesa” aponta para um percentual de 37,6% para suprimentos de laboratório (Burgos, 1995), o que implicou um equilíbrio na distribuição dos gastos, originalmente destinados, prioritariamente, às ações do componente prevenção.

Do ponto de vista das ações estaduais, observamos hoje um olhar diferenciado quanto ao diagnóstico da área da prevenção, marcado pela fragilização atual dos trabalhos na área:

*“Eu acho que teve uma época que, dentro da Divisão, a Prevenção foi uma área importante mesmo, foi atuante, tinha bastante gente, fazia bastante coisa, bastante pessoas que ainda estavam envolvidas e (...) atuantes e havia aquela perspectiva do trabalho dentro do Serviço de Saúde, o treinamento dos profissionais para desenvolverem ações educativas dentro do Serviço de Saúde e uma outra vertente que era o trabalho com as populações específicas através das ONG e outras coisas. Eu acho que estava bem estruturada a Prevenção. Eu não consigo levantar suposições do que aconteceu para que hoje ela seja umas das áreas que estão mais esfaceladas, que não tem proposta de trabalho (...) Não está mais estruturada como uma área importante dentro da Divisão.” [entrevistada governamental]*

As concepções que atualmente norteiam as práticas educativas também foram objeto de análise, criticando-as por estarem referidas a um modelo antigo de prevenção, determinando:

*“uma separação muito grande entre as ações de prevenção dirigidas para a comunidade que não está infectada, sem pensar e incorporar as pessoas soropositivas dentro da própria prevenção, estão fazendo eu acho que uma divisão ainda muito clara....São determinadas discussões que eu acho que você já teve nesse período como um todo, ou seja, de que maneira você pode passar informação sobre prevenção, mas que, de alguma forma, pessoas que já estão infectadas não se sintam tão separadas...., porque (...) muitos materiais de informação, eventualmente, reforçam a exclusão, não dão a possibilidade de... estabelecer com você uma ponte, se essa pessoa já está infectada”*  
[entrevistada não-governamental]

Curioso registrar que exatamente neste período, no ano de 1995, surge na sociedade civil brasileira a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, que tem atualmente representações em todas as regiões brasileiras, abrangendo vinte e dois estados da federação, além do Distrito Federal. A Rede formula um discurso de oposição radical às tradicionais ONG/AIDS, criticando-as pelo fato de secundarizarem questões relativas à vivência do portador do HIV/AIDS e questionando a representatividade dessas instituições em advogarem em nome dos portadores. Hoje, o clima de beligerância já é menos presente, havendo um espaço maior de troca entre os dois setores. Há que se registrar, porém, que os estatutos que vêm sendo formulados pelas representações estaduais da Rede definem que somente os portadores do HIV/AIDS podem compor a diretoria destas representações, mas que é assegurado direito a voto nas assembléias aos responsáveis por menor portador do HIV/AIDS e familiares dos portadores.

Recentemente, o próprio Ministério da Saúde incorporou as críticas a respeito da exclusão das pessoas portadoras do HIV/AIDS nos projetos educativos e vêm recomendando aos parceiros governamentais a necessidade de implementarem estratégias para os próximos quatro anos que contemplem a figura das pessoas infectadas pelo HIV/AIDS (Pimenta,1998).

A metodologia dos projetos financiados pelo Ministério da Saúde também foi objeto de consideração dos depoentes desta dissertação, onde pudemos encontrar diferentes avaliações:

#### Ausência de reflexão teórica

*“É muito rasteira a discussão da prevenção. A questão da prevenção é muito centrada ainda na utilização do preservativo masculino (...), mas eu, não sei como dizer, como se na prevenção a coisa já estivesse dada, era um campo esgotado” [entrevista não-governamental].*

#### Formato padrão dos projetos, vinculados a uma prática educativa tradicional, baseada no repasse de informações

*“você pega muito folhetos, os produzidos agora por vários grupos (...) 5 anos (e) vai ser a mesma coisa: assim pega, assim não pega, aí eles ensinam a botar camisinha...Ah! Está ficando mais pobre, está ficando mais negro, está ficando mais feminino. Mas o modelão de intervenção continua o mesmo e o da prevenção também.(...) Então eu acho que nos últimos anos é uma coisa muito interessante como nós fomos para frente, em termos de discurso, mas em termos de ação é como se a gente tivesse voltado um pouco para trás, você continua trabalhando com ações de 10 anos atrás e não conseguimos implementá-las. (...) é muito interessante, apesar de você ter várias iniciativas é como se as iniciativas não saíssem do lugar” [entrevistado não-governamental].*

#### Prática educativa vinculada ao contexto de vida das pessoas

*“... E, agora, ao longo desses dois últimos anos ... as pessoas chegaram à conclusão de que sabem que para você mudar o comportamento... qualquer ação, (...) tem que estar dentro de um contexto maior da vida da pessoa.... você tem que envolver a comunidade (...) e ele tem que estar dentro de um contexto maior de saúde (...) e de desenvolvimento social, também, da comunidade... Então, o que permeia é a questão de que (...) a informação é o primeiro passo, mas que você tem que entrar num processo educativo... num processo participativo, ... que essa informação (...) tem que se transformar dentro do contexto da pessoa, seja através da escola, de associações comunitárias ou (...) de algum grupo, algum mecanismo social que já existe... e tem que ter um vínculo com os serviços de saúde” [entrevistado governamental].*

De uma forma menos linear e até contraditória com a fala anterior, o percurso preventivista foi categorizado como tendo avanços e alguns impasses:

*“Eu vejo que a questão da prevenção é uma coisa crescente (...). Se você pensar em termos de campanha, no início foi muito do lado negativo (...) Hoje (...) não só discute-se o perigo da doença, mas também de como enfrentá-la .... As ações também foram se diversificando.. Antigamente, os projetos eram todos muito parecidos, voltados para os profissionais do sexo, michês, homossexuais. E hoje, a gente vê ações nas escolas, nos presídios, em escolas correcionais, a gente vê a questão do adolescente, coisas mais comunitárias... Mas eu acho que a gente não encontrou ainda alguma coisa que se possa dizer que causou grande impacto na questão da prevenção. É difícil mesmo... (...) para frente é caminhar para se ter ações mais específicas na questão comportamental. ... Acho que a maior parte das ações ainda (faz) divulgar o que é AIDS, como se previne, o que é risco (grifo nosso). (...) acho que falta também um reforço na parte de avaliação nos projetos (...) ”. [entrevistada governamental].*

*“[...] a questão da AIDS do ponto de vista do discurso (...) foi se modernizando gradualmente (...) o objetivo maior da prevenção era reduzir o impacto da epidemia no nível de sociedade. (...) nesse processo se pensou muito em função de discussões técnicas, de olhar a nível de segmentos mais vulneráveis (...), eu acho que se avançou bastante, houve alguns erros neste processo, mas foram projetos bons em relação à população específica. (Houve) um avanço de pensar metodologias das mais variadas (...). E você tem toda uma perspectiva de estar falando à população em geral. E aí eu acho que o trabalho que vem sendo feito de se aproximar das populações em geral precisa de uma parceria maior, particularmente com a mídia. Acho que não se pode pensar em sensibilização de populações em geral (...) baseado só em campanhas. (...) Acho que o trabalho com o setor empresarial foi bastante incipiente e ainda é. (...) Acho que o setor público vai seguir lidando com isso de forma a pensar em campanhas (...). Campanhas são importantes , mas não são suficientes ”. [entrevistado governamental ].*

Em relação à questão da normatividade presente nas estratégias da prevenção, houve uma certa hegemonia na fala dos entrevistados de que projetos com este sentido são inadequados, reforçam o autoritarismo das propostas e são inócuos quanto às ações de saúde pública. Destacamos as seguintes análises:

## Horizontalizar as ações, integrando com áreas afins para conseguir melhor resultados

*“... ela é menos (normativa) do que todas as outras ações que a gente executa... O que você pode fazer em termos de prevenção é definir prioridades, definir linhas (...). Eu acho que a gente tem um limite assim do que não pode fazer. ... porque em termos de normatização, eu acho que ... faz parte da integração... que só vai (se) saber o que é melhor se você construir junto com teu “objeto”... que tem que ser construído mais horizontalmente e, aí, eu acho que tem que desconstruir toda a nossa tradição assistencial. Onde a gente é muito normatizante (...) fala qual remédio que vai combinar com o pão, qual o tempo de consulta, quantas consultas vai fazer, quantos exames vai fazer a cada três meses... senão não fizer 30 ml faz assim, se fizer mais de 30 ml faz assado. Acho, que para trabalhar com prevenção, que tem que ter mais liberdade, acho que tem que ter mais possibilidades de propor novas coisas. Até porque acho que tem uma questão dinâmica, porque à medida que a prevenção avança ela é diferente”. [entrevistada governamental].*

## Os discursos tecnicistas e reducionistas tentam autoritariamente vender sua proposta de saúde, como se fosse um bem de consumo, não considerando os fatores de vulnerabilidade das pessoas envolvidas

*“são bastante normativos.... que tem a ver com certo modelo meio tecnicista. Você tem algumas raras tentativas de tentar incorporar seu discurso local.... Não adianta você chegar com aquele discurso profundamente técnico e de mudanças (...) de comportamento, acreditando que pode mudar o comportamento das pessoas. (E que) aquilo que você está efetivamente falando são coisas certas, corretas, etc. (...) faz parte daquele modelo antigo que nós vimos como bons samaritanos , acreditando que você tem uma mensagem, uma coisa para dizer e as pessoas... claro que vão te ouvir, pois imagina quem é que quer ter AIDS. ... Mas o que nós vimos ao longo desses anos todo é que você tem várias outras questões que tem a ver com as dificuldades, questões de poder, questões de gênero, feminilização da pobreza ... Quer dizer você tem várias outras questões que não vão fazer com que essa situação mude, apenas mensagens técnicas que vão ser somente normas”. [entrevistada não governamental]*

Porém, foi adotando o argumento da necessidade de preservação de uma política de saúde pública adequada, que registramos uma voz a favor da normatividade:

*“... você partiu de algumas teorias de comportamento, você parte de algumas teorias de educação e de informação, etc e tal... mas (...) quando você está falando de saúde pública, até um certo ponto, tem que ser normativo (...) mas, eu acho, que quando você tá lidando com a população, principalmente, com um país desse tamanho, com quase 160 milhões de habitantes, e você tá falando de uma epidemia que se propaga por vias, assim, definidas, mas difíceis de você interferir na vida do indivíduo, (...) ela é normativa mas você tem até dificuldade nesse sentido... você tem que criar normas, você tem que ter um política normativa...” [entrevistada governamental]*

O símbolo da normatividade é ilustrado pela seguinte forma:

*“Vejo, depois de tantos anos de discussão sobre AIDS, que uma das grandes coisas que o Governo Federal fez foi aquele cartaz que diz: - “assim pega e assim não pega”, mais normatizador é impossível e... mais chato... Ela (a prevenção) tende a ser normatizadora nesse sentido de assim pega e assim não pega, sem haver um aprofundamento da questão da prevenção, como: - porque fazer a prevenção? Qual o impacto que a epidemia tem sobre as pessoas? Qual o real impacto? O que significa viver com AIDS?” [entrevistado não-governamental].*

Uma das razões para a manutenção de uma linha de trabalho normatizadora, que vai, inclusive, em direção contrária às conquistas do campo da AIDS, é o espaço ocupado atualmente por algumas instituições da sociedade civil:

*“(..) eu acho que vários grupos não estão capacitados para fazer uma discussão mais ampla sobre prevenção. (...) uma grande maioria não tem muito essa noção e não reflete sobre o próprio modelo que eles aplicam, vai aplicando, vai trabalhando, sem eles próprios fazerem uma reflexão sobre o modelo. (...) Enfim, ter quase 400 grupos trabalhando com AIDS é uma coisa de chamar atenção ... Eu acho que isso faz com que nós próprios perpetuemos os modelos que nós fazemos e essa é uma crítica que eu faço, porque eu acho que também muitos de nós não querem que o modelo mude, porque a mudança do modelo implica a morte de várias entidades, o desaparecimento de muitas (delas) e de alguns de*

*nós.(...) E como eu falar da intervenção, que a intervenção é crônica, que eu estou cronificando a intervenção, se eu próprio vivo disso ? Se eu vivo de fazer trabalho para travesti, se eu tenho que ter mais um trabalho aprovado, se eu tenho que replicar este modelo, se eu tenho que, enfim, ir me capacitando em travesti. (...). O que vou fazer agora com todo esse meu 'know-how' se a coisa agora vai virar para índio?" [entrevistada não-governamental].*

## **Novo desafio para a prevenção: desigualdade social**

### Limites estruturais - acesso aos meios de prevenção

*"Do ponto de vista da prevenção, eu acho, por exemplo, que a grande questão segue sendo a questão do uso dos preservativos. O resultado disso (do trabalho de prevenção) é que nós estamos propagando a necessidade de sexo seguro e de preservativo num país que não produz preservativo em quantidade suficiente para suprir o mercado (...)." [entrevistado governamental].*

*"É como é essa distribuição do preservativo? Foi ótima, mas é só no carnaval. Tem essa idéia de que se trepa mais no carnaval. Então vamos distribuir bastante preservativos no resto do ano. Há essa distribuição, mas não tem tanta quantidade que você possa dizer para que venham buscar. Você tem que normatizar a entrega tipo: - você vai receber uma cartelinha e só poderá voltar daqui a uma ou duas semanas, dependendo da quantidade -, e a pessoa diz: - eu uso essas três durante essas uma ou duas semanas e quando não tiver dinheiro para comprar vai ser sem camisinha. Aí a gente fica assim: a gente distribui camisinha mas está tudo a mesma coisa (...). Pensamos até que ponto a pessoa está usando realmente, porque quando ela tem usa, quando não tem não usa (...)" [entrevistado não-governamental ].*

De fato, os estudos têm demonstrado que o setor governamental e as ONG têm se defrontado com uma série de limitações para atender à demanda por preservativos. Segundo documento produzido pelo próprio Ministério da Saúde (1996c), embora o mercado de preservativos tenha dobrado no período de 1989 a 1996, nós temos um dos menores índices de consumo *per capita* de preservativos e um dos preços mais elevados do mundo. Observa-se também, historicamente, uma capacidade limitada de atender a esta demanda, impedindo que uma parcela significativa da população possa ter acesso a este insumo essencial.

Neste aspecto, é interessante destacar a análise de Larvie (1997) que sinaliza a incipiente discussão política sobre a questão da prevenção, afirmando que: “Como a questão dos tratamentos, o problema de prevenção é também um problema de acesso, de carência de recursos, de falta de empenho e de compromisso...Se hoje sabemos como e onde recorrer para resolver problemas de tratamento, é por que o movimento anti-AIDS lutou para que houvesse instâncias específicas e pessoas responsáveis para isto? Será que se pode dizer a mesma coisa no que concerne a prevenção? (...) o progresso nesta área tem sido parcial e esporádico e ainda há muito o que fazer”. (1997:3). Nessa direção, é importante ponderar que no Brasil, os recursos usados pelo Ministério da Saúde para a compra de preservativos e, do qual dependem a maior parte dos estados e municípios, são originários, em boa medida, de fonte externa (Banco Mundial), enquanto o investimento para a compra de medicamentos anti-retrovirais é realizada através de recursos próprios da União. A vinculação da compra de preservativos à dependência externa, demonstra a fragilidade da política interna em garantir a sustentação dessas ações em nosso meio.

A necessidade de ampliar e politizar a questão do acesso aos meios de prevenção foi também problematizada por alguns entrevistados:

*“Então, ao nível de país, este é um problema concreto.. este é o estrangulamento (...) Temos na AIDS, uma coisa crítica, que a gente tem aí pela frente para enfrentar - os municípios pressionarem o Estado a ter preservativo e o Estado pressionar o Ministério a ter preservativo. Este tipo de política que a gente precisava estar discutindo na verdade.” [entrevistado governamental].*

*“Mas tem uma questão de incompetência, de como isso deveria ser gerido, ou pelo menos tratado, tanto por parte do setor governamental.(...) a gente não fez efetivamente mais pressões e parcerias como deveria ter feito. (...) acho que do outro lado tem uma baixa iniciativa ao nível de estado. Poderia ter, efetivamente, um diálogo mais amplo, com a indústria e tal, e não tem.” [entrevistado não-governamental]*

Quando se apontam caminhos que possam garantir de fato o acesso a este insumo, abre-se a discussão sobre o barateamento do seu custo, questão ainda polêmica em nosso meio, na medida em que grande parte da população não poderia custear este insumo:

*“Você tem todo um setor privado e empresariado sensibilizado para investir, porque o mercado de preservativos é um mercado promissor a nível de comércio e é ainda uma política de controle com problemas operacionais muito complexos. Esse é um nó muito complicado nessa questão da prevenção. Eu acho também que o preservativo doado tem um limite. (...) é importante ter*

*preservativos a custos baixíssimos, menos do que o preço de um cafezinho, por exemplo.” [entrevistado governamental].*

*”(...) existem muitas discussões para você ampliar pelo menos o espectro da prevenção e que não são feitas. A gente termina trabalhando com técnicas ainda antigas, alguns modelos já se descobriram eventualmente falidos, até porque não dá para o Estado ficar sustentando a relação sexual dos brasileiros pelo resto da vida. Ou você tem uma política mais séria de diminuição do custo do preservativo ou você vai subsidiar as relações dos brasileiros por quantos anos? Não dá.. Mesmo você colocando em cesta básica, são 2 ou 3 camisinhas e isso não vai suprir. Você tem que distribuir, (cabe às) pessoas se familiarizarem, mas isso é um estágio de sensibilização. Você tem que acompanhar (com) outras medidas sociais mais amplas que garantam que essa sua estratégia de prevenção continue sendo incrementada (...) vamos ter um ‘marketing’, o famoso ‘marketing’ social da camisinha” [entrevistada não-governamental].*

O necessário enfrentamento desta questão terá, sem dúvida, que ser melhor dimensionado. Discutir a questão da desigualdade social no acesso a este insumo requer um aprofundamento sobre o papel do Estado na garantia da saúde da população. Sabemos que a epidemia tem crescido entre a população empobrecida, a maioria do povo brasileiro. Os documentos do Ministério da Saúde apresentam contradições a respeito do encaminhamento a ser assumido. Ora garantem o acesso aos preservativos a todos, ora dizem que deverá ser feito um repasse gradual dos preservativos, para que ao final de um determinado período a população possa ter adquirido o hábito de usá-lo e possa comprá-lo (M.S., 1996c; M.S., 1998b). Em documento produzido pela Secretaria de Estado de Saúde há uma definição clara em relação ao limite do papel do Estado em prover todos os preservativos necessários a prevenção das DST/AIDS (SES,1994) Enquanto isto, a distribuição continua irregular, o que implica muitas vezes a descontinuidade dos projetos de prevenção. A fala, a seguir, retrata esta questão:

*“Sei que com isso estou dizendo que o Governo tem que comprar mais camisinhas para todo mundo, mais remédios para todo mundo, mas eu acho que a gente tem que ter um denominador comum nessa história. ((grifo nosso).  
Comprar camisinha? O pacote com três custa cinco ou seis reais. Não dá para viver o tempo todo comprando essas camisinhas, tem gente que pode pagar, mas a maioria não pode. E se a AIDS hoje está se pauperizando é porque está pegando a classe baixa, não a média e sim a baixa. Nesta classe já é difícil convencer para usar preservativo, (ainda mais) tendo que usar com frequência”  
[entrevistado não-governamental]*

Em relação a este aspecto, é importante refletir sobre as afirmações feitas por Altman (1995) ao discutir a questão dos direitos humanos nas respostas comunitárias geradas para o controle da epidemia, sinalizando a pouca frequência de respostas às questões relativas ao que ele classificou como: “os maiores abusos contra a dignidade humana na epidemia atual” (1995:37). Isto, segundo o autor, está relacionado à “desigualdade extraordinária de recursos disponíveis para fornecer tanto as informações básicas quanto as medidas preventivas e até mesmo o cuidado paliativo para aqueles com HIV/AIDS. (...) Com frequência, o acesso a tais serviços básicos é distorcido pelos padrões de discriminação baseados no gênero, raça e sexualidade e as maiores desigualdades da economia política global” (1995:37).

Remete-se aqui para a questão da pauperização da epidemia em curso em nosso país. Incertezas e angústias sobre a manutenção de um caminho diferenciado, conquistado na política de controle da AIDS, foram flagrantes, sendo emblemático este depoimento:

*“A população de baixa renda representa realmente um obstáculo importante, porque se já é difícil de mudar o comportamento ou acrescentar novos atos comportamentais em tais populações de alta escolaridade, que já tem dificuldade em assimilar conhecimentos, imagine você abordar a baixa renda. Primeiro tem que fazer que saúde seja prioridade. Prioridade de baixa renda o que é? É o emprego, o leite dos filhos, é (...) o dia-a-dia para não morrer de fome.(...) Então existe a dificuldade de você obter mensagens que sejam compreensíveis, o acesso à informação também é dificultado, o acesso à rede também é dificultado, até porque a população já é marginalizada pela sociedade cronicamente e a AIDS é mais um problema para eles.” [entrevistado governamental].*

O desafio que isto representa para a sociedade civil, protagonista principal, pela inclusão das questões relativas à cidadania na política de AIDS, pode ser vista por diferentes ângulos:

#### Dificuldade na vocalização dos direitos dos portadores do HIV/AIDS

*“As próprias ONG não são tão abertas, (...) não são representativas desse novo perfil. Enfim, com a pauperização da epidemia, o doente com AIDS tem menos voz.(...) Tem pessoas que chegam na emergência do Hospital da Posse [em Nova Iguaçu] e que nunca tiveram uma assistência regular, que quando pioram voltam pra emergência, (...) o tratamento pode melhorar essa pessoa, e ela volta*

*para casa, mas daqui a algum tempo ela volta de novo para a emergência para morrer. E essa pessoa não está ligada a nenhuma ONG, então ela não tem uma voz que possa estar canalizando lá os seus direitos, ela nem sabe que existe, Pela Vidda, sei lá o quê” [entrevistada governamental ].*

*“(...) eu acho que as ONG estão de calças curtas, pelo menos as que estão lidando com a AIDS hoje. Na verdade, a gente tem que conseguir atingir 90% da população.(...) É a população que está desempregada, que não consegue ter acesso à escola, tem dificuldade de viver. (...) o empobrecido não vai buscar para ver seu problema resolvido, não essas ONG. (...) [As ONG] estão muito voltadas para uma questão muito específica de pensar metodologias de trabalho, muito específicas, de pensar de forma muito verticalizada o programa” [entrevistado governamental].*

### Manutenção da pressão política exercida pela sociedade

*“(...) se você pensar bem, os serviços públicos sempre estiveram cheios de gente pobre, e agora, muito mais. (...) nesse movimento de lutar por uma assistência melhor para os pacientes infectados, eu acho que se envolveram nesta luta aqui no Brasil pesquisadores de várias áreas, profissionais de saúde, eu acho que isso deu uma força muito grande. Não acho que essas organizações [ONG] deixariam essa luta no momento em que a epidemia atinge os pacientes mais pobres. A luta aqui nunca foi mesmo levada pelo grosso dos pacientes. Ela foi levada por um grupo menor. Eu acho que este grupo não está deixando a luta por esta mudança. (...) Então, eu acho que nós vamos ter (...) uma situação diferente, não tão catastrófica quanto se imagina.” [entrevistada governamental]*

Os desafios para o trabalho de prevenção foi configurado das seguintes formas:

### Revisão profunda dos paradigmas tecnicistas

*“Eu acho que isso implica um pouco também uma redefinição em termos de conceituar, ou mesmo em termos de abordagem de novos paradigmas de você lidar com questões da prevenção, e isso sim eu acho mais difícil porque não é simplesmente dizendo que agora você vai trabalhar com pobre que a sua abordagem vai ficar completamente diferente. (...) o que eu acho que vai terminar acontecendo é você [...] continuar fazendo aquela mesma coisa que você sempre fez, assim pega, assim não pega [...], vai dar um molhinho ou outro*

*diferente, mas sem realmente tentar mudar os paradigmas. (...) Mas, o que significa esse tipo de abordagem? (...) Mas, enfim, quais são os indicadores com os quais você realmente pode trabalhar? A partir daí você tenta construir determinados tipos de abordagem de intervenção que realmente possam estar mais próximos daquela população. Mas, você sente como que a cada novo projeto você tivesse criado algum 'efeito estufa'... “ [entrevistado não-governamental ].*

Ampliação das parcerias institucionais e adoção de práticas educativas numa linha educativa mais participativa

*“(...) a gente vai ter que ler mais Paulo Freire neste processo, ou seja, não é com qualquer metodologia que a gente vai conseguir trabalhar com esses segmentos empobrecidos. Uma coisa é você saber o que se tem e passar, outra coisa é você passar informações e construir informações. Em AIDS você tem esses dois processos: passando informações e construindo informações. A gente tem desafios maiores a ter avanços aí, tem que ser pensado como chegar a esse segmento. Um caminho é sensibilizar outros setores, quem está trabalhando com esse segmento empobrecido em geral são Secretarias de Desenvolvimento Social, que não têm pensado nisso.” [entrevistado governamental].*

## **Avanços Terapêuticos e os Caminhos da Prevenção**

### Pertinência do investimento nos medicamentos anti-retrovirais

Como era de se esperar, a hegemonia da defesa do investimento feito na área da assistência foi a tônica dos discursos, sendo a ética e o compromisso com o respeito à cidadania das pessoas vivendo com HIV/AIDS, as razões deste investimento:

*“(...) você não pode desprezar um segmento só porque é minoria, porque essa minoria deve ter a proteção do Estado em relação àquilo que está disponível do ponto de vista tecnológico” [entrevistado governamental ].*

*(...) “não só pelo aspecto humanitário da coisa, mas de você ter um indivíduo que tem uma doença e se existe uma maneira de dar a ele uma qualidade de vida melhor, deve ser dada, e isso é um aspecto social, humanitário, seja lá o que for.” [entrevistada governamental ].*

*“(...) isto é uma conquista, mas politicamente é impossível e eticamente é desumano você barrar o medicamento para o paciente. Nenhum país da América Latina disponibiliza medicamentos. O Brasil começou com esta política e não tem retorno” [entrevistado governamental].*

Vale mencionar que, além do Brasil, apenas o Canadá garante amplo acesso a terapia anti-retroviral combinada à população. O caso brasileiro é ainda mais surpreendente se levarmos em conta o contexto de retração dos investimentos estatais na área social. “Em pleno período de sedução neo-liberal, a AIDS parece reafirmar o engajamento do Estado no setor saúde” (Steffen, *apud*, Silva 1998:127), reafirmando princípios de universalidade tão caros à história do movimento sanitário brasileiro.

O significado desta ousada conquista é ainda mais realçado nesta fala:

*“Para as pessoas com AIDS isso com certeza representa um grande avanço, uma possibilidade das pessoas continuarem trabalhando, de até se programarem para um futuro até um pouco a longo prazo. Eu mesmo só conseguia ver no máximo um ano e meio a dois anos estourando. Era difícil ver, até 96, um futuro maior. Eu me programava para dois anos, assim: vou fazer doutorado, aposentadoria eu nem pensava.” [entrevistado não-governamental]*

Apesar da pertinência deste investimento, a análise sobre a viabilidade financeira deste processo não se manteve igualmente livre de conflitos. As razões para isto foram:

### O monopólio da indústria farmacêutica, o grande vilão desta história

*“ (...) o grande drama que a gente vive é o seguinte: é um monopólio, essas drogas tão na mão de um monopólio que ninguém acessa sob o ponto de vista político, (...) eu tenho muitas dúvidas se essas companhias não já recuperaram todo o investimento que fizeram (...) e se não é possível negociar politicamente com uma coisa que pode ser considerada um bem da humanidade, (...), baratear esses custos. (...) eu acho que tem possibilidade de fazer um estudo onde esse preço vai poder a longo prazo ser mais ... mais ...é [acessível].” [entrevistada governamental ]*

*“eu acho importante neste processo é uma discussão séria. Eu acho que está faltando isso do governo, do poder executivo ; (...) em relação às multinacionais. Tem uma mais valia em relação aos medicamentos que precisa ser discutida. Na*

*verdade, esta questão foi levantada em Vancouver, num movimento em prol dos países em desenvolvimento, em termos de um custo diferenciado ( para os diferentes) países dessas drogas, com toda uma premissa de saúde como direito de todos. É uma questão de saúde como direito, é uma questão de direito à medicação, direito à vida.” [entrevistado governamental].*

Nesse contexto de pressão produzido pela indústria farmacêutica, as diferentes instâncias governamentais organizaram por quase dois anos a aquisição dos medicamentos da seguinte forma: 70% dos medicamentos anti-retrovirais sob a responsabilidade do nível federal, 15% sob a competência do nível estadual e os outros 15% sob a gestão dos municípios . A transparência referente ao cumprimento desta proposta por todas as partes envolvidas necessitaria ser sistematizada, mas não existem ainda informações globais sobre este quadro. De qualquer forma, alguns dados obtidos informalmente na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro indicam que este acordo foi cumprido parcialmente no Estado. Houve repasse de medicamentos por parte do Ministério da Saúde e aquisições pela própria Secretaria de Estado de Saúde, Município do Rio de Janeiro e, de forma mais irregular houve também a participação dos municípios de Niterói, Macaé, Barra Mansa e Duque de Caxias. O formato deste “acordo” trouxe ansiedades para quem está à frente da gestão dos Programas:

*“(...) inclusive aquela lei de 13 de novembro de 96, se não me engano (...) coloca isso como um direito básico, sem discriminar competência, sem discriminar...(qual) instância (é) responsável (...). Eu tô doida para parar de comprar 15% da minha demanda em anti-retroviral e investir esse dinheiro na manutenção mais consistente, no que é básico, porque ao comprar 15%, eu nem resolvo o problema todo e eu continuo refém, da eficiência... do Estado e do (Governo) Federal, porque (com) 15% eu não faço nada, eu continuo tendo que negociar... Então, acho que isso aí precisava ser definido agora é uma política sustentável. Acho que ela só é sustentável se se fizer um sério trabalho de custo e benefício. Se você puder mostrar em todas essas vertentes quanto é o ganho real de tratar esses pacientes.” [ entrevistado governamental ].*

Em agosto de 1998, a Secretaria de Políticas Públicas de Saúde do Ministério da Saúde comunicou que o nível federal se responsabilizaria por 100% da demanda de medicamentos anti-retrovirais e que os outros medicamentos para tratamento das DST e das infecções oportunistas seriam negociados no âmbito local. No Estado do Rio de Janeiro, houve uma definição técnica de que os medicamentos para tratamento das infecções oportunistas (com um custo mais elevado) ficariam sob o encargo do Estado e que os municípios teriam sob sua responsabilidade os medicamentos para o tratamento de DST. Em reunião do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, esta decisão foi condicionada na prática a um maior repasse financeiro por parte do nível federal. Enquanto isto, as

medicações para o tratamento de DST permanecem ausentes dos estoques das farmácias da maioria dos municípios do Estado. Resta a pergunta: se os diferentes níveis decisórios têm defendido que o controle das DST é fundamental para deter o avanço da AIDS, qual é de fato a política que está sendo implementada na área?

O que está atrás desta pergunta, pode de fato ser traduzido desta forma :

*“(...) o governo vai segurar isso por quanto tempo?(...) a gente sabe que não se pode interromper o tratamento, porque senão afeta o tratamento e se cria resistência. (...) Vamos dizer que daqui a algum tempo digam: acabou o orçamento; não se liberou verba; (...) foi direcionada para outra coisa e agora não terá mais medicamento. (...). Quem puder irá se endividar e quem não puder não vai tomar o medicamento e volta à AIDS de cinco anos atrás. Então é outro dilema para o próprio governo e ele tem que discutir isso. Só não dá para bancar isso, é heróico o Sarney<sup>8</sup> fazer lei, é heróico o Pedro Chequer [atual coordenador do Programa Nacional] fazer um documento enorme tentando fazer o orçamento ser votado. Agora é melhor que se discuta a situação real desde já do que comprar e depois interromper. Acho que, infelizmente, há possibilidade de ocorrer isso, mas espero que não”. [entrevistado não governamental ]*

Apesar da despolitização em curso no campo da AIDS, são as respostas do movimento da sociedade civil que poderão dar conta das incertezas futuras. Na prática isto vem sendo feito através dos processos de mandatos judiciais impetrado por portadores com HIV/AIDS, reivindicando dos organismos governamentais o direito ao acesso aos medicamentos :

*“(...) O setor de saúde não é um setor que investiu. Esse setor de educação e saúde (representa) menos de 7% do que vem sendo investido há pelo 20 anos. Então, eu não acredito que vá melhorar, Especialmente em termos de resposta (quanto aos) medicamentos para a AIDS. Eu acredito que nos próximos dois anos novas drogas vão aparecer e aí vai ser um embate. De uma forma geral, os recursos para medicamentos<sup>9</sup> vão estar atravessando períodos mais conturbados do que os que a gente vem assistindo... E pressão. O que é alentador é que a sociedade está atenta a esse processo. Então, eu acho que não tem retorno e vai ser um embate. O que acho interessante é que as ONG vêm acompanhando bastante, em particular os Pela Vida, esta política de*

---

<sup>8</sup> Senador da República, autor da lei federal que garante o acesso aos medicamentos para todos os pacientes com AIDS.

<sup>9</sup> Em 1998, só o Ministério da Saúde gastou R\$ 400 milhões de reais. Para 1999 está previsto um gasto de .R\$ 600 milhões (GAPA- BA, 1998). Em 1997, Nunes estimou que o gasto total para um tratamento ótimo para os portadores do HIV e pacientes com AIDS atingiria um custo total de US\$ 2,90 bilhões(Nunes, 1997).

*medicamentos de AIDS. No setor público, eu acho que isso vai ser sempre um calo no sapato” [entrevistado governamental].*

Mas, neste processo de discussão sobre a sustentação financeira desta política de medicamentos da AIDS, qual o lugar que ocupa a área da prevenção, qual a relação deste processo com a política que é implementada quanto à prevenção?

Destacam-se três modalidades de respostas:

1. A promoção à saúde é prioritária, pois dará sustentabilidade à política de controle da epidemia:

*“(…). É claro que você não vai mais conseguir vislumbrar o futuro, nenhum tipo de orçamento que comporte tratar tantas pessoas com a tecnologia adequada. É por isso que a gente tem uma visão muito clara de que o nosso investimento em prevenção é muito grande” [entrevistada governamental].*

2. A prevenção é prioritária, mas não é exclusiva como estratégia para conter a epidemia:

*“(…) na realidade a gente considera que o melhor medicamento seja a prevenção, ou seja, apesar de todo o arsenal terapêutico disponível, e a gente luta para que isto seja mantido. A gente tem claro que existem 159 milhões e meio de pessoas que não estão infectadas e que devem ter prioridade para a prevenção. A prevenção ainda continua sendo a coisa mais importante e fundamental, agora não exclusiva porque não podemos desconsiderar a existência de meio milhão de infectados”. [entrevistado governamental ]*

*(...) “É uma questão que... é claro, eu acho assim, você não pode deixar a prevenção... a prevenção é o ponto de partida e tem que permanecer... a saúde preventiva (...) deveria ser o enfoque maior para qualquer doença (...). Agora, você não pode deixar de tratar e trabalhar, melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão doentes”. [entrevistada governamental ]*

3. As duas áreas de intervenção são prioritárias na política de saúde pública:

*(...) Não se tem como pensar essa questão de controle de epidemia sem prevenção. Por outro lado, não se tem como controlar a epidemia sem estar*

*amparando quem já está com o problema (...) Até agora a gente avançou (...) Eu diria que não faz sentido a gente trabalhando com AIDS dizer que temos que priorizar uma coisa em detrimento da outra neste momento. A gente tem que atuar de forma a pensar em estratégias e desenvolver mecanismos de inversão de recursos nesta área” [entrevistado governamental] .*

Outra concepção defende que:

O alcance das práticas de prevenção tem limites que têm de ser compatibilizados com os avanços terapêuticos:

*“Eu acho que prevenção tem que ser prioridade, mas a prevenção, também, não dá conta de tudo, porque a prevenção não é 100% eficaz. A AIDS tem uma multiplicidade de... facetas (...) e a prevenção, por mais que você invista dinheiro, não é 100% eficaz”. [entrevistada governamental].*

Registrem-se ainda opiniões divergentes a respeito do custo da prevenção, desconstruindo ou afirmando o senso comum de que “a prevenção é barata”. Essas opiniões tornam-se meras especulações, na medida em que em nosso meio, não existem estudos efetivos sobre os custos na área da prevenção em HIV/AIDS:

*“Então, para quê você vai depois querer ter um custo maior, (...) em tratamento do que em prevenção. Quer dizer, é mais barato prevenir do que você depois entrar em tratamento”. [entrevistada governamental] .*

*“(...) Mas também prevenir não é barato. (...) parece que vamos fazer prevenção porque é mais barato prevenir do que remediar, e não é mais barato”. [entrevistado governamental] .*

*“ (...) acho que você tem que ser muito criativa, sem dúvida nenhuma... fazer prevenção, também não é barato não (...).Fazer prevenção bem feita, fazer prevenção (...) em localidades em que às vezes fala-se (...) outra língua e estão distantes milhares de quilômetros.” [entrevistada governamental] .*

Quanto à “disputa” pelos recursos na área, foi unânime a fala de que existem recursos no país para cobrir as áreas da prevenção e do tratamento, o que poderá vir acontecer será devido a injunções políticas na área da saúde que poderão sacrificar um orçamento em detrimento de outro:

*“Dependendo da política que o governo adotar ele vai dizer que vai deixar de fazer campanha de prevenção se não teve orçamento suficiente, não vai dar para comprar esse medicamento todo, então ou eu faço prevenção ou dou medicamento, pode vir a acontecer isso, vai depender do orçamento que tiver. Isso pode se tornar crítico. Eu acho que pode acontecer (uma competição) com recursos para a AIDS, recursos para outras patologias, para outras áreas da saúde (...)” [entrevistado não-governamental].*

Apesar da necessidade apontada de manter os investimentos feitos nas duas áreas, houveram sinalizações sobre o privilegiamento dado as questões curativas em detrimento das preventivas:

#### Parcos investimentos nas investigações em uma vacina preventiva:

*“(...) Só me preocupa assim, porque está um pouco demais na questão curativa e um pouco de menos na questão preventiva. (...) Falando na questão de vacina preventiva. eu entendo a grande dificuldade genética e biológica da formulação da vacina diante de um vírus tão mutante. Mas pôxa, as drogas... tão quase dando conta... (...) as drogas também. estão lidando com a questão da mutação...”. [entrevistada governamental]*

Este depoimento remete novamente ao jogo de interesses presente nas políticas públicas, onde permanece a priorização de investimentos na área de tratamento, em detrimento do desenvolvimento de pesquisas sobre vacinas. A razão principal desta escolha está no fato de não haver uma segurança no retorno financeiro com as pesquisas nesta área. Primeiro porque a produção de uma vacina eficaz para a prevenção da AIDS, levaria vários anos, não propiciando um lucro rápido nos investimentos realizados. E, o outro ponto, ainda mais grave, é que pelas características do HIV-1, com diferentes subtipos em todo o mundo, seria necessária a produção de vacinas com as cepas adequadas à realidade de cada país. O fato é que, como a maior parte dos casos de AIDS estão concentrados em países em desenvolvimento, não seria lucrativo para a indústria farmacêutica produzir estas vacinas, pois haveria dificuldade em arcar com os seus custos. (Francis, 1995; Schoofs, s/d).

Outras conseqüências do avanço terapêutico mencionadas foram:

#### Banalização da epidemia

*“Eu acho que é uma questão que poderia levar à banalização (...) .À medida que você, a população, passa a ter entendimento de que o medicamento existe e que já há a solução para o problema, de modo equivocado, porque na realidade não existe solução para o problema, a gente poderia (estar) contribuindo para isso” [entrevistado governamental].*

#### Práticas sexuais seguras x pílula do dia seguinte

*“(...) foi um impacto muito grande nos E.U.A Também, lá é chamada de a pílula do dia seguinte... Agora pílula do dia seguinte é um pouco forçação de barra, porque as pessoas tem idéia, já que (...) é só tomar pela manhã (...). Fez relação, é só tomar. (...) Ouço frases do tipo: agora a AIDS está controlada. Isso não só de pessoas que não querem usar preservativo (...). O mais preocupante de todos, que eu acho, é que isso pode afetar a prevenção da AIDS”. [entrevistado não-governamental ].*

#### Jogo de poder no serviço público

*“(...) à medida que o remédio é tão essencial, tão caro, tão sofisticado e tão maravilhoso, tá na mão lá do serviço público... eu vejo algumas relações meio perversas, no tratar do cliente (...) você pega um profissional de saúde que não ganha nem a metade do que custa aquele coquetel que ele tá dando, e ele sabe disso. E aí esses jogos. (...) Aquele remédio caríssimo que o governo tá pagando, tá fazendo dele uma pessoa absolutamente apta a tudo, a trabalhar e tudo mais... e eu ganho a metade do que eu dou na mão dele de remédio”. [entrevistada governamental]*

#### De reversão da prioridade atribuída à prevenção a uma retomada de investimento na área

*“ Um impacto muito grande, inclusive, calou um pouco também as vozes preventivas. (...), isso de uma certa maneira teve uma repercussão ruim, de deixar de lado o programa de prevenção, de conscientização”.(...) Até 85/86 o assunto das ONG eram as ações educativas, de prevenção. Mas o passado eu não ouvi nenhuma ONG falar de nenhuma ação educativa (Mas) o pessoal está começando a retomar, eu acho que já está tornando a falar de novo de prevenção... (Talvez em função) do AIDS II, com as prioridades de recursos para*

*prevenção, e a gente acaba agindo muito pelo momento...” [entrevistada governamental ].*

Tratamento e prevenção podem se tornar pontes interligadas, criando o conceito de prevenção secundária:

*“(...) uma pessoa que estava em terapia anti-retroviral tem uma carga viral bem reduzida, (...) É um ponto positivo em termos de prevenção... porque você diminui, também, a probabilidade de transmissão e tal.(...) No momento que você tem uma melhor qualidade de vida e você tem uma sobrevivência maior, você tem, também, pessoas que são aliados na luta... que estão em condições, inclusive, de participar mais dessa luta do controle da epidemia... e que passam isso também para outras pessoas (...) mas que também são testemunhas de que é uma doença difícil de se conviver com ela...(...), que é melhor se prevenir do que ter que ficar, também, imagina, tomando 20 comprimidos por dia... tendo efeitos colaterais... Você vê que, realmente, muda a sua vida.” [entrevistada governamental].*

*“(...) que você melhora a qualidade de vida e, melhorando a qualidade de vida você também melhora a auto-estima dessa pessoa soropositiva, você também, do outro lado, vai ter um reflexo na questão da prevenção” [entrevistada não-governamental]*

*“ (...) eu acho que é uma confluência... eu acho que é um entendimento de que agora, no momento, (...) a gente possa estar falando de ações integradas. A gente pode, quem sabe, ... ter alguma repercussão em termos do ímpeto da transmissão. (...), mas pode vir a ser entendido como uma forma de prevenção, trazer as pessoas pro tratamento, certo. Na medida em que a gente sair, por exemplo, a pessoa usa preservativo e se trata, a pessoa praticamente deixa de ser transmissora, e aquelas que, infelizmente, (...) não aderem ao sexo mais seguro, se tornarão menos transmissoras também, a partir de que vão ter menos carga viral [...] , então, eu acho que [...] a repercussão vai ser a mais longo prazo”. [entrevistada governamental].*

Na prática, porém a articulação entre as duas áreas torna-se complicada:

*“É difícil para um serviço ter uma oficina com os pacientes, é difícil oferecer serviços para os familiares e para os amigos que eles queiram trazer e que não*

*estejam doentes. Seriam atividades puramente de prevenção mesmo. É muito difícil você tirar aquele profissional que está ali, ou o médico que está atendendo, ou mesmo a enfermagem que está prestando outros cuidados, gerenciando (...). Acho que eles não se engajaram na questão da prevenção como deveriam". [entrevistada governamental ].*

Esta avaliação teve outras nuances, mas manteve a marca da dificuldade de estabelecer uma parceria nas duas áreas:

*"A experiência que eu acho que tenho visto mais de perto é assim: nos projetos do Centro de Saúde... onde as equipes também não são grandes, muitas vezes a própria equipe que atende os pacientes desenvolve os projetos de prevenção. Nessas outras vertentes de colaboração com a SMDS [Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro] não cabe muito essa integração. Acho que ainda é pequena... que teria que avançar mais, acho que ainda há uma coisa um pouco estanque em relação à prevenção e à assistência." [entrevistada governamental].*

Quando a prática do nível central é analisada, predomina a separação entre as duas áreas:

*"(...) nenhuma área faz planejamento em conjunto, Eu acho isso uma deficiência que já é crônica. Acho que poderia ter sim. Mas uma área, de certa maneira incipiente, mas que conseguiu isso foi a de DST, quando a gente assumiu o treinamento dos profissionais dos municípios para abordagem sindrômica. A gente conseguiu nesses treinamentos ter a participação das quatro áreas. Mas depois, também foram sendo criados os centros de treinamento do Ministério da Saúde e essa atividade saiu da nossa atribuição". [entrevistada governamental ].*

*" Mais ou menos" [entrevista governamental ].*

*"Em AIDS pouco, mas em relação às doenças sexualmente transmissíveis a gente conseguiu mais." [entrevistado governamental].*

*"Tudo que a gente planeja em assistência tem a questão da prevenção junto, formalmente. É claro que é uma coisa que não acontece em todos os lugares, principalmente à medida em que [as ações vão] crescendo e as ações se*

*multiplicando, às vezes a gente tem uma certa dificuldade em sentar junto e decidir junto, até porque não dá tempo, e outra coisa é o básico [dia a dia] mesmo”. [entrevistada governamental ].*

Esta dificuldade também seria reforçada pelas instituições que executam seus projetos de prevenção, secundarizando as intervenções educativas dirigidas aos serviços de saúde:

*“E eu acredito que se o pessoal que está atuando mais na parte da prevenção, principalmente as ONG, se elas se associarem mais aos serviços, eu acho que poderíamos potencializar nossas ações de prevenção. Na maior parte das vezes as ONG referenciam pacientes para os serviços, e os serviços referenciam para algumas ONG, que têm, por exemplo, casas de apoio. Não é uma integração verdadeira, não é uma parceria.” entrevistada governamental].*

O distanciamento da prática assistencial e de prevenção foi atribuído à cultura institucional :

*“(...) a gente vem dessa cultura de lidar com as coisas de forma muito setorial e a gente criou isso [no âmbito] do programa (...) o modelo de programa que, pelo menos eu conheço, tem esse tipo de dificuldade: estar integrando as ações de assistência com as ações de prevenção. [No âmbito] do serviço, passar esse tipo de cultura também não é fácil, tem-se muito concretamente as pessoas que lidam com prevenção e as pessoas que lidam com assistência. As ações de prevenção que conseguiram ser executadas até agora foram ações de projetos especiais, específicos. E você não tem, ao nível do SUS, como fazer uma oficina de trabalho com os professores e os profissionais de saúde com os professores daquela localidade, não é uma atividade remunerada. Então essa é uma questão complicada (...). “ [entrevistado governamental].*

Este último depoimento expressa com clareza desafios futuros da política de prevenção ao HIV/AIDS - dificuldades concretas em implementar ações integradas de prevenção e assistência em um sistema de saúde caracterizado pela fragmentação das práticas ou quando muito pela associação de intervenções de corte biológico, secundarizando as ações preventivas. Certamente, a tarefa que se apresenta não será uma das mais fáceis, em face da consolidação da própria política de saúde com “duas redes de atendimento totalmente desarticuladas: a médico-sanitária, voltada para medidas de alcance coletivo e com ênfase nos aspectos preventivos, e a rede médico-assistencial, responsável pelo atendimento clínico tradicional” (Bodstein, 1993:25).

Acreditamos que esses desafios, associados às novas tendências do perfil epidemiológico e aos interesses em jogo na política de prevenção ao HIV/AIDS, impõem a necessidade de revisão sobre a fragmentação presente no campo - multiplicidade de direcionamentos e de concepções. Para obtermos reais avanços da política de prevenção há que se investir em uma nova qualidade, integrando espaços intra/extra área da saúde, com possibilidades de novas alianças e um estudo crítico dos paradigmas e práticas instituídas.

## **CAPÍTULO V – BALANÇO DO PANORAMA APRESENTADO E NOTAS PROSPECTIVAS**

A presente análise pretendeu contribuir para o debate da política de prevenção à AIDS implementada pelas principais instâncias governamentais responsáveis pelo direcionamento das práticas de educação em saúde no Estado do Rio de Janeiro - Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e Secretaria Municipal do Rio. Durante o processo do trabalho verificamos ser oportuno também refletir sobre as práticas educativas organizadas pelas ONG, na medida que estas

tem uma inter-relação importante com a história da política oficial de prevenção nesse país.

Houve algumas limitações em relação às fontes documentais pesquisadas. Apesar da extensa seleção dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, esta não foi de todo abrangente, pela impossibilidade de recuperar todo o material produzido nestes quase dez anos de atividade oficial do Programa.

Ainda sobre o processo do trabalho de campo, é importante destacar que de certa forma a autora já havia estabelecido, direta ou indiretamente, com todas as pessoas envolvidas neste trabalho, algum tipo de relação profissional. Se por um lado, a familiaridade com o grupo entrevistado facilitou o agendamento das entrevistas, por outro, os depoentes buscavam muitas vezes cumplicidade nas suas análises, afirmando - “o que eu vou falar não é nenhuma novidade para você” ou “você não acha, isso? – causando às vezes constrangimentos no seguimento das perguntas.

Julgo pertinente fazer essas demarcações, pois elas trazem consigo as dimensões e limites alcançados pela proposta de investigação. Dadas as circunstâncias, foi inevitável o surgimento (permanente) de indagações a respeito da adequação das análises realizadas.

### **Um futuro Para Todos?**

Como afirmamos no início do trabalho, a narrativa sobre as políticas públicas de controle da AIDS não teve a pretensão, e nem poderia, de apontar conclusões fechadas sobre a direção das respostas da política de AIDS. A complexidade e a dinâmica da própria epidemia, por si só, impediriam isto. No entanto, foi possível obter, a partir daí, pelo menos, “um horizonte de possibilidades, um leque de futuros” (Boaventura,1995:37).

Numa primeira análise, podemos afirmar que no âmbito internacional, estamos vivendo um período de transição em relação as direções da política de AIDS. O caráter de excepcionalidade que conformou a política de controle da AIDS está

sendo abalado, havendo uma perspectiva de redirecionamento das políticas de controle da AIDS em moldes conservadores, caracterizando um distanciamento entre as respostas governamentais e não-governamentais e entre os cientistas da área biológica e social e os ativistas ( Mann & Tarantola, 1996).

A dinâmica desta história tem sido feita através do jogo de relações dos interesses entre os diversos atores envolvidos – ativistas, cientistas, profissionais de saúde que escreveram/escrevem as respostas das políticas públicas de controle da AIDS. O formato final desta configuração dependerá, além, é claro, da história interna de cada país, da posição que cada um deles ocupa no cenário mundial.

Pudemos observar que a história da constituição da política de controle da epidemia em nosso país se caracterizou, no início da década de 80, por um vazio no cumprimento do papel do nível federal, como o grande gerente das ações de prevenção, com as ONG assumindo este lugar. Nos anos 90, o Ministério da Saúde assume uma função propositiva e de liderança, antes reservada a essas entidades.

Outra característica da política de controle da AIDS é que ela foi organizada através de uma “terceira via”. Seja através do repasse de recursos externos para o gerenciamento estrutural dos programas ou do próprio distanciamento da estrutura do Sistema Único de Saúde. É, como se o “mundo da AIDS” pudesse produzir uma outra racionalidade dentro da área de saúde.

No limiar do século XXI, as palavras de ordem presentes nas políticas públicas de controle desta epidemia são sustentabilidade, descentralização e institucionalização. É como se perguntássemos se este “mundo da AIDS” pudesse de fato crescer, aprendendo a ter autonomia e, paradoxalmente, gerenciar suas questões reportando-se às estruturas já existentes.

Sem dúvida, há um contexto específico que propicia o surgimento deste novo formato nas respostas públicas. Trata-se da tendência, cada vez mais consolidada, da concentração da epidemia entre os estratos mais empobrecidos da população. Como conseqüência disto, ou como mais um ingrediente deste processo, os recursos internacionais vão se tornando cada vez mais escassos.

As políticas oficiais de prevenção traduzem esta trajetória de forma exemplar. A dificuldade de articulação com os “núcleos”/movimentos de educação popular produzidos nesse país marcaram todo este processo. A consequência maior foi a reprodução de erros já aprendidos historicamente. O exemplo mais flagrante foi a construção de uma prática educativa associada diretamente ao repasse de informações, semelhante ao movimento higienista do início do século, que entendia que para ter saúde bastaria ensinar hábitos saudáveis para uma população notadamente ignorante. A preocupação com a normatização dos comportamentos também acompanhou muitas vezes a produção discursiva na área, revelando o quanto “são poderosas as noções morais que continuam a influenciar não somente o que uma doença é e o que nós podemos fazer a respeito, mas principalmente o que uma doença significa” (Brandt e Rozin; 1997:4).

Com o processo de pauperização da epidemia, começa a germinar a possibilidade de olharmos para a experiência acumulada pela linha de educação em saúde crítica em nosso país, que nasce exatamente com a intenção de focalizar os direitos de cidadania dos segmentos de baixa renda da sociedade brasileira.

No entanto, é interessante observar que os projetos inicialmente gerados pela sociedade civil traziam a preocupação de compartilhar com toda a sociedade o debate sobre a cidadania dos portadores do HIV/AIDS, mais vinculados, portanto, à tradição da linha educativa crítica. Atualmente, há uma tendência de multiplicação de projetos distante do ativismo que caracterizou o surgimento destas ONG. Se pensamos, hoje, em planejar propostas dirigidas às comunidades empobrecidas, o eixo do trabalho só se consolidará a partir do vínculo com a organização social, diferente da trajetória de prestação de serviços que parece se configurar entre as ONG/AIDS.

No campo conceitual na área de prevenção também houve transformações. Do entendimento da epidemia como sendo de grupos de risco, comportamento de risco até chegar ao “modelo” de vulnerabilidade tivemos avanços importantes. Num momento em que a “era de excepcionalidade” da política de AIDS parece demonstrar sinais de debilidade, a noção de vulnerabilidade vem dar um novo “fôlego” ao campo. Ao tematizar a prática da saúde como expressão da “universalidade de critérios e particularidades de conteúdos” ( Ayres, et al, 1997), ela

revive o sentido instigador da epidemia da AIDS na política de saúde -expressão da conjugação de diversas práticas preventivas, sociais e de saúde pública.

Nessa direção, há necessidade de rever os critérios e a lógica das intervenções, implicando uma prática intra e extra- setorial no campo da saúde, que abarque a complexidade do fenômeno epidêmico. A referência à concepção de promoção à saúde, embora ainda não amplamente desenvolvida no campo da AIDS, apresenta-se como uma alternativa à interligação das diversas práticas presentes na área, impondo uma nova qualidade a essa política.

Outro elemento que destacamos foi a concentração de esforços nos trabalhos educativos sob a gerência das ONG, incentivado pelos programas oficiais. Essa trajetória fez com que se investisse pouco nas práticas educativas nos serviços de saúde. Porém, com o novo contexto de avanços terapêuticos, temos de recuperar a importância de vitalização de propostas com este sentido, que tem sido traduzido pelo discurso oficial de expansão da prática de aconselhamento em todos os serviços de saúde.

A tônica de uma maior produção de propostas para a política de prevenção sob a coordenação do Ministério da Saúde reflete também uma contramarcha nas propostas organizadas dentro do Sistema Único de Saúde que têm como um dos seus princípios a descentralização das suas ações. Sabemos, todavia, da fragilidade da operacionalização deste princípio, mas a política de AIDS não teve maior preocupação em direcionar suas estratégias para esta linha, centralizando suas ações e dificultando a necessária intersetorialidade no seu gerenciamento.

Quanto à equação tratamento/prevenção sinalizamos a seguinte questão: o advento da terapia combinada a partir de 1996 reforçou a importância da articulação da política de prevenção e de assistência, demonstrando a “inadequação de uma abordagem que busque compreender e controlar a doença nos limites do laboratório, [e] ao mesmo tempo a [limitação] de uma abordagem que tende desprezar a dimensão especificamente biológica do mal (Rosemberg, 1988:29). Mas, ao mesmo tempo, observamos um diferencial importante na forma como os investimentos vêm sendo empreendidos. Senão vejamos. Apesar da política regressiva dos gastos na área social empreendida atualmente pelo governo - o que pode, inclusive, ameaçar o

investimento feito na aquisição de medicamentos para os pacientes de AIDS- o discurso do Programa Nacional e de todas as instâncias governamentais envolvidas têm reafirmado o compromisso com a garantia deste insumo. Neste processo, as ONG vêm exercendo o seu papel de controle social. Historicamente, com a garantia de acesso aos meios de prevenção, as reivindicações têm sido extremamente tênues. Se a prevenção é considerada prioritária, por que o acesso aos preservativos é pontuado por dificuldades? Se considerarmos que as questões relativas ao tratamento e prevenção são fundamentais, e que, se equívalem, portanto, em termos de deveres do Estado, por que ainda não investimos no debate amplo sobre a viabilidade da política de controle deste insumo no país?

Neste contexto de ampliação de desigualdades, onde alguns países vivenciam de forma mais cruel o desrespeito aos direitos de acesso aos serviços disponíveis - produzidos por políticas que operam a separação da possibilidade do acesso à prevenção e ao tratamento "é preciso ficar atento". Se conquistamos e, não sabemos até quando sustentaremos, a política de aquisição de medicamentos anti-retrovirais como um direito de todos, não podemos reduzir a discussão sobre a cidadania à aquisição de uma "caixinha de remédios". O lugar da prevenção tem que ser definido e (re)construído neste caminhar.

O futuro das políticas de AIDS dependerá exatamente desta capacidade de construção de estratégias de âmbito mundial, que articulem ações entre os países ricos e pobres, onde a esperança e o desespero têm guiado, de forma diferenciada os rumos destas políticas (Bayer, 1996; Newsweek,1997:50-57) e que possam integrar as ações de prevenção e tratamento. Cabe observar, ainda, que essas questões encontram eco no paradigma da promoção à saúde, como o caminho viável para a sustentação dessas ações.

Vale mencionar também que a parca reflexão conceitual presente historicamente nas políticas oficiais de prevenção vem apontando para a fragilidade das nossas proposições preventivistas. Isto reforça ainda mais a necessidade de uma revisão estratégica dos caminhos que tem direcionado nossas práticas. Este trabalho pretendeu, pelo menos, mapear as marchas e contramarchas desse processo, analisando alguns impasses presentes na formulação das estratégias de prevenção.

Finalizando, é importante sinalizar que o nosso propósito, ao percorrer a história das políticas de AIDS brasileiras, não foi assumir o papel de arauto do pessimismo, onde a impotência, fatalismo e inércia atam qualquer forma de investimento. Mas, reconhecendo que a situação de transição (crise?) atual nos obriga a pensar e a buscar (re)conquistar “uma imagem do futuro, ou seja, a [nossa] capacidade de formular projetos” Weffort (1992). Projetos estes que mantenham a marca do respeito à trajetória de direitos arduamente conquistados por todos nós e onde o caminho da solidariedade possa suprimir o nível de desigualdade existente nas políticas atuais.

“A escolha da solidariedade como método reveste-se assim de primordial importância, sobretudo, no mundo atual, onde qualquer elo deste tipo parece antiquado, fora de moda ou mesmo impossível” (Almeida & Barbosa;1992:11), mas sem a qual a vida individual -não só a coletiva- seria impossível.

Acreditamos que o caminho singular da epidemia da AIDS na humanidade traz este desejo, talvez uma utopia, de um mundo onde os indivíduos, como afirmou Guattari (1990), possam ser a um só tempo solidários e cada vez mais diferentes.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

ALMEIDA, C. & BARBOSA, R.,1992. Solidariedade e valorização da vida: uma reconstrução necessária na política de saúde no Brasil . *Boletim ABIA*,17:8-11

ALTMAN, D.,1995. *Respostas Organizacionais e Culturais a AIDS*. Rio de Janeiro:ABIA/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Relume Dumará.

AIDSCAP,1996. Behavior Change –a summary of four major theories: Health Belief Model, AIDS Risk Reduction Model, Stages of Change, Theory of *Reasoned Action- Behavioral*. USA: Research Unit BRU – USAID

ARMIJO, R., 1975. Princípios da Epidemiologia in Salud y Enfermedad. In: *Ecología humana. Medicina preventiva y social* (H. S. Martin, org.),pp.92-104,México: La Prensa Médica Mexicana

ASSIS, M., 1992. *Da Hipertensão à vida: por uma práxis comunicativa na educação e saúde* . Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

AYRES, J.R.C.M., 1994. “Epidemiologia sem números”: outras reflexões sobre a ciência epidemiológica, a propósito da AIDS. *Seminário A Epidemiologia Social da AIDS* , Anais. pp.8-19, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABIA.

\_\_\_\_\_,1996. Educação preventiva e vulnerabilidade às DST/AIDS e abuso de drogas entre escolares: como avaliar a intervenção? In: *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/aids* (Tozzi, D. e cols.,orgs.). pp. 25-41, São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, Série Idéias, 29.

\_\_\_\_\_; JÚNIOR, I.F.; CALAZANS, G.J., 1997. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção, São Paulo (mimeo).

BASTOS, F. I., 1996a. AIDS no Brasil : Uma Epidemia em Mutação - A Dinâmica da Epidemia de AIDS no Brasil a Partir dos Casos Notificados. *RADIS – AIDS Uma Epidemia em Mutação* ,18:7:12

\_\_\_\_\_, 1996b. *Ruína e Reconstrução - AIDS e Drogas Injetáveis na Cena Contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ ABIA/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

\_\_\_\_\_, 1997. A Questão Epidemiológica. *Direitos Humanos em HIV/AIDS Boletim*, 1: 6-7.

BAYER,R.,1989. *Private Acts, Social Consequences: AIDS and the Politics of Public Healthy*. New York : The Free Press

\_\_\_\_\_,1996. Societal and Political Impact of HIV/AIDS. In: *AIDS in the world II* (J.Mann & D. Tarantola, orgs.), pp117-128, New York-Oxford: Oxford University Press.

BIRMAN, J.,1991. Apresentação: A physis da saúde coletiva. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva – Saúde e Política Social*,1:7-11.

BOAVENTURA, S.S.,1995. *Pela Mão de Alice – O social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez Editora.

- BODSTEIN, R.C.A.,1993. Assistência médica na agenda pública In: *Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas* ( R. Bodstein, org.), Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- BRANDT, A., 1987 . No Magic Bullet: a social history of venereal disease in the United States since 1880. New York: Oxford University Press
- \_\_\_\_\_. & ROZIN, P.,1997. *Morality and Health*. New York, London: Routledge, Inc.
- BRITO, I., 1998. Desafios da Prevenção do HIV/AIDS No Contexto Transcultural. *Boletim Epidemiológico AIDS*, Ano XI, 2: 9-12
- BURGOS, R., 1995.“O Impacto do Projeto de Controle de DST/AIDS para o Enfrentamento da AIDS. *Seminário o Impacto Sócio-Econômico da Epidemia de HIV/AIDS*, Anais. pp.13-16, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABIA.
- CAMARGO, K., 1995a. Notas sobre o Seminário o Impacto Sócio-Econômico da Epidemia de HIV/AIDS *Seminário o Impacto Sócio-Econômico da Epidemia do HIV/AIDS*, Anais. pp.7-10, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABIA.
- \_\_\_\_\_,1995b. Comunidade e Poder Sexualidade Gênero e Sociedade Ano 2 Número 4 Dezembro – Programa de Estudos e Pesquisas em Sexualidade, Gênero e Saúde, 2(4):3
- CHEQUER, P. ,1996. Discurso proferido na abertura do I Congresso Nacional de Prevenção- Salvador, Bahia- Coordenação Nacional de DST/AIDS/Ministério da Saúde.
- CARTA CAPITAL, 1998. Poder e Cozinha - Jekyll e os Monstros – Carlos Albuquerque, fritado pelo governo, fala sobre farsas políticas e abre os porões da Saúde. *Carta Capital* ,70: pp.28-34, 1de abril.
- CARRARA, S.1994. “A AIDS e a História das Doenças Venéreas no Brasil”. In: *A AIDS no Brasil* ( R. Parker, C.Bastos, J. Galvão & J.S. Pedrosa, orgs.), pp.273-

306, Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Relume Dumará.

COHN, A . 1997. Considerações Acerca da Dimensão Social da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil. *A Epidemia da AIDS no Brasil: Situação e Tendências*, 45-52, Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST/AIDS

DENISON, J.,1996. Introduction AIDSCAP Behavior Change- a summary of four major theories: Health Belief Model, AIDS Risk Reduction Model, Stages of Change. Theory of Reasoned Action. Arlington, United State (impresso)

DOSSIÊ 2 ASSISTÊNCIA, 1992. Grupo Pela Vidda/Rio de Janeiro e Grupo Pela Vidda/Niterói, Rio de Janeiro ( impresso).

ELIAS, *apud* Paiva, 1994 Sexualidade e Gênero num Trabalho com Adolescentes para Prevenção do HIV/AIDS In: *AIDS no Brasil* ( R.Parker, C. Bastos, J.Galvão & J. S. Pedrosa, orgs), pp.231-250,Rio de Janeiro: ABIA, Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Relume Dumará

EPSTEIN, S.,1996. *Impure Science: AIDS, Activism and the Politics of Knowledge*. Berkeley-Los Angeles-London: University of California Press.

FEE, E. & FOX,D.,1992. *AIDS The Making of a Chronic Disease*. Berkeley-Los Angeles-Oxford: University of California Press.

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

FERREIRA, M. ,1998. Partnership Between NGO and GO – The Experience of the State Comission on AIDS of Rio de Janeiro. Trabalho apresentado *na XII Conferência Mundial de AIDS*. Resumos. Genebra: World Health Organization.

FRANCIS, D. P., 1995. *Why AIDS vaccine development is taking longer than it should ?* California, USA: Rapid Science Publishers

- FREIRE, P., *apud*, Paiva V., 1996a. Sexualidades Adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: *Sexualidades Brasileiras* ( R.Parker & R. Barbosa, orgs.),pp. 213-234, Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- GALVÃO, J. *apud* Mane, P.,1996. Report on Track D “Social science: research, policy and action. In: *XI Conferência Internacional de AIDS- Vancouver - Canadá: World Health Organization* (mimeo)
- GALVÃO, J.,1997. As Respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: *Políticas Instituições e AIDS – Enfrentando a Epidemia no Brasil* (R. Parker, org.), pp.69-108, Rio de Janeiro:ABIA - Jorge Zahar Editor.
- GAPA-BA (GRUPO DE APOIO E PREVENÇÃO À AIDS DA BAHIA, 1998. *Boletim* 28:10-11
- GARBUS,L. ,1996. The UN Response. In: *AIDS in the World II* ( J. Mann & D. Tarantola, orgs.) pp 369-374,New York-Oxford: Oxford University Press.
- GONDIM, R. A epidemia do HIV/AIDS e a Política Nacional para o seu Controle. *ONGs/AIDS Novos atores sociais e política na cena pública nacional – Textos e relatos do Seminário De Salvador*. pp.30-33, GAPA-BA, Salvador
- GRANJEIRO, A .,1994. O Perfil Socioeconômico dos Casos de AIDS na Cidade de São Paulo In: *A AIDS no Brasil* (R. Parker; C. Bastos; J. Galvão & J.S. Pedrosa, orgs.), pp. 91-128, Rio de Janeiro: ABIA/Instituto de Medicina Social,Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Relume Dumará.
- GRUPO PELA VIDDA/RJ, 1997.*Boletim Grupo Pela Vidda/RJ*,29/30:7.
- GUATTARI, F., 1990. *As Três Ecologias*. Campinas, São Paulo: Papyrus Editora.
- GUERRA,M.A.T.,1993. Política de controle da AIDS da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, no período 1983-1992: a história contada por seus

agentes. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

GUIMARÃES, C.D., 1994. Mulheres, Homens e AIDS: o Visível e o Invisível AIDS no Brasil . In: *A AIDS no Brasil* (R. Parker; C. Bastos; J. Galvão & J.S. Pedrosa, orgs.), pp. 217-230, Rio de Janeiro: ABIA/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Relume Dumará.

HAMANN, E.M. ,1996. *A Adolescência, os Riscos da AIDS, e a Prática da Educação em Saúde: Em Busca de Novos Caminhos*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

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

JOHNSON, A.R. & STRYKER, J. orgs. ,1993. *The Social Impact of AIDS in the United States*, Washington, D.C.: National Academy Press.

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

\_\_\_\_\_,1994. A. Pauperização e Banalização de uma epidemia In: *Seminário A Epidemiologia Social da AIDS*, Anais. pp.20-26, Rio de Janeiro: ABIA/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

KIRP, D. L. & BAYER, R., orgs.,1992. *AIDS in the Industrialized Democracies: Passions, Politics and Policies*. New Brunswick- New Jersey: Rutgers University Press.

LARVIE, P.,1996. Desvios e desviantes: a psicologia do risco e desenvolvimento em intervenções anti-AIDS no Rio de Janeiro. Trabalho apresentado no *XX Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais- Anpocs*. Caxambú : Anpocs.

- \_\_\_\_\_, 1997 "O drama dos coquetéis: lições para a prevenção". *HIVeraz-Informativo da Coordenação Política Municipal de Controle de DST/AIDS. Porto Alegre*, 7:3.
- LOWEN, *apud* Assis, M.,1992. *Da Hipertensão à vida: por uma práxis comunicativa na educação em saúde*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- LUNA, E. J. A.,1996. *Vulnerabilidade à infecção pelo HIV*. Projeto apresentado para exame de qualificação para doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo.
- MANN,J., 1992a. Foreword In: *AIDS in the Industrialized Democracies: Passions, Politics and Policies* (D.L. Kirp & R. Bayer, orgs.) pp. ix-x New Brunswick- New Jersey: Rutgers University Press.
- \_\_\_\_\_,1992b. Health Promotion Against AIDS: A Typology. In: *AIDS Prevention Through Education: A World View* (J. Sepulveda; H. Fineberg & J. Mann, orgs.), pp.21-31, New York- Oxford: Oxford University Press
- \_\_\_\_\_,1993. AIDS in the 1990s: A Global Analysis ( mimeo).
- \_\_\_\_\_, TARANTOLA, D.& NETTER, T. orgs. ,1994. *A AIDS no Mundo*, Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Relume Dumará.
- \_\_\_\_\_ & Tarantola, D. orgs., 1996. *AIDS IN THE WORLD II*. New York-Oxford: Oxford University Press
- MÉDICI, A .,1994. Impactos Socioeconômicos da AIDS. In: *A AIDS no Brasil* (R. Parker; C. Bastos; J. Galvão & J.S. Pedrosa, orgs.), pp. 325-329,Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Relume Dumará.

MEHRYAR & CARBALLO- (s/d) Models of Behaviour Change – Global Programme  
AIDS/ World Health Organization

M.S. (MINISTÉRIO DA SAÚDE),1989a. *Projeto Previna ( Prevenção e Informação sobre DST/AIDS). Presídios, Prostituição, Usuários de Drogas.* Brasília: MS/Secretaria de Programas Especiais de Saúde. (mimeo)

\_\_\_\_\_,1989b. *Manual de Aconselhamento/AIDS.*Brasília: MS/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde-Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS Organização Panamericana de Saúde.

\_\_\_\_\_,1994.Brasília:MS/Secretaria de Assistência à Saúde - Programa Nacional de DST/AIDS

\_\_\_\_\_,1995. *Ações na Prevenção da Transmissão Sexual do HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis- Comissão Nacional de AIDS.* Brasília: MS/Secretaria de Assistência à Saúde- Programa Nacional de DST/AIDS.

\_\_\_\_\_,1996<sup>a</sup> *Promoção da Saúde – Carta de Ottawa- Declaração de Adelaide- Declaração de Sundsvall- Declaração de Bogotá,* Brasília (mimeo).

\_\_\_\_\_,1996b. *Manual do Multiplicador: Homossexuais.*Ministério da Saúde. Brasília: MS/ Secretaria de Assistência à Saúde.Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

\_\_\_\_\_,1997. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids Diretrizes e Procedimentos Básicos.* Brasília: MS/Secretaria de Projetos Especiais de Saúde - Coordenação Nacional de DST e Aids

\_\_\_\_\_,1998a., *AIDS In Brazil - Joint Government and Society Endeavour- 12 World AIDS Conference 1998.* Brasília: MS/Secretaria de Políticas de Saúde, Programa Nacional de DST e Aids

\_\_\_\_\_,1998b, *Projetos Comunitários de ONG 1993- 1998*.  
Brasília:MS/. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, Coordenação Geral  
de DST e AIDS/Setor de Articulação com ONG Brasília ( mimeo).

\_\_\_\_\_,1998c, <http://www.aids.gov.br>. Parceria com  
Eestados e Municípios - Demonstração da Execução Orçamentária e  
Financeira

\_\_\_\_\_,1998d, AIDS II: Desafios e Propostas – Documento  
Preliminar para discussão do Projeto AIDS II . Brasília: MS/ Coordenação  
Nacional de DST/AIDS. (mimeo).

\_\_\_\_\_,1998e, AIDS II : Documento de Referência do *Projeto  
AIDS II*. Brasília: MS/Coordenação Nacional de DST/AIDS (mimeo)

MONTEIRO,S.,1995. *A AIDS no Contexto Escolar: Análise de um Programa de  
Prevenção*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina  
Social,Universidade do Estado do Rio de Janeiro

NEWSWEEK, 1997. Hope and Despair. Newsweek, pp. 50-57, 8 de dezembro.

NUNES, A., 1997.O Impacto Sócio Econômico da AIDS/HIV no Brasil. Brasília: IPEA.

OPPENHEIMER, G., 1992. Causes, Cases, and Cohorts: The Role of Epidemiology  
in the Historical Construction of AIDS. In: *AIDS: The Making of a Chronic  
Disease* ( E.Fee & D. Fox, eds.), pp. 49-83, Berkeley: University of California  
Press.

PAIVA,V. ,1994. Sexualidade e Gênero num Trabalho com Adolescentes para  
Prevenção do HIV/AIDS In: *A AIDS no Brasil*. (R. Parker; C. Bastos; J.  
Galvão & J. S. Pedrosa,orgs.), pp.231-250,Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de  
Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Relume Dumará.

\_\_\_\_\_, 1996. *"Fazendo arte com camisinha". a história de um projeto de prevenção da AIDS para jovens*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo

PARKER, R.,1992. AIDS Education and Health Promotion in Brazil: Lessons from the Past and Prospects for the Future In: *AIDS Prevention Through Education: A World View* (J.Sepulveda; H. Fineberg & J. Mann, orgs.), pp.109-126, New York- Oxford: Oxford University Press

\_\_\_\_\_,1994. *A Construção da Solidariedade AIDS, Sexualidade e Política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Relume Dumará.

\_\_\_\_\_, BASTOS, C, GALVÃO, J. & PEDROSA, J. S. (orgs.),1994. *A AIDS no Brasil ( 1982-1992)*. Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Relume Dumará.

\_\_\_\_\_ & GALVÃO, J. ,1994. "Introdução". In: *Seminário A Epidemiologia Social da AIDS*, Anais. pp. 4, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABIA.

\_\_\_\_\_,1996. One World, One Hope Lecture (Track D): Empowerment, Community Mobilization and Social Change in the Face of HIV/AIDS. Trabalho apresentado na *XI Conferência Internacional de AIDS* .World Health Organization. Vancouver (mimeo)

\_\_\_\_\_. ,1997a Aula da disciplina Tópicos Especiais nas Ciências Humanas - Tema : *AIDS, Sexualidade e Política*. Mestrado - Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_ ,1997b. Introdução. In: *Políticas, Instituições e AIDS- Enfrentando a Epidemia no Brasil* ( R. Parker, org.),pp.7-16,Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/ABIA .

PATTON, C. ,1990. *Inventing AIDS*, New York: Routledge

PETERSON, C. R. ,1994 . *Risco Sob Risco: Prostituição e AIDS*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.P

PIMENTA,C.& CASTILHO, E.,1997. Diminuição de Parceiros Como Estratégia de Prevenção. *Boletim Pela Vidda*, 29/30:6

\_\_\_\_\_,1998. *Oficina de Programação do POA I/ AIDS II*. Rio de Janeiro. Comunicação Pessoal.

QUINTINO,M.,1995. *Boletim pela Vidda/RJ* , 24: 4-5

\_\_\_\_\_,1996. *Relatório do I Seminário Estadual de AIDS e Comunidades Empobrecidas*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro/Assessoria Estadual de DST/AIDS. (mimeo).

RAIZER, E.C.,1997. *O Estatal , o Público e o Privado e Suas Expressões na Epidemia da AIDS*. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

ROCHA, P.M.,1997. *No Limiar do Século XXI: Globalização e Saúde- Desafios da Proteção Social no Brasil dos Anos 90*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RODRIGUES, L. G.M., 1992. Política de Prevenção do HIV no Brasil – O Problema, a Resposta Nacional. Necessidades Urgentes. *Seminário Internacional de Prevenção ao HIV “Da Pesquisa à Ação”*. Salvador: MS/Programa de DST/AIDS.

ROSEMBERG, C.E., 1988. Disease and social order in America: perceptions and expectations. In: *AIDS: The Burdens of History*. (E. Fee & D.M. Fox, orgs.) Berkeley: University of California Press.

SANCHES, K. ,1997. Comunicação verbal

SANTOS, E.M.,1995. Comportamentos sexuais, práticas sexuais, habitus, trabalho erótico: uma contribuição ao estudo das sexualidades. In: *AIDS Ética, Medicina e Biotecnologia* (D.Czeresnia; E. M. Santos; R.H.Barbosa & S. Monteiro, orgs.),pp.77-100, Rio de Janeiro: HUCITEC.

SANTOS, L.A C.; MORAES, C., COELHO,V.S.,1994. Sangue, AIDS e Constituinte: Senso e Contra-Senso. In: *A AIDS no Brasil* (R. Parker; C. Bastos; J. Galvão & J.S. Pedrosa ,orgs.), pp.307-323, Rio de Janeiro: ABIA/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Relume Dumará.

SANTOS, N. J. S. , 1996. A AIDS Entre as Mulheres no Estado de São Paulo. In:*Quebrando o Silêncio Mulheres e AIDS no Brasil* ( Parker, R. e Galvão, J. orgs. ), pp.33-60 Rio de Janeiro: ABIA/ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Relume Dumará.

SCHOOFS, M. (s/n). An AIDS Vaccine. It's Possible. So Why Isn't It Being Done? (mimeo)

SEPULVEDA,J., FINEBERG,H. & MANN, J. (orgs.),1992. *AIDS Prevention Through Education: a World View*. New York - Oxford:Oxford University Press.

SES ( Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro),1992a. *Um Programa de AIDS para o Estado do Rio de Janeiro*. pp3-8, Rio de Janeiro: SES/ Assessoria Estadual de DST/AIDS. (mimeo)

---

\_\_\_\_\_,1992b. *Diretrizes Gerais das Práticas Educativas na Prevenção do Hiv/AIDS, Rio de Janeiro*. pp20-31, Rio de Janeiro:SES/ Assessoria Estadual de DST/AIDS. (mimeo).

---

\_\_\_\_\_,1994. *Política de Distribuição de Preservativos*. Rio de Janeiro: SES/Divisão de Controle das DSTe AIDS

---

,1997. *Programa Especial de Prevenção e Assistência às DST-AIDS Dirigidas às Comunidades Empobrecidas do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro:SES/Assessoria Estadual de DST/AIDS.

---

,1998. *Boletim DST/AIDS –julho a setembro 1998*.

SMS/RJ ( Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro).1998. Painel DST/AIDS-RJ. *Saúde em Foco – Boletim Epidemiológico em Saúde Coletiva*, 17

SHERRIL, SOMMERVILLE, BAILEY ,1992. *O Que a Ciência Política Perde em não Estudar a AIDS*, mimeo.

SILVA, C.L.C., 1998. ONG'S/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*,14 (Sup. 2):129-140

SINGER,M.,1994.. AIDS and The Health Crisis of the U.S. Urban Poor; The Perspective of Critical Medical Anthropology. *Social Science Medicine*,7:.931-948 .

SMALL, N., 1994 The Changing Context of Health Care in the UK: Implications for HIV/AIDS pp20-32

SKINNER, S. J.,1995. *Young, poor and brazilian: HIV prevention, identify and solidarity in the inner city*. Stanford :Latin American Studies Honors Program - Stanford University

STEFFEN, M. *apud* SILVA, C.L.C., 1998. ONG'S/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*,14 (Sup. 2):129-140

TEIXEIRA, P. ,1996. *Relatório do I Seminário Estadual de AIDS e Comunidades Empobrecidas*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Assessoria Estadual de DST/AIDS (mimeo)

- \_\_\_\_\_. ,1997. Políticas públicas em AIDS. In: *Políticas, Instituições e AIDS Enfrentando a Epidemia no Brasil*. (R. Parker, org.), pp.43-68, Rio de Janeiro:Jorge Zahar Editor/ABIA .
- TERTO Jr., V. ,1995. O Papel das ONG nas Políticas de AIDS. In: *Seminário Políticas Públicas de Saúde Relacionadas à AIDS*, Anais. pp.32-35, Rio de Janeiro:Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABIA
- THEDIM, *apud*, Assis, M., 1992. *Da Hipertensão à vida: por uma práxis comunicativa na educação e saúde*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- TREICHLER, P. ,1988. AIDS, Homophobia and Biomedical Discourse: an epidemic of signification. In: *AIDS: Cultural Analysis, Cultural Activism* (D.Crimp, org.),pp.31-70, Cambridge: MA:MIT Press.
- VELLOZO, V., 1995. *Relatório de Pesquisa Educação e AIDS: PRCA uma alternativa em construção*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro/Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/ABIA (mimeo)
- VIEIRA, L.A.A,1992. Criação, Produção e Veiculação de Campanha Nacional de Prevenção contra a AIDS” pp.40-48.*Seminário Internacional de Prevenção ao HIV- “Da Pesquisa À Ação”*- Salvador: MS/ Programa DST/AIDS
- VILLELA, W. ,1982. *Algumas Considerações sobre a prática da Educação em Saúde no Brasil* , *Dissertação* de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_, 1996. Oficinas de Sexo Mais Seguro para Mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação, São Paulo: NEPAIDS
- \_\_\_\_\_,1997. A Prevenção do HIV/AIDS no Brasil. Um estudo a partir das propostas de ONG's ao PN DST/AIDS. ( mimeo)

WEFFORT, F.C. ,1992. *Qual democracia?* São Paulo: Companhia das Letras.