

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

PAULO HENRIQUE SOUZA DOS SANTOS

**A RESPOSTA À AIDS NA CONSTRUÇÃO DO SUS EM BELÉM DO PARÁ: O CASO
DA ONG PARAVIDDA (1992-2003)**

Rio de Janeiro
2022

PAULO HENRIQUE SOUZA DOS SANTOS

**A RESPOSTA À AIDS NA CONSTRUÇÃO DO SUS EM BELÉM DO PARÁ: O CASO
DA ONG PARAVIDDA (1992-2003)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva

Rio de Janeiro
2022

PAULO HENRIQUE SOUZA DOS SANTOS

A RESPOSTA À AIDS NA CONSTRUÇÃO DO SUS EM BELÉM DO PARÁ: O CASO DA ONG PARAVIDDA (1992-2003)

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Henrique Assunção Paiva (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Orientador

Prof. Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Profa. Dra. Katia Maria Braga Edmundo (Centro de Promoção à Saúde- Cedasp/ Professora no Mestrado Profissional em Saúde da Família-UNESA)

Suplentes:

Prof. Dr. Luiz Alves Araújo Neto (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Prof. Dr. José Roberto Franco Reis (Pesquisador do Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz- Fundação Oswaldo Cruz)

Rio de Janeiro
2022

S237 Santos, Paulo Henrique Souza dos.
A resposta à AIDS na construção do SUS em Belém
do Pará : o caso da ONG Paravidda (1992-2003) / Paulo
Henrique Souza dos Santos. – 2022.
169 f. ; il. color.

Orientador: Carlos Henrique Assunção Paiva.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em História das Ciências e da
Saúde), Rio de Janeiro, 2022.

Bibliografia: f. 113-126.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Assistência Integral à
Saúde. 3. Organizações sem Fins Lucrativos. 4. História do
Século XX. 5. Brasil.

CDD 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da
Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Responsável pela Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: Marise - CRB-6-351

Este trabalho é dedicado a minha avó Raimunda Elza (In memoriam), aos meus pais e às pessoas que lutaram/lutam por assistência à Aids e em defesa do SUS.

AGRADECIMENTOS

A construção desse trabalho em meio à pandemia de Covid-19 foi desafiadora e dolorosa. Ver todos os dias de 2020 pessoas perdendo familiares e amigos para Covid, levantar da cama e não estar perto da minha mãe, pai, amigos e vovó enchia meu peito de dor e ansiedade. Quase desisti. Nesse processo, muitas pessoas foram importantes para seguir em frente, assim agradeço:

Ao meu pai Paulo Guilherme pelas tardes de discussões na biblioteca da UFPa, às sugestões para que eu fizesse uma boa prova de ingresso ao mestrado. Obrigado por ser esse professor de História incrível e inspirador! À minha mãe Terezinha do Socorro pelas orações, mensagens motivadoras pela noite e por sempre estar presente em todos os processos da minha vida. Muito, muito obrigado por todas as palavras, conselhos e abraços! Agradeço por todo carinho de minha vovó (*In memoriam*) que nos deixou para encontrar a paz.

Sou grato ao melhor namorado do mundo Rafael Bordallo por me acompanhar em todos os estágios da construção dessa dissertação. Ao início da jornada, obrigado por esta mensagem “Gatinho, eu não sei que horas cê entra para fazer a prova, então deixo minhas melhores energias procê daqui; Você é incrível! Vai dar bom!”. Agradeço pelos passeios em Niterói, pelas cervejinhas, festinhas na UFF e pelas conversas em frente à biblioteca da UFF que foram fundamentais para que eu fizesse uma boa prova de ingresso. Em meio às disciplinas do mestrado, obrigado pelas revisões dos trabalhos, abraços que me confortavam diante às tristezas, pelas ligações, filminhos online, por escutar meus desafetos, expectativas e por sempre tentar me estimular de alguma forma para as aulas online. Durante o processo de escrita, obrigado por entender minhas ausências e me ajudar em algo que otimizasse o tempo de escrita ao fazer o almoço, o café e se disponibilizar para ajudar. A história do ingresso ao mestrado converge à nossa. “Eu te amo mais!”

Agradeço à CAPES e à FIOCRUZ pela bolsa de estudos para viabilizar essa pesquisa. Sem esse estímulo, certeza que as dificuldades seriam multiplicadas.

Ao meu orientador Carlos Henrique Assunção sou grato por todo suporte em meio a pandemia de Covid, às mensagens de apoio ao início da crise sanitária, pelas orientações fundamentais para acreditar nessa pesquisa, agradeço ao “PH, vamos em frente! sua pesquisa tem fôlego. Não vamos mudar o objeto de pesquisa. Você já está comprometido com ele”.

Durante o processo de escrita, obrigado pelas revisões e por compreender as falhas na redação: “PH, eu entendi, mas a redação tá confusa”.

Agradeço aos professores do Programa de Pós Graduação de Historia das Ciências e da Saúde, em especial à Simone Kropf e Luiz Alves pelo tempo que reservavam durante as aulas para compartilhar dores do contexto pandêmico, pelas observações no pré-projeto e pela correção detalhada dos trabalhos. Ao Gabriel Lopes, Marcos Cueto, André Felipe Candido e Luiz Teixeira pelas disciplinas que ministraram, compartilhando aspectos importantes para pensar a pesquisa. Minha gratidão ao grupo de estudos sobre história das doenças, especialmente ao acolhimento de Dilene Raimundo Nascimento, Eliza Vianna e Luiz Alves. Aos professores Luiz Teixeira e Katia Edmundo sou grato pelos apontamentos na qualificação, fundamentais para repensar pontos importantes na pesquisa.

Aos colegas de mestrado, obrigado pela solidariedade de todos no momento de maior impacto da pandemia de Covid-19, especialmente à Tâmisa Marques e Jacques por serem parceiros nos áudios desesperadores e pelos desabafos trocados. À Carolina Valente, agradeço pela ajuda com o processo no Comitê de Ética.

À Ana Doroteia sou grato por todas as conversas e trocas no processo de construção do pré-projeto, em amenizar a tristeza do impacto da pandemia e por passar as tardes comigo durante o processo de escrita. À Isabelle Leite por ter me recebido em Niterói, pelos almoços na UFF e todo auxílio no processo de mudança. Aos amigos João Victor, Audrey Santos, Ana Paula, Arthur Morbach, Lucas Andrade e Wandi obrigado pelas conversas, mensagens, áudios, abraços e por estarem presentes nesse momento. Ao Wandi por me proporcionar o reencontro com a arte, fundamental para conseguir qualificar. Ao Leonardo Vieira obrigado pela companhia no doloroso início da pandemia e pelas conversas na sala de casa, importantes para conseguir lidar com as aulas online.

Agradeço às contribuições do Grupo de Pesquisa RUMA: População Família e Migração na Amazônia, fundamentais para construção do pré-projeto, especialmente à professora Cristina Donza Cancela que sempre acreditou nessa pesquisa e me apoiou nos passos acadêmicos, e aos apontamentos do professor Antônio Otaviano e Adnê Jefferson ao pré-projeto.

Ao presidente do Grupo Paravidda, Antônio Ozair Santos, sou grato pela recepção, pelas experiências e por deixar os documentos à disposição. Aos voluntários Eliane, Cledson Sampaio, Diogo e Maria Elias obrigado pelas trocas e apoio.

Agradeço à coordenadora da biblioteca da Sesp, Raquel dos Santos, pela digitalização de todos os documentos possíveis para esta pesquisa. À Maria Laurinda, Luiz Antônio, Eliana Botelho, Helena Brígido, Francisco de Assis e às pessoas que não permitiram seu nome no trabalho, agradeço pelo tempo cedido para gravação dos depoimentos.

Às pessoas que, em algum momento, vierem a ler esse trabalho, Obrigado!

RESUMO

A assistência para Aids e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) aparecem na literatura como processos desconectados durante os anos 1990. Sendo assim, o objetivo do trabalho é analisar as reivindicações da ONG – Paravidda em relação às necessidades de saúde das pessoas com HIV em Belém (1992 – 2003), argumentando que esse processo a enquadra na implementação do SUS na capital paraense. Para tal, nos munimos de discussões em História das Doenças e do campo das Políticas de Saúde referentes ao SUS e Aids para considerarmos o Paravidda como integrante desse processo. A pesquisa é de base documental que, em perspectiva histórica, faz uso de documentos institucionais e literatura periódica, bem como depoimentos de atores-chave. Partindo disso, discorreremos sobre a construção das bases do SUS nos anos 1980 e sua implantação no Pará na década de 1990, descrevemos as múltiplas atuações das ONGs e o Programa Nacional de Aids. Em meio a esses processos que favoreceram o campo de atuação do Paravidda e as respostas das gestões locais de saúde, a ONG e um conjunto de setores sociais articulados levavam suas necessidades aos seminários municipais de Belém, sendo os jornais Diário do Pará e O liberal os principais canais de divulgação dos debates. Além disso, o grupo utilizava destes canais para denunciar a falta de medicamentos e leitos para Aids em Belém, tornando-se um meio estratégico de chamar atenção das autoridades locais de saúde. Desta forma, o trabalho conclui que as denúncias do Paravidda através da imprensa se interligam às seguintes bases do SUS: *participação social* através da composição nos debates públicos à Aids em Belém; e *universalidade como direito*, pois a ONG buscou respostas estatais que contemplassem as suas múltiplas necessidades de saúde: ações preventivas à distribuição de medicamentos e ampliação da assistência à organização da rede.

Palavras-chave: História da Saúde em Belém; Implementação do SUS em Belém; História da Aids em Belém, Paravidda; SUS.

ABSTRACT

The healthcare for Aids and the implementation of the Sistema Único de Saúde (SUS) appeared disjointed in scientific literature through the 1990. Thus, the objective of this essay analyse the claims of the NGO Paravidda in relation to the healthcare needs of people with HIV in Belém (1992-2003), arguing this process frames it in SUS's implementation in Belém. For such, we will be using discussions in History of Diseases and of Health Politics referred to SUS and Aids. The research is of documental base in wich, in historic perspective, has made use of intititional documents and scientific paper literature, as well as testimony of main activists. Along the essay, it is discussed the process of construction of SUS's foundations by the end of the 1980 and through the 1990 and its implementations on the state of Pará, in wich shall be described the multiples actuaciones of the Aids-NGO's and the National Aids Program. In the midsts of these processes, that favoured Paravidda's field of acting and the institutional responses of local health managements, the NGO and an assemble of articulated social sectors took their needs to municipal seminars of Belém, having the journals Diário do Pará and O Liberal as their main means of debate disclosure. Besides, Paravidda would use the journal to denounce the lack of medicine and hospital beds for Aids in Belém, becoming a strategic mean to seek the attention of local health authorities. Thus, the essay concludes that the complaints of Paravidda through the press interconnect to the following foundations of SUS: social participation, through its presence in the public debate regarding Aids in Belém; universality as a right, through wich the NGO sought answers answes from the state that contemplated its multiple health needs: preventive actions of medication distribution and enlargementof healthcare in its network organization.

Keywords: History of Health in Belém; Implementation of SUS in Belém;; History of AIDS in Belém, Paravidda; SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Figura 1 –	Mapa das Mesorregiões do Pará.....	35
Figura 2 –	Mapa dos Aeroportos e Rodovias do Estado do Pará.....	36
Figura 3 –	Relação de GAPAs no Brasil.....	53
Figura 4 –	Recorte do jornal Beira do Rio sobre o GAPA-PA.....	53
Figura 5 –	Recorte do jornal Diário do Pará sobre o Gempac e Lurdes Barreto.....	55
Figura 6 –	Recorte do jornal O Liberal sobre a sede do Paravidda.....	74
Figura 7 –	Recorte do jornal O Liberal sobre O I Seminário Municipal.....	81
Figura 8 –	Recorte do jornal O Liberal sobre reuniões com representantes da Sesp.....	83
Figura 9 –	Imagem de inauguração da Casadia.....	91
Figura 10 –	Recorte do jornal O liberal sobre falta de medicamentos.....	95
Figura 11 –	Recorte do jornal O liberal sobre insuficiência de medicamentos.....	96
Figura 12 –	Plano de Regionalização do Pará.....	104
Quadro 1 –	Publicações sobre os seminários.....	78
Quadro 2 –	Publicações sobre o debate em relação à falta de leitos para Aids.....	99

LISTA DE SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIS	Ações Integradas de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB	Comissão Intergestoras Bipartites
CIT	Comissão Intergestoras Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNAIDS	Comissão Nacional de Aids
COAS	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de saúde dos Estados
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENONG's	Encontro Nacional de ONGs-Aids
GAPA	Grupo de Apoio a Prevenção à Aids
GEMPAC	Grupo de Mulheres Prostitutas da área Central de Belém do Pará
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HPSSM	Hospital Pronto Socorro de Saúde Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis
MHB	Movimento Homossexual de Belém

NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ONG	Organização Não-Governamental
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PARAVIDDA	Grupo Para a Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids
PELA VIDDA	Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
RNP	Rede Nacional de Pessoas Soropositivas
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Belém
SESPA	Secretarias de Saúde do Estado do Pará
SINDESSPA	Sindicato dos Estabelecimentos Particulares de Saúde do Pará
SUDS	Sistemas Descentralizados e Unificados de Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
UEP	Unidades Estratégica de Planejamento
URE-Aids	Unidade de Referência em Aids
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Introdução.....	14
Capítulo 1. A saúde como um direito: a implementação do SUS no Estado do Pará na década de 1990.....	20
1.2 Múltiplos atores: a implementação do SUS no Brasil entre 1988 – 2002.....	20
1.2.1 Espaços de Participação Social no SUS.....	31
1.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) em Belém do Pará nos anos 1990.....	34
1.3.1 Caracterização do Pará: aspectos geográficos na década de 1990.....	34
1.3.2 A implementação do SUS em Belém: a reorganização administrativa das instituições locais de saúde (1992 – 2002).....	40
1.3.3 Os serviços de saúde em Belém nos anos 1990.....	46
Capítulo 2. As ONGs-Aids e o SUS: a constituição de assistência à saúde para as pessoas com HIV entre os anos 1980 e 2000.....	50
2.1 As múltiplas atuações das ONGs-Aids brasileiras e as bases do SUS entre os anos 1980 e 2000.....	51
2.1.1 ONGs-Aids e suas ações de combate aos estigmas nos anos 1990.....	56
2.1.2 ONGs-Aids e o SUS: a luta por assistência à saúde para as pessoas com HIV nos anos 1990.....	59
2.1.3 A constituição do Programa Nacional de Aids e o Banco Mundial entre os anos 1980 e 1990.....	62
2.1.4 O programa Estadual de Aids no Pará e as ONGs (1986 – 1999).....	66
Capítulo 3. As atuações do Paravidda e o SUS em Belém: universalidade como direito e participação social (1992 – 2003).....	71
3.1 As Ongs-Aids em Belém na década de 1990: o Paravidda.....	71
3.2 O Paravidda nos canais de participação: a prevenção e a ampliação de assistência na década de 1990.....	76
3.3 A luta por medicamentos para HIV em Belém (1992 – 1999).....	93
3.4 O Paravidda e a assistência hospitalar: a luta por leitos em Belém (2000 – 2003).....	98

Considerações finais.....	110
Fontes.....	113
Referências Bibliográficas.....	119
APÊNDICE A – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) Depoentes ligados a ONG – Entrevista a Distância.....	127
APÊNDICE B – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) Depoentes ligados a ONG – Entrevista Presencial.....	130
APÊNDICE C – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) Depoentes ligados aos órgãos oficiais de saúde – Entrevista a Distância.....	133
APÊNDICE D – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) Depoentes ligados aos órgãos oficiais de saúde – Entrevista Presencial.....	136
ANEXO A – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS).....	139
ANEXO B – Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa com HIV.....	144
ANEXO C – Relação de Presença no II ENONGs.....	146
ANEXO D – Carta ao Governo Federal (1990).....	148
ANEXO E – Relação de Presença no III ENONGs.....	149
ANEXO F – Publicações sobre os seminários e discussões desdobradas desses encontros.....	152

Introdução

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de sua regulamentação em 1990, envolveu diversas frentes, atores e situações. Como um sistema de saúde descentralizado, o SUS mobilizou em especial setores locais através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Comissão Tripartite e Bipartite (ARRETCHE, 2001, 2005; CORDEIRO, 2001; JESUS, TEIXEIRA, 2010; PINTO, TANAKA, SPEDO, 2009; NOGUEIRA, 2010). Além disso, a participação da sociedade na constituição do SUS também foi ponto de partida para diversos trabalhos, destacando a presença nas arenas de discussões ao longo das décadas de 1980 e 1990 (CORDEIRO, 2004; ESCOREL, 2008; FARIAS FILHO, SILVA, MATHIS, 2014; GERSCHMAN, 2004; JESUS, 2011; KLEIN, 2011; LABRA, 2005; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2008, 2009; PAIVA; FONSECA, 2015; SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019).

A resposta brasileira à Aids¹ foi baseada na universalidade da saúde e participação social, indicando o campo de enfrentamento à doença como propício às reflexões sobre a implantação do SUS na década de 1990 (BARROS, 2018; TEODORESCU E TEIXEIRA, 2015). Nesse sentido, a atenção à saúde para Aids² foi constituída mediante articulações e tensões entre o campo médico, científico, burocrático, político e associativo ou militante, como o movimento LGBT (Lésbicas³, Gays⁴, Bissexuais⁵, Transexuais⁶, Travestis) e Organizações não Governamentais (ONGs-Aids) (BARROS, 2018; DIAS, 2012; TEODORESCU E TEIXEIRA, 2015; VITIELO, 2009). O campo associativo ou militante da Aids era composto por diversos grupos em Belém nos anos 1990, destacando-se o Movimento Homossexual de Belém (MHB), Grupo de Apoio a Prevenção à Aids (GAPA- Pa), Grupo de

¹ A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou *Acquired Immunological Deficiency Syndrome* (AIDS) é uma doença causada pela ação de um vírus chamado HIV (Perlongher, 1986).

² A atenção em saúde inclui serviços e intervenções preventivos, curativos e paliativos prestados a indivíduos ou populações (UNAIDS, 2017: 10).

³ Refere-se a mulheres que têm atração por e/ou mantêm relações sexuais e afetivas com outras mulheres e possuem a identidade cultural lésbica (UNAIDS, 2017: 17).

⁴ O termo gay pode se referir à atração sexual por pessoas do mesmo sexo, relações sexuais e afetivas com pessoas do mesmo sexo, e identidade cultural homossexual (UNAIDS, 2017: 14).

⁵ É uma pessoa que tem atração por e/ou mantêm relações sexuais e afetivas com homens e mulheres e possui a identidade cultural bissexual (UNAIDS, 2017: 10).

⁶ Transgênero é um termo guarda-chuva para descrever pessoas cuja identidade e expressão de gênero não estão em conformidade com as normas e expectativas tradicionalmente associadas ao sexo atribuído ao nascer. As pessoas transgênero também incluem indivíduos que receberam cirurgia de redesignação de gênero, indivíduos que receberam intervenções médicas relacionadas ao gênero que não a cirurgia (ex.: hormonioterapia) e indivíduos que se identificam como não tendo qualquer gênero, gêneros múltiplos ou gêneros alternativos. Os indivíduos transgênero podem se autoidentificar como transgênero, feminino, masculino, mulher trans ou homem trans [...] (UNAIDS, 2017: 23).

Mulheres Prostitutas da área Central de Belém do Pará (Gempac), Grupo Para a Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids (Paravidda).

A literatura especializada sobre a implementação do SUS, em regra geral, apresenta argumentos pautados nas ações de gestores institucionais e na sociedade civil. Dentro disso, as pesquisas sobre Reforma Sanitária brasileira destacam aspectos históricos pertinentes para enxergar a construção do SUS como um processo anterior ao marco formal de 1988. Entre as experiências institucionais anteriores, destacam-se os Sistemas Descentralizados e Unificados de Saúde (SUDES) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) (SCOREL, 2008; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2008).

Além disso, autores apontam os princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação social como pautas de múltiplos setores constituídos na década de 1970 e 1980, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Movimento Sanitário, Movimento Popular em Saúde, Movimento de Mulheres e outros movimentos sociais que tinham a saúde como pauta. Estes participaram de arenas importantes para a estruturação do SUS: a VII Conferência de Saúde, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, a Plenária Nacional de Entidade de Saúde, a Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente; e a Comissão Temática de Ordem Social (SCOREL, 2008; CORDEIRO, 2004; GERSCHMAN, 2004; LABRA, 2005; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2008, 2009; PAIVA; FONSECA, 2015; SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019). As pesquisas sobre o SUS em Belém descrevem apenas os processos normativos, como o Pacto Pela Saúde em 2003, e os Conselhos de Saúde (KLEIN, 2011; NUNES, 2014). Em geral, essa literatura não contempla a resposta da sociedade à Aids como constituintes de políticas vinculadas às bases do SUS (SCOREL, 2008; CORDEIRO, 2004; GERSCHMAN, 2004; JESUS, 2011; LABRA, 2005; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2008, 2009; PAIVA; FONSECA, 2015; SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019).

As investigações sobre atenção à saúde em Aids no Brasil, que partem de múltiplas áreas, identificam a relevância das ONGs para a constituição do Programa Nacional nos anos 1980 e 1990, destacam as tensões com os gestores em relação à prevenção e tratamento, a política de distribuição de medicamentos consolidada a partir de 1996 e os acordos com o Banco Mundial entre 1993-2002 (BARROS, 2018; DIAS, 2012; GALVÃO, 1997; TEODORESCU E TEIXEIRA, 2015; VITIELLO, 2009). Nesse sentido, esse conjunto de

autores discorrem sobre a criação dos GAPAs pelo Brasil, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), o Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Pela Vidida), os Encontros Nacionais de ONGs-Aids (ENONGs) e as tensões internas. Em relação à doença em Belém, pesquisadores assinalam o primeiro serviço disponibilizado, as dificuldades da equipe durante os anos 1990, a formação do GAPA – Pa, Gempac e Paravidda (TEODORESCU E TEIXEIRA, 2015). Essas discussões, assim como aquelas relacionadas ao SUS, também corroboram para a desassociação deste com a construção da atenção à Aids.

Partindo disso, constatamos o seguinte problema: como a constituição da atenção de saúde à Aids, em seus múltiplos níveis, tem sido vinculada ao processo de implementação das bases do SUS? Isto posto, a presente dissertação de mestrado pretende demonstrar a ONG Paravidda nos campos de debates, reivindicando ações preventivas, distribuição de medicamentos e ampliação da assistência às pessoas com HIV, articuladas com o processo de implantação do SUS – Belém (1992 – 2003). Argumentamos que essas reivindicações enquadram o Paravidda na construção do sistema de saúde na capital paraense nos seguintes aspectos: 1– *A participação social*; indicada quando a ONG constituía os debates sobre assistência à saúde em Belém; 2– *A universalidade*, princípio do SUS relacionado ao direito do cidadão com HIV/Aids de ser assistido em suas diversas necessidades de saúde. A este princípio se subordinam diferentes ações, que vão da assistência e da organização assistencial, as ações de prevenção até o acesso a medicamentos.

O Paravidda, mesmo oficializado em 1992, remonta à criação da Unidade de Referência em Aids (URE-Aids) do Pará, tendo como objetivo disseminar informações sobre a Aids, apoiar o paciente e discutir experiências sobre a doença na capital paraense a partir de 1986. Diante da expansão dos casos, a URE-Aids ficou pequena para a demanda, resultando na procura por um espaço próprio e à sua formalização em 27 de janeiro de 1992 (TEODORESCU & TEXEIRA, 2015). A oficialização do grupo demarca o início do recorte temporal em 27 de janeiro de 1992, indo até 2003 em virtude do seguinte: as documentações da ONG apontam para uma mudança de perfil de suas atuações, prevalecendo as parcerias com o Estado e financiadores externos a partir de 2004⁷. Entre 1992 a 2003, o grupo apresentava um perfil favorável à nossa argumentação, utilizando a imprensa paraense para

⁷Sobre discussões de mudanças no ativismo da Aids a partir do início dos anos 2000, Cf: LANDAU, Caroline. “A Aids mudou de cara”: memória coletiva e novas oportunidades para o ativismo da Aids no Brasil. *PLURAL*, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v. 17, n. 2, pp.11-44, 2011.

comunicar as demandas de saúde das pessoas com HIV e pressionar as autoridades. Essas ações, que envolveram vários setores articulados, tensionaram os gestores locais pela garantia da saúde enquanto um direito universal, levando à implantação de ações preventivas, constituição de serviços assistenciais, distribuição de medicamentos e à garantia legal de extensão de leitos em 2003 através da Portaria N° 177 (BRASIL, 2003).

Além disso, os anos 1990 e início dos anos 2000 apresentavam elementos contextuais favoráveis às respostas das autoridades locais de saúde ao conjunto de reivindicações da sociedade. Em relação a Aids, a participação das ONGs foi importante na conformação das políticas de enfrentamento à doença a partir da década de 1980. Entre 1993 a 2002, o projeto AIDS I e AIDS II (1998 – 2002) de financiamento do Banco Mundial foram fundamentais para ampliar a assistência às pessoas com HIV, como os Serviços de Assistência Especializada (SAE)⁸, Hospitais Dias (HD), Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/ CD8+) e carga viral, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)⁹. O contexto de reorganização administrativa em Belém através das Normas Operacionais Básicas (NOBS) dos anos 1990 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 – 2002, também foi relevante para esse processo (SCOREL, 2008; CORDEIRO, 2004; FARIAS FILHO, SILVA, MATHIS, 2014; GERSCHMAN, 2004; JESUS, 2011; KLEIN, 2011; LABRA, 2005; MENICUCCI, 2007; NOGUEIRA, 2010; PAIM, 2008, 2009; PAIVA; FONSECA, 2015; SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019).

O objetivo de analisar a trajetória dessa organização à luz do processo de implantação do SUS foi perseguido, em perspectiva histórica, a partir de documentos institucionais e

⁸ “Os serviços ambulatoriais em HIV e Aids são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou Aids. Possuem diferentes configurações institucionais: são ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em DST/HIV/Aids (SAE). Também são administrados de diferentes formas: por municípios, estados, União, universidades, organizações filantrópicas e Não-governamentais conveniados ao SUS. O objetivo destes serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros.” (COUTO, 2009: 21-22).

⁹ Os CTA são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nesses serviços, é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. Todos os testes são realizados de acordo com a norma definida pelo MS e com produtos registrados e controlados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em sua maioria, os CTA brasileiros possuem gestão municipal e estão inseridos na rede de atenção do SUS: Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE), Unidades Básicas de Saúde, Programas Estaduais e Municipais de DST e Aids, Vigilância Epidemiológica, serviços de atenção secundária, como centros diagnósticos, hospitais e policlínicas, Unidades de Saúde da Família, além de laboratórios particulares, também podem oferecer diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites.” (COUTO, 2009: 20-21).

literatura periódica, bem como depoimentos de atores-chave. Os documentos de natureza institucionais são os Relatórios de Gestão da Secretaria de Saúde Pública do Pará (Sespa) de 1992, 1994, 1996 – 1999¹⁰; Planos Plurianuais¹¹ entre 1990 – 1999; Mensagem do Governador nos anos 1990¹². As reportagens dos jornais O liberal e Diário do Pará – os principais periódicos de Belém desse período – foram coletadas no acervo físico da Biblioteca Arthur Viana¹³, contemplando o período entre 1992 – 2003. Além destes, membros da primeira gestão da ONG passaram por entrevistas semiestruturadas¹⁴.

Essas fontes nos fornecem elementos para demonstrar o processo de estabelecimento do SUS em Belém, as suas problemáticas, o Programa Estadual de Aids e as atuações do Paravidda. Nesse sentido, as documentações institucionais da Sespa e do governo estadual do Pará indicam a reorganização administrativa através das NOBs do SUS e a constituição de assistência para Aids em Belém. Os periódicos locais são as principais fontes para demonstrar os debates e reivindicações do grupo durante o período, inter cruzando aos depoimentos de Maria Laurinda Silva, Luiz Antônio da Silva, e Voluntário-1¹⁵.

Para considerar o Paravidda na construção do SUS em Belém nos munimos de pesquisas de História das Doenças¹⁶ e sobre Políticas de Saúde referentes ao SUS e Aids a fim de refletir sobre dois elementos pertinentes à argumentação: a sociedade na implementação de políticas de saúde e o jornal como fonte histórica para verificar estratégias de atuações. Em relação ao primeiro aspecto, essa dissertação se alinha às reflexões de trabalhos sobre a participação da sociedade no processo de Reforma Sanitária brasileira, pesquisas que indicam

¹⁰ Localizados no acervo da Biblioteca da SESPA, em Belém. Cf: <http://www.saude.pa.gov.br/etsus-pa/>. Esse documento traz informações sobre as ações realizadas pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará.

¹¹ O Plano Plurianual – PPA é o documento que define as prioridades do Governo para o período de quatro anos, podendo ser revisado a cada ano. Nele consta o planejamento de como serão executadas as políticas públicas para alcançar os resultados esperados ao bem-estar da população nas diversas áreas (BRASIL, 2022:01).

¹² A Mensagem Governamental se constitui em um procedimento constitucional, contendo a mensagem propriamente dita e o plano de governo, que é encaminhada à Assembleia Legislativa, por ocasião da abertura de cada sessão legislativa anual, expondo a situação do Estado e solicitando as providências que julgar necessárias (PARÁ, 2022)

¹³ O acervo físico da Hemeroteca da Biblioteca Arthur Viana é situado na cidade de Belém, estado Pará. Endereço: Av. Gentil Bittencourt, 630- 3º andar. Contato (91) 3202-4332/ cbpav@fcp.pa.gov.br

¹⁴ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética. O número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é 48963021.3.0000.5241. Os Registros de Consentimento Livre e Esclarecido constam em apêndice.

¹⁵ O voluntário não autorizou a publicação de seu nome.

¹⁶ As historiadoras Dilene Raimundo Nascimento e Anne Jackeline Torres Silveira (2004) mostram a possibilidade de trabalhar com as reações da sociedade em reflexões sobre doença e saúde. Para elas, as enfermidades possibilitam a discussão de “estruturas e mudanças sociais, dinâmica demográfica e de deslocamento populacional, **reações societárias**, constituição do Estado e de identidades nacionais, emergência e distribuição de doenças [...]” (NASCIMENTO, SILVEIRA, 2004: 14. grifo nosso).

movimentos sociais nas arenas pós-constituição de 1988 e as participações mediante Conselhos de Saúde, Conferências, Seminários e Encontros (SCOREL, 2008; SCOREL; MONTEIRO, 2008; GERSHMAN, 2004; LABRA, 2005; PAIM, 2008, 2009; PAIVA; FONSECA, 2015; SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019). Além disso, trabalhos no campo da História das Doenças e de outras áreas também nos ajudam a considerar a sociedade compondo os debates sobre a Aids através de múltiplos canais nos anos 1990: boletins, manifestações, espaços institucionais e imprensa (BARROS, 2018; DIAS, 2012; GALVÃO, 1997; TEODORESCU E TEIXEIRA, 2015; VITIELO, 2009). No que diz respeito à documentação periódica como campo de atuação do Paravidda, utilizamos discussões sobre aspectos que os historiadores perseguem diante de fontes dessa natureza: a posição da reportagem, a importância dos periódicos, vinculações políticas e econômicas (ARMUS, 2004; DE LUCA, 2009; BARBOSA, 2007). Os pressupostos de Verena Alberti (2004) e Daniëlle Voldman (1998) também foram pertinentes para o uso de fontes orais.

Diante disso, a dissertação foi estruturada em três capítulos. O Capítulo 1 intitulado *A saúde como um direito: a implementação do SUS no Estado do Pará na década de 1990*, apresenta o percurso histórico do SUS em nível nacional e no estado do Pará, importante para entender os princípios e discussões entrelaçados à Aids.

O Capítulo 2 intitulado *As ONGs-Aids e o SUS: A constituição de assistência à saúde para as pessoas com HIV entre os anos 1980 e 2000*, descreve as múltiplas ações das ONGs – Aids, a constituição do Programa Nacional de Aids, o financiamento do Banco Mundial e elementos desse processo relacionados às bases do SUS. Esse capítulo é importante para entender que, além da reorganização do sistema local mediante a implementação do SUS, as ações do Paravidda estavam situadas em um momento de fortalecimento dos grupos de Aids no Brasil e da organização do Programa Nacional e Estadual.

Com o título *As atuações do Paravidda e o SUS em Belém: universalidade como direito e participação social (1992 – 2003)*, O Capítulo 3 demonstra as estratégias do Paravidda para reivindicar prevenção, tratamento e expansão da assistência para Aids, interligando essas lutas ao processo de implantação das seguintes bases do SUS em Belém: participação social e universalidade da saúde enquanto direito.

Capítulo 1. A saúde como um direito: a implementação do SUS no Estado do Pará na década de 1990

O objetivo desse capítulo é descrever, com base na literatura e em fontes documentais, a implantação do Sistema Único de Saúde no Pará a partir de 1990. Para essa finalidade, o primeiro subtópico é referente ao processo de construção do SUS em nível nacional, aqui considerado em duas dimensões: a primeira diz respeito a uma dinâmica que envolve múltiplos atores; a segunda considera as ideias mais estruturantes que definiram a agenda programática da reforma. Esses elementos contextuais são pertinentes para conectar a luta do Paravidda à construção do SUS na capital do Pará.

Posto isso, no segundo subtópico discorreremos sobre a implementação do SUS no Pará, importante para entender o contexto local dos agentes institucionais de saúde: a Sespa e a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Belém (Sesma). A reorganização institucional das secretarias tinha o objetivo de descentralizar a assistência à saúde por meio das NOBs dos anos 1990, característica que também favoreceu as ações do Paravidda para ampliação da assistência à saúde destinada às pessoas com HIV.

1.2. Múltiplos atores: a implementação do SUS no Brasil entre 1988 – 2002

Para entender a defesa pelo direito à saúde, faz-se necessário indicar elementos relacionados a esse setor em períodos anteriores a 1988. Até este ano, embora se registre uma ampliação do acesso da população aos serviços, a saúde não era considerada juridicamente um direito de toda população brasileira. Os serviços eram polarizados em duas frentes, a assistência individual com ênfase curativa, de responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, e a assistência coletiva com ênfase na prevenção, sob o comando do Ministério da Saúde. O primeiro estava direcionado aos trabalhadores formais, sendo operacionalizada pelo Estado brasileiro a noção de cidadania regulada:

[...] cujas raízes encontram-se não em um código de valores positivos, mas em um sistema de estratificação ocupacional [...] definido por norma legal. [...] são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. [...] Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos cuja ocupação a lei desconhece.” (SANTOS apud HOCHMAN; FONSECA, 1999: 90).

A assistência médica individual com ênfase curativa foi sendo constituída entre 1930 a 1945 mediante uma noção restritiva, que não associava os serviços de saúde enquanto direito de todos os cidadãos brasileiros. Essa exclusão de parte da sociedade, por não ser beneficiária

da previdência, é indicada por Fonseca (1999) como direito social privilegiado. José Roberto Reis (2020), a partir de um levantamento de trabalhos, aponta para uma compreensão difundida que considera esse direito social privilegiado uma dádiva do Estado, onde trabalhadores se constituíam como passivos em uma cultura de direito não solidária e seletiva. Partindo dessa constatação, Reis (2020) destaca elementos para repensar a compreensão acerca do modelo de assistência médica entre 1930 – 1964, concluindo que a cidadania regulada também possibilitou a formulação da consciência a direitos, no qual trabalhadores lutavam pela implementação e ampliação da cobertura da assistência dentro de um campo de possibilidades.

O segundo modelo de assistência tinha ênfase em ações de prevenção para toda população ausente da cobertura da previdência (FONSECA, 2007). Sobre isso, nos interessa pontuar que o caráter universal não partia da concepção de direito, porque o Estado quando distinguia os aptos ou não ao sistema previdenciário e concretizava na divisão de ministérios, não identificava seus serviços como direitos sociais. Essas intervenções universais também eram constituídas sem negociações com a população (FONSECA, 2007).

Como se pode concluir, os serviços de saúde no Brasil foram, estruturalmente, constituídos ao longo de 1930 – 1988 por algo que se convencionou chamar de “dualidade institucional”. A luta por uma cidadania mais ampla, que enquadrava a saúde como direito de todos, visou romper com as continuidades dessa dualidade de serviços que perduraram, legalmente, na segunda metade do século XX. Dentro disso, a sociedade reivindicou também por espaços de participação social, entendendo o Estado como responsável em prestar serviços de saúde de forma unificada.

A ditadura civil-militar, a partir de abril de 1964, engendrou mudanças na relação entre Estado e sociedade, que no processo de endurecimento político desarticulou a participação social e perseguiu movimentos de oposição ao governo (SCOREL, 2008; GERSCHMAN, 2004; LABRA, 2005). Durante esse contexto, movimentos sociais foram formados diante da negligência estatal em alguns setores, e a saúde também se constituiu como pauta destes nos anos 1970 e 1980. A literatura sobre a sociedade na luta no campo da saúde e pela reforma sanitária aponta a diversidade de ações, seus enfoques, problemas internos e suas contradições. Diante dessas múltiplas experiências, as pesquisas indicam um aspecto em comum: associam as reivindicações por saúde à democratização da sociedade, a partir de uma percepção da luta do *direito a ter direito*. Dessa forma, a sociedade civil

organizada fez parte da construção do SUS, tanto nas discussões anteriores a 1988, quanto no processo de implementação nos anos 1990 (CORDEIRO, 2004; ESCOREL, 2008; GERSCHMAN, 2004; JESUS, 2011; LABRA, 2005; PAIVA; FONSECA, 2015; SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019; MENICUCCI, 2007).

Os movimentos populares em saúde, formados na década de 1970, são caracterizados por Silvia Gerschman (2004) em três fases: a reivindicatória, quando cobravam do Estado medidas pontuais de assistência à saúde; a segunda fase na década de 1980, marcada pela criação de espaços que conjugavam demandas dos grupos de bairro em âmbito nacional e estadual, estruturando maior articulação ante o Estado; a terceira fase levou às discussões sobre a institucionalização e o envolvimento nos debates da Constituição de 1988 e do SUS. Grupos de mulheres também encaminharam pautas para os debates de saúde, como em 1984 no I Encontro Nacional de Saúde em Itapecerica da Serra, que gerou a carta de Itapecerica, levantando críticas às ações de saúde em geral e temas específicos. Entre divergências internas, destaca-se a participação ao Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM)¹⁷ criado em 1984 (SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019).

A partir da chegada da Aids no Brasil da década de 1980, a saúde também esteve na agenda de grupos de múltiplas finalidades: “[...] o ativismo político, que reivindicava os direitos dos pacientes, e o da solidariedade, que buscava redefinir os princípios pelos quais a sociedade abordava as pessoas infectadas pelo vírus.” (GRANJEIRO, LAURINDO DA SILVA, TEIXEIRA, 2009: 90). Os GAPAs foram constituídos por todo Brasil ao longo da década de 1980 e 1990, compostos por homens homossexuais, mulheres, profissionais de saúde, pessoas com o vírus e seus familiares (BARROS, 2018; CONTRERA, 2000; GRANJEIRO, LAURINDO DA SILVA, TEIXEIRA, 2009). A ABIA também foi outra entidade criada, ainda na década de 1980 no Rio de Janeiro, para lutar pelos direitos das

¹⁷ “(...) No que se refere às especificidades, o documento denuncia as condições precárias de atendimento às mulheres, sobretudo, as de estratos sociais baixos e sua visão reducionista da mulher como apenas reprodutora. Há o repúdio às ações ‘controlistas’ do Estado, com as esterilizações em massa, principalmente, das mulheres negras, ideias eugênicas, e as justificativas fundamentadas no neomalthusianismo[...]. Na segunda parte da Carta, encontramos as propostas que se iniciam com uma conceitualização de saúde. Para as mulheres, o conceito de saúde em voga focalizava o indivíduo e a doença, enfatizando apenas os aspectos biológicos. Assim, propõem um conceito de saúde que considere sua dinamicidade e a interação entre os aspectos individuais, sociais, sexuais e de classe, sendo o processo saúde/doença compreendido a partir da análise das condições de vida. Apontam que as restrições sociais que impõem às mulheres o lugar de reprodutora, excluindo-as das decisões sobre os próprios corpos, acarretam problemas específicos, justificando a necessidade de um programa de saúde integral da mulher, que considere todos os ciclos biológicos e o contexto sociocultural. Reivindicam a participação das mulheres em todo processo de elaboração, implantação e fiscalização dessas ações e, assim, realizam uma defesa veemente do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism)” (SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019: 281-282).

pessoas com HIV, destacando as atuações de Herbert Daniel, homossexual e militante desde a ditadura civil-militar, e Herbert de Souza (BARROS, 2018; DIAS, 2012; GREEN, 2018; VITIELLO, 2009).

O movimento sanitário também é visto com destaque na literatura. Esse grupo heterogêneo foi composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde, entidades comunitárias, profissionais sindicais, instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) (SCOREL, 2008; CORDEIRO, 2004; LABRA, 2005; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2008, 2009; PAIVA; FONSECA, 2015).

A efervescência de propostas culminou na VIII Conferência de Saúde em 1986, arena articuladora de diversos movimentos para constituir o que seria formalizado como SUS em 1988. Entre os grupos participantes da Conferência, estava o movimento popular em saúde, o movimento médico, movimento sanitário e movimento de mulheres, que diante de várias pautas, discutiram sobre a integração da prevenção com a assistência individual curativa e a participação da sociedade nos debates sobre política de saúde (SCOREL, 2008; CORDEIRO, 2004; GERCHMAN; VIANA, 2005; GERSCHMAN, 2004; JESUS, 2011; LABRA, 2005; MENICUCCI, 2007; NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012; PAIM, 2008, 2009; PAIVA; FONSECA, 2015; SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019).

Nos anos 1980, com a crise do sistema previdenciário, os acúmulos de experiências institucionais do movimento sanitário e o horizonte de redemocratização da sociedade brasileira, constituíram-se como fatores importantes para o fortalecimento das ideias do movimento na arena sobre os caminhos da saúde no Brasil (SCOREL, 2008).

Diante disso, alguns projetos dos anos 1980 articularam com as seguintes propostas do movimento sanitário: integração de ações preventivas e curativas, descentralização da gestão e articulações de diferentes esferas públicas. Entre esses projetos, destacam-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que não foi concretizado; o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), que teve as AIS como estratégia de unificação do sistema de saúde mediante a integração das esferas Federal, Estadual e Municipal; e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) (SCOREL, 2008; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2008). Essas experiências são importantes para indicar ações que já articulavam os princípios formalizados na constituição de 1988.

Além da VIII Conferência de Saúde, outras arenas nos anos 80 foram importantes para a presença do SUS na constituição de 1988: A Comissão Nacional de Reforma Sanitária, a Plenária Nacional de Entidade de Saúde, A Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente; e a Comissão temática de ordem social¹⁸. Nesses espaços, as propostas para a saúde foram pautadas por múltiplos setores sociais, como o movimento sanitário, movimento popular em saúde, representantes do governo e do setor privado, que travaram embates para os caminhos da saúde na nova Constituição (CORDEIRO, 2004; GERSCHMAN, 2004; JESUS, 2011; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2008). Esses conflitos foram desencadeados intra movimentos sociais e entre os adeptos das preposições do movimento sanitário e representantes do setor privado. Assim, o texto constitucional estabeleceu um conceito de saúde ampliado através da formalização da saúde como direito universal e a criação do SUS; mas também com a livre atuação da iniciativa privada (MENICUCCI, 2007).

O processo de regulamentação demarcou os primeiros passos do SUS mediante a Lei Orgânica de Saúde nos anos 1990, em meio à gestão de Fernando Collor de Melo. Nesse primeiro momento, destaca-se a forte atuação da Plenária das Entidades em Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS), grupo que começou a atuar a fim de concretizar as políticas de descentralização, a aprovação da lei n°8.080/90 e na revisão que gerou a lei 8.142/90 (ARRETCHE, 2005; CORDEIRO, 2001; GERSCHMAN, 2004; NORONHA; SOARES, 2001; MENICUCCI, 2007).

O SUS foi definido na lei orgânica de saúde n° 8.080 de 1990, como: “[...] o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]” (BRASIL, 1990:01). Dentro disso, incluem-se atividades e serviços direcionados à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças no âmbito ambulatorial, hospitalar e unidades de apoio diagnóstico. Ações de diferentes complexidades também entram como objetivo do SUS, desde a aplicação de uma consulta médica até cirurgias e transplantes (BRASIL, 1990).

Essas ações e serviços de saúde partiam dos princípios basilares do SUS: universalidade, igualdade, integralidade, descentralização e participação da sociedade. Estes são pontos importantes para pensarmos o Paravidda como mais um ator na construção do SUS em Belém, pois as próprias diretrizes do sistema de saúde indicavam que sua implementação

¹⁸ Mais detalhes dos debates nesses espaços, conferir GERSHMAN, 2004.

passava pela atuação da comunidade, sendo por instâncias institucionais ou não. É por esse motivo que chamamos a atenção do nosso leitor para a trajetória de discussões e formalização desses princípios.

A universalidade de acesso em todos os níveis de assistência é o aspecto que assegura o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros, pretendendo substituir o modelo de saúde condicionado à contribuição da previdência, que excluía parte da população com atividades laborais não reconhecidas pelo Estado brasileiro (BRASIL, 1990). Esse princípio estabeleceu legalmente a ampliação da cidadania, sendo a saúde um direito de todos, independente da renda, cor, gênero e religião (ESCOREL, 2008; CORDEIRO, 2001; JESUS, 2011; NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012; PAIM, 2009).

Os serviços de assistência seriam pensados a partir da integralidade, entendida como a articulação de ações preventivas e curativas para romper com a desarticulação dos sistemas de saúde anteriores (HARTZ, 2004). A organização desses serviços seria de forma descentralizada, reforçando a importância dos municípios e estados na política de saúde e promovendo cooperação entre as três esferas federativas para atender a diversidade regional do Brasil (BRASIL, 1990).

Especificamente, as principais responsabilidades do Ministério da Saúde estavam vinculadas à coordenação geral do sistema e a normalização com a participação dos estados e municípios; os gestores estaduais teriam responsabilidades de planejar o processo de regionalização a partir das demandas específicas de cada estado, em colaboração com os municípios. Estes fariam a gestão do sistema de saúde em seu território, gerenciando e executando os serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990).

A partir da década de 1990, os representantes da esfera municipal, estadual e federal iniciaram discussões para operacionalizar os princípios do SUS. O modelo institucional debatido nos anos 1990 tinha o objetivo de reafirmar as negociações entre as três esferas e fortalecer a participação social nas políticas de saúde, indicando a possibilidade de vários atores constituírem os espaços decisórios desse sistema de saúde (ARRETCHE, 2005; CORDEIRO, 2001; GERSCHMAN, 2004; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; MENICUCCI, 2007; NORONHA; SOARES, 2001; SCATENA; TANAKA, 2001). Esse modelo pressupõe a articulação dos seguintes setores:

- 1) gestores do sistema em cada esfera de governo; 2) instâncias de negociação e pactuação federativa envolvendo a participação das diferentes esferas de governo,

tais como a Comissão Intergestores Tripartite, as Comissões Intergestores Bipartites e os Colegiados de Gestão Regional (ou Comissões Intergestores Regionais); 3) conselhos de representação de secretários de Saúde; 4) conselhos de Saúde, além da realização periódica de conferências de Saúde (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012: 371).

Os gestores do SUS nas três esferas de governo atuavam no âmbito político, onde havia a necessidade de negociações com o legislativo, judiciário, com os demais órgãos de representação e atuação do executivo e da sociedade civil organizada. As instâncias de negociações que os gestores compunham eram os Conselhos de Saúde, Conselhos de representação dos Secretários de Saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e Conselho de Secretarias Municipais de saúde dos Estados – COSEMS). Além dessa atuação política nos espaços de negociações, os gestores possuíam um papel técnico que se expressa no planejamento, regulação, prestação direta de ações e serviços de saúde (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012).

Como já mencionado, o SUS foi sendo construído na relação de diversos atores institucionais e setores que não atuavam diretamente nos espaços de negociação dos anos 1990. A descrição desses aspectos nos ajuda a considerar as ONGs no processo de implementação do renovado sistema de saúde, mesmo não estando vinculadas formalmente. Além disso, o detalhamento das instâncias de negociação também nos direciona para entender o SUS como resultante da relação de múltiplos setores.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com seu funcionamento a partir de 1991, articula os representantes do Ministério da Saúde, dos Secretários Estaduais de saúde indicados pelo CONASS e representantes dos Secretários Municipais de saúde indicados pelo CONASEMS. Essa comissão foi importante para os debates sobre descentralização de responsabilidades e recursos, sendo um espaço de negociação entre os três poderes no qual emergiam as demandas, embates e problemas que resultavam em acordos intergovernamentais (BRASIL, 2011). Essas relações são demarcadas por assimetrias entre os gestores no direcionamento de certas pautas das políticas de saúde (ARRETCHE, 2005).

As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foram constituídas no processo de discussões da Norma Operacional Básica de 1993, a partir das reivindicações por mais espaço às esferas estaduais e municipais no debate sobre a descentralização. Elas têm ênfase na configuração do SUS nos estados, como por exemplo, agendas políticas, regionalização, hierarquização da assistência, assim como planos de prevenção; é formada paritariamente por

representantes do governo estadual indicados pelo secretário de saúde do estado e representantes dos secretários municipais de saúde escolhidos pelo COSEMS (BRASIL, 2011).

Esses espaços institucionais foram arenas de tensões sobre os pactos federativos de descentralização¹⁹, gerando as Normas Operacionais²⁰ nos anos 1990. De diferentes formas, as NOB-91, NOB-92, NOB-93, NOB-96 foram compostas pelos seguintes pontos:

1) diferentes atribuições dos governos federal, estadual e municipal sobre o planejamento e programação da atenção à saúde, o financiamento e a regulação de ações e serviços prestados no âmbito do SUS; 2) mecanismos de relacionamento, estratégias e instrumentos de negociação e pactuação federativa no SUS; 3) responsabilidades e respectivas prerrogativas financeiras (modalidades de transferência de recursos federais e de remuneração de serviços) associadas às diferentes condições de gestão para os estados e municípios (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012: 384-385).

A literatura especializada aponta a ampliação dos setores estaduais e municipais nos debates para formulação das NOBs durante os anos 1990, destaca também as discussões sobre transferência de recursos do Governo Federal como aspecto basilar à descentralização em direção aos municípios (ARRETICHE, 2005; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SCATENA; TANAKA, 2001). Nesse processo, o Ministério da Saúde foi sinalizado como o agente mais forte, mesmo com a prerrogativa de descentralizar funções, responsabilidades e integrar as ações do SUS (ARRETICHE, 2005; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Marta Arretche (2005) relaciona essa característica ao processo de formação do Estado brasileiro, que concentrou capacidades estatais no Governo Federal, e também pela distribuição de responsabilidades no SUS, que atribuiu funções de financiamento e coordenação ao Ministério da Saúde.

Diante disso, as NOBs – 91 e 92 foram marcadas por ausência de diálogo intergovernamental, pela falta de autoridade dos municípios sobre os recursos transferidos e o esvaziamento do papel dos estados (ARRETICHE, 2005; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO,

¹⁹ Vale destacar que um processo centralizado significa concentrar “recursos e/ou competências e/ou poder decisório nas mãos de entidades específicas no “centro” (governo central, agência central etc.). Descentralizar é deslocar esses recursos do “centro” e colocá-los em outras entidades específicas (os entes descentralizados)” (ARRETICHE, 1996: 5).

²⁰ Do ponto de vista formal, as NOBs são portarias do ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Tais instrumentos definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da Saúde (8.080 e 8.142 de 1990).⁴ Outro ponto a ser ressaltado diz respeito ao caráter transitório desse tipo de instrumento, que pode ser reeditado ou substituído por outro à medida que o processo de descentralização avança, permitindo a atualização das regras em diferentes estágios de implementação do SUS. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO 2001: 273).

2001 SCATENA; TANAKA, 2001). Essa falta de autonomia dos municípios aos recursos se articulava com características do governo Collor, que não tinha grandes inclinações para implantar a proposta de descentralização do SUS e visou ampliar a força política no Governo Federal (ARRETCHE, 2005; CORDEIRO, 2001; FALEIROS, ET AL, 2006; GERSCHMAN, 2004; MENICUCCI, 2007).

Em relação a isso, o movimento sanitário acusou Collor por implantar uma descentralização tutelada ao Governo federal e por não favorecer o diálogo com os setores sociais. Essa desarticulação com a sociedade levou a não convocação da IX Conferência Nacional de Saúde no período em que ela deveria ocorrer, realizada somente após as pressões do movimento sanitário e políticos locais para a demissão do ministro Alcení Guerra (ARRETCHE, 2005; CORDEIRO, 2001; FALEIROS, ET AL, 2006; GERSCHMAN, 2004; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; MENICUCCI, 2007; SCATENA; TANAKA, 2001). A IX Conferência Nacional de Saúde, ao conjugar representantes de aproximadamente 50% dos municípios brasileiros, 3.000 delegados e 1.500 observadores, reafirmou a importância da implementação do SUS mediante o processo participativo e descentralizado, elementos destacados no seguinte trecho:

[...] enfatiza a democratização, o fortalecimento dos conselhos “constituídos paritariamente”, com poder deliberativo das conferências, das plenárias, dos conselhos de gestores, do Ministério Público, com acesso da população à informação, garantia da transparência e de meios para que os conselhos cumpram as determinações da conferência (FALEIROS, ET AL, 2006: 120).

Com os conflitos em defesa da participação social nos processos decisórios do SUS, assim como pela presença de políticos locais nas formulações das regras de descentralização de recursos; o governo de Itamar Franco (1992 – 1995) focou em estabelecer regras para institucionalizar a participação da sociedade e dos políticos locais (ARRETCHE, 2005). A criação de uma comissão especial chamada de Grupo Especial de Descentralização (GED) para formulação da NOB-93, expressa uma relativa mudança na relação entre o Governo Federal, setores locais e movimento sanitário. Essa NOB, além de definir critérios para descentralização e formas de repasse de verbas de acordo com o tipo de gestão assumida – incipiente, parcial e semiplena – definiu a CIT como espaço de direcionamento de políticas nacionais de saúde com a participação das três esferas de poder, e a CIB a nível estadual para gerir a operacionalização do SUS. Os conselhos foram consolidados como os agentes de fiscalização das decisões tomadas na CIT e CIB; assim como a criação de conselhos municipais que também passou a ser requisito para alocação de verbas aos municípios

(ARRETCHE, 2005; CORDEIRO, 2001; FALEIROS, ET AL, 2006; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SCATENA; TANAKA, 2001).

Nesse contexto, a NOB de 1993 foi construída a partir de uma comissão composta pelo movimento sanitário, representantes estaduais e municipais, que garantiu a participação destes nas discussões sobre descentralização mediante as CIBs e a presença do CONASS e CONSEMS na CIT, que a nível Federal as decisões seriam aprovadas (ARRETCHE, 2005; FALEIROS, ET AL, 2006; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SCATENA; TANAKA, 2001). Ainda assim, a literatura sinaliza as assimetrias no pacto estabelecido por meio da NOB-93, pois o Ministério da Saúde fornecia autonomia aos estados e municípios decidirem o nível de gestão e condicionavam as transferências a partir dessa escolha, burlando o poder de veto dos governos locais, já que havia um preço a se pagar pela não adesão às condições: a não transferência de recursos (ARRETCHE, 2005; CORDEIRO, 2001; FALEIROS, ET AL, 2006; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SCATENA; TANAKA, 2001). No entanto, a NOB-93 proporcionou maior autonomia sobre estes em relação às Normas anteriores (FALEIROS ET AL, 2006; SCATENA; TANAKA, 2001; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A NOB de 1996 colocou em prática a participação das autoridades locais no debate, mas o CONASS e CONSEMS tiveram pouca força nas decisões na CIT, pois o próprio funcionamento desses conselhos dependia dos recursos do Ministério da Saúde. Apesar da ampliação dos espaços de discussões no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2003) e dos agentes envolvidos na formulação da NOB-96, o Ministério da Saúde alterou algumas regras unilateralmente (ARRETCHE, 2005; CORDEIRO, 2001; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Entre 1997 e 1998, quando a NOB foi implementada, o ministro da saúde Carlos Albuquerque alterou o conteúdo fazendo uso de Normas Administrativas; também acionadas pelo ministro José Serra (1998 – 2002), reforçando os desníveis de força política entre as três esferas (ARRETCHE, 2005).

Uma das alterações do Ministério da Saúde nas regras de descentralização foi condicionar as transferências ao cumprimento de determinados programas nacionais de saúde, como a atenção básica à saúde, farmácia básica, programas nutricionais e programas sanitários; além da ampliação do controle e auditoria do Ministério da Saúde aos estados e municípios (ARRETCHE, 2005; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SCATENA;

TANAKA, 2001). Segundo Arretche (2005), essa característica limitava os governos locais para decidirem sobre seus próprios programas de saúde.

Diante das assimetrias apontadas acima, o estabelecimento das NOBs (1991 – 1998) também é visto como outro estágio da implementação do SUS que possibilitou a conjugação de várias instâncias (Federais, Estaduais e Municipais). A CIT e a CIB são assinaladas como responsáveis pelo exercício de pactuação das diretrizes de saúde nas NOBs, resultando em avanços na descentralização da saúde rumo à municipalização da gestão (ARRETCHE, 2005; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SCATENA; TANAKA, 2001). Autores destacam o processo de municipalização em descompasso com a regionalização, chamando atenção dos seguintes aspectos:

Em que pesem os resultados positivos do processo de municipalização – entre outros, a ampliação do acesso à saúde, a incorporação de práticas inovadoras no campo da gestão e da assistência à saúde e de novos atores que dão sustentabilidade política e financeira ao setor –, permanecem, ainda hoje, problemas relativos à intensa fragmentação e à desorganização de serviços, instituições e práticas no território (LIMA, MACHADO, ALBUQUERQUE, IOZZI, 2008: 1296).

Vale lembrar que a Lei Orgânica de Saúde também estabeleceu a necessidade de uma rede de atenção à saúde no SUS de forma hierarquizada e regionalizada. Isso quer dizer “[...] planejar a distribuição das ações e serviços por níveis de atenção (hierarquização), segundo necessidades diferenciadas de saúde e dinâmicas territoriais específicas (regionalização)” (BRASIL, 1980). O nível básico estaria composto por serviços mais frequentes e necessários como vacinas, consultas em clínica médica e pediatria [...]. O nível especializado seria referente aos procedimentos necessários e menos frequentes: cirurgias cardíacas, ressonâncias magnéticas, transplante de medula óssea, denominados de média e alta complexidade²¹ (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012; PAIM, 2009; SOLLA; CHIORO, 2008).

Sem nos ater as especificidades da regionalização, a literatura sobre essa temática destaca o processo de implementação desse princípio a partir de 2000 por meio das Norma Operacional de Assistência à Saúde²² (NOAS 2001 – 2002), visto que as políticas de

²¹ Sobre a diferenciação entre média e alta complexidade: “A circunscrição das áreas de responsabilidade de uma e de outra se dá, atualmente, de forma muito heterogênea, determinada por diferentes lógicas. A mais explícita é a do financiamento, pois estabelece diferentes critérios de valoração e de alocação de recursos pelo SUS entre as áreas básicas e as ditas especializadas. Essa mesma lógica corrobora, ainda, as subdivisões em média e alta complexidades (na verdade, médio e alto custos), pois se fundamenta na diferença de remuneração de procedimentos afetos a cada um daqueles níveis, com base nas tabelas originalmente utilizadas para normatizar as transferências de recursos aos entes públicos e privados integrantes do SUS” (SOLLA; CHIORO, 2008: 840).

²² “Em 2001, após exaustivos debates entre os níveis de gestão e as instâncias de controle social foi emitida nova norma operacional, cujo título, em relação às anteriores, enfatizou o foco assistencial do sistema: Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/01 (grifo nosso), estabelecida pela Portaria GM/MS nº

descentralização ao longo da década de 1990 foram rumo aos municípios. Essas normas visaram realocar os estados na configuração de uma assistência integrada entre os municípios, tentando minimizar as desigualdades inter e intra estados (LIMA, MACHADO, ALBUQUERQUE, IOZZI, 2008; LIMA, ET AL, 2012; TREVISAN E JUNQUEIRA, 2007; VIANA, ET AL, 2018).

Quando apontamos os setores locais envolvidos no processo de implementação do SUS acima, fica nítido que não bastava os princípios do SUS na constituição de 1988 ou na Lei Orgânica; mas era necessário garantir a aplicação de um Sistema que fosse construído a partir de negociações entre as três esferas, cedendo espaço para as demandas locais através da CIB, CIT e em arenas constituídas durante os anos 1990. Sobre isso, vale destacar aspectos da participação da sociedade nessa trama de implementação que envolve disputas, e nos auxilia a considerar que ONGs-Aids também podem ser pensadas como mais um agente social na construção de saúde, ou melhor, que faz potencialmente os princípios do SUS serem implementados.

1.2.1 Espaços de Participação social no SUS

Na amplitude de significado, “[...] um ato ou efeito de participar, fazer saber, comunicar, associar-se pelo pensamento ou pelo sentimento, ter ponto em comum, ter ou tomar parte” (SCOREL, MOREIRA, 2012: 1321) carrega algumas contradições em relação às pretensões individuais e coletivas ou a quem está tendo uma participação mais ativa ou passiva:

Localizada histórica e socialmente, participação constitui-se em uma relação que envolve uma tomada de decisão, por tênue que seja, na qual o indivíduo propõe-se a interagir com o outro, num convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito-cultural, econômico ou político (SCOREL, MOREIRA, 2012: 1322).

Essa participação pode se situar em micro espaços até chegar a um patamar macro, quando se pretende intervir em leis e políticas sociais; tendo como ponto de partida um sujeito que busca intervir na sociedade. Além disso, os objetivos podem ser individuais, solidários e/ou coletivos e condicionados por uma série de fatores relacionados à idade (geração), gênero, condição social, valores [...]. As instâncias participativas têm o objetivo de atuação

95/2001. Seus aspectos inovadores, enquanto norma operacional, foram a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização – PDR, com diretrizes para a organização regionalizada da assistência; a instrumentalização de gestores estaduais e municipais para o planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de compromisso entre gestores; e a atualização dos critérios e dos processos de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS” (FALEIROS, ET AL, 2006: 173).

conjunta, reunindo sujeitos para “[...] definir estratégias para que objetivos contraditórios possam ser debatidos; submetê-los a um processo de escolha; e, definido o rumo a seguir [...]” (SCOREL, MOREIRA, 2012: 1326).

A participação social através de certas instâncias teve como marco legal a constituição de 1988 por meio de eleições diretas para os cargos executivos e legislativos a nível federal, estadual e municipal; Plebiscito; Referendo; Iniciativa popular; Orçamentos participativos e os Conselhos gestores. Na saúde, antes da legalização do SUS, já tinham experiências institucionalizadas de participação, como as AIS, que sinalizaram a participação popular em 1983, e o SUDS, com projeto participativo não regulamentado (SCOREL, MOREIRA, 2012).

O SUS garantiu a participação da sociedade mediante os Conselhos de Saúde e Conferências²³, sendo canais de debates entre gestores, profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1990). Esses espaços se articulavam com anseios para construir um sistema em articulação com as demandas populares, aspecto importante para efetivar a cidadania e reafirma o projeto democratizante pós-ditadura civil-militar (GERSCHMAN, 2004; LABRA, 2005; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2009). O SUS, portanto, era formalizado com o objetivo de ser para todos e de todos, sendo importante a participação da população para implementação do sistema:

A existência dessas instâncias é coerente com pelo menos três ideias principais: 1) a necessidade de concretização do controle social, que expressão objetivo de controle da sociedade sobre o poder público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa); 2) o esforço de construção de uma gestão participativa, que pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores 'deva ser compartilhado com a sociedade; 3) a necessidade de propiciar um círculo virtuoso' entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo) (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012: 380).

Labra (2005) analisa os Conselhos de Saúde a nível macro, ou seja, enquanto canais de possibilidades para a participação da sociedade civil junto a agentes estatais. Entre 1986 a 2003, a autora menciona que os anseios pela democratização dos espaços de discussões e construção de políticas públicas de saúde se expressam nos Conselhos, nas Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde; as Conferências de temas específicos, como

²³ As conferências deviam ocorrer a cada quatro anos para discutir e definir linhas gerais das políticas de saúde, contando com a participação da sociedade paritária aos demais segmentos. Os conselhos de saúde são espaços permanentes e deliberativos, composto nas três esferas de governo por profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários com o objetivo de formular estratégias de direcionamentos para a política de saúde e o controle da execução dessas políticas (BRASIL, 1990).

Saúde da Mulher, Saúde do trabalhador, DST/ Aids; as quais se somam com congressos, fóruns, encontros, seminários, oficinas.

O estabelecimento formal de experiências democráticas, sendo os Conselhos um dos exemplos, contrasta com os seguintes aspectos de seu funcionamento (a prática): falta de divulgação do conselho à sociedade, baixa participação da comunidade, práticas impositivas do gestor de saúde. Diante disso, Labra (2005) argumenta que esse contraste se relacionava com um descompasso entre dois aspectos: de um lado a adesão formal de espaços democráticos, do outro a capilarização desses valores no seio da sociedade, sendo este segundo um processo mais lento. Ademais, há uma crítica generalizada aos secretários de saúde (gestores ou seus representantes), que não discutem o orçamento; não acatam as definições do colegiado, manipulam as pautas, formam alianças com outros segmentos por meio de artifícios clientelistas.

O objetivo da apresentação dessa dinâmica interna foi para demonstrar as tensões ao longo da implementação dessa instância deliberativa. Tensões que, como demonstrado nesse subtópico, fizeram parte das articulações entre estados, municípios e Governo Federal por representação na CIT, na constituição da CIB, nas discussões sobre a Lei Orgânica de Saúde, sobre as NOBs nos anos 1990 e as NOAS 2001 e 2002. As articulações institucionais e da sociedade civil em fóruns, congressos, conferências específicas, conferências de saúde e conselhos de saúde, indicam a implementação do SUS como processo que envolveu a agência de vários setores sociais em espaços conquistados nos anos 1990.

Além disso, o subtópico apresentou ao longo dos anos 1980 e 1990, a constituição das principais bases do SUS – universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade – mediante uma trajetória de agência de múltiplos setores nas discussões. Esse aspecto nos faz considerar que a sociedade organizada também implicou no processo de implantação do SUS, característica pertinente para considerar o Paravidda como agente coletivo nesse processo em Belém. Além disso, a saúde como direito de todos os cidadãos favoreceu as ações da ONG pela garantia de assistência universal às pessoas com HIV e sua participação nos debates locais sobre Aids em Belém entre 1992 – 2003.

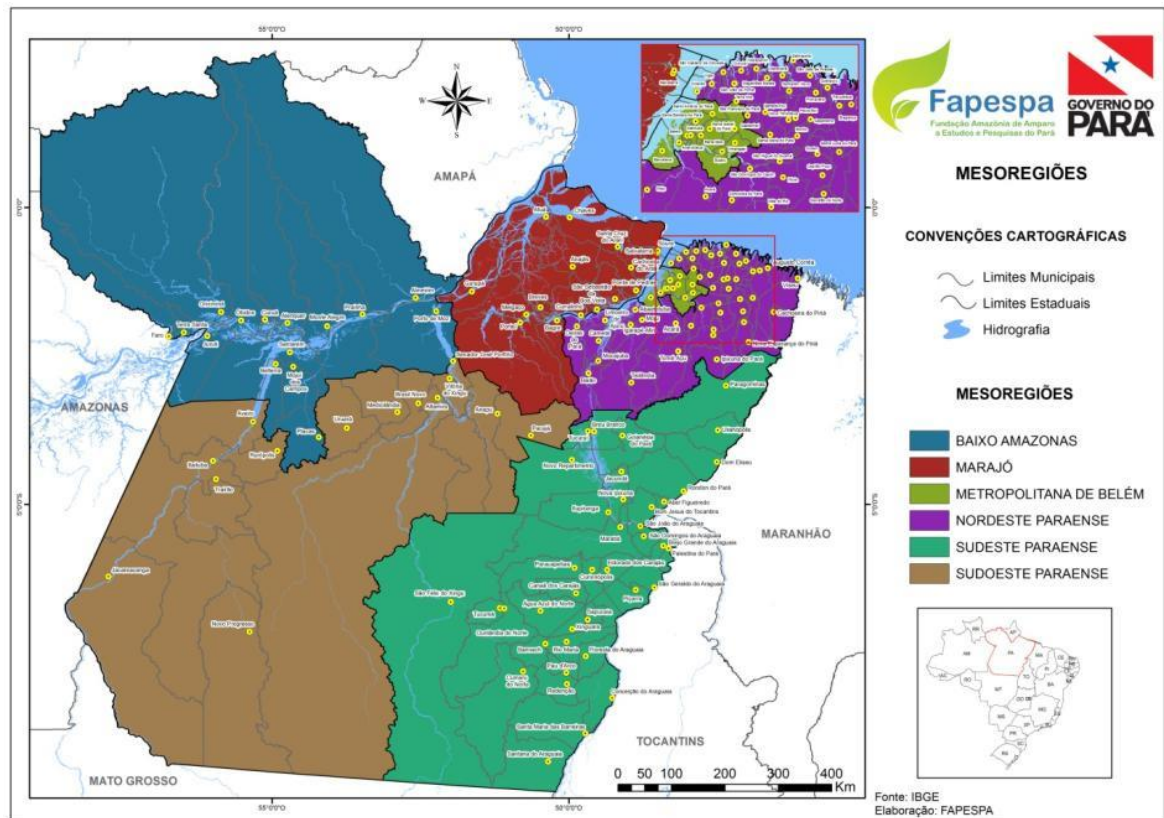
A implementação desses princípios no SUS em Belém compõe outros elementos locais ao contexto de luta do Paravidda: as organizações administrativas da Sespa e Sesma no processo de descentralização na capital do Pará.

1.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) em Belém do Pará nos anos 1990

Entender a forma como o SUS reorganizou a gestão local de saúde em Belém, também favorece o campo de ação do Paravidda para tensionar os gestores em busca de assistência à Aids. Nesse sentido, o objetivo desse subtópico é descrever a implementação do SUS em Belém através da reorganização institucional da Sesp e Sesma. Iniciaremos com a descrição de aspectos geográficos do Pará e depois abordaremos o contexto da assistência à saúde na capital, pois as características geográficas do estado também passam pelas reivindicações do Paravidda em relação à assistência em saúde.

1.3.1 Caracterização do Pará: aspectos geográficos na década de 1990

O Pará está situado ao norte do Brasil como o segundo maior estado, tendo uma área de 1.253.164,5 km² e representando 14,66% de todo o território brasileiro. Na década de 1990 e início dos anos 2000, foram realizadas divisões geográficas que nos permitem caracterizar o estado e indicar aspectos locais que se relacionam com as dificuldades de acesso à saúde. Descreveremos as condições de transporte e as distâncias em relação à capital Belém, pois são elementos que dificultam o acesso à assistência hospitalar concentrada na capital. O subtópico está baseado no Plano Plurianual para os anos de 1992 – 1995 do governador Jader Barbalho do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e na divisão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) da década de 1990 (Ver figura 1).

Figura 1 – Mapa das Mesorregiões do Pará²⁴

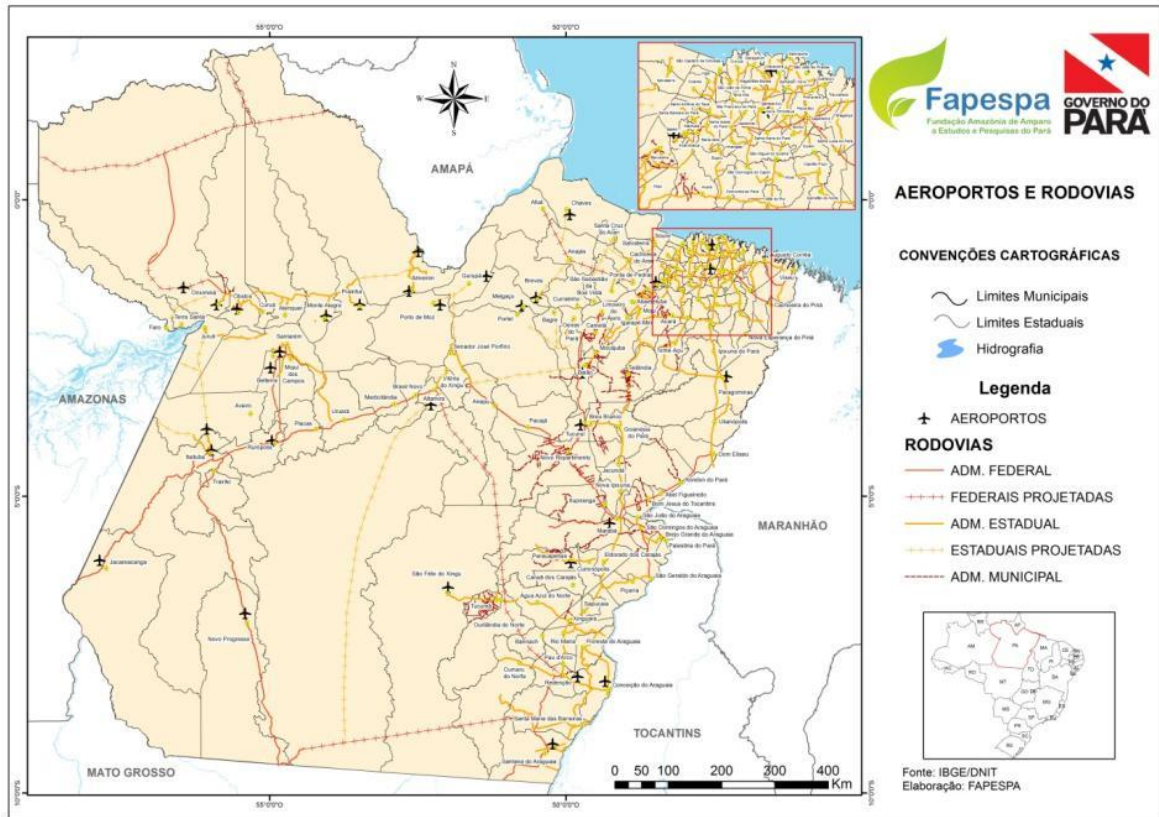
(Fonte: PARÁ, 2015).

O governo estadual dividiu o Pará em Unidades Estratégica de Planejamento (UEP) no início dos anos 1990 “[...] por apresentar determinadas macro características sócio-econômicas-ambientais [...] que exigia intervenções governamentais específicas (PARÁ, 1991-B:27). Na UEP-1, constituída por Belém, Ananindeua, Barcarena, Abaetetuba e Igarape-Miri; verificou-se importantes eixos rodoviários, como a BR-316, PA-481, PA-483, PA-150 e PA-151. Essa malha rodoviária é descrita com problemas em relação ao grande volume de tráfego e falta de conservação sistemática, potencializados durante o período de chuvas intensas. Sobre o transporte hidroviário, as principais rotas apresentadas eram constituídas pelo Rio Pará, Tocantins e os portos de Belém e Vila do Conde. Nessa modalidade, os seguintes entraves foram apresentados: “[...] a irregularidade das balsas que atuam no trecho Belém-Arapari, os problemas funcionais do porto de Belém e a precariedade de alguns atracadouros do interior (PARÁ, 1991-B: 30). Esses municípios integravam a mesorregião metropolitana, que concentrava a rede rodoviária mais qualificada segundo o documento do IBGE, sendo a BR-316 e PA-140 as principais conexões com outras cidades. Para o IBGE, “Na cidade de Belém, concentram-se as atividades administrativas, industriais e serviços da região”

²⁴ Os mapas contemplam períodos diferentes das discussões dessa dissertação, mas permitem a visualização das regiões e a permanência de características indicadas pelas fontes dos anos 90.

(BRASIL, 1991: 83). A figura 1 situa a mesorregião metropolitana e a figura 2 demonstra a malha rodoviária.

Figura 2 – Mapa dos Aeroportos e Rodovias do Estado do Pará



(Fonte: PARÁ, 2015).

Junto à metropolitana, a mesorregião do nordeste paraense foi descrita com a segunda densidade rodoviária do estado e a mais próxima da capital Belém. Os municípios dessa mesorregião tinham múltiplas possibilidades de circulação, como a área metropolitana de Belém e o estado do Maranhão (Ver figura 1 e 2). Enquanto o IBGE destacava essa mesorregião como a mais conectada, o Plano Plurianual apontava problemas dessa malha rodoviária, como falta de manutenção de alguns trechos na UEP-2/Castanhal (BRASIL, 1991; PARÁ, 1991-B).

A mesorregião de Marajó era composta por parte dos municípios que o Plano Plurianual localizava na UEP-8/ Cametá²⁵. Formada por uma área predominantemente insular, com destaque à ilha do Marajó, essa região foi descrita com campos limpos e inundáveis a leste, floresta úmida amazônica a oeste e por diversos canais fluviais, como os igarapés

²⁵Cameta, Limoeiro do Ajuru, Mocajuba, Oeiras do Pará, Afuá, Anajás, Cachoeira do Arari, Chaves, Currealinho, Bagre, Breves, Gurupá, Melgaço, Muaná, Portei, Salvaterra, Santa Cruz do Arari, São Sebastião da Boa Vista, Ponta de Pedras, Soure e Baião (PARÁ, 1992: 227).

(BRASIL, 1991). Dessa forma, a constituição de rodovias esbarrava nas seguintes dificuldades: “[...] um alto investimento de capitais, em face das características físicas do local, com muitos obstáculos fluviais a serem transpostos, além da floresta amazônica [...]” (BRASIL, 1991: 79). Assim, a conexão era realizada, quase exclusivamente, por viagens fluviais. A figura 1 e 2 ilustram a mesorregião do Marajó e as poucas conexões rodoviárias.

Os municípios integrantes da UEP-7/ Santarém²⁶ no Plano Plurianual, correspondiam à mesorregião do baixo amazonas na divisão do IBGE, que a descreveu com a menor rede de estradas de todo o estado (Ver Figura 1 e 2). Diante das dificuldades estruturais da BR-316 e PA-254, principais eixos de conexão da região, a área era composta por municípios dependentes do transporte fluvial para se conectar, como a cidade de Faro. A documentação apontava a necessidade de garantir manutenções contínuas nas rodovias para integração nessa região:

Urge, porém, que sejam asseguradas, a essas rodovias, condições de tráfego durante todo o ano, sem as quais essa articulação não poderá ser feita com regularidade, restando ao transporte fluvial, com seus problemas já conhecidos, a tarefa de interligar a mesorregião com a Amazônia e com a capital do Estado (BRASIL, 1991: 75-76).

A mesorregião do sudeste do Pará foi indicada no relatório do IBGE dos anos 1990 (Ver Figura 1 e 2), como área composta por conexão interna via PA-150, com exceção do município de Paragominas. Além disso, havia conexões com Mato Grosso via BR-158 e a transamazônica (BR-230), que interligava a mesorregião ao Nordeste, à Tocantins e ao restante da Amazônia. Em relação ao acesso à capital Belém, havia apenas uma conexão através da BR-222 e Belém-Brasília (BRASIL, 1991).

A UEP-4/ Marabá²⁷ e UEP-5/Conceição do Araguaia, unidades de planejamento que correspondiam à mesorregião do sudeste paraense, foram descritas por meio do seguinte trecho: “Conseqüentemente, as condições de trafegabilidade são precárias, principalmente, na Transamazônica, repercutindo no aumento do tempo de deslocamento de cargas entre os municípios e na elevação do custo de transporte” (PARÁ, 1991-B: 135). Além disso, o levantamento do governo tinha verificado um isolamento constante de áreas em períodos de chuvas no estado (PARÁ, 1991-B).

²⁶ Santarém, Almeirim, Prainha, Monte Alegre, Alenquer, Óbidos, Oriximiná, Jurutí. Faro, Aveiro, Rurópolis e Itailuba (PARÁ, 1992: 199).

²⁷ Marabá, Tucuruí, Jacundá, Itupiranga, São João do Araguaia, Brejo Grande do Araguaia, São Geraldo do Araguaia, Pacajá, Curionópolis, Parauapebas, Bom Jesus do Tocantins e Rondon do Pará (Para, 1992, p.134).

Em relação à mesorregião do sudoeste do estado (Ver Figura 1 e 2), as principais rodovias responsáveis por conectá-la à capital Belém eram a BR-163, BR-230 e a PA-370. A estrutura da BR-230 (a Transamazônica) e BR-163 são descritas como eixos que demandavam asfaltamento e manutenções, entraves para a circulação interestadual. Identificam-se esses problemas no seguinte trecho:

Itaituba, devido à sua localização mais no interior, se ressentia de problemas causados pelas distâncias maiores e pelas condições de tráfego das estradas. O asfaltamento da Br-163 ou pelo menos a garantia do fluxo de veículos durante o ano todo, proporcionará a Itaituba, tanto a ligação direta com o Centro-Oeste do país, como também com o Estado do Amazonas, graças à proximidade do eixo rodoviário (BR-230) que demanda para o Oeste mas que depende de rigorosa manutenção em face do clima úmido da região (BRASIL, 1991:90).

A navegação fluvial nessa mesorregião, por intermédio do rio Xingú e Tapajós, foi descrita como importante para as conexões.

O espaço de análise desse trabalho é Belém, mas por esta centralizar alguns serviços de tratamento hospitalar em todo o estado no período analisado, essa descrição é pertinente para entender as dificuldades de acesso à saúde no Pará.

As condições locais no deslocamento territorial também são levantadas por pesquisas sobre saúde nos estados da região amazônica. Luiza Garnelo (2019), mediante a relação saúde e espaço amazônico, descreveu os estados dessa região com cenários socioambientais heterogêneos e multifacetados, compostos por centros urbanos populosos – as capitais – pequenas cidades com certo grau de isolamento, além de populações tradicionais. A autora sinaliza que as gestões locais da região tendem a não levar em consideração a hidrografia regional, constituindo estruturas de transporte rodoviário como a única via de vencer os grandes distanciamentos geográficos, articulados aos projetos de barragens, agronegócio e mineração.

A marca territorial dos estados da Amazônia Legal²⁸ em relação ao acesso à saúde, mediante perspectiva geográfica e dados do DataSUS, também foi exposta no trabalho de Paulo de Tarso de Ribeiro Oliveira (2008). O autor identificou que os estados da Amazônia Legal tinham elementos em comum com a implementação do SUS em outras regiões nos anos

²⁸ “[...] é uma construção geopolítica estabelecida em 1966 na Constituição Federal para fins de planejamento regional. Foi definida no art. 2º da Lei nº 5.173, de 27 de outubro de 1966. Além dos estados que constituem a região Norte, a faixa do estado de Mato Grosso, ao norte do paralelo 16º S, o atual estado do Tocantins (anteriormente era a faixa ao Norte do paralelo 13º S do estado de Goiás) e a região oeste do meridiano 44º O do Maranhão. Atualmente, com o novo estado do Tocantins, e considerando-se o estado de Mato Grosso, são 5,1 milhões de km² e representa 59,78% do território nacional.” (OLIVEIRA, 2008: 62).

1990, como a tendência de desconcentração dos serviços para os municípios, a concentração da assistência de média e alta complexidade nas grandes cidades. No entanto, essa área apresentava diferenças em relação ao acesso da população aos serviços em função das distâncias entre alguns municípios e capitais e dos acidentes geográficos próprios da Amazônia, indicados pelo autor no seguinte trecho: “[...] nas cidades de 50.001 a 100 mil habitantes possuem uma área média de 12.568,3 km² e algumas delas estão a mais de 800 km das capitais” (OLIVEIRA, 2008: 134).

Silvia Ferreira Nunes (2018), em sua pesquisa sobre regionalização e municipalização do estado do Pará no Pacto da Saúde em 2006, indicou as distâncias de outras áreas em relação a Belém a partir da divisão regional do Pará para planejamento em assistência do SUS em 2002. Nunes (2018) apresentou dados sobre as conexões nessa região, como o transporte viário, rodoviário, hidroviário e as distâncias em Km para o acesso à capital Belém. As Tabelas²⁹ I, II e III apresentam a maior parte dos municípios que o IBGE havia alocado na Mesorregião Nordeste do estado e à Metropolitana na década de 1990, destacando para uma área mais conectada por rodovias, com exceção do Município de Barcarena que só havia acesso via fluvial com a capital. Segundo os dados do início dos anos 2000 indicados na tabela de Nunes (2018), as variações das distâncias eram de 40 km a 318 km dos municípios para a capital. A tabela de número IV e V indicam municípios, em sua maioria, dependentes dos rios para acessarem a capital, com distâncias que variavam de 43 a 418 km. As tabelas VI e VII apresentam municípios entre 308 km a 905 km de distância de Belém, tendo acesso via transporte rodoviário e aeroviário. As tabelas VIII a X apontam municípios com acesso aeroviário com média de 408 km a 1.000km de distância da capital.

A partir disso, se algum serviço de assistência hospitalar fosse concentrado em Belém, implicaria em um deslocamento que perpassava pelas características locais de transporte da região, apontados por Garnelo (2019), Oliveira (2008), Nunes (2018) como aspectos que dificultavam o acesso à saúde.

Além disso, as divisões internas do Pará em unidades de planejamento para o governo de Jader Barbalho entre 1992 – 1995 e as Mesorregiões do IBGE em 1991, fornecem parâmetros sobre as desigualdades no Pará. O estado tinha regiões que dependiam, sobretudo, do transporte fluvial, outras com rodovias não pavimentadas ou falta de manutenção. Esses aspectos se relacionam com as dificuldades locais para acessar os serviços de saúde

²⁹ As tabelas estão em Anexo A.

especializados em determinadas enfermidades, pois na década de 90 os leitos direcionados para tratamento de complicações de Aids se concentraram no Hospital João de Barros Barreto, situado em Belém. Entre rodovias com trechos não pavimentados, rios e, dependendo do município, grandes distâncias à capital Belém; os paraenses buscavam tratamento para as doenças oportunistas em função das complicações de Aids durante os anos 1990 e início dos anos 2000.

1.3.2 A implementação do SUS em Belém: a reorganização administrativa das instituições locais de saúde (1992 – 2002)

A constituição de assistência à saúde para a Aids na década de 1990 em Belém ocorreu no momento de reorganização administrativa da Sesp e Sesma, que acumularam bagagens institucionais através das NOBs do SUS. Esse contexto nos ajuda a compreender que a assistência para a Aids na cidade, também se articulava à estruturação dos gestores locais de saúde. Isso se expressa na constituição do ambulatório da URE-Aids estadual como o primeiro serviço destinado à Aids no Pará e nos serviços ambulatoriais que o município de Belém passaria a gerir na década de 1990. Diante disso, o objetivo do presente subtópico é demonstrar o processo de implantação do SUS em Belém, com ênfase na reorganização administrativa da Sesp e Sesma.

Nos anos 1980, o relatório da Sesp apontou que o processo de descentralização começou a ser articulado por meio da criação de dois Centros Regionais de Saúde para aproximar dos municípios o controle gerencial dos serviços, destacando a ideia de distritos sanitários. O parecer associou esses aspectos às AIS e SUDS, experiências anteriores ao SUS com o objetivo de integralizar ações e fortalecer instituições locais (PARÁ, 2000). A Sesp, ao se referir a esses processos, teria recebido os recursos do Inamps aplicados nas secretarias estaduais, significando que a reorganização administrativa iniciou antes dos pactos de descentralização do SUS. Para além das críticas sobre essas experiências, elas explicam a Sesp como setor institucional administrativo mais forte durante as primeiras Normas Operacionais do SUS, pois o SUDS assumiu a estratégia de estadualização da gestão de serviços de saúde, mantendo os municípios como predominantemente prestadores de serviços (NORONHA, LEVCOVITZ, 1994).

Como vimos, os primeiros pactos federativos em direção à descentralização postulado no SUS foram delimitados pela NOB-91 e 92. Elas estabeleciam as diretrizes para os repasses de recursos em função da capacidade instalada e da produção de serviços hospitalares e

ambulatoriais, ou seja, os municípios favorecidos eram aqueles com maior quantidade de estruturas de saúde em nível hospitalar e ambulatorial. Essas Normas previam um baixo valor para as correções das desigualdades assistenciais, enviado para as secretárias estaduais utilizarem no desenvolvimento de ações de planos municipais. Nesse sentido, havia dificuldades para extensão e manutenção da assistência em estados e municípios com altos índices de problemas na saúde (COSTA, SILVA, RIBEIRO, 1999; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SCATENA, TANAKA, 2001; SANTOS, MERHY, 2006).

Outro recurso que garantia certa autonomia aos municípios era o Fator de Estímulo à Municipalização, que previa os repasses sem contra partida de capacidade instalada ou produção de serviços. Os requisitos para a transferência estimulavam a organização administrativa das secretarias municipais, constituindo os Conselhos Municipais, os Fundos de Saúde, Planos, Programação de Saúde e Relatórios de Gestão (SCATENA, TANAKA, 2001).

Existe um consenso na literatura sobre o fator de estímulo à municipalização e os recursos de correção das desigualdades assistenciais se constituírem artifícios frágeis (SCATENA, TANAKA, 2001), porém eles foram passos iniciais para as reorganizações administrativas das estruturas locais de saúde. Nesse contexto, os relatórios da Sesp destacaram a movimentação local para coordenar os municípios em direção à descentralização via NOBs do SUS.

Na década de 1990, a Sesp demonstrou o acúmulo de experiências técnicas-administrativas para se firmar como gestora estadual do SUS no Pará. No governo de Jader Barbalho entre 1992 a 1995, a questão referente à descentralização dos serviços esteve presente. As metas na área da saúde foram indicadas no Plano Plurianual:

1- Melhorar as condições de saúde no Estado, facilitando o acesso da população aos serviços providos pelo setor público; 2- Definir mecanismos para municipalização das ações de saúde, apoiando os Municípios na criação de Secretarias Municipais ou órgãos equivalentes (PARÁ, 1991-B: 278-279).

O processo de estruturação administrativa da Sesp também foi sinalizado no relatório de 1992, anunciando a realização de ações para a reorganização interna, assessoria às secretarias municipais, apresentação de informações sobre o SUS aos municípios e constituição de espaços para participação social, apontadas no seguinte trecho:

Aprimorar o processo de planejamento, programação, supervisão e avaliação de saúde; Retomar o processo ascendente, a partir do nível local; elabora o Plano Estadual de Saúde em consonância com a Lei federal n 8.142; Analisar planos

municipais de saúde, com vistas ao processo de municipalização. Prestar assessoria técnica às prefeituras Municipais; Realizar encontros com os Centros Regionais de Saúde, para avaliação técnico-administrativa do setor; Realizar seminários interinstitucionais, visando a divulgação do conhecimento sobre o Sistema único de Saúde, procurando discutir os princípios que regem sua organização, assim como participação da sociedade civil organizada na gerência do Sistema” (PARÁ, 1992: 05).

Nessa direção, a Divisão de Municipalização do Estado, criada em 22 de março de 1994, prosseguia o planejamento para enquadrar as estruturas locais de gestão nas NOBs – SUS. As ações programadas indicavam o estado como setor central nesse processo, demonstrados nas seguintes pretensões da Divisão:

- Assessoramento In loco a setenta e uma secretarias municipais de saúde sobre operacionalização do sistema único de Saúde e Descentralização/ municipalização das Ações e Serviço de Saúde;
- Assessoramento realizado em Belém a 15 Prefeituras Municipais sobre o processo de Municipalização;
- Assessoramento a setenta e nove Prefeituras Municipais que compareceram ao encontro Estadual sobre Descentralização das Ações e Serviços de Saúde;
- Assessoramento às Secretarias Municipais de Saúde com vistas à realização de Conferências municipais;
- Participação e assessoramento em 15 reuniões da comissão Intergestores Bipartite.[...]
- Análise de processos de 22 Prefeituras com vistas ao processo de Municipalização e possível enquadramento nas fases de gestão e cumprimento a Portaria GM/MSnº 545 de 20/05 de 1993.
- Realização do treinamento para gerentes municipais em Vigilância Sanitária. [...] (SESPA, 1994: 56).

O relatório também assinalava a criação de comissões para identificar as estruturas de saúde que seriam transferidas aos municípios habilitados na NOB-93(SESPA, 1994: 66).

A Sesp, em 1994, coordenava a habilitação dos municípios em outro pacto de descentralização do SUS: a NOB-93. Essa norma possuía as seguintes diferenças em relação a anterior: os múltiplos atores na sua construção e maior autonomia gerencial na habilitação semiplena. A norma indicou três categorias de enquadramento assistencial para os municípios – condição incipiente, parcial e semiplena – e duas para os estados – parcial e semiplena – relacionadas ao grau de complexidade de atividades e funções que os gestores locais assumiriam (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SCATENA; TANAKA, 2001; SANTOS; MERHY, 2006).

Esses enquadramentos assistenciais requeriam condições técnicas e administrativas das secretarias, características que a Sesp já buscava constituir para assessorar os municípios. Nessa direção, a condição incipiente enquadrava o município ainda como prestador de serviços, sem autonomia para gerenciar a rede de acordo com as necessidades locais. Em

relação à anterior, a gestão parcial atribuía o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes, assumindo a formulação e execução de ações de vigilância. A gestão semiplena direcionava à completa responsabilidade do sistema local em relação ao planejamento, contratação e controle. Assim, o município passava a assumir a administração de toda rede de saúde local, exceto as unidades de referências estaduais (BRASIL, 1993).

Os documentos da Sespá indicavam a sua estruturação na condução do processo de descentralização sem aparentes empecilhos entre 1992 – 1994. Em contrapartida, o relatório do segundo ano do governador Almir Gabriel, do Partido Social Democracia Brasileira (PSDB), elite tradicional paraense que rivalizava com os Barbalhos, indicou os problemas do quadro geral da saúde no estado e as tensões para constituir um sistema descentralizado. Nesse sentido, apresentou altos índices de morbidade, carência de insumos básicos, aparelhos e equipamentos médico-hospitalares; deterioração de instalações físicas e insuficiência de profissionais, principalmente nas cidades do interior. O governador também convocou mais articulações entre as instituições estaduais e municipais de saúde para organizar o sistema local de saúde em consonância com as diretrizes do SUS (PARÁ, 1995; PARÁ, 1997).

Em 1996, a Sespá expôs dificuldades em relação ao diagnóstico e planejamento, deterioração de equipamentos, baixa capacidade de cobertura assistencial e da rede pública para captar recursos do SUS. Diante disso, esse relatório apresentou outra proposta para continuidade do fortalecimento da Sespá e secretarias municipais mediante as NOBs, tendo uma gestão mais próxima das necessidades de um estado grandioso como o Pará (SESPA, 1997).

A proposta focou na reestruturação organizacional da Sespá e à recondução do processo operativo e político de consolidação do SUS. Sobre isso, a secretaria indicou uma reforma de nível central para reforçar seu papel de coordenadora do SUS no estado, sendo responsável pela assistência especializada de referência e programas estratégicos (SESPA, 1997). O plano também direcionava reformas em centros regionais da Sespá, que ficariam responsáveis pelo suporte ao processo de descentralização de municípios sobre sua administração. Os centros regionais da Sespá em Belém, Castanhal, Santarém, Marabá e Conceição do Araguaia seriam dotados de autonomia gerencial que, junto ao nível central da secretaria estadual, seriam responsáveis pela operacionalização do processo de descentralização em direção aos municípios. A segunda parte planejava a transferência de

gerência dos serviços básicos para os municípios, garantindo autonomia técnica e administrativa destes (SESPA, 1997).

Tratando-se da Sesma, as fontes indicam que a partir da NOB-93 e 96, o processo de fortalecimento gerencial do sistema começou a ser estruturado. O enquadramento de Belém na gestão semiplena, em 1996, e gestão Plena de Saúde, em 1998, apontaram para a construção de capacidade gerencial do sistema local de saúde (SESPA, 1997; SESPA, 2000; DIÁRIO DO PARÁ, 11 set., 1998). Dentro disso, a Sespa estava responsável por transferir unidades básicas de saúde para Belém, como apontou o plano estadual de 1996.

Sobre a importância dos enquadramentos e relações entre estados e municípios para gerar extensão da assistência, Arretche e Eduardo Marques (2001) argumentam que a capacidade dos municípios administrarem serviços ambulatoriais³⁰ dependia das estratégias de descentralização do Ministério da Saúde pautada nas NOBs, da disponibilidade de recursos fiscais e incentivos da esfera estadual. Eles exemplificaram com a experiência do estado da Bahia, do Ceará, de São Paulo e do Rio Grande do Sul. A fragilidade de recursos fiscais dos municípios da Bahia explicava a baixa capacidade de prestações de serviços de saúde, mas também por ausência de políticas ativas e continuadas do governo estadual para a municipalização. O acompanhamento do governo estadual foi fundamental para compensar os baixos recursos fiscais nos municípios do Ceará, que apresentou alta taxa de prestações de serviços municipais comparado ao estado da Bahia. São Paulo e Rio Grande do Sul apresentaram altas capacidades fiscais, mas concentraram poder nas Secretarias Estaduais, dificultando a oferta de serviços ambulatoriais pelos municípios (ARRETCHE, MARQUES, 2001).

Os relatórios de saúde da gestão de Jader Barbalho (1991 – 1994), Carlos Santos (1994 – 1995) e Almir Gabriel, em 1996, apontavam um estado que, efetivamente, buscava a reorganização administrativa para a descentralização através das NOBs. As tensões desse processo foram identificadas no jornal Diário do Pará a partir de 1997, primeiro ano de mandato do prefeito Edmilson Rodrigues do Partido dos Trabalhadores (PT).

³⁰ Os dados foram retirados do DataSUS referentes a 1998. Sobre a oferta de serviço, foram levantados: “a) a proporção dos ambulatórios existentes de propriedade municipal, estadual e privada; b) o número absoluto de ambulatórios municipais existentes; c) a proporção dos atendimentos ambulatoriais prestados por unidades municipais, estaduais e privadas; d) o número absoluto de atendimentos ambulatoriais municipais; e) o número de atendimentos ambulatoriais municipais per capita (considerando a população municipal na Contagem Populacional de 1996 do IBGE)” (ARRETCHE; MARQUES, 2001: 458).

Os jornais traziam Edmundo Gallo, secretário municipal da gestão de Edmilson Rodrigues, relatando sobre como a Sesma não estava preparada para gerenciar o sistema local de saúde, sendo necessário reorganizar a secretaria para garantir a qualidade de gestora local. Nesse momento, denúncias em relação às unidades básicas de saúde da cidade e o Hospital Pronto Socorro de Saúde Municipal (HPSSM) emergem na imprensa, indicando os problemas no fortalecimento no SUS em Belém, ausentes nos relatórios da Sespa (DIÁRIO DO PARÁ, 07 jan. 1997, 11 jan. 1997, 02 fev. 1997, 02 fev. 1997-B, 05 ago. 1997).

Eduardo Gallo relacionou a reorganização administrativa da secretaria municipal de Belém como aspecto fundamental para fortalecer a gestão na cobertura assistencial. Esse raciocínio também aparece na literatura especializada, sendo fundamental para a implantação do SUS. Nicanor R. S. Pinto, Oswaldo Yoshimi Tanaka e Sandra Maria Spedo (2009) indicam que na implementação do SUS em São Paulo, entre 1993 – 1996, foi construindo um novo modelo assistencial que não respeitava os princípios deste e aprofundava os conflitos com a política estadual e federal de saúde. Para romper esse processo, os autores apontaram três movimentos dos gestores de saúde da cidade de São Paulo: reincorporação ao SUS, que se instrumentalizou pela reorganização dos setores de participação e controle social, a municipalização da rede básica estadual e a reorganização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). Esse último aspecto resultou na descentralização administrativa através da criação de 31 coordenações de saúde e em uma nova conformação da rede de hospitais e de prontos-socorros municipais, tendo competência de coordenar as Unidades Básicas de Saúde e os ambulatórios de especialidades. Isso nos faz considerar a importância da reorganização administrativa das secretarias municipais para se consolidarem como gestoras do SUS, aspecto que Eduardo Gallo pontuou em 1997.

A gestão Edmundo Gallo à Sesma estava no contexto de discussões da NOB-96, que estabeleceu, principalmente, o fortalecimento da atenção básica em direção aos municípios, refletindo em dois enquadramentos: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). A cidade de Belém foi habilitada na GPSM em 1998, garantindo a continuidade à gestão da atenção básica e dos hospitais municipais, que já havia iniciado mediante o enquadramento à NOB-93 em 1997. As diretrizes da Sespa em priorizar a coordenação para a municipalização em Belém, retratadas nos relatórios dos anos 1990 como política de estado, não pareceu harmoniosa no jornal Diário do Pará. Nesse contexto de reorganização da Sesma, Edmundo Gallo planejava a ampliação da assistência à saúde com a construção do novo Hospital Municipal do Bairro do Guamá para desafogar o HPSSM. As

notícias do Diário do Pará apontavam conflitos entre Sesma e Sespa em relação à construção do novo hospital (DIÁRIO DO PARÁ, 13 jun., 1998, 23 jun., 1998, 10 jun., 1998, 03 jul., 1998, 04 jul., 1998, 08 jul., 1998, 21 jul., 1998, 21 out., 1998). Nesse sentido, as manchetes colocavam os embates entre estado e município no centro da narrativa, como indicado a seguir: “Secretário de Saúde contesta Almir. Edmundo Galo diz que governador atrapalha política de saúde para o município de Belém” (DIÁRIO DO PARÁ, 21 out., 1998:02).

O jornal O liberal também retratou os desafios da nova gestão municipal na área da saúde em 1997, mas não citava a Sespa ou as tensões entre o gestor municipal e estadual. Em geral, as notícias abordavam o sucateamento do HPSSM, a ênfase nos pactos de descentralização para otimizar a assistência na cidade e as movimentações da nova gestão para desafogar o HPSSM (O LIBERAL, 01 jan., 1997, 03 jan., 1997, 04 jan., 1997, 04 mar., 1997). Com diferentes formas de organização textual, o jornal O liberal e Diário do Pará convergiam para um aspecto: os problemas das Unidades Básicas, do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Belém e os desafios da gestão de Edmilson Rodrigues. Em relação à Sespa, o O liberal exaltava sua gerência por meio da seguinte matéria “E saúde precisa de fila? Unidade da Sespa mostra que paciente pode ser atendido com muita dignidade.” (O LIBERAL, 13 mar., 1997).

Assim, identificam-se dois momentos na trajetória da reorganização administrativa das instituições locais paraenses para implantar o SUS. A Sespa se estruturou em âmbito técnico e administrativo para assessorar os municípios à descentralização entre 1992-1996, experiências que já vinham sendo acumuladas com programas pré-SUS, e se estruturou para gerenciar a assistência hospitalar e básica no estado. A partir de 1997, a Sesma iniciou sua reorganização para assumir as unidades básicas, hospitais municipais e planejar ampliação da cobertura assistencial em Belém, inclusive para a Aids. Esse processo compõe um contexto local de implantação do SUS, favorável para respostas dos gestores locais à saúde em relação às reivindicações do Paravidda.

1.3.3 Os serviços de Saúde em Belém nos anos 1990

Diante disso, como esse movimento de reorganização administrativa dos agentes locais de saúde se expressou na cobertura assistencial em Belém? Segundo os relatórios entre 1992 a 1996, período que a Sespa passou por reformas para conduzir o processo de descentralização, a cobertura de serviços básicos gerenciados por ela na capital era de

dezenove Unidades Básicas de Saúde e três Unidades de Referência Especializadas: A URE – materno infantil, URE – Presidente Vargas e a URE-Aids (SESPA, 1994;1996).

O estado centralizou ações no aparelhamento dessas unidades para garantir a assistência básica, que também incluiu reformas na URE-Aids (SESPA, 1992; 1994; 1996). No relatório de 1994, a Sespas destinou suas atenções para reformar a URES – Presidente Vargas, UBS do Reduto, Satélite, Nazaré, Jurunas, Terra Firme e Guamá; URES Marambaia e Doca (SESPA, 1994). Nesse período, o estado participou da constituição do SAE-Aids no município de Belém e do Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS) para a prefeitura de Belém prestar o serviço em 1996. Enquanto a Sesma não era habilitada para gerenciar os serviços locais, a secretaria estadual era a instituição de mais força institucional no gerenciamento dos serviços básicos e para extensão dessa assistência. Em Belém, notou-se que a ampliação se deu através da constituição de assistência básica à Aids, como o COAS e SAE entre 1995 e 1996.

Em relação aos serviços hospitalares, a Sespas ficou responsável pelos hospitais de referência em Belém: O Hospital das Clínicas Gaspar Viana, Hospital dos servidores do Estado, que nos anos 1990 se fundiu ao Instituto Ophir Loyola e renomeado para Hospital Ophir Loyola; Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e o atendimento hospitalar para a Aids em parceria com Hospital Barros Barreto (SESPA, 1992; 1994; 1997; 1999; 2000). Estes, ao na década de 1990, centralizavam os atendimentos para especialidades em Belém, característica que dificultava o acesso em função da geografia estadual demonstrada no subtópico anterior. A concentração de hospitais para procedimentos mais complexos compôs as pautas do Paravidda nas discussões sobre a expansão de leitos para a Aids.

Essas estruturas de saúde, nos anos 1990, aparecem de diferentes formas nos documentos. Os relatórios da Sespas apontam as reformas, ampliações de leitos, treinamentos de equipe para garantir a efetividade do SUS em Belém (SESPA, 1992; 1994; 1997; 1998; 2000). Nos jornais, emergem as complicações, excesso de demanda da capital e interior, filas para conseguir atendimento, estruturas inaptas para o funcionamento (DIÁRIO DO PARÁ, 07 jan. 1997, 11 jan. 1997, 02 fev. 1997, 02 fev. 1997-B, 05 ago. 1997; O LIBERAL, 01 jan., 1997, 03 jan., 1997, 04 jan., 1997, 04 mar., 1997).

No ano de 1992, tratando-se de estrutura hospitalar, o governador Jader Barbalho mencionou a inauguração de novos espaços no Hospital de Clínicas, constatados no seguinte trecho “um novo ambulatório de especialidades, construído sob concepções física moderna,

oferecendo conforto” (PARÁ,1993: 41; 1992: 37 – 38). O governador especificou a garantia de recursos materiais, humanos e financeiros “[...] para a operacionalização de mais de trinta leitos, totalizando 80 leitos que atendem não só a capital, como a todo o Estado” (PARÁ, 1993: 41).

A Fundação Santa Casa operava com 344 leitos, sendo referência para obstetrícia, pediatria, clínica médica e cirúrgica (PARÁ, 1993; 1992). Ela foi apresentada com estabilidade estrutural que garantia assistência de qualidade para a população: [...] a Fundação Santa Casa revisou e atualizou as padronizações de medicamentos e de material hospitalar, além de haver reaparelhado o laboratório de análises clínicas, eletrocardiografia, diagnóstico por imagem com raio-X, ultrassonografia, eco cardiograma[...] (PARÁ, 1993: 42).

Nos jornais de 1995, outros aspectos foram sinalizados em relação à estrutura dos leitos da Santa Casa e recursos humanos. De acordo com a coordenadora de pediatria do hospital, havia um sucateamento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e do berçário. Sobre a equipe do hospital, ela apontava um déficit na publicação do jornal: “O atendimento é feito com metade de funcionários previstos para o setor. Ela informou que é preciso racionalizar este quadro durante 24h na UTI, berçário, enfermaria, sala de parto, pediatria e alojamento conjunto” (O LIBERAL, 30 jun.,1995: 01).

Em relação ao HPSSM de Belém, foram listados vários problemas estruturais: “Sempre com seus leitos ocupados [...] Pessoas recebem os primeiros cuidados sentadas em bancos, de pé pelos corredores no chão sujo e poeirento. A ausência de médicos plantonistas faz parte da rotina” (O LIBERAL, 14 jan., 1996:07). O texto segue destacando a dificuldade para conseguir leitos em outros hospitais, relatando que as pessoas estavam sendo tratadas como se estivessem realizando “um favor” (O LIBERAL, 14 jan., 1996:07).

Durante o processo de municipalização do sistema local para a Sesma, a partir de 1997, na gestão de Edmilson Rodrigues, o HPSSM e as Unidades Básicas de Saúde foram repassados gradualmente para Belém, sendo transferidas em sua totalidade em 2003 (BELÉM, 2003). Nesse contexto, a Sesma levantou as condições das Unidades Básicas, formulou projetos de expansão assistencial para a construção de outro Hospital municipal e programas voltados para Aids. Maria Artemisa Barbosa (2004) indicou que a habilitação de Manaus à NOB-96 também se refletiu à expansão de serviços de saúde no município, conferindo maior complexidade à rede municipal. Assim como em Belém a partir 1998, a autora destacou a

extensão da rede de atenção básica, como “Casas de Saúde da Família (CSF), Centros de Atenção Integral à Criança (CAIC) e Centros de Referência (CR)” (BARBOSA, 2004: 84).

Entre 1997 a 1998, Edmilson Rodrigues e o secretário municipal Edmundo Gallo, apareciam na imprensa apontando as irregularidades na assistência básica, o descaso com infraestrutura e o excesso de problemas do HPSSM em relação à demanda. A habilitação de Belém às NOBs – 93 e 96 favoreceu Edmundo Gallo e a Sesma na reorganização administrativa para pretender expandir a assistência em Belém. Isso se evidencia com a construção do Hospital Municipal do Guamá e o Ambulatório municipal de Aids – Casadia, estruturas as quais a sociedade civil tensionou as autoridades municipais para a constituição.

Nesse sentido, as discussões desse capítulo demonstraram dois aspectos pertinentes à nossa argumentação: os debates sobre as bases do SUS e o processo de implantação envolveram articulações entre múltiplos setores da sociedade, as autoridades locais de saúde do Pará reorganizavam sua estrutura administrativa e tinham a obrigação legal de garantir as necessidades de saúde baseada nos princípios do SUS. Portanto, temos um contexto no qual havia um campo de possibilidades para a sociedade civil organizada pressionar as autoridades locais em busca da universalidade da saúde enquanto um direito e da participação nos debates sobre Aids. Esse contexto, a partir das reorganizações administrativas da Sespa e Sesma, foi favorável à extensão da assistência em âmbito municipal e para considerar o Paravidda como atuante nesse processo.

Além da construção do SUS e sua implementação em Belém, demonstrados nesse capítulo, as atuações do Paravidda também estavam situadas em um período de formação de grupos que lutaram por assistência em Aids por todo Brasil. Junto disso, a criação do Programa Nacional de Aids também compõe um momento favorável às articulações da ONG.

Capítulo 2. As Ongs-Aids e o SUS: a constituição de assistência à saúde para as pessoas com HIV entre os anos 1980 e 2000

Na década de 1980 e 1990, configurou-se em torno da Aids uma série de leituras sociais que expressavam o desconhecimento e reforçavam a marginalização de travestis, homossexuais, bissexuais, mulheres prostitutas. Os veículos de comunicação corroboravam para essas leituras, apontando discursos de associação da doença aos grupos citados acima. Essa relação estigmatizante implicou, inicialmente, na ausência de políticas públicas de saúde em âmbito nacional para a doença, considerada um problema de responsabilidade individual e consequência de práticas tidas como promíscuas (AGUIAR JÚNIOR, 2016; BARATA, 2006; DANIEL; PARKER, 2018; DIAS, 2012; GONÇALVES, 1989; NASCIMENTO; VIANNA, 2013; RAMOS, 2016; SILVEIRA NETO, 2014; SOUZA, 2014; VIANNA, 2018; VITIELLO, 2009).

Sendo assim, a sociedade civil se organizou em grupos conhecidos como ONGs – Aids, que atuavam para desassociar a doença do denominado “grupo de risco”; pretendiam ressignificar a imagem das pessoas com HIV e constituíram redes de solidariedade/acolhimento. Além disso, cobravam respostas do Estado em relação à saúde e a criação de espaços de participação popular nas discussões sobre as políticas de Aids (CÂMARA; LIMA; 2000; CAMPOS, 2008; DIAS, 2012; GALVÃO, 1997; MELLO, 1999; SILVA, 1998, 1999; SOLANO; 2000; TEODORESCU; TEXEIRA, 2015).

Posto isso, o objetivo do capítulo é descrever as ações das ONGs-Aids e a relação destas com as seguintes bases do SUS: universalidade da saúde como direito e participação social. Essa discussão também nos ajuda a situar o Paravidda em um contexto de construção desses grupos no Brasil, a construção do Programa Nacional e o Programa Estadual de Aids do Pará.

2.1 As múltiplas atuações das ONGs-Aids brasileiras e as bases do SUS entre os anos 1980 e 2000

Autores destacaram a multiplicidade na definição sobre ONG, assim este subtópico busca informar sobre o teor complexo ao tentar encontrar respostas para o questionamento “O que é ONG?” ou “O que é ONG-Aids?”.

A doença chegou no Brasil em um momento de tensões e reconfigurações na saúde por várias frentes sociais que, em meio às pautas, associavam a luta por essas questões ao

processo de redemocratização brasileira. O direito à saúde, legalmente assegurado na constituição de 1988 com o SUS, foi constituído por diversos atores, arenas e debates; demonstrados no primeiro capítulo. Em meio aos movimentos sociais formados em resposta à negligência de políticas sociais no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, uma forma de articulação denominada ONG foi construindo espaço. A luta pela assistência para Aids no Brasil também foi articulada por esses grupos que passaram a constituir diversas frentes de atuações.

O termo “Organização Não Governamental” tem suas origens na segunda metade do século XX nos encontros de Organizações das Nações Unidas, sendo atribuído a grupos que reafirmavam não representar governos: “as organizações internacionais a qual não foi estabelecida por acordos governamentais” (TUDE; RODRIGUES; KELLY; 2007: 03). Essas entidades foram caracterizadas com os seguintes elementos: grupos formalizados, uma organização estrutural, reuniões, representantes, ações com certa regularidade, independência de certas estruturas, como igrejas, universidades, empresas, partidos e Estado. Sua composição é voluntária e não distribuem excedentes financeiros (BEBBINGTON, 2002; WARREN, 2002; FERNANDES, 1994). Ao longo do tempo, as atuações das ONGs passaram a abranger vários setores, como educação, justiça, relações de gênero, saúde, discriminação sexual e racial, meio ambiente, trabalho, renda, questões urbanas, arte e cultura [...] (SILVA, 1999; TUD; RODRIGUES; KELLY; 2007; WANDERLEY, 2002).

Um trecho de Landim (2002) nos mostra como esse setor foi associado às diversas discussões e temáticas:

- 1- **na conformação de movimentos que germinam ainda dentro do regime autoritário**, como o novo sindicalismo, os movimentos e associações de bairro, a luta pela terra, etc. – tempos da ideia do « popular », que mais tarde se transformará na de « sociedade civil » (com passagem pela « sociedade civil popular »).
- 2- São associadas algumas vezes **às condições de fortalecimento das alas da Igreja inspiradas pela Teologia da Libertação**, no mesmo contexto.
- 3- Já com relação a acontecimentos dos anos 1980-1990 **podem ser encontradas pontuando textos referidos aos movimentos sociais ditos fragmentados, ligadas à construção de identidades e sujeitos coletivos, ou de grupos de defesa de direitos específicos ou difusos: ambientalismo, mulheres, negros, portadores de HIV, povos indígenas, crianças e adolescentes, etc.**
- 4- Têm um lugar, portanto, em **debates recentes sobre as redefinições dos princípios universalizantes da cidadania**, em confronto com as diferenciadas identidades, valores, interesses que surgem na cena pública.
- 5- Enquanto tal, e por sua vocação internacional, **são mencionadas como agências globalizadoras de políticas de identidade que emergiram desde os anos 1960 nos Estados Unidos e Europa Ocidental.**
- 6- Em temáticas afins, ultimamente têm aparecido nas discussões sobre a **questão da representação política e das formas peculiares de se produzir legitimidade e poder, por atores e movimentos sociais contemporâneos – frequentemente,**

associadas à ideia da descrença em instituições políticas e associativas tradicionais[...]»

7- Deve-se lembrar ainda que as ONGs são mencionadas frequentemente na temática das novas relações entre Estado e sociedade, com papéis diversos e para o bem ou para o mal; no controle, proposição, cogestão de políticas públicas ; e na execução de serviços, quando são frequentemente acusadas de substitutas funcionais e estratégicas do Estado no contexto neoliberal (LANDIN, 2002: 217-218. numerações e grifos nossos).

Essas múltiplas formas de considerar as ONGs também são identificadas nas organizações de Aids brasileiras, trazendo para suas ações elementos específicos relacionados aos estigmas³¹ da doença.

As ONGs-Aids podem ser consideradas a partir de duas linhas de ações: o combate aos estigmas e reivindicações por respostas do Estado às demandas de saúde. Dentro desses eixos, as atuações eram assistenciais, outras direcionadas à constituição de políticas públicas de saúde e aquelas em que havia parceria com o Estado. Elas construíram redes, como o Encontro de GAPAs, Encontro Nacional de Ongs-Aids (ENONG) e Redes de Pessoas Vivendo com HIV. Essa última surgiu em meio aos conflitos se pessoas com HIV poderiam ser representadas por aquelas que não possuíam o vírus (BARROS, 2018; CÂMARA; LIMA, 2000; CAMPOS, 2008; DIAS, 2012; GALVÃO, 1997; MELLO, 1999; SILVA, 1998; SOLANO; 2000; TEODORESCU; TEXEIRA, 2015).

Nesse contexto, destacou-se o primeiro Grupo de Apoio à Prevenção de Aids (GAPA) construído por setores interessados em discussões sobre a doença a partir de 1985, em São Paulo. Composto pelo campo médico, burocrático e militante, ele tinha o objetivo de promover a prevenção, informação e assistência às pessoas com HIV no momento da ausência de uma resposta do Governo Federal.³² Ao longo do tempo, o GAPA-SP influenciou na constituição do Programa Nacional e tensionou as autoridades para garantirem assistência à saúde (BARROS, 2018; CONTRERA, 2000; GALVÃO, 1997; TEODORESCU; TEXEIRA, 2015). A partir da emergência deste, outros GAPAs surgiram nesse período, constituindo

³¹ Entendo estigma como “[...] um significativo descrédito atribuído a uma pessoa com uma diferença indesejável que se constitui em poderoso signo de controle social usado para marginalizar e desumanizar indivíduos que apresentam certos traços socialmente desvalorizados” (GOFFMAN, 1980: 53).

³²Em seu momento de criação, o grupo era formado pelos seguintes pessoas: Dr. Paulo Roberto Teixeira, médico dermatologista e coordenador do Grupo de Estudo e Pesquisa em Aids da Secretaria da Saúde, Paulo César Bonfim - técnico em patologia clínica do Hospital do Servidor, Edward McRae - antropólogo, Dr. Áurea Celeste da Silva Abbade e Dra. Yara Arruda, advogadas, Wagner Carmo Fernandes, professor universitário e Publicitário, Dr. Jean Claude Bernardet, professor de História do Cinema Brasileiro da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo (ECA/USP), Dra. Otília Simões Janeiro Gonçalves, assistente social do Hospital Emílio Ribas, Dr. Cláudio Monteiro, sociólogo, Luiz Carlos Munhoz - servidor público, Dilson Pedro Gomes - jornalista, Zilton Luiz Macedoeconomista, Jorge Schwartz, Mário Silvio Gomes, Hudnilson Urbano, artistas plásticos, Neusa Cegalli Cateasis, ativista do movimento de saúde, entre outros (CONTRERA, 2000: 39-40).

pequenos encontros (BARROS, 2018; CONTRERA, 2000). A figura abaixo aponta os grupos levantados por Contrera (2000).

Figura 3 – Relação de GAPAs no Brasil



(Fonte: CONTRERA, 2000: 68).

O GAPA-PA foi constituído em 1987 na Universidade Federal do Pará (UFPA), composto por estudantes e profissionais de diversas áreas para promover a conscientização da população paraense em relação à Aids, diminuir os estigmas e lutar pela garantia de serviços de saúde na cidade (BEIRA DO RIO, dez., 1990) (Ver figura 4). Em sua trajetória, participou dos ENONGS ao final dos anos 1980 e início dos anos 1990, do Conselho Estadual de Saúde do Pará, da Comissão Nacional de Aids e de eventos que discutiam saúde pública em âmbito estadual e municipal em Belém (ONGS/AIDS, 1989; 1990; UNESCO, 2005).

Figura 4 – Recorte do jornal Beira do Rio sobre o GAPA-PA



(Fonte: BEIRA DO RIO, dez., 1990).

A ABIA e o Pela Vidda também foram associações importantes para os seguintes aspectos: construção dos ENONGs, pressionar o Governo Federal em relação às necessidades de saúde e para o desenvolvimento do Programa Nacional. A primeira foi formalizada pelo sociólogo e hemofílico Herbert de Souza para promover a prevenção e pesquisas ao combate à Aids, a partir de 1987. Herbert Daniel também faria parte da equipe, sendo sua experiência como pessoa vivendo com HIV, a partir de 1989, propulsora para constituir o Pela Vidda no Rio de Janeiro (BARROS, 2018; DIAS, 2012).

A construção dos Encontros Nacionais é apontada como relevante para as reivindicações em Aids no Brasil, compostos pelos GAPAs, a ABIA, Pela Vidda e outras ONGs brasileiras (ONGS/AIDS, 1989; 1990). O I ENONG foi realizado em Belo Horizonte no ano de 1989, sendo uma resposta brasileira à necessidade de fortalecer a rede internacional em Aids, recomendado no encontro “Oportunidade para a Solidariedade” em Montreal (GALVÃO, 1997; CÂMARA; LIMA, 2000). Para compor as articulações internacionais, seria necessário constituir a denominada Rede Nacional de Solidariedade, que continuou como pauta nos debates do II encontro, em outubro de 1989. Nesse ENONG³³, documentos pertinentes ao projeto de rede foram debatidos, como a Carta de Princípios Constitucionais e o texto de Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa com HIV. Entre os 10 itens elencados nesta, destacamos o segundo por pautar o direito à saúde: “Todo portador do vírus da Aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida” (ONGS/AIDS, 1989: 33; 1990)³⁴. Essa coletividade foi importante para a implantação do Programa Nacional de Aids para todos, garantindo um aspecto central do SUS: a universalidade da saúde enquanto um direito.

Além disso, esse evento foi assinalado como momento em que esses grupos passaram a se denominar ONGs-Aids (GALVÃO, 1997; CÂMARA; LIMA, 2000), definidos por Cristina Câmara e Ronaldo Mussauer de Lima (2000) como:

grupos formados no seio da sociedade civil (por isto não governamentais) e trabalham no combate à AIDS. Alguns, como grupos homossexuais, grupos de hemofílicos, grupos de profissionais de saúde, grupos de prostitutas, etc.. já trabalhavam antes em temas específicos, normalmente numa militância pela defesa de direitos civis. Outros, formados em resposta específica ao desafio da epidemia de AIDS, prestam serviços relativos à AIDS, desde a assistência, a informação, até a luta contra os preconceitos e as discriminações. Em todos, um caráter comum ficou nítido: são partes de um amplo movimento da sociedade em que forças vivas e populares empenham seus recursos materiais e simbólicos para enfrentar a AIDS em todas as suas dimensões (CÂMARA; LIMA: 49).

³³ A relação das Ongs que participaram do II Encontros consta em Anexo C.

³⁴ A Declaração consta em Anexo B.

E Barros (2018) indica outro setor presente no campo militante da Aids:

[...] Movimentos de acesso a saúde, representados pelos agentes oriundos do movimento da reforma sanitária, que militavam também nas associações de luta contra a Aids, não sendo a Aids uma questão central para a reforma sanitária, mas bandeira de alguns agentes que tinham transito em associações específicas de luta contra a Aids e também no movimento sanitário (BARROS, 2018: 109).

Dentro da multiplicidade na composição dessas organizações, entidades formadas por profissionais do sexo também foram implantadas em Belém. O Gempac foi uma ONG construída por mulheres que lutavam pelo reconhecimento da prostituição como profissão na capital paraense.³⁵ Entre elas, destaca-se a atuação de Lourdes Barreto (ALVAREZ; RODRIGUES, 2001; SARAIVA, 2009; TEODORESCU; TEXEIRA, 2015).

Figura 5 – Recorte do jornal Diário do Pará sobre o Gempac e Lourdes Barreto



(Fonte: DIÁRIO DO PARÁ, 11 dez., 1993).

No III ENONG³⁶, realizado em Santos-1990, emergiram acusações e conflitos internos por hegemonia sobre a constituição da Rede Nacional. Essas tensões ocorreram por divergências entre projetos de grupos homossexuais e de mulheres prostitutas; entre ONGs denominadas “políticas” e as assistencialistas; entre entidades classificadas como “ricas” e “pobres” (GALVÃO, 1997). Nesse cenário, houve a descontinuidade da Rede de Solidariedade projetada no I Encontro, mas esta foi retomada ao longo dos anos 1990. Para

³⁵ Sobre a discussão da autodenominação de mulheres prostitutas como trabalhadoras do sexo, profissionais do sexo e a complexidade desse debate, CF: ALVAREZ, Gabriel Omar; RODRIGUES, Marlene Teixeira. Prostitutas Cidadãs: Movimentos Sociais e Políticas de Saúde na área de HIV/Aids. Revista de Ciências Sociais. V.32. 2001.

³⁶ A relação das Ongs que participaram do III Encontros consta em Anexo E.

Câmara e Lima (2000), os ENONGs constituíram a “rede de fato”, porque “[...] refletem a atuação política conjunta. Competitivos [...], mais ou menos acalorados, mas certamente suscitando discussões que criam interlocuções entre os diversos grupos que atuam contra a Aids” (CÂMARA; LIMA: 51).

Os encontros posteriores também apresentaram divergências em relação à representação de pessoas com HIV por aquelas sem o vírus. Essa questão, dada sua complexidade, levou à formação da Rede Nacional de Pessoas Soropositivas (RNP+) em 1995, que no início questionou o trabalho e a legitimidade das ONGs-Aids em função da burocratização e insuficiências apontadas pela RNP+. Sobre isso, Câmara e Lima (2000) destacam:

Do ponto de vista das organizações, é positivo e frutífero que as ONGs/Aids e a RNP + sejam duas frentes diferentes, que produzem trabalhos e atividades que se entrecruzam, ou seja, que não se sobrepõem e que não são excludentes. Em outras palavras, que seja rompida essa falsa dicotomia. Com o passar do tempo, as ONGs/Aids não terminaram e a RNP+ cresceu e ganhou seu próprio espaço, que não é o mesmo das ONGs. A atual interlocução da RNP+ com as ONGs/Aids e com a esfera governamental mostra que é possível estabelecer parcerias, mantendo suas especificidades (CÂMARA; LIMA, 2000: 54).

Essas organizações, portanto, passaram por divergências que não resultaram na descontinuidade da luta por questões relacionadas à Aids no Brasil. Elas foram constituídas por homens homossexuais, mulheres prostitutas, travestis, hemofílicos, pessoas do movimento da reforma sanitária (BARROS, 2018). A partir disso, formou-se uma rede que lutou contra os estigmas associados à Aids, conquistou espaços na construção de políticas de saúde e tensionou o Estado pela garantia do direito à saúde, indicando que o enfrentamento à doença nos leva à reflexão sobre a implantação dos princípios de participação popular e universalidade como direito, bases do SUS. Em meio a esse contexto nacional o Paravidda foi constituído oficialmente em 1992.

Antes de demonstrarmos as atuações do Paravidda, indicaremos as organizações no enfrentamento aos estigmas, reivindicando a garantia do direito à saúde e sua participação no Programa Nacional de Aids. Esses aspectos são pertinentes para entender as ações do Paravidda e sua articulação à construção do SUS em Belém.

2.1.1 ONGs-Aids e suas ações de combate aos estigmas nos anos 1990

Assinalado acima, a Aids foi associada ao denominado “grupo de risco” nos anos 1980, formado por homossexuais, bissexuais, mulheres prostitutas, hemofílicos e pessoas que

utilizavam drogas injetáveis (DANIEL, PARKER, 2018; NASCIMENTO, VIANNA, 2013; PERLONGHER, 1986). A doença foi naturalizada e propagada nos discursos da imprensa como um produto da suposta “promiscuidade” do homossexual, ou seja, só era um risco para aqueles que estivessem inseridos nesse grupo (DANIEL, PARKER, 2018; NASCIMENTO, VIANNA, 2013). Termos como “Câncer gay” foram associados aos primeiros casos no Brasil, assim como a relação da doença com a “morte” de forma sensacionalista e aterrorizante. Com a ampliação dos casos no Brasil na década de 1980, outros grupos foram alvos desses discursos que relacionavam Aids à consequência “natural” das condutas categorizadas “imorais”, como mulheres prostitutas (DANIEL, PARKER, 2018). Esses aspectos implicaram em diversas ações de ONGs-Aids para desvincular a doença dessas leituras.

Nesse eixo, o historiador Vitiello (2009) discorreu o processo de luta dos homossexuais diante da Aids através da ABIA e do grupo Pela Vidda no Rio de Janeiro. As atuações da ABIA visavam informar a população para romper o estigma de “grupo de risco”, combatendo discursos moralistas das igrejas que consideravam a Aids um castigo divino aos homossexuais. As ações do Pela Vidda estimulavam a solidariedade à população com HIV nos anos 1980 e 1990, momento marcado por solidão e isolamento em função dos estigmas sociais (VITIELO, 2009).

A proposta do grupo Pela Vidda foi detalhada no trabalho de Dias (2012), que mostrou o enfrentamento à Aids a partir da trajetória soropositiva de Herbert Daniel (1989 – 1992). Dias (2012) destacou a sua luta contra a morte civil daqueles com HIV, entendida como “[...] sendo aquela pressão que desata a partir da sociedade, do Estado e dos outros indivíduos no sentido de cercear as possibilidades de vida civil do portador de HIV” (SEFFENER, 1995: 11 apud DIAS, 2012: 95). Herbert Daniel foi ao “Globo Repórter”, “Programa Jô” e “Manchete Urgente” para mostrar outra visão sobre a Aids e ajudar a combater a morte civil com a noção de viver o “agora” (DIAS, 2012). Nesse sentido, ele criticava a utilização do termo “Aidético” para se referir às pessoas com HIV, destacado no trecho a seguir:

“Aidético” é uma palavra que serve para acentuar as características da doença em detrimento da pessoa humana que está doente. Ninguém é “aidético”; as pessoas têm aids, estão com uma doença. Os piores preconceitos contra o soropositivo, doente ou não, são os que o condenam à morte civil. O “aidético” é um ser sem nome e sem história. Portanto, quando falo que estou vivo, quero dizer que sou um cidadão que tem um nome e uma história. É uma militância radical em defesa da vida, com o objetivo de combater todas as condenações à morte civil imposta pelos preconceitos e pela discriminação (DIAS, 2009: 95).

As ONGs-Aids também identificavam a reprodução dos estigmas na composição das campanhas de prevenção do final da década de 1980. Barros (2018) destaca um trecho que remete a posição de parte dos grupos sobre críticas em relação às campanhas de 1988: “A oposição à associação da doença à morte nas campanhas, especialmente por parte das ONGs/Aids e de soropositivos, que consideravam que estaria fomentando-se pânico e medo, bem como a discriminação” (BARROS, 2018:90). Partindo disso, a ABIA pontuou sobre a forma discursiva das campanhas, indicando que elas levavam mais terror e menos conscientização (BARROS, 2018). Entretanto, essa posição não era compartilhada por todos os grupos. Nesse sentido, Barros (2018) indica um ponto de tensão entre ONGs e Grupos homossexuais, estes tinham algumas ressalvas:

[...] Chamá-la de preconceituosa é uma injustiça, pois esse tem sido um dos aspectos mais positivos dessa campanha, que evita estigmatizar e mesmo citar os chamados ‘grupos de risco’, desmascarando preconceitos sociais contra os aidéticos. [...] Rotular a Campanha de alarmista e estimuladora do pânico reflete grave desconhecimento por parte da Abia dos sentimentos e reações populares às informações prestadas pelo Governo, Convivendo semanalmente com centenas de homossexuais que frequentam a sede do Grupo Gay da Bahia, tenho elementos empíricos para confirmar que lastimavelmente a campanha não tem sido mais agressiva e dramática do que gostaria, pois boa parte dos gays baianos que frequentam o GGB continuam a fazer sexo na mesma frequência e risco como se a Aids não os ameaçasse, Entre os gays conscientes, há tranquilidade, entre os irresponsáveis. Indiferença. Onde está o pânico aludido pela Abia? A meu ver, falta maior contato dos teóricos do Abia com o povo brasileiro [...] (MOTT, 1988: 12 apud BARROS, 2018:88).

Além de ações direcionadas às campanhas, as ONGs-Aids também criaram um campo de solidariedade e acolhimento. A experiência individual com o vírus entre o tempo da descoberta, o adoecimento e a morte, em muitos casos, era rápida em virtude dos limites da medicina na época (SILVA, 1998). Essa característica impulsionou esses grupos à formulação de ações imediatas mediante casas de apoio e grupos de compartilhamento de vivências, constituindo um campo de ajuda mútua com quem era marcado, em muitos casos, por uma experiência solitária nos anos 1980 (GONZAGA, 2019; RODRIGUES, GOIS, 2014; SILVA, 1998). A primeira casa de apoio foi fundada pela ativista trans Brenda Lee em São Paulo, que passou a acolher travestis e outras pessoas em vulnerabilidade social por conta da discriminação referente à transexualidade e à Aids na década de 1980 (BORTOLOZZI, 2021; RODRIGUES; GOIS, 2014; TEODORESCU; TEXEIRA, 2015).

Apontar essas leituras sociais e esse campo de ações das ONGs-Aids, não só remete à diversidade de perfis desses grupos, mas indicam elementos que constituíram entraves na luta do Paravidda às necessidades de saúde das pessoas com HIV em Belém.

2.1.2 ONGs-Aids e o SUS: a luta por assistência à saúde para as pessoas com HIV nos anos 1990

Além de combater os estigmas, seja por meio da solidariedade ou por ações informativas e contestadoras, outros eixos de atuações passavam por essas organizações: as reivindicações por serviços de saúde (BARROS, TEODORESCU; TEXEIRA, 2015; GALVÃO, 1997; VITIELLO, 2009). É nesse eixo que a luta das ONGs se relacionam com os fundamentos do SUS ao longo dos anos 1990.

A política de Aids foi constituída com ampla participação social e estabeleceu políticas universais de saúde, independente do credo, sexualidade e gênero. Essas conquistas se conectam com os direcionamentos contidos no SUS para as políticas de saúde brasileira, que postulou legalmente a assistência como direito universal dos cidadãos brasileiros e garantiu a participação popular na constituição desse Sistema de Saúde.

No III ENONGs realizado em Santos-1990, as ONGs-Aids redigiram uma carta ao governo brasileiro, denominado “AIDS: Omissão Mata”. Esse documento foi elaborado no encontro que reuniu 92 pessoas de 43 organizações por todo o Brasil, inclusive o GAPA-Pa (ONGS/AIDS, 1990). As reivindicações pressionaram autoridades do Governo Federal para organizarem respostas às necessidades de saúde das pessoas com HIV, considerando que eram cidadãos brasileiros com o direito de serem assistidos pelo Estado. O documento sinalizava os problemas nas seguintes sentenças: “Milhares de pessoas foram contaminadas [...] não foram evitadas por falta de política de prevenção e informação [...]; Doentes morrem [...] por falta de leitos; Tratamentos e remédios não se encontram [...] na rede pública” (ONGS/AIDS, 1990: 62). Diante disso, a carta indicava as seguintes necessidades:

[...] É imperioso aumentar o número de leitos e assegurar o acesso a medicamentos [...] em escala nacional e para todos que os necessitem, independente do poder aquisitivo. Ações de prevenção eficazes, incluindo o controle da qualidade do sangue. Desenvolvimento de uma vigilância epidemiológica eficiente e estímulo à pesquisa[...] Participação da sociedade civil na elaboração de todas as dimensões de um Programa Nacional[...] Nós, organizações comunitárias lutando em várias frentes contra a epidemia, assumimos nossas responsabilidades. Com a solidariedade teremos mais saúde e mais democracia (SANTOS, 1990: 62).

Ao longo dos anos 1990, esses grupos continuaram insistindo pelos pressupostos indicados na carta acima. Vitiello (2009) destacou entre a segunda metade da década de 1980 até 1992, a ABIA e o Pela Vidda como canais para homens homossexuais difundirem a importância da prevenção, das informações sobre a Aids e cobranças ao Estado brasileiro por

assistência à saúde. Através da imprensa e seus boletins, esses organismos teciam as seguintes problemáticas:

as ONGs/Aids relatavam que a situação era tão crítica que, mesmo depois de 3 anos com muitos casos no país, os leitos hospitalares ainda eram insuficientes para muitos soropositivos e os hospitais particulares ainda se recusavam a recebê-los. A epidemia continuava se alastrando rapidamente, devido à falta de informação da população sobre os meios de transmissão, assim como a falta de medidas efetivas do governo brasileiro que impedissem o aumento do número de casos. [...] **a falta de leitos para atender soropositivos em estado grave no Estado do Rio de Janeiro era uma realidade, mesmo o Estado tendo um dos hospitais pioneiros no tratamento a portadores do HIV[...]**(VITIELLO, 2009: 88. grifos nossos).

Vitiello (2007) considerou a criação do Programa Nacional de Aids nos anos 1980 e a distribuição dos medicamentos a partir de 1996 como conquistas dessa luta.

A ABIA assumiu uma posição crítica em relação à forma como o Programa Nacional de Aids realizou as primeiras campanhas de prevenção. Alguns pontos das críticas estavam vinculados à transferência de responsabilidades do Estado para as pessoas, como na seguinte passagem: “[...] se precisar de uma transfusão de sangue, por qualquer motivo, exija o teste antiaids no sangue que você vai receber” (BARROS, 2018:86). Em resposta a isso, a organização teceu considerações para que o Estado assumisse suas responsabilidades: “[...] hipócrita porque dizia que as pessoas deviam se cuidar para não receber sangue clandestino, quando essa era uma responsabilidade do governo” (BARROS, 2018:88).

A saúde enquanto um direito universal também compunha as lutas de Herbert Daniel – membro da ABIA e Pela Vidda –, indicando a falta de uma política de distribuição de medicamentos pelo Governo Federal: “Herbert Daniel repreendeu [...] o fato de que às vésperas de 1991, não existia, [...] nenhuma vontade governamental no sentido de distribuir os medicamentos gratuitamente aos pacientes de AIDS; ‘Isto é simplesmente um crime’, denunciou ele” (DIAS, 2012: 96-97). Assim como a carta redigida em 1990 no ENONGs, Herbert Daniel entendia que o acesso desse tratamento era dever do estado.

A historiadora Dilene Raimundo do Nascimento (2005), por sua vez, em seu livro *As Pestes do século XX. Tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*, sinalizou a importância das ONG-Aids para pressionar o Estado brasileiro nos anos 1980 e 1990. A política de distribuição de medicamentos foi mencionada por Nascimento (2005) como parte das reivindicações dessas organizações:

“[...] as Ongs que se organizaram para lutar contra a Aids não eram apenas entidades de apoio [...], mas a trincheira avançada de reivindicações de direitos, de denúncias

de preconceitos e de difusão de um exercício de cidadania[...] as Ongs/Aids reivindicaram a outra ponta da saúde como dever do estado, qual seja, o direito à saúde, que implicaria informação sobre a doença, educação para prevenção do HIV/Aids, **acesso aos serviços de saúde e assistência médico-hospitalar- tudo isso como expressão pleno de cidadania.[...] No que se refere à Aids, desde 1996, o governo distribui gratuitamente os remédios necessários ao tratamento [...]** (NASCIMENTO, 2005: 127-128).

Sobre o acesso aos remédios, Barros (2016) destacou que Herbert de Souza da ABIA, o Betinho, havia enviado duas cartas ao Presidente Fernando Henrique Cardoso criticando o alto custo de preservativos, a dificuldade de acesso aos medicamentos e a periodicidade das campanhas do Ministério da Saúde, em 1996. Em relação às manifestações em outros espaços, Barros (2016) resumiu no seguinte trecho retirado de documentos oficiais do Programa Nacional de DST e Aids :

Enquanto a imprensa divulgava os avanços na terapia, ainda em 1995, começaram a acontecer as manifestações em espaços públicos, promovidas principalmente pelas ONGs/Aids, mas também por artistas, em iniciativas mais individuais, exigindo a distribuição de medicamentos pelo Estado. Em Campinas/SP, no dia 14 de agosto de 1995, 40 manifestantes, entre portadores do HIV e familiares, ocuparam o paço municipal para reivindicar o coquetel. No dia 26 de setembro, inúmeras ONGs protestaram contra a falta dos novos medicamentos jogando litros de uma mistura que simulava sangue em frente às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de São Paulo. A avenida Paulista, em São Paulo, foi palco de grande ato no dia 1º de dezembro do mesmo ano, com dezenas de corpos estendidos pelo chão. Ato semelhante pipocavam país afora e extrapolavam o âmbito dos grupos organizados. O estilista carioca Luiz de Freitas, por exemplo, colocou no final de seu desfile 15 portadores do HIV em protesto pelo preço e dificuldade de acesso aos medicamentos. Já o cenógrafo José Roberto de Godoy fez um protesto no Pavilhão da Bienal, em São Paulo. Nu, em meio a caixas de medicamentos, protestou contra a falta dos antirretrovirais. (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, 2005: 22-23, apud BARROS, 2016: 167).

Em meio às movimentações sociais, a Lei N°9.313 foi sancionada em 13 de novembro de 1996, estabelecendo as seguintes diretrizes:

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. § 1º O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde. § 2º A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado. Art. 2º As despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento (BRASIL, 1996:01).

Após essa formalização da distribuição de medicamentos para o controle de HIV em 1996, outras ações para a manutenção dessa política ocorreram no final dos anos 1990. Nessa direção, Jane Galvão (2002) descreveu a ocorrência de dois episódios, um em 1999 e outro

em 2000³⁷, que a compra dos medicamentos pelo Governo Federal correu o risco de ser suspensa pela falta de verba. A autora indicou a realização de passeatas e envio de e-mails às autoridades para garantirem a continuidade dessa política (GALVÃO, 2002).

Assim, esse processo de luta para distribuição de remédios para pessoas com HIV e por ações preventivas relacionavam-se com o aspecto basilar do SUS: a garantia universal da saúde como direito dos cidadãos brasileiros. Esses confrontos também foram postos em espaços institucionais conquistados pelas ONGs-Aids para discutirem estratégias de prevenção, os projetos junto ao Banco Mundial e o acesso ao tratamento. Nesse sentido, a resposta Nacional em Aids se constitui como uma experiência que também envolveu representantes da sociedade civil em espaços formais, tema do próximo subtópico.

2.1.3 A constituição do Programa Nacional de Aids e o Banco Mundial entre os anos 1980 e 1990

As Políticas Nacionais de enfrentamento à Aids foram constituídas por sujeitos de diferentes espaços, como médicos, cientistas, indivíduos já inseridos na burocracia do Estado, pessoas do campo político, associativo ou militante. Em âmbito Federal, elas iniciaram em 1985, sendo as primeiras ações centralizadas na definição dos casos. No ano de 1988, a Aids saiu da Divisão de Dermatologia Sanitária para a criação da Divisão Nacional de DST/AIDS sob o comando de Lair Guerra, que a conferiu mais autonomia ao ampliar suas ações e iniciar

³⁷ O quebra de patente dos medicamentos e o estímulo à produção nacional também foram debates importantes para o Brasil manter a política de distribuição. Um dos argumentos do Brasil para a possibilidade de romper patentes foi direcionado aos altos custos cobrados pelas companhias farmacêuticas internacionais, aspecto que poderia colocar em risco a continuidade da distribuição Universal via-SUS no Brasil. Essa discussão levou às tensões entre o Brasil e laboratórios internacionais, como destacados por Galvão (2018: 216) “em fevereiro de 2001, a questão de patentes ganhou as manchetes com notícias sendo veiculadas na mídia mencionando a possibilidade do Brasil quebrar as patentes dos medicamentos Nelfinavir, fabricado pela Roche, e Efavirenz, fabricado pela Merck, caso os laboratórios não reduzissem os preços (Paraguassú, 2001). Após intensas negociações, o MS conseguiu a redução de cerca de 60% no preço do Efavirenz.”. Além disso, os EUA entraram com pedido na OMC contra a abertura na lei brasileira para quebra de patentes condicionadas a certos abusos econômicos, que Galvão(2018: 216) demonstrou mediante o seguinte trecho: “o inciso 1 do parágrafo 1o do artigo 68 da lei brasileira de propriedade industrial, que permite o licenciamento compulsório de patente se o seu detentor ‘...exercer os direitos dela decorrentes de forma abusiva, ou por meio dela praticar abuso de poder econômico...’ (...). O Artigo 68 determina que somente poderá ser concedida a licença compulsória a um produtor local após o prazo de 3 anos da data de registro do produto. No processo (...) movido contra o Brasil, o Governo norte-americano argumenta que este Artigo da lei brasileira estaria violando os artigos 27.1 e 28.1 do Acordo de TRIPS – acordo sobre Direitos de Propriedade Intelectual, firmado pelo Brasil no âmbito da OMC”. A solução desse impasse foi um acordo bilateral, os EUA retiraram a queixa, depois de muita pressão, e o Brasil se comprometeu a consultar os EUA quando a necessidade de quebra de patente às fabricações norte americanas. A declaração da Assembleia Geral da OMC foi outro momento importante nessa discussão, que reconhecia a “prioridade da saúde em relação ao comércio e o direito dos países de promover a produção nacional de medicamentos ou de importar genéricos para garantir os programas de saúde pública” (GRANGEIRO, LAURINDO DA SILVA, TEIXEIRA, 2009: 92). Essas discussões foram importantes para o Brasil negociar os preços dos medicamentos com os laboratórios internacionais durante o início dos anos 2000, constituindo uma agenda nacional para continuar o processo de negociações em busca da quebra de patente.

um *modus operandis* próprio (BARROS, 2018). A partir disso, Lair Guerra direcionou o foco na estruturação do programa à prevenção e vigilância epidemiológica.

O espaço de diálogo com a sociedade na constituição de políticas em saúde, que já estava sendo discutido nas Conferências de Saúde e nos Conselhos, pode ser verificado na Comissão Nacional de Aids (CNAIDS). Ela foi criada em 1986 com o objetivo de assessorar, acompanhar a execução, participar da avaliação do Programa Nacional e “assumiu importante papel na formulação inicial da política, constituindo-se como um grupo de *experts* no assunto, de diferentes subespaços sociais [...]” (BARROS, 2018: 112). Segundo Barros (2018), o GAP-SP e a ABIA participaram desse momento da CNAIDS, tensionando as direções das políticas Nacionais de Aids em relação às campanhas de prevenção (BARROS, 2018).

Entre 1988 – 1989, o Programa Nacional constituiu o projeto “Previna – Prevenção e informação sobre Aids e outras DSTs”. Este tinha o objetivo de alcançar as mulheres prostitutas, usuários de drogas, presidiários, garimpeiros na Amazônia legal, homossexuais e crianças/adolescentes em vulnerabilidade social. A ênfase nesses grupos seguia os temas de recomendações de ONGs-Aids que compunham a CNAIDS, estes foram: Aids nos presídios (1987); estratégias com usuários de drogas (1988); Aids e prostituição (1988); Crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (1989) e projetos educativos a grupos homossexuais (1989) (BARROS, 2018).

No governo Collor, Barros (2018) destaca o entrave na implantação do SUS, perda de prioridade para Aids, falta de articulação da nova equipe da Divisão Nacional de Aids com as ONGs, ausência de reuniões da CNAIDS, transformações no Boletim Epidemiológico, início da distribuição do AZT e das negociações com o Banco Mundial. Com o retorno de Lair Guerra, em 1992, surgiram outras instâncias de assessoramento do Programa: “[...] comitê de vacinas, a comissão para estudos e ações no sistema penitenciário, o comitê de pesquisa, e um setor específico de articulação com as ONGs” (BARROS, 2018: 155).

As discussões sobre o esvaziamento e papel da CNAIDS em meio aos novos setores constituídos, levaram às modificações em sua estrutura e composição a partir de 1994, influenciadas pelo princípio da participação da sociedade na gestão do SUS através da Lei nº 8.142/90 (BARROS, 2018). Dentro disso, a representação das ONGs-Aids foi dividida em cinco representantes: dois do sudeste, dois do norte, nordeste e centro oeste e um da região sul, escolhidas no ENONGs. A CNAIDS passou a ter as seguintes atribuições:

1. Participar na formulação e dar parecer sobre a política de prevenção e controle das DST/Aids; 2. Discutir diretrizes a serem observadas pelo Programa Nacional através dos Planos Operativos Anuais; 3. Identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos; 4. Assessorar o Ministério da Saúde no desempenho das atividades do Programa Nacional de DST/Aids e participar do redirecionamento de estratégias; 5. Desempenhar papel de articulação política, mobilizando setores do governo e da sociedade civil para a luta contra a epidemia do HIV/Aids (BRASIL, 1994 apud BARROS, 2018: 158).

Entre 1994 – 1998, a Comissão discutiu sobre os testes rápidos, o tratamento com antirretroviral e estratégias para adesão; ações descentralizadas, fortalecimento da gestão, questões sobre direitos humanos em HIV/Aids, ensaio de vacinas e operacionalização do projeto AIDS I (BARROS, 2018). A participação das ONGs-Aids foi, principalmente, na constituição dos projetos ao Banco Mundial e às cobranças por tratamento (BARROS, 2018). A Lei nº 9.313, que garantiu a distribuição dos medicamentos, também foi fruto de articulações nesses campos institucionais (BARROS, 2009).

O financiamento do Banco Mundial foi sinalizado como importante para a consolidação do Programa Nacional na década de 1990, aspecto que fez a Aids ser categorizada como “prima rica da saúde”³⁸. Denominados AIDS I e AIDS II, os acordos foram executados com recursos destinados a quatro setores: Prevenção, Serviços, Desenvolvimento Institucional e Vigilância, Pesquisa e Avaliação. Esses recursos foram utilizados para expansão da cobertura assistencial e financiamento de projetos de ONGs, estimulando o diálogo com gays, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo (BARROS, 2009).

A Aids foi inserida nos objetivos do Banco Mundial na década de 1990 que passou a ver a doença como um entrave no desenvolvimento de alguns países (MATTOS E PARKER, 2013). Nesse sentido, o Banco a enquadrou como aspecto importante para combater a pobreza e ofertar ideias ao Brasil:

Apesar de o Banco enfatizar que a AIDS não é um problema de saúde, mas um problema do desenvolvimento, a AIDS tem sido tratada pelo Banco, no caso brasileiro, como parte dos empréstimos destinados ao setor saúde. De fato, a estratégia do Banco para o setor saúde, no Brasil, tem sido pautada por três eixos: oferecer empréstimos para expandir o acesso aos serviços básicos nas áreas mais pobres; oferecer conselhos políticos e realizar estudos para aumentar a eficiência e a eficácia do sistema de saúde; e oferecer recursos para projetos de controle de certas

³⁸ O termo “prima rica da saúde” aparece na literatura por meio de depoimentos de representantes de ONGs ou de coordenadores. Destaca-se a importância dos empréstimos do Banco Mundial, mas a literatura indica que para além de apontá-los como único elemento da concretização da Política de Saúde em Aids, era necessário refletir sobre a capacidade de gestão desses recursos (ABIA, 2011; BARBOZA, 2006; KADRI; SCHWEICKARDT, 2015; UNESCO, 2005). Para o argumento desse trabalho e todo levantamento da literatura em SUS, AIDS e ONGs; o termo reduz a constituição de assistência à Aids apenas aos recursos, esquecendo os elementos contextuais do SUS e das atuações das ONGs como importantes para tensionar os gestores.

doenças transmissíveis (WORLD BANK, 1998: 1 apud MATTOS E PARKER, 2013: 8).

Essas diretrizes favoreciam a expansão de serviços básicos de saúde, sendo a distribuição de medicamentos não recomendada pelo Banco. Após o Governo brasileiro implementar a política de distribuição universal de remédios através do SUS – com a intensa pressão das ONGS-Aids – o Banco Mundial continuou os empréstimos e ressaltou que os recursos não financiavam essa política, pois o tratamento era visto por este como responsabilidade individual (MATTOS E PARKER, 2013). Os conselhos políticos do Banco para não investir nessa política não foram seguidos pelo Brasil, dando continuidade à manutenção de distribuição de medicamentos, visto que o Brasil implantava um Sistema de Saúde com responsabilidade legal de contemplar as múltiplas dimensões da assistência.

As Ongs-Aids no Brasil, por meio do espaço conquistado na primeira gestão de Lair Guerra, entre 1985 – 1990, no Programa Nacional de Aids, também são indicadas como fortes atuantes no desenvolvimento dos projetos enviados para o Banco Mundial (MATTOS E PARKER, 2013). Essas entidades, dentro desse contexto e na medida em que a política Nacional de Aids às incorporava em sua constituição, passaram a atuar mediante parcerias com o Estado brasileiro. Este passou a financiar as ONGs-Aids a partir dos recursos oriundos do AIDS I e AIDS II, apontado pela literatura como gerador de mudanças nas relações entre ONGs e Estado (BARROS, 2018; GALVÃO, 1999; SOLANO, 2000):

Com o AIDS I (1994-1998), 181 ONGs receberam financiamento para 444 projetos na área de prevenção, nos quais foi mais importante a atuação dessas organizações, e 140 projetos de tratamento e assistência, superando a meta inicial de 261 projetos financiados, o que foi viabilizado devido à redução do teto de financiamento de U\$ 100.000 para U\$ 50.000, devido à constatação que poucas ou nenhuma das ONGs tinha capacidade para usar aquela quantia. No AIDS II (1999-2002) esse número foi ainda maior. Foram financiadas 795 instituições, que executaram 2163 projetos – 1709 de prevenção e 454 de tratamento e assistência (THE WORLD BANK, 2004 apud BARROS, 2018: 146).

O AIDS I, entre 1994 – 1998, tinha a finalidade de reduzir os casos de HIV e fortalecer estruturas públicas e privadas responsáveis pela Aids. Esse projeto contou com 250 milhões de dólares, sendo 160 do banco e 90 milhões do governo federal distribuídos em prevenção, expansão da rede, desenvolvimento institucional, pesquisa e avaliação. Estes são detalhados abaixo:

1. Prevenção (U\$93,9 milhões): programas de informação, educação e comunicação voltados para o público geral e grupos de alto risco; ampliação da capacidade de diagnóstico, aconselhamento, testagem e intervenções precoces; aquisição e distribuição de preservativos;
2. Serviços (U\$75,7 milhões): serviços de saúde para pacientes com HIV/aids e DSTs; integração de prevenção e serviços médicos ao

aconselhamento visando melhorar e reduzir os custos da assistência; 3. Desenvolvimento institucional (US\$42,3 milhões): treinamento de profissionais de saúde, melhoria de serviços laboratoriais e assistência técnica; e 4. Vigilância, Pesquisa e Avaliação (US\$14,6 milhões): 93 vigilância epidemiológica, avaliação do programa e estudos especiais, incluindo análises epidemiológicas, de custos, e impacto econômico do HIV/ aids (BEYRER; GAURI; VAILLANCOURT, 2005; THE WORLD BANK, 1993 apud BARROS, 2018:144).

O segundo acordo, que vigorou entre 1999 – 2002, contou com 165 milhões de dólares do banco e 135 milhões do governo federal para ampliar a assistência às pessoas com HIV, como os Serviços de Assistência Especializada (SAE), Hospitais Dias (HD), Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/ CD8+) e carga viral, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Além disso, os recursos foram direcionados para fortalecer a gestão de estados e municípios (BARROS, 2018).

Durante a implantação do Programa Nacional, o Pará organizava os primeiros passos em direção ao Programa Estadual de Aids, o qual também apontava articulações com as ONGs.

2.1.4 O Programa Estadual de Aids no Pará e as ONGs (1986 – 1999)

A criação de serviços de saúde para a assistência à Aids no Pará iniciou na gestão do governador Jader Barbalho, do PMDB, a partir de 1985 (DIÁRIO DO PARÁ, 24 out., 1985; SANTOS, 2019). O primeiro caso foi notificado pelo secretário estadual de saúde mediante a imprensa em outubro de 1985, que descreveu Agenor, uma pessoa com HIV, como homossexual e residente do bairro do Guamá³⁹ (SANTOS, 2019). Nesse momento, as estruturas de assistência hospitalar foram implementadas na capital Belém, sendo parte de um esforço para constituir espaços destinados ao tratamento e hospitalização de pessoas com quadro clínico grave.

A escolha do Hospital João de Barros Barreto⁴⁰, como a estrutura de saúde responsável pelo atendimento de casos de Aids no estado, foi informada pelo secretário de saúde Luiz Carneiro, em 1985. Essa informação é expressa no seguinte trecho:

³⁹ “O Guamá, em referência ao rio Guamá, é o mais populoso dos 48 bairros de Belém. Tem mais de 100 mil habitantes, compondo um dos perfis socioeconômicos mais carentes da capital. Sua fundação foi a partir da exclusão de pessoas com hanseníase - antes chamada vulgarmente de lepra - e doenças mentais, para uma área bem afastada do centro ocupado pelas elites” (FURTADO, 2019, p.01).

⁴⁰ O Hospital João de Barros Barreto tem sua fundação no bairro do Guamá, no século XX, relacionada à Tuberculose. Ele é indicado a partir de três fases: Sanatório de Belém, hospital e Hospital Universitário. A transformação em Hospital Universitário na década de 1990 a partir de um acordo entre o Estado e a

O hospital geral “Barros Barretos” servirá de unidade base para tratamento de pacientes acometidos de Aids – Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida. A informação foi prestada pelo Secretário de Estado de Saúde pública Luiz Loureiro Valle que de imediato tomou providências com relação à instalação de uma área de internação de pacientes de casos de Aids. Luiz Carneiro ao dar a informação salientou que a Sespa tinha eleito o hospital geral “barros Barreto” por se constituir num estabelecimento de excelente padrão[...] (DIÁRIO DO PARÁ, 24 out., 1985:07).

Os gestores de saúde estaduais seguiram justificando a seleção do hospital em função da experiência em doenças categorizadas como similares à Aids no período, como hanseníase e tuberculose. Laura Rosseti, secretária de saúde do estado em 1987, também destacou o hospital como detentor do maior número de leitos e mecanismos fundamentais para a defesa imunológica (DIÁRIO DO PARÁ, 25 fev., 1987). Junto dessa estrutura, o ambulatório da Unidade de Referência de Aids (URE-Aids) foi criado para atender as demandas da Aids na segunda metade dos anos 80 (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

As respostas estaduais priorizaram a assistência hospitalar, antecedendo os programas abrangentes de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica do Programa Nacional durante a década de 1990 (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). Essas estruturas de saúde, nesse período, trabalhavam com poucos leitos, serviços hospitalares de baixa resolutividade e improvisações de profissionais. Em 1989, o diretor do Hospital Barros Barreto sinalizou problemas relacionados à capacitação da equipe, disponibilização de remédios às doenças oportunistas e garantia de leitos específicos. As preocupações de Benedito Hélio, diretor do hospital, são expressas nos seguintes trechos:

Para receber os novos internos, o Hospital Barros Barreto aproveitou [...] a própria estrutura já existente. Nada foi acrescido à velha instalação [...] A equipe do hospital para o tratamento da Aids não está completa. Não há, por exemplo, um grupo composto de assistentes sociais [...] ou mesmo psicólogos para o acompanhamento [...] A ausência de um plano efetivo de controle do vírus, é provocada pela falta de aparelhagem, espaço e também de medicamentos de combate [...] (O LIBERAL, 14 mar., 1989:06).

A constituição da URE-Aids estava no contexto das AIS e do SUDS, experiências de descentralização que foram indicadas no relatório da Sespa como importantes para a reorganização administrativa. Noronha e Levcovitz (1994) apontam que as AIS elevaram um percentual de recursos em direção às secretarias estaduais e municipais entre 1981 a 1986, viabilizando ações estaduais em direção a rede ambulatorial. A URE-Aids, portanto, em um contexto que o Programa Nacional de Aids ainda estava nascendo, remete a essas

Universidade Federal do Pará, que passou a servir como campo de ensino e pesquisa para os cursos de saúde da universidade. Algumas doenças atendidas no hospital guardam históricos de estigmatização, como a tuberculose, hanseníase e aids (Cf. LEAL, MIRANDA, 2020; TAVARES, 2016; TAVARES, CARDOSO, SÁ, 2014).

experiências que ensaiaram a descentralização nos anos 1980. O SUDS também foi referenciado nos relatórios da Sespa, experiência sinalizada pela literatura como responsável pela transferência de recursos e funções do Inamps aos governos estaduais, priorizando a prevenção (ARRETCHE; NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

Durante os anos 1990, os serviços de saúde destinados a Aids em Belém também passaram por transformações. Em âmbito nacional, o SUS começou seu processo de implementação da descentralização e participação social para garantir um sistema universal, grupos da sociedade civil foram fortalecidos e o Programa Nacional direcionou as políticas de Aids para o Brasil, aspectos que favoreciam a extensão de assistência à doença (BARROS, 2018; TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). As políticas nacionais passaram pelas prioridades do Programa Estadual e nas ações da Coordenação Municipal de Aids de Belém.

O Programa de Aids no Pará foi apresentado no relatório da Sespa como setor em desenvolvimento entre 1990 e 1991. Ele era restrito ao Centro de Referência (URE-Aids), que funcionava em dois turnos, com equipe técnica de dois médicos infectologistas, três enfermeiras, dois assistentes sociais, dois psicólogos e um odontólogo. A retaguarda hospitalar do Hospital Barros Barreto, que ficava ao lado da URE-Aids, disponibilizava 11 leitos para Aids: dois para casos suspeitos, um para criança, um para mulher, sete para casos confirmados de adultos masculinos (PARÁ, 1990).

Nos relatórios de 1990 e 1991, a Sespa enfatizava ações educativas através de palestras, cursos, congressos, mesas redondas e fóruns (PARÁ, 1990; PARÁ, 1991). Essas intervenções eram direcionadas à disseminação de informações sobre prevenção e capacitação de profissionais de saúde para a Aids. Em 1990, a Sespa listou os cursos e palestras realizadas:

Curso sobre Aids para Auxiliares de enfermagem da rede hospital /capital; Curso sobre sexualidade, Dst/Aids para técnicos do centro de referência e treinamento de Aids; Curso sobre Dst/Aids em Ginecologia e Obstetria para médicos, durante o VIII congresso Médico da Amazônia (PARA, 1990: 04).

Sob a coordenação do médico Jeremias Santos Araujo Vieira, em 1991, a Divisão de DST/Aids expôs dados a realização de 40 palestras em colégios, empresas privadas e públicas. Além disso, o relatório indicava articulações entre a Divisão com secretários municipais, membros do comitê da Aids, ONGs e diretores de instituições hospitalares (PARÁ, 1991).

As parcerias do Programa Estadual com as ONGs foram sinalizadas como ponto chave no relatório de 1992. Destacaram-se os seguintes aspectos:

- Desenvolvimento das ações de vigilância e controle de doenças sexualmente transmissíveis e Aids, com a elaboração de projetos junto ao Ministério da Saúde e banco Mundial, no valor de US\$ 4.000.000,00 (quatro milhões de dólares) [...];
- Integração com as Organizações não governamentais (ONGs), nas atividades educativas e eventos voltados para as doenças sexualmente transmissíveis e Aids, com a capacitação de recursos humanos na capital e no interior do Estado (PARÁ, 1992: 35).

Esses financiamentos também favoreceram as ações do Paravidda, que reivindicaram dos gestores locais para constituição de serviços de saúde à Aids em Belém. Os membros do grupo sabiam desses repasses e pressionavam as autoridades locais para utiliza-los.

Diante disso, outro aspecto importante no campo de atuações das ONGs-Aids foi através das parcerias com autoridades de saúde mediante os recursos do Banco Mundial, que reverberaram na constituição do Programa Estadual do Pará indicado acima. Em âmbito Nacional, ONGs ocupavam os espaços de participação do Programa Nacional de Aids, pressionando por assistência à saúde e por inserção na construção das políticas. Além disso, esse capítulo apresentou os múltiplos setores e discussões sobre ONGs no Brasil e as suas ações através de várias estratégias. Categorizamos as atuações desses grupos em dois eixos: combate ao estigma e no campo da saúde pública. Neste segundo eixo, identificamos as conexões com as bases do SUS através da garantia universal de prevenção, tratamento, ampliação de serviços de saúde e participação social.

O Paravidda estava inserido nessa multiplicidade de ações, constituindo intervenções de acolhimento e diversas estratégias para enfrentar os estigmas; mas também pressionava os poderes locais responsáveis pelo Programa Estadual de Aids no Pará, participando de debates sobre a implementação dessas políticas.

As discussões do primeiro capítulo sobre o SUS e dos tópicos do segundo capítulo trazem elementos contextuais que se relacionam ao Paravidda em Belém e nos ajudam a delimitar a relação da Aids com o Sistema Único de Saúde. A política de descentralização buscou fortalecer a gestão local do sistema, que no Pará foi representado pela Sespa e Sesma. Esses elementos favoreceram a extensão da assistência em âmbito municipal, a defesa de políticas universais de saúde e a participação da sociedade. Além disso, a emergência de diversas ONGs, a formulação do Programa Nacional, o financiamento do Banco Mundial e a

conformação do Programa Estadual de Aids do Pará também influíram na expansão da assistência à doença. A pressão do Paravidda às autoridades locais se situam nesse contexto.

Capítulo 3. As atuações do Paravidda e o SUS em Belém: universalidade como direito e participação social (1992 – 2003)

O objetivo deste capítulo é demonstrar as ações do Paravidda em relação à ampliação da assistência à saúde para as pessoas com HIV em Belém entre 1992 – 2003. Esse propósito será contemplado mediante as discussões que a ONG compunha nos periódicos paraenses sobre prevenção, medicamentos, ampliação da assistência ambulatorial e hospitalar.

Esse processo enquadra o Paravidda como mais um ator na implantação do SUS-Belém nos seguintes aspectos: *A participação social* ao compor os debates sobre assistência à saúde em Belém; *A universalidade da saúde*, princípio do SUS relacionado ao direito do cidadão com HIV/Aids de ser assistido em suas diversas necessidades de saúde. A este princípio se subordinam diferentes ações, que vão da assistência e da organização assistencial, às ações de prevenção até o acesso a medicamentos.

3.1 As Ongs-Aids em Belém na década de 1990: o Paravidda

Além do GAPA-PA e Gempac, a construção do Paravidda ocorreu através de pessoas que reuniam na URE-Aids para difundir informações sobre a doença, apoiar pacientes e trocar experiências na capital paraense nos anos 1980. O nome Paravidda foi atribuído ao grupo durante os anos 1990, sendo Augusto Marques, Luiz Antônio da Silva e Maria Laurinda Silva Correia, atores-chaves no processo de constituição (CORREIA, 2021; SILVA, 2021; PARAVIDDIA, 1992, 1992-B).

Os depoimentos de Maria Laurinda Silva Correia e Luiz Antônio da Silva, conhecidos como Dona Laura e Lula respectivamente, apontaram diferentes motivações para a construção do grupo. Segundo o homossexual Luiz Antônio, o resultado positivo ao HIV foi propulsor para encontrar uma pequena reunião de apoio na URE-Aids, indicado por ele como o início do Paravidda:

Quando [...] eu descobri que eu era portador do HIV. [...] Eu me lembro que quando eu recebi a notícia [...] eu atravessei da rua Castelo pra Magalhães Barata sem olhar para lugar nenhum, como se não tivesse nada, atravessei do lado pro outro e pá! E fui andando, digerindo a ideia[...] Confirmado tudo, [...] Fui indicado para uma reunião pra falar sobre esses assuntos com outras pessoas que viviam, pra dizer assim: ‘tu não estás sozinho e tudo mais’.[...] Tinha umas cinco ou seis pessoas numa salinha pequena anexo ao Barros Barreto e [...] eu comecei a participar das reuniões. A cada quinze dias eu ia[...], conversava, falava, contava experiência, o que tava sentindo e tudo mais. A partir daí o grupo foi crescendo, crescendo e ficou pequeno lá a área para conversar, trazer as pessoas.[...] E aí a Eneida: “bem que poderia formar grupo”. Aí nós formamos [...] um grupinho de pessoas pra conversar. Eu arranjei no meu trabalho lá, uma sala. [...] Eu falei pra minha chefia naquela

época: “nós queríamos uma sala” e ela cedeu. Aí tal hora a gente se reunia por uma hora e tudo mais (SILVA, 2021:01).

Para Maria Laurinda, o início de sua trajetória no grupo decorreu do falecimento de seu filho adotivo pela Aids. Essa experiência a fez estudar, iniciar um curso técnico em enfermagem e ajudar na construção da entidade:

Eu mesma com um grupo de amigos, fundamos a instituição, devido nessa época ter uma demanda muito grande de pessoas contaminadas principalmente os homossexuais, que na época era [...] uma demanda muito grande. Eu cheguei até o paravidda, porque eu tive um filho de criação e ele foi passar um tempo fora e quando ele voltou, ele veio contaminado pra casa, aí era uma coisa que ninguém tinha tanto conhecimento, nem mesmo eu. Então eu comecei a participar, estudar muito, saber o que era, onde sabia que tinha palestra eu ia. Eu tive dificuldade com meu filho, eu tive preconceito? tive! [...] E eu não queria demonstrar isso, mas assim [...] eu consegui ficar com ele até o fim, sem preconceito, sem nada (CORREIA, 2021:01).

Os dois integrantes passaram por experiências distintas com o HIV até a formalização do Paravidda, Luiz Antônio carregava o vírus e os estigmas sociais, enquanto Maria Laurinda foi sensibilizada a partir da experiência dolorosa com seu filho, diferenças que resultariam em tensões internas nos anos seguintes.

Com a expansão da epidemia, as reuniões cresceram e o grupo passou a procurar outros espaços, sendo retirado de diversas casas alugadas quando a vizinhança e os proprietários conheciam o objetivo da ocupação. As dificuldades em relação aos espaços alugados foram mencionadas por Maria Laurinda:

Então a gente conseguiu alugar essas casas, coloca-los dentro, tivemos muito preconceito nas casas, nós saíamos de noite e quando chegávamos de manhã tava pinchada “fora aidéticos”. Aí a gente mudou pra uma segunda casa na Euclides Figueiredo. Lá tinha uma escolinha e nós éramos proibidos de passar na frente dessa escola, eles fizeram um abaixo assinado e a gente saía da casa, atravessava a rua e passava la pelo outro lado[...] a gente alugava casas, mas não dizíamos para o que era, a gente alugava no nome de alguns que colaboravam. Tinha uma moça que trabalhava na caixa e ela cedia o nome dela, eu cedia o meu (CORREIA, 2021:03).

Luiz Antônio descreveu aspectos similares ao ser questionado sobre os problemas iniciais do grupo: “[...] quando as pessoas descobriam que eram de portadores de HIV, aí [...] a vizinhança vinha em cima, tinha toda uma história [...] de contaminação [...]” (SILVA, 2021:02). Durante essa rotatividade, a ideia do nome Paravidda também foi narrada por ele: “Aí o primeiro nome é Parávida, porque é Pará e é Vida. Aí dissemos ‘não, mas por que Pará?’ Aí tiramos o acento do Pará e ficou Paravida e pra piorar mais a situação ‘Vamos colocar mais um ‘d’ nisso’ ” (SILVA, 2021:02).

A primeira assembleia oficial foi realizada em 27 de janeiro de 1992 para formalizar o grupo, constando 10 nomes na relação: o fotógrafo Luiz Antônio da Silva, a auxiliar de enfermagem Maria Laurinda Silva Correa, a professora Célia Maria Mattos da Cunha, as domésticas Valdeliz Matos Teófilo e Ângela Maria Torres da Costa, os estudantes Jorge Evandro de Amorim Matos e Silvia Helena Silva do Nascimento, o comerciante Oswaldo Mattos, o sociólogo Jocélio Jorge e o professor José Carlos Nascimento (PARAVIDDA, 1992-B). Ao longo do tempo, o grupo fez parcerias com a Ordem dos Advogados Brasileiros-Pará (OAB), membros do GAPA-Pa e Gempac.

Em meio à oficialização, os jornais também apresentavam as dificuldades da ONG em função do preconceito contra as pessoas com HIV (DIÁRIO DO PARÁ, 22 jun., 1992; 08 dez., 1993). Segundo a reportagem de 08 de dezembro de 1993 do O Liberal, o Paravidda passava por problemas relacionados ao seu espaço físico, constatados no seguinte trecho:

O Paravidda, grupo que presta serviços de informação sobre AIDS e cuida de pacientes portadores do HIV, foi notificado, pela proprietária do imóvel onde desenvolve as suas atividades, a desocupá-lo ao final dos primeiros seis meses de contrato, no próximo dia 19, Localizada na passagem Lemos [...] Atualmente, serve de residência para cinco portadores do vírus da Aids: J.R.A (33 anos), E.P.S (25 anos), L.X.B (28 anos) e suas duas filhas[...] A proprietária[...] teme que a locação para o grupo Paravidda desvalorize seu imóvel. Na verdade, a casa foi alugada para uma voluntária do grupo e sublocada para estes fins (O LIBERAL, 08 dez.,1993: 03).

Luiz Antônio da Silva, na mesma reportagem, relatava que a estratégia da ONG era alugar um espaço sem expor a finalidade “[...] para driblar as imobiliárias, que não concordavam com a finalidade da locação” (O LIBERAL, 08 dez., 1993:03). Essa estratégia também foi indicada por Maria Laurinda, referidas acima.

O grupo conseguiu se estabilizar no espaço ocioso do Governo do Estado no bairro do Jurunas, zona periférica de Belém, com o discurso de acolher apenas crianças abandonadas por conta do HIV a partir de 1994 (O LIBERAL, 15 nov., 1994: 3) (Ver Figura 6). Ademais, a casa de apoio também passou a abrigar “temporariamente pacientes adultos que vinham do interior para exames médicos ou que estavam em recuperação após alta hospitalar” (TEODORESCU & TEXEIRA, 2015: 270).

Figura 6 – Recorte do jornal O Liberal sobre a sede do Paravidda



(Fonte: O LIBERAL, 15 nov., 1994).

O processo de estabelecimento da creche foi narrado por Luiz Antônio e o Voluntário-1⁴¹ como estratégia para o governo do estado aceitar a proposta, mas a finalidade da organização era mais ampla:

Aí foi quando no governo de Carlos Santos, que [...] a esposa dele, tinha um lactário lá no jurunas. [...] Tava abandonado esse lactário [...] Fomos falar com ela e nós colocamos a ideia de crianças. Aí ela cresceu os olhos, de fazer uma espécie de uma creche. [...] E depois ela reformou o lactário [...] levamos as crianças para inauguração com a mulher do Carlos Santos lá, tudinho. Só que, logo após que ela sáisse, a gente entraria pela porta de trás e tudo mais. As crianças foram e depois veio o caminhão[...] ficou estacionado bem na porta dos fundos da creche. Aí inauguraram, fizeram a festa, bateram a foto, tudinho, bonitinho.[...] Quando eles saíram por uma porta, o povo entrou por outra. Entrou os portadores que já não tinha mais uma casa pra morar, já não tinha mais essa ideia de vida. Começamos a montar os quartos[...] Foi assim essa situação toda, até que nós revelamos a real situação e contamos pra primeira dama na época (SILVA, 2021:02-03).

O Voluntario-1 também indicou esse momento:

O Estado disse o seguinte ‘ Nós podemos liberar a casa, mas nós só podemos liberar a casa para criança, crianças vivendo, não adultos.’ O Problema é que nesse meio período, a casa que o lula tinha alugado e cedido para algumas pessoas vivendo, eles estavam sendo mandados embora. Então o que o Luiz fez? O governador foi lá, a esposa do governador foi lá, Carlos Santos na Época. Ela inaugurou a casa, arranjaram um monte de criança e quando elas saíram, O Luiz colocou [...] todos os Adultos (VOLUNTÁRIO-1, 2021:02).

Esses relatos apontam sobre como o processo de constituição do Paravidda foi demarcado por dificuldades relacionadas aos estigmas da Aids expostos no capítulo anterior.

⁴¹ Essa pessoa não autorizou a exposição de seu nome.

Isso também implicaria em obstáculos para as autoridades de saúde locais implantarem ações articuladas às reivindicações do conjunto de ONGs paraenses.

Os recortes de jornais, documentos institucionais da ONG e as fontes orais fornecem elementos para compreensão da formação desta. Os periódicos retrataram os entraves em relação aos espaços alugados e a constituição da creche, enquanto os documentos institucionais estabelecem marcos temporais pertinentes para demonstrar a fundação oficial. Os relatos de Luiz Antônio e Maria Laurinda nos permitem enxergar como experiências diferentes com o HIV encontraram um campo comum de luta mediante o Paravidda.

Esses membros buscaram reconstituir uma narrativa coesa e coerente, como um filme sem cortes e sem edição, como destacadas por Verena Alberti (2004) sobre uma entrevista de história oral:

[...] há nela uma vivacidade, um tom especial, característico de documentos pessoais. É da experiência de um sujeito que se trata; sua narrativa acaba colorindo o passado com um valor que nos é caro: aquele que faz do homem um indivíduo único e singular em nossa história, um sujeito que efetivamente viveu- e, por isso da vida a- as conjunturas e estruturas que de outro modo parecem tão distantes. E, ouvindo-o falar, temos a sensação de ouvir a história sendo contada em um contínuo, temos a sensação que as discontinuidades são abolidas e recheadas com ingredientes pessoais: emoções, reações, observações, idiosincrasias, relatos pitorescos. Que interessante reconhecer que, em meio a conjunturas, em meio a estruturas, há pessoas que se movimentam, que opinam, que reagem, que vivem! (ALBERTI, 2004:14).

Daniela Voldman (2006) pontua dois aspectos de depoimentos de pessoas vinculadas a grupos organizados: indivíduos que tentam minimizar os choques, as tensões no interior da organização; e aqueles que em algum momento deixam o grupo, vistos como contestadores. Partindo dessas observações, Maria Laurinda atenuou os conflitos internos quando narrou a constituição da ONG e a trajetória de sua atuação. O Voluntário-1 e Luiz Antônio apontaram tensões relacionadas à importância de uma pessoa com HIV assumir o protagonismo de ações vinculadas à Aids, gerando a necessidade da constituição da Rede de Pessoas Vivendo com HIV em Belém:

Com o tempo, eu consegui com muita luta ser vice-presidente do grupo, mas com muita dificuldade e com muita restrição eles me toleravam porque eu era questionador. Nesse meio tempo nós começamos a dar palestras para o grupo, íamos nas escolas nas escolas, dávamos palestras e o grupo conseguia alimento para o grupo. E também quando existia algum problema referente a medicação ou falta de atendimento éramos nós que dávamos a entrevista, mas como colaboradores do grupo paravidda. Até um dia que o Luiz chegou comigo e falou 'existe um movimento chamado RNP'. Ele falou que era uma rede, ela não tem nada documental, tem um grupo nacional e o Ministério da saúde apoia esse grupo. Da autonomia a essas pessoas para que elas saibam os direitos pra combater a discriminação, para elas terem uma oportunidade de assumirem a sua causa, então a

rede não aceita pessoas que não sejam HIV+. Quando ele falou isso [...] eu pulei e disse 'eu tô dentro' (VOLUNTÁRIO-1, 2021: 02).

Voldman (2006) chama atenção para outro elemento dos relatos, que não os desqualificam, mas nos faz entender como estes carregam características além da informação constatada neles, indicada no seguinte trecho:

Para o militante, sejam eles sindicalistas, políticos ou feministas, testemunhar, dar uma versão e uma visão do passado, formar para a história um ponto de vista sobre os fatos e permitir estabelecer a sua veracidade também é controlar posterioridade, ter domínio sobre a imagem que será legada à eternidade: em suma, deter ou acreditar deter a legitimidade de todo movimento (VOLDMAN, 2006: 258).

Em meio às tensões, imagens que os indivíduos constituíram em suas narrativas, dificuldades constatadas nos jornais e nos relatos orais, as fontes indicam a constituição do Paravidda nos anos 1990. Essa ONG, além das ações de acolhimento e solidariedade às pessoas com HIV, fazia parte de discussões sobre políticas públicas através de Seminários estruturados por um conjunto de setores durante 1990.

3.2 O Paravidda nos canais de participação: a prevenção e a ampliação de assistência na década de 1990

A participação social é um pilar na constituição de uma política de saúde local no âmbito do SUS. Esse princípio, como demonstrado no primeiro capítulo, foi constituído por meio de tensões e diálogos em espaços como a VIII Conferência Nacional de Saúde, processo constituinte e a regulamentação em 1990. Foi importante garantir a presença da comunidade como forma de superar os autoritarismos provenientes do período ditatorial, exercendo a cidadania em espaços democráticos e constituindo um sistema de saúde aberto às demandas da população. Por meio de intensa pressão do movimento sanitário aos vetos do presidente Fernando Collor de Melo, a lei nº 8.142 de 1990 foi promulgada com os artigos que regulamentavam o envolvimento da sociedade nos conselhos de saúde e conferências em âmbito municipal, estadual e nacional (ARRETCHE, 2005; CORDEIRO, 2001; GERSCHMAN, 2004; NORONHA; SOARES, 2001; MENICUCCI, 2007). De todo modo, a regulamentação desses espaços não impede de outros serem direcionados à presença da sociedade nos debates de saúde, pois a Constituição de 1988 formalizou um conceito amplo de participação (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, a construção das políticas de assistência à saúde voltadas para a Aids, em Belém, demonstra a sociedade civil exercendo a cidadania mediante outros espaços: os seminários. Estes reuniam representantes da Sespa, Sesma, Divisão Estadual, Comissão

Municipal de Aids, diretores de hospitais e as ONGs nos debates sobre a doença durante os anos 1990. Os seminários relacionados à Aids em Belém, articulam-se à diversidade de espaços públicos de discussões sobre saúde constituídos na década de 1990. Labra (2005) indica a participação para além dos conselhos de saúde e conferências, como consta no seguinte trecho:

Entre 1986 e 2003 [...] têm acontecido [...] inúmeros eventos de distinta natureza, como congressos, fóruns, encontros, seminários, oficinas, plenárias etc., que referendam a participação de representantes da sociedade civil em arenas onde fervilham propostas de novas políticas ou de reformulação das já implantadas, trocas de experiências e contatos entre grupos afins com vistas à formação de redes [...] (LABRA, 2005: 6109-6116).

O Paravidda, junto de outras ONGs, também enxergou a possibilidade de discutir as demandas de saúde das pessoas com HIV através dos seminários e encontros da RNP+. Neles, a entidade tensionou as instituições locais para garantirem o direito à saúde via três eixos: ampliação da assistência e ações de prevenção. Além disso, os principais jornais de Belém, mesmo com seus interesses e vínculos políticos, foram utilizados para ampliação dos debates travados nesses encontros.

Para a historiadora Tânia Regina de Luca (2009), metodologicamente, os jornais podem ser investigados a partir de dois eixos: a materialidade e o conteúdo. O primeiro aspecto solicita um esforço para buscar informações sobre os suportes materiais do impresso, sua aparência física (formato, tipo de papel, qualidade da impressão, capa, ilustrações), a forma de estruturação do conteúdo, a relação com o mercado, o público que desejava atingir. Sobre o conteúdo, é importante verificar as motivações de publicação, a constância do assunto no periódico, a coluna publicada, o destaque conferido, pois “[...] é muito diverso o peso do que figura na capa de uma revista semanal ou na principal manchete e o que fica relegado às páginas internas” (DE LUCA, 2009: 140). Por se tratar de um tipo de documentação constituído por um conjunto de pessoas, De Luca (2009) aponta para a importância de “[...] inquirir sobre suas ligações cotidianas com diferentes poderes e interesses financeiros, aí incluídos os de caráter publicitário” (DE LUCA, 2009: 140).

Partindo desses pressupostos, 20 publicações sobre os seminários foram destaques no caderno local do Diário do Pará e O liberal até 1998. Algumas publicações ocuparam páginas inteiras para informar os debates ocorridos, as reivindicações do Paravidda junto de outras

ONGs, informações sobre os serviços de saúde e avaliações dos seminários. Os títulos e posições dessas notícias constam no quadro a seguir⁴²:

Quadro 1 – Publicações sobre os seminários

Título	Ano / Jornal	Setores envolvidos	Posição da publicação
Preconceito contra aidético também é um mal incurável	1992 / Diário do Pará	Paravidda; Servidores da URE-Aids	Essas três notícias ocupam toda página 11 do caderno cidade
Campanhas ainda estão muito tímidas	1992 / Diário do Pará	Servidores da URE-Aids	
Voluntários da GAPA fazem denúncias	1992 / Diário do Pará	GAPA-PA	
GAPA quer hospital para criança aidética	1992 / Diário do Pará	GAPA-PA; Paravidda	Está em destaque e ocupa metade da página
Debates sobre Aids lotam o Centur	1992 / O liberal	Comissão Municipal de Aids; SESP; GEMPAC; Movimento de Promoção da Mulher; Movimento de Meninos e Meninas de Rua; MHB	Essas três notícias ocupam toda página 07 do caderno cidade
Entidades Cobram Preservativos da Sesp	1992 / O liberal	Paravidda; GAPA-PA; MHB	
Prioridades são outras, afirma Vieira	1992 / O liberal	SESPA	
Entidades pedem Apoio contra a Aids	1992 / O liberal	GEMPAC; Movimento de Promoção da Mulher;	Primeira notícia da 2ª página do caderno cidade

⁴² Para comprovar todos os títulos e os destaques conferidos pela imprensa paraense sobre os seminários, conferir Anexo F.

		GAPA; MHB	
Crise na Unidade de Aids da Sespa; Impasse começou com a distribuição do AZT	1992 / O liberal	Paravidda; GAPA-PA; MHB	Principal notícia da 7ª página do caderno cidade. Ela ocupa a maior parte da página.
Comissão leva reivindicações ao secretário	1992 / O liberal	ONGS	Uma pequena publicação ao final da 12ª página do caderno cidade
Comissão quer hospital onde doentes possam passar o dia	1992 / O liberal	Autoridades municipais; Paravidda; GAPA;GEMPAC	Terceira publicação de destaque na 5ª página do caderno cidade
Desmistificação da doença é tema discutido em seminário	1993 / Diário do Pará	Comissão Municipal de Aids	Terceira publicação da coluna central da página
Aids em discussão a partir de hoje	1993 / O liberal	Paravidda; GAPA-PA; MHB; GEMPAC;Comissão Municipal de Aids; Prefeitura de Belém; Luiz Moot	Notícia com um pequeno conteúdo publicado na parte superior da 1ª página do caderno cidade
Aids: roubalheira atrapalha prevenção	1993 / O liberal	Paravidda; GAPA-PA; MHB; SESMA	Publicação na parte superior da página
Polêmica agita debate sobre Aids	1993 / O liberal	Paravidda; GAPA-PA;GAPA-SP MHB; SESMA	Essas três notícias ocupam toda página 03 do caderno cidade
Preço da Camisinha amedronta carente	1993 / O liberal		
Advogada destaca avanço na	1993 /		

área de direito	O liberal		
AIDS: seminário repercutiu bem	1993 / O liberal	Comissão Municipal de Aids	Publicada ao lado superior esquerdo da 3ª página do caderno cidade
Crescem casos de Aids em mulheres casadas	1994 / Diário do Pará	Comissão Municipal de Aids	Principal notícia da página 07 do caderno cidade
Seminário vai debater a Aids no Pará	1994 / O Liberal	Paravidda; GAPA-PA;GAPA-SP; GAPA-RS; GEMPAC; MHB; SESMA; SESP	As notícias principais da página 04 do caderno Gerais
Centro de Apoio e orientação em janeiro de 95	1994 / O Liberal		
Pouca Participação no Seminário de Aids	1994 / O Liberal	Paravidda; GAPA-PA;GAPA-SP; GAPA-RS; GEMPAC; MHB; SESMA; SESP	Publicação ao centro da página do caderno cidade
Discriminação aumenta o flagelo da Aids	1995 / Diário do Pará		Principal publicação da página 07 do caderno cidade
Pacientes de Aids recebem ajuda de uma nova arma	1996 / O liberal	Médicos	Principal publicação da página 07 do caderno atualidades
Portadores do HIV se encontram	1998 / O liberal	RNP+; Paravidda; GAPA-PA; GEMPAC; MHB; SESMA- Helena Brígido	Publicação de pouco destaque, situada em uma coluna pequena na página 13 do caderno atualidades

Portadores de Aids Sofrem discriminação	1998 / O liberal	RNP+; Paravidda-Luíaz Antônio da Silva	Publicação situada ao lado direito inferior da página 12 do caderno atualidades
---	------------------	--	---

(Fonte: jornal O liberal e Diário do Pará).

Esses encontros e sua divulgação na imprensa paraense, constatados acima, foram campos estratégicos de debate de um conjunto de atores, inclusive o Paravidda.

A partir de 1992, a imprensa indicava o Paravidda nos debates sobre a assistência à saúde para Aids. O I seminário municipal, em 16 de novembro de 1992, foi realizado pela Comissão de combate à Aids da Sesma com apoio da Universidade Federal, Fundação Cultural Tancredo Neves, Companhia Vale do Rio doce, Petrobrás, Defesa Civil Municipal, Secretaria Municipal de Educação e Cultura e Sespa. Lourdes Jucá, coordenadora do encontro, afirmou que o objetivo era informar a sociedade, relatando um alto número de inscrições. Ao descrever a mesa de abertura, Lourdes Jucá destacou a participação do secretário de saúde municipal Roberto Cruz, o coordenador técnico da Sespa Izamir Araújo, o diretor da Divisão Estadual Jeremias Araújo e representantes das ONGs-Aids (O LIBERAL, 17 nov.,1992; DIÁRIO DO PARÁ, 17 nov.,1992; 18 nov.,1992).

Figura 7 – Recorte do jornal O Liberal sobre O I Seminário Municipal



(Fonte: O LIBERAL, 17 nov.,1992).

No I seminário, Soter Sarraf, de 49 anos, identificado como voluntário do GAPA e do Paravidda, sinalizou a negligência da Sespa no fornecimento de preservativos masculinos em Belém. (O LIBERAL, 15 nov., 17 nov.,1992; DIÁRIO DO PARÁ, 17 nov.,1992; 18 nov.,1992). O Coordenador estadual demonstrava interesse à prevenção através de ações

educativas, indicados nos anexos referente à Aids nos relatórios da Sesp (PARÁ, 1991, 1992). Assim, ele discordava da distribuição de camisinhas, como destacado a seguir:

Perguntado sobre quais são as prioridades, ele respondeu que a prevenção da doença deve ser feita através de ações educativas. Segundo Jeremias Vieira, a aquisição de camisinhas tem um custo alto para a Sesp. Indagado sobre como prevenir a proliferação da Aids entre os grupos que fazem do sexo seu meio de vida- como prostitutas, os prostitutas homossexuais-, o médico disse: ‘ esse é um raciocínio que o sistema não pode amparar. Se uma pessoa é promíscua, o estado não pode ampará-la [...] (O LIBERAL, 17 nov., 1992: 07).

A barreira levantada por Jeremias Araújo para essa estratégia de prevenção também era permeada por elementos associados à Aids durante a década de 1990: os estigmas. O coordenador reproduziu o argumento da doença se caracterizar como responsabilidade individual daqueles que tinham práticas “promíscuas”, referindo à homossexualidade e à prostituição. Esse aspecto também constituiu entraves nas primeiras respostas em Belém. (AGUIAR JÚNIOR, 2016; BARATA, 2006; DANIEL; PARKER, 2018; DIAS, 2012; GONÇALVES, 1989; NASCIMENTO; VIANNA, 2013; RAMOS, 2016; SANTOS, 2019; SILVEIRA NETO, 2014; SOUZA, 2014; VIANNA, 2018; VITIELLO, 2009).

A cobertura do I Seminário foi executada pelos dois jornais como um espaço de discussões, informações e tensões entre ONGs-Aids. Em contrapartida, o jornal O liberal manteve informando as movimentações do Paravidda e de outras entidades para que o Coordenador Estadual, Jeremias Araújo, implementasse ações de prevenção e ampliasse a assistência ambulatorial e hospitalar.

As forças políticas que pareciam harmoniosas nas ações listadas nos relatórios da Sesp no capítulo anterior, demonstram divergências nos jornais. O debate sobre como pensar a prevenção no Programa Estadual reverberou em outras notícias publicadas após a finalização do encontro. Através das publicações, Rosemary Goes, médica e coordenadora da URE-Aids em 1992, sinalizou a falta de autonomia da Unidade em relação a Jeremias Araújo. Além disso, ONGs como GAPA, MHB e Paravidda discordavam da política de prevenção e apontavam o coordenador como inapto ao cargo. Esses conflitos resultaram em reuniões entre servidores da URE-Aids, ONGs e Coordenação da Divisão Estadual, destacando a pressão para a mudança do coordenador (O LIBERAL, 21 nov., 1992: 07).

José Carlos Machado, representante da Sesp, não comentou as posições de Jeremias Araújo no Seminário Municipal, mas discorreu no jornal a seguinte posição:

não respondo pelas declarações dele, mas concordo num ponto: hoje, a sespa tem restrições de recursos. Temos que discutir quais são as nossas prioridades: se garantir vacinas como a tríplice, a Sabin e outras, ou distribuir camisinhas para prevenir AIDS. A prioridade é a tríplice e a Sabin, porque camisinha se encontra em qualquer farmácia (O LIBERAL, 21 nov.,1992: 07).

O Paravidda participou das reuniões em conjunto dessas entidades e discordou sobre as prioridades relatadas pelo representante da Sespa, porque segundo Luiz Antônio “Quando metade da população do Estado estiver infectada pelo vírus da Aids, a Sespa terá que arrumar dinheiro para comprar medicamentos e garantir o tratamento dos doentes. E isso vai custar muito mais caro do que comprar camisinhas” (O LIBERAL, 21 nov.,1992: 07) (Ver figura 8). As ONGs-Aids, mesmo não tendo respostas favoráveis dos representantes da Sespa, reafirmaram a postura de alerta sobre os recursos da Aids para o Projeto Sentinela. Essa verba constava no relatório da Sespa de 1992 e estava vinculada à transferência do Programa Nacional.

Figura 8 – Recorte do jornal O Liberal sobre reuniões com representantes da Sespa⁴³



(Fonte: O LIBERAL, 21 nov.,1992).

As reuniões com os secretários de saúde foram assinaladas no depoimento de Luiz Antônio como outra estratégia de ação para reivindicar também por extensão da assistência em Belém. Esse aspecto é demonstrado no seguinte trecho:

Em reuniões com o secretário de saúde [...] não ia só o Paravidda, por exemplo, ia o Gapa. Aí só vai um grupo de pessoas né, aí foi o GAPA, o MHB, o Paravidda [**qual era a pauta da reunião?**] Era o medicamento e o melhoramento da estrutura da unidade, porque a unidade se tornou pequena. A unidade tinha um espaço quadrado, onde tinha a sala do assistente social, a sala dos médicos e o atendimento (SILVA, 2021:06).

⁴³ Luiz Antônio é o segundo da esquerda para a direita.

Esses embates políticos de propostas e perspectivas para o Programa Estadual de Aids em 1992, influenciou no afastamento de Jeremias Araújo e a alocação do médico Reinaldo Carvalho Barros na coordenação, este aparecendo como diretor da Divisão Estadual em 06 de dezembro de 1992 (O LIBERAL, 06 dez., 1992). No entanto, sua nomeação no Diário Oficial do Estado do Pará é confirmada na Portaria de nº 20 de 28 de Abril de 1993 (DIÁRIO OFICIAL, 30 abr., 1993).

Para garantir a universalidade da saúde em Belém, o comitê municipal de Aids de Belém, formado por representantes institucionais e ONGs, defendeu a construção de um hospital onde pessoas pudessem passar o dia, a garantia de leitos em outros hospitais conveniados ao SUS e atendimento em nível ambulatorial com a aquisição de medicamentos em quantidade suficiente. A lógica era pensar em formas para ampliar a cobertura de assistência em Belém, indicados nos trechos abaixo:

Entidades não-governamentais, técnicos da Sesma e da Sesp e pessoas interessadas no assunto sugerem, por exemplo, a garantia da aquisição de medicamentos em quantidade suficiente para atender à “ crescente progressão da epidemia”. Pedem, ainda, a reciclagem dos profissionais que atendem aos pacientes de AIDS, a garantia de exames aos pacientes (como ultrassonografias e raio-x), assistência jurídica aos portadores do vírus, presença de psicólogos no Hospital Barros Barreto, garantia de verbas para a pesquisa e de representantes da sespa no Ministério da Saúde. Dentre as propostas constam, ainda, a garantia de atendimento, pelo SUS, dos pacientes em nível ambulatorial [...] Como observou Lourdes Jucá, os pacientes de AIDS só são atendidos ambulatorialmente na Unidade de Referência Especializada da SESPA: Até por falta de equipamentos, além da desinformação sobre o mal, os profissionais de saúde dos postos não atendem a casos de AIDS (O LIBERAL, 05 dez., 1992: 5).

A partir dessa proposta encaminhada ao jornal O liberal, aspectos da assistência hospitalar em Aids começaram a ser publicados nos jornais. Sobre isso, as matérias traziam posições de Ernani Mota, representante da Sesp; Reinaldo Barros, diretor da Divisão Estadual; Elisa Sá, diretora do Hospital Barros Barreto. As informações apontavam preocupações sobre como a assistência hospitalar em Aids estava sendo implantada, aspecto que o Paravidda e uma rede de atores sociais sinalizaram em suas reivindicações.

A exclusividade do Hospital Barros Barreto em atendimentos complexos foi justificada pela preparação da equipe e sua estrutura, mas a descentralização para outros hospitais e unidades básicas se configurava como pauta. Luiz Antônio, do Paravidda, assinalou a estigmatização da doença como outro impedimento à descentralização de atendimentos, constatados no seguinte trecho “[...] nenhum paciente de Aids será atendido pela maioria dos hospitais da rede privada, conveniada e oficial se confessar que tinha HIV[...]” (O LIBERAL, 06 dez., 1992: 10). Diante disso, Ernani Mota admitia que a existência

de um único hospital para Aids reforçava o preconceito e as dificuldades na descentralização para outros hospitais: “Já fizemos um trabalho de convencimento, mas enfrentamos a resistência não dos hospitais, mas dos médicos” (O LIBERAL, 06 dez., 1992: 10). Elisa de Sá destacou a necessidade de descentralização no atendimento, mas enquanto isso não ocorria, o Barros Barreto estava preparado para as complicações em Aids (O LIBERAL, 06 dez., 1992).

A continuidade das reivindicações da ONG por prevenção, assistência ambulatorial e hospitalar nas páginas do O liberal e a ausência destas no Diário do Pará após o I seminário, nos faz inquirir sobre o que Tânia de Luca (2006) denomina de mediações políticas e econômicas dos periódicos. O jornal O liberal foi comprado pelo grupo Maiorana em 1966, quando iniciou um processo de modernização gráfica e profissionalização da equipe. Ele liderava o mercado em Belém na década de 1970, tornando-se líder de vendas durante três décadas e chegando aos anos 2000 com um decréscimo em função dos investimentos de marketing realizados pelo Diário do Pará. A família Maiorana⁴⁴, a qual o jornal é vinculado, destaca-se como “jogadora” política e econômica da região, fazendo seu apoio se tornar importante nos processos eleitorais paraenses. O jogo político dessa família tendia a favorecer os candidatos do PSDB, que a colocava em embates com o jornal Diário do Pará (CASTRO, 2012; SANTA BRÍGIDA, 2019).

O Diário do Pará iniciou sua circulação em 1982, interligado ao grupo de comunicação chefiado por Jader Barbalho⁴⁵. Nos anos 2000, o jornal assumiu uma polarização política com o O Liberal, ao passo de disputar as vendas com o grupo Maiorana, gerando ampla circulação no mercado local e crescente expressão política (CASTRO, 2012).

O jornal Diário do Pará, vinculado aos barbalhos, não publicou as tensões das ONGs com o coordenador da Divisão Estadual, estendidas para além do I seminário Municipal, presentes nas publicações do O liberal. Nesse sentido, a ação do Paravidda e de um conjunto de setores articulados eram interessantes para o jornal O liberal fazer emergir as fragilidades do governo de Jader Barbalho na saúde, característica conjuntural paraense que favorecia as reivindicações das ONGs-Aids no periódico.

O II seminário municipal de Aids também reuniu a sociedade civil, Sesma, Sespa e representante do Prefeito de Belém, em 06 de dezembro de 1993 (O LIBERAL, 06 dez., 1993:

⁴⁴ Rômulo Maiorana assumiu o jornal e sua família deu continuidade à sua administração, que se tornou um complexo empresarial com emissoras de rádio, televisão e o jornal impresso (HOHLFEDT; VALLES, 2008).

⁴⁵ Um nome que apresentou atuações políticas no estado do Pará. Foi Governador entre os anos de 1983-1987; 1992-1994 (VERBETE, 2022).

05). Luiz Antônio, do Paravidda, continuou pontuando a problemática de apenas a URE-Aids e o Hospital Barros Barreto fornecerem serviços de assistência à saúde para complicações da Aids em todo Estado do Pará, defendendo a expansão da rede. Em sua fala destacada no jornal, relatou as dificuldades no tratamento às pessoas com HIV no setor público: “Luiz Antônio deplora que apenas um hospital em Belém, o Barros Barreto, com 14 leitos, e um ambulatório, o Centro de Referência da Sespa, estejam aparelhados para atender os portadores de HIV” (O LIBERAL, 08 dez., 1993: 03).

O Paravidda e outros grupos estabeleceram articulações nesses dois seminários, que envolviam a garantia de ações preventivas, ampliação de atendimentos ambulatoriais-hospitalares e a criação/manutenção de canais para sociedade civil compor os encaminhamentos, estes publicados no jornal O liberal:

O II seminário Municipal sobre AIDS terminou anteontem, no centur, deixando como saldo o início de uma nova briga [...] As entidades ligadas à questão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids querem, agora, que as propostas aprovadas no último dia do seminário sejam postas em prática. Entre essas propostas estão a criação de fóruns locais de discussão permanente sobre o problema e a implantação de uma política de ação para DST/ AIDS [...] As propostas aprovadas ao final do encontro expressam também a necessidade de realizar novos seminários municipais, anualmente, e de garantir a implementação e ampliação das ações desenvolvidas pela Comissão Municipal de AIDS. Quanto ao estabelecimento de uma política de ação para as DST e AIDS, o documento afirma que ela deve se basear na garantia dos direitos de cidadania, na elaboração de uma política de recursos humanos capaz de suprir as necessidades do trabalho interdisciplinar e na garantia da realização de trabalhos educativos que abranjam todos os segmentos da sociedade (O LIBERAL, 10 dez., 1993: ilegível).

Enquanto o jornal O liberal continuava retratando as reivindicações no II seminário, o Diário do Pará destacou apenas o teor informativo do evento (DIÁRIO DO PARÀ, 8 dez., 1993). Entre o III e o V seminários, realizados entre 1994 a 1996, os jornais paraenses apresentaram um aspecto comum: os conflitos perdem espaço e as notícias passam a divulgar os avanços na assistência à Aids em Belém.

A constituição de outras estruturas de saúde para Aids foi anunciada junto do III seminário em dezembro de 1994. Autoridades de saúde da secretaria municipal reportaram da seguinte forma:

Até janeiro do próximo ano, Belém pretende criar o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), que fará o teste gratuitamente e garantirá o anonimato dos pacientes. Esse projeto é fruto da parceria entre Prefeitura de Belém e Ministério da Saúde e terá profissionais treinado no Rio de Janeiro. Outro projeto é o serviço de atendimento ao portador de HIV-Aids (SAE), com profissionais treinados em Brasília. O objetivo é descentralizar o atendimento ambulatorial para o telégrafo (O LIBERAL, 06 dez., 1994: 04).

O relatório da Sespá de 1994 indicava a implantação de ações do Projeto sentinela, que poderiam estar relacionadas ao COAS previsto para 1995 (PARÁ, 1994). No entanto, o secretário de saúde de Belém anunciou a inauguração para 1996 no IV seminário municipal, ocorrido em dezembro de 1995 (DIÁRIO DO PARÁ, 13 dez., 1995).

Reinaldo Barros, em uma reportagem no jornal O liberal, explicou que havia um projeto no Banco Mundial com recursos liberados pelo Ministério da Saúde. Esses seriam destinados às estruturas responsáveis pela testagem, articuladas com ações de prevenção. Em suas palavras na reportagem, Reinaldo Barros mencionou:

Já há inclusive um projeto aprovado pelo Banco Mundial, com recursos liberados pelo Ministério da Saúde, para que a Sespá ofereça exames para detectar o vírus da Aids de forma massiva e gratuita.[...] Aprovado em agosto passado, o projeto está orçado em US\$ 3.3 milhões e será executado em três anos. Deste total, US\$ 2,6 milhões serão destinados à Sespá e o restante será repassado diretamente ao município de Belém. A verba será usada na prevenção dos casos de AIDS, nos serviços de vigilância epidemiológica e para o desenvolvimento das instituições que ajudam no combate e na prevenção da doença (O LIBERAL, 02 dez., 1994: 3).

A implantação do COAS se relacionava à necessidade de fortalecimento da vigilância epidemiológica, base assistencial para o encaminhamento às estruturas de atendimentos mais complexos. O SAE colocava o município como responsável por um atendimento ambulatorial, que somava aos atendimentos da URE-Aids na esfera estadual. Essas duas estruturas estavam articuladas ao programa AIDS I do Ministério da Saúde, como apontou Reinaldo Barros na fala acima. Além desses recursos, a experiência local de descentralização mediante a NOB-93 e 96 implicou, mesmo com críticas e limites, na reorganização administrativa das esferas locais e transferência de recursos para ampliação da assistência.

Durante a constituição do COAS e o SAE – estruturas que aparecem como respostas às discussões realizadas por múltiplos grupos articulados nos seminários municipais, entre eles o Paravidá – Belém não estava enquadrada em gestão semiplena. Segundo Arretche (2005), a esfera estadual assumiria a gestão da atenção básica de saúde quando os municípios não fossem enquadrados na gestão semiplena. Isso nos leva a compreender que o COAS e o SAE demonstram articulações e gestão do estado, este acumulou fortalecimento institucional por meio da NOB-93 e durante a década de 1980 com as AIS e SUDS. Os próprios recursos foram citados nos relatórios da SESPÁ em 1992 e nos jornais, que seriam repassados para a esfera municipal instalar o serviço em Belém (PARÁ, 1992; O LIBERAL, 02 dez., 1994).

Previsto para 1995, o COAS foi inaugurado no dia 15 de março de 1996. Em nota para o jornal Diário do Pará, a coordenadora da Comissão municipal de Belém reforçou a

importância do Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Aids para concretizar essa estrutura:

A prefeitura de Belém inaugurou, ontem de manhã, o Centro de orientação e apoio sorológico Claydson Rodrigues (COAS). O Coas é mais um serviço de saúde instalado pela Sesma, em parceria com o Ministro da Saúde, através do Programa Nacional DST/Aids, com o objetivo de realizar exames para identificar os portadores do vírus HIV. O centro, que homenageia a primeira criança vítima de Aids, que morreu em 1989, fará os exames gratuitamente, de segunda à sexta das 7h30- 13h30 (O LIBERAL, 16 mar., 1996: 7).

Esse centro municipal de Belém tinha o objetivo de articular suas ações com a URE-Aids e SAE, que foi implantado em 1995 na Unidade Básica de Saúde do telégrafo.

Além do COAS e SAE, os relatórios da Sespa, em 1996 e 1997, indicaram serviços que estavam em discussões pelas ONGs nos seminários, como 4 leitos/dia na URE-Aids. Esses leitos faziam parte da implementação do Hospital Dia, evitando a internação no Hospital Barros Barreto e auxiliando o atendimento das pessoas com HIV em Belém. Segundo a Secretária de Saúde do Estado:

O Hospital- Dia permite ao paciente ficar na Ure-Aids por um período durante o qual recebe medicamentos e todo o tratamento que precisa, evitando sua internação no Hospital Barros Barreto. Esse período não ultrapassa um dia. Por enquanto, o Hospital-Dia está funcionando com quatro leitos, mas o projeto prevê oito. Para isso, será utilizado um prédio anexo à Unidade, que também pertence ao Estado. Orçado em 35 mil reais, o Hospital Dia envolve recursos do Ministério da Saúde e do Governo do Estado (O LIBERAL, 07 jul., 1997:05).

A partir de 1997 com a eleição do Prefeito Edmilson Rodrigues do PT, Helena Brígido foi designada para a coordenação municipal de Aids em Belém. No depoimento colhido, ela sinalizou que o SAE do município possuía problemas em relação à distância do Hospital Barros Barretos e ao espaço físico:

No ano que eu fui pro SAE do telegrafo, ele era minúsculo em relação a Ure-Aids. E o ambulatório de Aids funcionava lá. Aquilo tava me incomodando muito, a gente não tinha espaço e era mais difícil internar pacientes, porque a Ure-Aids era colada no Barros, então a gente encaminhava logo pra lá. O SAE do telegrafo era do município. Ficou distante fisicamente, a gente tinha que mandar pra central de leitos e era aquela confusão (BRÍGIDO, 2021:03).

Incômodos com esse serviço também passaram pelo depoimento de Luiz Antônio do Paravidda:

[...] a parte de baixo era uma UBS e a parte de cima para a Aids, mas a recepção era única. Aí sempre com aquela delicadeza dos funcionários “ quem é da Aids sobe”, “ quem é da UBS vai pra Ca”. Era nesse nível. Aí nós passamos a discutir isso. Nós precisávamos de um espaço melhor, de uma mudança (SILVA, 2021:08).

As posturas relatadas acima não garantiam o sigilo das pessoas com HIV em um contexto que a revelação implicava em cerceamentos às pessoas.

A estratégia do Paravidda para estimular o debate público sobre ampliação da assistência à Aids foi direcionado para outro espaço na segunda metade dos anos 1990. O I Encontro da RNP+ do setor norte foi organizado por uma comissão composta por Antenor Chaves, Jaime Siqueira, Joaquim Barbosa e Luiz Antônio da Silva, com objetivo de promover intercâmbio de informações entre as pessoas com HIV do norte do Brasil. Esse Encontro reuniu pessoas do Amazonas, Amapá, Acre, Rondônia, Roraima e Pará; assim como representantes do Paravidda, Gempac, GAPA-Pa e MHB. O jornal O Liberal destacou o resumo desse evento, indicando as questões pontuadas por Luiz Antônio em relação a ampliação da assistência às pessoas com HIV e as dificuldades categorizadas como próprias da região amazônica. Esses aspectos foram indicados no trecho a seguir:

Luiz Antônio da Silva (Lula) diz que o portador do vírus HIV que mora na Amazônia não possui os mesmos privilégios do portador residente nas regiões Sul e Sudeste. Ele é mais discriminado pela sociedade, denuncia Lula, e muitas vezes são obrigadas a driblar as dificuldades [...]. Ser soropositivo no Pará emendou Luiz Antônio, não é fácil. A começar pelo tratamento dispensado pela Sespa [...] Como nos últimos dois anos registrou-se um crescimento assustador no número de casos de pessoas contaminadas com o vírus, disse Lula, torna-se necessária a construção de mais uma unidade de referência especializada em Aids (O LIBERAL, 20 mar.,1998: 05).

Demonstradas no capítulo anterior, o Pará possuía desigualdades em relação as condições de locomoção e grandes distâncias da capital Belém, características que dificultavam o acesso aos serviços de saúde concentrados nesta. A ampliação da assistência na capital paraense era importante, como pontuado acima, assim como a necessidade do Estado em lidar com a demanda do interior. Essas questões estiveram presentes em trechos do depoimento de Luiz Antônio sobre o I Encontro da RNP+:

vamos fazer um encontro, vamos convidar todos os portadores que já frequentam o paravidda e convidar médicos, enfermeiros, assistentes sociais, infectologistas que existiam na época né, aí chamamos também o governo em si. [...] discutíamos também como o Estado ia ajudar essas pessoas que estavam vindo do interior, que a aids já não era uma questão da capital paraense, era uma questão dos 144 municípios. Como ia se fazer uma política para ajudar essas pessoas virem e voltarem pra sua cidade e poder se tratarem. [...] depois desse encontro chamamos a imprensa e falei um pouco da questão (SILVA, 2021:05).

O Voluntário-1 também mencionou esse outro campo de atuação constituído pela RNP+, Paravidda, GAPA e outras organizações:

E nós fizemos o primeiro encontro [...] Durante esse processo do encontro, nós falamos sobre cidadania, preconceito, discriminação, O GAPA deu um apoio muito

grande pra gente. Enviaram advogados e uma assistente social. Nós levamos o pessoal da OAB. Passamos todas as informações. Nosso grupo[RNP] se fortaleceu, por exemplo, quando faltava medicação. Era nós que íamos pra mídia e a gente denunciava (VOLUNTÁRIO-1, 2021:03).

Em meio aos debates entre um conjunto de frentes sociais que o Paravidda participou ao longo dos anos 1990, a nova coordenadora, Helena Brígido, destacou como avaliava o atendimento ambulatorial para começar a pensar outro espaço de assistência em 1998. O projeto do Centro de Atenção à Saúde para Pessoas com HIV (Casadia) foi uma iniciativa da coordenação municipal em diálogo com as ONGs e apoio do Programa Nacional. Em suas palavras, a constituição da Casadia foi por meio do seguinte caminho:

Eu escrevi o projeto da Casadia. Então eu coloquei lá no papel. Casadia era ambulatório de Aids, assistência domiciliar e hospital dia. Envolvia os três serviços no município. [...] E o Edmilson fez a casa da mulher, a casa do idoso, a casa bucal, a casa mental e a casa dia. Casa significa (Centro de atenção a saúde). A gente não quis colocar casa aids por conta do estigma, então quem deu o nome de casadia fui eu e a Lilian Franco, que na época era meu braço direito nas ações. Dia estava relacionado ao Hospital Dia. [...] Os recursos humanos era a prefeitura que dava e os medicamentos das infecções oportunistas, mas a estrutura de mesa, cadeira era o projeto que ia dar[...] (BRÍGIDO,2021:03).

E ela continua:

Eu fui em Brasília, fui pra várias reuniões[...] E aí fui procurar um local, porque o projeto havia sido aceito. Nós tínhamos reuniões frequente com as organizações não governamentais. [...] O que a gente tinha? GAPA, paravidda, MHB [...] O paravidda era a Dona Laura. A gente reunia e pedia para fazer documento para encaminhar para o secretário. A gente chegava e dizia “olha, conversei com as ONGs e elas pediram isso, isso e isso (BRÍGIDO,2021:03).

A construção dessa estrutura em 1999 também foi favorecida pelo fortalecimento das instâncias de saúde locais e pela implementação do AIDS II via Programa Nacional. Dessa forma, Belém se adequou à categoria semiplena a partir de maio de 1996, aspecto que pode ter acumulado força institucional para a secretaria municipal expandir os serviços. Entre os compromissos que os municípios assumiriam para obter essa habilitação, os seguintes poderiam levar a ampliar a assistência em Belém: “[...] ampliar a capacidade gerencial de planejamento, avaliação e controle dos serviços de saúde.” (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999: 39). Esse conjunto de requisitos levaria o município a uma série de competências, dentre elas “a titularidade sobre autorização de credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados e filantrópicos; gerenciamento da rede ambulatorial” (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999: 39).

Em 1998, Belém foi habilitada em um novo pacto da descentralização: A NOB-96. Este instituiu dois enquadramentos assistenciais: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e

Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), demonstrados no primeiro capítulo. Essas habilitações fortaleciam as estruturas de saúde municipais para gerenciar os serviços, principalmente a rede ambulatorial. Dentro disso, a reformulação do SAE e sua ampliação para o ambulatório municipal Casadia, em 1999, também se articulavam com esse preparo institucional acumulado na secretaria municipal de Belém desde o enquadramento à gestão semiplena, em 1996.

Assim, a Casadia foi inaugurada em 1999 para desafogar os atendimentos do Hospital Barros Barreto com os seguintes serviços: internações, visitas a domicílio de pacientes que tinham dificuldades de locomoção e assistência ambulatorial (O LIBERAL, 22 set., 1999). A problemática estava relacionada ao horário de atendimento que não cobria o turno noturno e os fins de semana, aspecto também presente na URE-Aids do Pará. Uma nota no jornal O liberal sinalizou o Barros Barreto como a única assistência durante as noites e aos finais de semana (O LIBERAL, 22 set., 1999: 05; 27 out., 1999: 05). O relatório dos recursos do AIDS II, que cobriam os anos de 1998 a 2001, demonstrava um único Hospital Dia na Região Norte, este seria a Casadia em Belém (BRASIL, 2001).

Figura 9 – Imagem de inauguração da Casadia



(Fonte: O LIBERAL, 27 out., 1999).

Luiz Antônio da Silva e Maria Laurinda Correia, membros do Paravidda no período que o ambulatório passou a funcionar, destacaram características do funcionamento dessa estrutura. Correia relatou que “se tivesse com paciente ruim, mandava ele pra casadia e ele passava o dia todo lá. A Ambulância vinha buscar. Passava o dia todo lá, no soro e médico. Pela noite a Casadia mandava pro Paravidda e de manhã cedo ele voltava.” (CORREIA, 2021). Luiz Antônio, quando questionado se havia participado das discussões, respondeu “Não. Era uma questão muito governamental [...] Se criou um projeto bonito de atendimento. No início, tudo mil maravilhas. O problema das políticas governamentais é que elas não tem

continuidade [...] Quando você cria alguma coisa, uma ponte, eu tenho que manter essa ponte” (SILVA,2021:13).

A expansão da assistência à Aids para a Casadia ocorreu em meio às discussões nos Seminários e o Encontro da RNP+ , eventos onde várias organizações, incluindo o Paravidda, participaram para reivindicarem ações preventivas, assistência ambulatorial e hospitalar. Esse momento de ampla discussão influiu na movimentação das autoridades locais – Jeremias Araújo, Reinaldo Barros e Helena Brígido – para atender as necessidades comunicadas nos encontros e publicadas nos dois principais jornais mediante 20 matérias. Nesse sentido, O COAS foi constituído como base para a prevenção, o SAE e leitos inseridos na URE-Aids⁴⁶ para assistência ambulatorial curativa. Em 1999, Helena Brígido ampliou o SAE municipal durante as constantes demandas sinalizadas, constituindo a Casadia em Belém. As respostas aos setores sociais locais também se articularam com três aspectos favoráveis: uma articulação nacional de ONGs-Aids, o fortalecimento do Programa Nacional e o processo de descentralização do SUS.

A participação do Paravidda nesses eventos, também nos faz considerar a constituição da assistência à Aids como uma experiência relacionada à implementação do princípio de participação popular e saúde como direito universal no SUS em Belém. Gershman (2004), ao estudar os movimentos sociais no processo de implantação de políticas de saúde entre as décadas de 1970 a 1994, considera que a formulação e implantação de políticas sociais não são exclusivas de representantes estatais. Partindo dessa autora, a presença do Paravidda nos seminários pode ser considerada fundamental para “[...] ampliação do exercício da política, levando ao interior do Estado uma problemática que dele estava ausente, ao mesmo tempo que aproximou das decisões relativas à política de saúde tradicionalmente reservadas ao Estado os destinatários da mesma” (GERSHMAN, 2004: 250).

Além disso, a ONG participou de debates sobre medicamentos e leitos na capital paraense. Para chamar a atenção das autoridades de saúde sobre esses dois aspectos, o grupo também utilizou a imprensa como canal de denúncias diretas.

⁴⁶ A URE-Aids passou a ser chamada de Unidade de Referência Especializada em Doenças infecciosas e Parasitárias (URE-DIP). Esse nome apareceu nos jornais a partir de 1999 (O LIBERAL, 27 abr., 1999).

3.3 A luta por medicamentos para HIV em Belém (1992 – 1999)

Eduardo Cortês, coordenador do Programa Nacional, formulou um plano de aquisição de medicamentos para a Aids em 1990. Estes passaram a ser distribuídos por meio das coordenações estaduais e alguns municípios, tendo que cumprir o critério de notificação dos casos. Em Belém, a coordenação estadual assumiria essa responsabilidade, visto que os acumulos administrativos na Sespa com experiências pré-SUS a constituía como ator local mais organizado no momento.

No seminário de Aids realizado em 1991, o medicamento AZT⁴⁷ foi sinalizado. O médico Jeremias Santos Vieira relatou que havia chegado 72 frascos para a distribuição no Pará através da URE-Aids em Belém. Segundo as falas de Jeremias Vieira nos jornais de Belém, os critérios estavam relacionados ao quadro clínico específico, como “[...] febre, diarreia, perda de peso e já tenha contraído doenças ‘ oportunistas’” (O LIBERAL, 29 nov., 1991:03). O depoimento da médica infectologista Helena Brígido, integrante da equipe da URE-Aids na década de 1990, sinalizou o momento da chegada do AZT em Belém:

[...] nós tínhamos um problema em relação a falta de medicamento, que[...] o governo na época se quisesse fazer alguma coisa, não podia fazer nada até porque nós não tínhamos antirretrovirais. Não existia Cd4 carga viral. Não era porque o governo não quisesse. O exame demorava muito, porque só era o Evandro Chagas que fazia. Nós não tínhamos muitas pessoas capacitadas para acompanhar os pacientes internados (BRÍGIDO, 2021).

Ela mencionou também os critérios similares aos apontados nos jornais em 1991:

[...] nós começamos a fazer na Ure-Aids o primeiro tratamento antirretroviral. Aí apareceu o primeiro medicamento, qual era? o AZT. No dia que foi anunciado que nós tínhamos o AZT, a maioria dos pacientes foi pra Ure-Aids dizendo assim: ‘eu quero o meu medicamento’, porque era o único que tinha. Chegou a medicação via coordenação Estadual de DST Aids e foi pra lá. Qual era o critério? Tinha que estar doente. Por quê? Porque não tinha uma quantidade suficiente para todos, então o critério era: se tivesse doente, começava a tomar; se tivesse assintomático, não tomava (BRÍGIDO, 2021).

As reportagens do jornal O liberal traziam problemáticas na aquisição de medicamentos para pessoas com HIV na capital paraense, como na notícia de 26 de novembro de 1995: “A diretora da unidade, Maria Roseana Cardoso, ressentia-se da falta de medicamentos básicos para distribuir aos pacientes ‘Fica difícil atender a todos os casos, principalmente os mais graves, encaminhados ao Hospital Barros Barreto’” (O LIBERAL, 26 nov., 1995:05).

⁴⁷ “AZT ou ZDV, um dos primeiros nucleosídeos da transcriptase reversa (NRT) aprovados pela Food and Drug Administration (FDA)—a agência de vigilância sanitária dos Estados Unidos da América— em 1987, é um medicamento utilizado para retardar o desenvolvimento da AIDS” (UNAIDS, 2017:10).

Novos medicamentos reacenderam as discussões em âmbito nacional sobre o alto custo do tratamento, que levou o ministro Carlos Albuquerque alegar a inexistência de recursos para aquisição. Pedro Chequer, o coordenador do Programa Nacional de 1996, junto à ONGs e profissionais da saúde também somaram forças para mobilizar um debate público que, como demonstrado no segundo capítulo, implicou na aprovação da Lei nº 9.313/96 para consolidar formalmente a distribuição das novas combinações de medicamentos via SUS.

Em Belém, o Paravidda também lutou pela manutenção da qualidade dessa política de distribuição nos anos seguintes. Ao longo de sua implementação, a Lei de 1996 estabeleceu legalmente uma política que revolucionou a qualidade de vida das pessoas com HIV e se configurou como uma política universal de distribuição de medicamentos. Para a garantia disso, o Paravidda protagonizou denúncias sobre a efetividade dessa política ao longo dos anos 1990 em Belém. Além disso, cobravam serviços de saúde para efetivar a qualidade do tratamento.

No relatório de atividades da Sespa de 1997 constava a introdução dos medicamentos antirretrovirais no controle do vírus e a implementação dos exames de CD4⁴⁸ e carga viral (PARÁ, 1998). Em uma reportagem do Diário do Pará, Helena Brígido explicou como seria implantada a distribuição da nova combinação de medicamentos, sendo a realização da contagem de CD4 como importante para acompanhar a taxa de vírus e o acompanhamento da eficácia do tratamento:

A distribuição e o conseqüente tratamento serão feitos na Unidade Referência Especializada em Aids, situado junto ao Hospital Barros Barreto, na Rua Barão de Mamoré, 271. A aplicação do coquetel não será indiscriminada, não só pela escassez dos medicamentos, como pela necessidade médica da ampliação correta dos mesmos. Os doentes, inicialmente, serão submetidos a uma avaliação clínica e a duas espécies de exame de sangue. Um, denominado Contagem de CD4, para se verificar quantas células estão afetadas por mm³ de sangue. O outro, denominado Quantificação de Carga Viral, Para apurar qual a quantidade de vírus por ml de sangue. Os exames de sangue serão feitos no Instituto “Evandro Chagas” (DIÁRIO DO PARÁ, 19 nov., 1996: ilegível).

Esses exames foram apontados por Maria Laurinda como pauta de reivindicação do Paravidda:

⁴⁸ “[...] glóbulos brancos que organizam e comandam a resposta diante dos agressores. Produzidos na glândula timo, eles aprendem a memorizar, reconhecer e destruir os microrganismos estranhos que entram no corpo humano. O HIV liga-se a um componente da membrana dessa célula, o CD4, penetrando no seu interior para se multiplicar. Com isso, o sistema de defesa vai pouco a pouco perdendo a capacidade de responder adequadamente, tornando o corpo mais vulnerável a doenças” (BRASIL,2022: 01).

Eu lembro uma vez que a gente foi brigar por causa da carga viral. Todo mundo tinha e a gente não tinha esse exame de carga viral, que ela detectava a quantidade de vírus que tu tinhas. Nesse dia da carga viral, eu juntei uma galera na Avenida Nazaré. Olha, nós fizemos um “festival”. Gente, não demorou uma semana e esse governo assinou a carga viral. [...] Nós fechamos a avenida Nazaré e fomos rumo à imprensa. Nós gritávamos, “Queremos carga viral, queremos carga viral!” (CORREIA, 2021:08).

Entre 1997 e 1999, a ONG utilizou o jornal O liberal como campo estratégico para chamar atenção das autoridades de saúde sobre a falta de medicamentos. Entre as três denúncias, duas destacaram o Paravidda diretamente e a outra sinalizava atuação conjunta com o GAPA-Pa.

Em 23 de Julho de 1997, Maria Laurinda do Paravidda denunciou as insuficiências das autoridades de saúde na distribuição de medicamentos. A reportagem apontava um atraso de 40 dias e que essa dificuldade era constante, fazendo o grupo recorrer com frequência à imprensa de Belém para cobrar soluções dos responsáveis por essa política pública de saúde:

O grupo redigiu uma carta a ser encaminhada ainda esta semana à Sespa. No texto, assinado também pela diretoria do Paravidda, o grupo oficializa o pedido de explicações para falta de medicamento, básico para a composição do “coquetel da vida”. O AZT é o mais importante elemento para os que dependem do ‘esquema triplice’- composto que combina em média três medicamentos entre antirretrovirais e inibidores. ‘Desde que o Estado passou a oferecer o medicamento, há cerca de um ano, esta é a quarta vez que o AZT fica escasso. É um fato que já está se tornando rotina. Não é a primeira vez que temos que procurar a imprensa para que alguma coisa seja feita. Para nós está claro: está muito difícil aceitar as várias justificativas que os portadores vêm recebendo na unidade de referência’, disse ontem a presidente da Paravidda[...] (O LIBERAL, 23 jul., 1997: 08).

Figura 10 – Recorte do jornal O liberal sobre falta de medicamentos



(Fonte: O LIBERAL, 23 jul., 1997: 08).

Na figura 10, vemos Maria Laurinda, do Paravidda, como comunicadora das cobranças em relação à falta de medicamentos para pessoas com HIV em Belém. Essa matéria

ocupou metade da página do caderno “Atualidades” do jornal, tendo uma chamada de destaque para o assunto tratado.

Esses problemas também foram referenciados em setembro de 1997, em uma reportagem que retratava a precariedade de serviços prestados pela URE-Aids, classificando o evento de julho de 1997 como uma negligência administrativa estadual. Essa outra reivindicação no jornal O liberal inseria falas do Paravidda e do GAPA-Pa como ONGs que estavam na luta pela garantia dessa assistência (O LIBERAL, 27set., 1997: 07).

Segundo o jornal O liberal, em janeiro de 1998, a crise de 1997 na distribuição de medicamentos foi associada à ausência de repasse do relatório de demanda realizada pela Sespa: “A própria Sespa informou que o funcionário que enviava os relatórios da demanda do Pará saiu de férias e ninguém remeteu o documento ao Ministério da Saúde, que deixou de repassar parte dos medicamentos” (O LIBERAL, 16 jan., 1998: 08). Teodorescu e Teixeira (2015) indicam que o ano de 1997, a distribuição de medicamentos ainda era realizada de forma irregular, aspecto que podem estar relacionados às fragilidades e denúncias do Paravidda.

Luiz Antônio, do Paravidda e RNP+, denunciou a dificuldade de acesso a esses medicamentos, relatando a seguinte passagem “As cotas desses remédios chegam em quantidade insuficiente para os portadores”. Segundo ele, as pessoas com HIV estavam “[...] mais de 15 dias sem tomar o coquetel dos medicamentos[...] O motivo[...] é a falta desses medicamentos nas farmácias e postos de saúde da cidade” (O LIBERAL, 21 abr., 1999:05).

Figura 11 – Recorte do jornal O liberal sobre insuficiência de medicamentos



(Fonte: O LIBERAL, 21 abr., 1999:05).

Diante disso, a vice-diretora da URE-Dipe relatou que os remédios para o controle do HIV e doenças oportunistas haviam chegado a Belém após 30 dias de atraso (O LIBERAL, 27 abr., 1999). Em 1999 e 2000, como demonstrados no segundo capítulo, houve um risco na continuidade do fornecimento de medicamentos em função da falta de verbas, gerando ampla movimentação nacional de ONGs-Aids para garantir a manutenção da política pelo Ministério da Saúde (BARROS, 2015; GALVÃO, 2002). Essas dificuldades poderiam estar reverberando nas questões sinalizadas por Luiz Antônio do Paravidda e RNP+.

O depoimento de Maria Laurinda indicava a imprensa como um campo de atuação importante para movimentar as autoridades locais de saúde à garantia de medicamentos. Ela pontuou as seguintes estratégias de ações:

Primeiro a gente marcava audiência. Aí ia e tá! Se não tivesse acordo, eu dizia pra ele [Benedito Hélio]⁴⁹, que geralmente era o intermediário. Aí às vezes ele dizia ‘olha, eu vou marcar com o secretário pra senhora ir’. Tô tentando lembrar o nome do secretário que brigava que só com ele, mas não tô lembrado o nome dele. Aí eu dizia ‘olha Doutor Benedito, tantos dias eu vou pra imprensa!’ Ele dizia: ‘Não! A senhora não faça isso, porque a senhora me prejudica’. Aí eu respondia ‘mas o senhor me prejudica também’ [ele diz] ‘Não sou eu que lhe prejudico. É a secretaria! Agora, eu queria que a senhora entendesse, Dona Laura, que eu não posso bater de frente com a secretaria, eu sou um funcionário’. A gente ia, a gente batia de frente e íamos pra imprensa! Era só o que a imprensa queria nesse tempo, aí eu ia pra lá [...] eu achava interessante que quando passava dez dias chegava aquele estoque (CORREIA, 2021:07).

O voluntário-1 também enfatizou o uso da grande mídia para pressionar as autoridades de saúde:

eu me lembro que faltou uma medicação minha na época. Eu respondi ‘tá e aí?’. O Pessoal da farmácia ‘não sei. a gente tá aguardando’. Aí nós fomos lá na secretaria, na sespa.[...] A gente falou ‘sim, mas quando é que vai resolver isso?’. A gente percebeu que nós não tínhamos uma resposta. Chegamos a conclusão de que o único jeito era ir pra mídia. Aí você sabe que quando nós chamamos os jornalistas, eles vêm que vem né. Aí geralmente depois de uma semana normalizava (VOLUNTÁRIO-1, 2021:08).

Mesmo diante dessas dificuldades, os membros do Paravidda também destacaram a importância da distribuição dessas novas medicações reafirmada na Lei de 1996. Maria Laurinda pontuou da seguinte forma: “Mudou muito a qualidade de vida deles, porque o AZT, como ele era a única medicação que tava disponível, provocava muitos efeitos colaterais.” (CORREIA,2021). Na mesma linha, o Voluntário-1 reportou essa conquista:

Eu me lembro que a medicação chegou comigo e disse assim ‘existe uma nova esperança’ e eu disse ‘qual?’. Existem medicações chamadas coquetel, que estão sendo fabricadas nos EUA. O Valor seria equivalente a 800 reais. E eu falei ‘ah eu

⁴⁹ Benedito Hélio foi diretor do Hospital Barros Barreto e da URE-Aids.

vou morrer'. Eu não tenho condições de comprar um medicamento desse mensalmente. Eu confesso que não fiquei animado com respeito a isso. Logo depois essas medicações chegaram (VOLUNTÁRIO-1,2021:05).

Essas denúncias do Paravidda eram outras estratégias de atuações, consideradas pelos membros do grupo como eficazes para as movimentações das autoridades locais. Esse espaço do jornal *O liberal* às demandas, pode estar relacionado ao que Mariana Barbosa (2007) sinaliza no seguinte excerto sobre a imprensa a partir dos anos 1980:

[...] a eclosão do chamado jornalismo investigativo, fazendo dos profissionais espécie de investigadores do cotidiano, numa clara estratégia de natureza política; a radicalização do que alguns autores chama 'jornalismo cidadão', ou seja, a visão construída de que a ação cotidiana da imprensa deve ter uma utilidade social, servindo aos 'interesses concretos dos cidadãos, ajudando os leitores a enfrentar dificuldades quotidianas" (ABREU:2000,45 apud BARBOSA, 2007: 221).

Dentro disso, o espaço cedido pelo jornal *O liberal* podia estar vinculado aos interesses de trazer questões cotidianas da sociedade para construir um jornal útil à população. Entretanto, deve-se pontuar que a presença dessa temática se alinhava à necessidade de conquistar novos públicos para consumir o jornal, pois este também estava vinculado aos objetivos mercadológicos (BARBOSA, 2007).

Em meio à ampliação de ações de prevenção, distribuição de medicamentos e assistência ambulatorial, o Paravidda e outras ONGs-Aids continuaram utilizando a imprensa para levar demandas em relação a tratamentos de alta complexidade como responsabilidade e dever das autoridades de saúde, influenciando no planejamento da reorganização assistencial para a Aids entre 2000 – 2003.

3.4 O Paravidda e a assistência hospitalar: a luta por leitos em Belém (2000 – 2003)

Através dos pactos de descentralização dos anos 1990, as diretrizes do SUS incidiram para uma política de saúde municipalizada com ênfase em serviços básicos (ARRETCHE, 2006; ARRETCHE E MARQUES, 2001). Esse processo constituiu um cenário local em Belém, principalmente a partir de 1997, favorável a expansão da rede básica na capital, inclusive para Aids. Além disso, o Programa Nacional também priorizou a atenção básica e o tratamento via distribuição universal dos antirretrovirais, demonstrados nos tópicos anteriores (BARROS, 2018; TEODORECU E TEIXEIRA, 2015).

A literatura aponta a concentração de assistência hospitalar em grandes municípios, que na Amazônia legal, em geral, são as capitais (LIMA, MACHADO, 2008; OLIVEIRA, 2006; OUVENEY, NORONHA, 2017). Como vimos, Belém também centralizava os

serviços hospitalares para Aids, que eram restritos ao Hospital Barros Barreto. O acesso a eles era desafiador em um estado com desigualdades internas em relação à mobilidade e distâncias elevadas entre alguns municípios, destacados no primeiro capítulo.

Nesse sentido, a ONG continuou reivindicando por tratamento hospitalar através da extensão de leitos no hospital de referência em Belém, em outros hospitais da capital e interior do estado. O Paravidda, a OAB, o Ministério Público e GAPA-PA levaram cobranças pela extensão de leitos para a Aids ao jornal O liberal, publicadas através de 15 matérias entre 2000 – 2003 (ver quadro 2).

Quadro 2 – Publicações sobre o debate em relação à falta de leitos para Aids

Título	Ano	Setores envolvidos	Posição da publicação
1 – Soropositivos querem mais leitos para o atendimento	2000	Paravidda – Luiz Antônio	Situada na 3º página do caderno local. Inserida ao lado da publicação principal da página
2 – Falta de Leitos leva pacientes de Aids à morte. Grupo Paravidda denuncia que hospitais públicos e privados negam internações	2002	Paravidda – Maria Laurinda Correia; OAB-PA; Ministério Público	Publicação principal do caderno cidade. Inserida acima de outras publicações
3 – Falta de Leitos para Aids fica sem solução	2002	Paravidda – Maria Laurinda Correia; Ministério Público	Publicação posicionada na fileira central de notícias. Inserida ao centro da 6ª do caderno cidade
4 – Santa Casa e Hospital de Clínicas já oferecem leitos para doentes de Aids	2002	Paravidda – Maria Laurinda Correia; OAB-PA; Ministério Público	Publicação posicionada na fileira central de notícias. Inserida abaixo da primeira notícia dessa fileira

5 – Hospitais públicos ainda resistem em oferecer vagas para pacientes com Aids	2003	GAPA-PA; ONGs-Aids	Publicação com título reduzido, mas inserida como parte da publicação principal do caderno cidade.
6 – Tratamento de Aids terá mais leitos no Pará	2003	SESPA	Principal publicação da 8ª página do caderno de saúde
7 – Resolução garante aumento de 160% no número de leitos para aidéticos	2003	SESPA	Terceira publicação na coluna central de notícias da 8ª página do caderno cidade
8 – Leito para paciente de Aids virou promessa. Paravidda denuncia, OAB-PA ameaça recorrer e SESMA diz que está resolvido	2003	Paravidda – Maria Laurinda Correia; OAB-PA; Ministério Público; SESMA	Primeira matéria da 7ª página do caderno cidade
9 – Paciente de Aids terão leitos no interior	2003	Coordenação Municipal de DST/Aids	Primeira matéria da 6ª página do caderno saúde
10 – Pacientes de Aids morrem à espera de leitos	2003	Paravidda – Maria Laurinda Correia; OAB-PA;	Primeira matéria da 6ª página do caderno saúde
11 – Portador do vírus HIV terá mais leitos. Sesma tem 30 dias para aumentar número de vagas na rede pública	2003	Paravidda – Maria Laurinda Correia; SESMA	Primeira matéria da 6ª página do caderno cidade
12 – Sespa espera até dia 10 abertura de leitos exclusivos para pacientes de Aids	2003	Paravidda; SESPA	Última notícia da 6ª página do caderno cidade

13 – Hospitais não atendem ao MP em acordo sobre leitos	2003	Paravidda; SESPA; SESMA	Notícia com um conteúdo reduzido. Fora da coluna principal de publicações.
14 – Aumenta o número de leitos para doentes de Aids no Pará	2003	Paravidda; OAB-PA; Ministério Público; SESMA; SESPA	Situada ao início da 2ª página do caderno cidade.

(Fonte: Jornal O liberal⁵⁰).

Sendo assim, o jornal O liberal publicou a comunicação do Paravidda sobre insuficiência dos leitos na capital em 31 de Maio de 2000:

Nos últimos 15 dias, a falta de leito teria levado à morte três portadores do vírus HIV em Belém. A denúncia foi feita ontem por integrantes do Paravidda, ong que atende doentes de aids[...] Segundo Luiz Antônio, o aumento do número de leitos foi insignificante, se comparado ao crescimento dos casos no Pará. Atualmente são cerca de 4 mil soropositivos no Estado, dos quais 1.700 já desenvolveram a doença, 87% deles me Belém. ‘ Enquanto isso, o número de leitos passou de dois para 20’. ‘O hospital Barros Barreto não suporta mais essa demanda, em função da falta de investimento’ (O LIBERAL, 31 mai., 2000:5).

Além disso, o acesso a outros hospitais públicos esbarrava nos estigmas sobre a doença:

A única forma de reverter o problema seria estender o atendimento a qualquer hospital público conveniado com o SUS, o que para os representantes do Paravidda não acontece por causa do preconceito. ‘ A alegação é que os hospitais não estão preparados para nos atender[...] Na avaliação dos integrantes do Paravidda, se os hospitais públicos abrissem as vagas acabaria o problema de leitos no Barros Barretos. ‘ Hoje, a gente fica sorteando para saber quem está mais grave do que o outro. O que é um absurdo porque não precisamos de leitos especiais ou isolamento. [...] ‘Somos pacientes do SUS e se fôssemos atendidos não teria tantos pacientes vindo a Belém. ’ (O LIBERAL, 31 mai.,2000:5).

Assim como o Paravidda, a representante da Sesma reafirmou a necessidade de expansão da assistência hospitalar para o tratamento de pessoas com complicações de Aids:

A secretaria Municipal de Saúde enviou um fax à redação explicando que o Hospital Barros Barreto possui 24 leitos para cobertura de internações aos pacientes de aids. “Ao município cabe encaminhar o paciente para o leito disponível. Portanto, o número de leitos disponíveis pelo SUS atende de forma pouco satisfatória a

⁵⁰ As imagens dessas publicações estão anexadas.

demanda. Seria necessário o governo do Estado cumprir sua responsabilidade, através da abertura de leitos nos hospitais Ofir Loiola, Hospital de Clínicas e Santa Casa[...] (O LIBERAL, 31 mai., 2000:5).

Nos anos seguintes, a ONG, a OAB-PA e o GAPA-PA utilizaram a imprensa para divulgar a seguinte denuncia: “Falta de leitos leva pacientes de Aids à morte. Grupo Paravidda denuncia que hospitais públicos e privados negam internações” (O LIBERAL, 05 mar., 2002: 07). Neste caso, Maria Laurinda Correia acionava a necessidade de tratamento a partir do trecho abaixo:

[...] outros dois pacientes se encontram em estado de coma e pré-coma devido à demora na internação. O primeiro já obteve leito, há 15 dias, no Hospital Barros Barreto e, o segundo, que não é mais capaz de reconhecer a própria mãe tal o grau de debilidade, está recebendo apenas cuidados de enfermeiros na sede do Paravidda (O LIBERAL, 05 mar., 2002: 07).

Na mesma publicação essa pauta teria sido encaminhada pelo Paravidda e a OAB ao Ministério Público do Pará, conduzida pelo promotor de justiça de Direitos Constitucionais Vicente Miranda. Assim, para solucionar as constantes denúncias de ONGs em Belém sobre a temática, a reportagem de 2002 sinalizou propostas que seriam levadas por esse promotor à Sespa e Sesma. As reivindicações eram fundamentadas no dever do Estado brasileiro em garantir o direito de assistência à saúde através do SUS:

A falta de normatização que obrigue a internação dos doentes de Aids é o principal empecilho para a viabilização do atendimento. O promotor Vicente Miranda vem discutindo com a Sesma a republicação do edital que contrata os hospitais para a prestação de serviço pelo SUS com algumas alterações, entre elas, a exigência de que os estabelecimentos disponibilizem um determinado número de leitos para atendimento desse público [...] A perspectiva do promotor é que a negociação resulte na assinatura de um termo de ajustamento de conduta. Já que o artigo 196 da Constituição Federal estabelece como dever do Estado e direito de todo cidadão a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (O LIBERAL, 05 mar., 2002: 07).

Em 16 de março de 2002, o jornal O liberal publicou que a decisão sobre a situação dos leitos havia sido adiada para uma nova data. Esse prazo foi decidido em reunião entre o promotor Vitor Miranda, que levava as demandas das ONGs; a Sesma, Sespa, representantes do Hospital Barros Barreto, Hospital Ofir Loyola, Hospital de Clínicas Gaspar Vianna e Sindicato dos Estabelecimentos Particulares de Saúde do Pará (Sindesspa). Maria Laurinda foi citada com exaustão em relação ao adiamento: “Não se pode tornar esse prazo ainda mais longo com as pessoas morrendo” (O LIBERAL, 16 mar de 2002:06).

A mesma publicação era composta por posicionamentos de representantes dos hospitais citados acima: “A diretora do Hospital Barros Barreto, Eliza Sá, reafirmou que a instituição, referência no Estado em doenças infectocontagiosas, não tem condições de

atender a toda demanda do Pará com os 22 leitos que possui para os pacientes de Aids” (O LIBERAL, 16 mar de 2002:06). Na mesma direção, a direção do Ofir Loyola e o Presidente do Sindesspa, Paulo Monteiro, sinalizaram o alto custo de um paciente como entrave para disponibilizar leitos:

Para o presidente do Sindesspa, Paulo Monteiro, os hospitais particulares só poderão atender os pacientes de Aids se o SUS pagar, os gastos excedentes com medicamentos e permanência do pacientes”; “ A diretora do Ofir Loyola, Graça Sotelo, disse que o hospital não tem estrutura para receber os pacientes com Aids por causa do alto custo dos medicamentos e procedimentos, que não estão no orçamento (O LIBERAL, 16 mar de 2002:06).

Nesse caso, o Paravidda junto ao Ministério Público, OAB e o GAPA-Pa, continuaram destacados no periódico em relação ao tratamento hospitalar. Em novembro de 2002, o jornal publicou um informe sobre a disponibilização de novos leitos em Belém a partir de 2003: “Os pacientes portadores de Aids vão poder ser atendidos em mais dois hospitais de Belém, a Santa Casa e o hospital das Clínicas, que estarão disponibilizando leitos a partir de março de 2003[...]” (O LIBERAL, 08 nov., 2002: ilegível). Essa conquista apareceu na matéria da seguinte forma:

A conquista foi alcançada após uma longa luta de três anos da ONG Paravidda junto ao Ministério Público e Ordem dos Advogados do Brasil. A diretora do Paravidda, Maria Laurinda Corrêa, disse que há três anos ela procurou o Ministério Público para denunciar que os hospitais não atendiam [...] “Pedimos também que descentralizassem do Barros Barreto o atendimento, porque essa era uma necessidade dos doentes” (O LIBERAL, 08 nov de 2002: ilegível).

A resposta para esse debate veio associada à organização da rede de assistência através das NOAS 2001 e 2002.

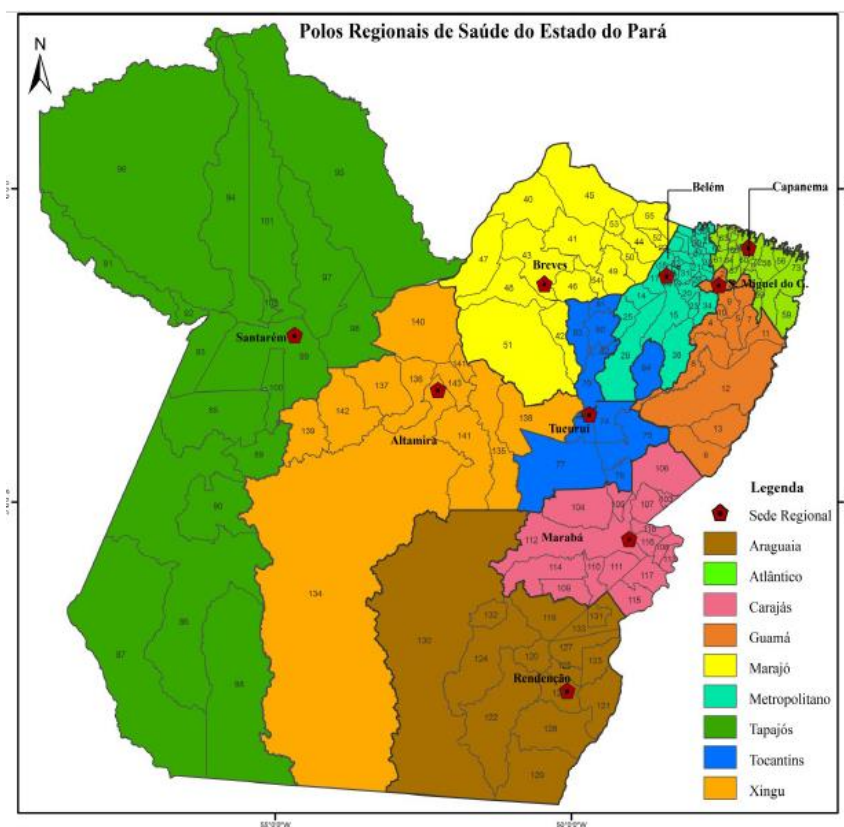
A discussão em âmbito nacional no campo da saúde, no início dos anos 2000, se relacionava com a necessidade da integração regionalizada nos estados em função das desigualdades de acesso à assistência (LIMA, MACHADO, 2008; TREVISAN, JUNQUEIRA, 2007; PEREIRA, QUITO, 2004). Em vista disso, as problemáticas nos serviços de Aids, apontados por grupos da sociedade civil em relação à superlotação e extensão dos leitos, seriam levadas em consideração no planejamento estadual de acordo com as NOAS 2001 – 2002.

As Normas, em geral, atribuíram funções aos estados para criação de planejamentos regionais à rede, pretendendo garantir um grupo mínimo de assistência o mais próximo da população. Para isso, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) seria construído para categorizar o estado em módulos assistenciais, municípios sede e polo. Esses deveriam

trabalhar de forma integrada em relação à assistência à saúde, o qual o polo de cada grupo de municípios (módulos assistenciais) seria referência para um conjunto mínimo de serviços (TREVISAN, JUNQUEIRA, 2007; PEREIRA, QUITO, 2004). Diante de um estado como o Pará, demarcado por mesorregiões engendradas por desigualdades interna e altas distâncias para Belém, o plano buscava diminuir a dependência de municípios menores à Belém. Os documentos indicam a elaboração do Plano de Regionalização paraense em 2003, ano da promessa de ampliação dos leitos para Aids (O LIBERAL, 03 jul., 2003).

Dessa maneira, o Pará seria dividido em nove polos regionais de saúde, os quais seriam: Polo Metropolitano, com sede em Belém; Polo Atlântico, com sede em Capanema; Polo Guamá, com sede em São Miguel do Guamá; Polo Marajó, com sede em Breves; Polo Tocantins, com sede em Tucuruí; Polo Carajás, com sede em Marabá; Polo Xingu, com sede em Altamira; Polo Araguaia, com sede em redenção; Polo tapajós, com sede em Santarém (O LIBERAL,03 jul., 2003) (Ver figura 12).

Figura 12 – Plano de Regionalização do Pará



(Fonte: NUNES, 2018).

A partir desse planejamento, as assistências de média e alta complexidade deveriam ocorrer em três níveis de hierarquia:

1) A Referência Estadual para a Alta Complexidade, limitada à capital do Estado; 2) Referência Regional, representada pelos Polos Regionais para atender aos procedimentos; 3) Referência Local, representada pelos Módulos Assistenciais, compreendendo os procedimentos mínimos da média complexidade (NUNES, 2018: 87).

O debate sobre assistência hospitalar no jornal *O liberal* entre 2000 e 2003, mediante denúncias da ONG Paravidda em conjunto de outros setores, gerou movimentações no Ministério Público para a abertura de leitos na capital e em outras regiões do estado. Essas discussões implicaram no planejamento de leitos direcionados à Aids para os nove polos de saúde que estavam sendo elaborados no PDR:

Os leitos para os pacientes doentes de Aids deverão ser ampliados de 22 para 57 leitos em todo o Estado a partir de Março. O Atendimento dos pacientes passa a ser feito em todos os nove polos regionais de saúde do Pará, definidos pela Secretaria Executiva de Saúde Pública (Sespa) no ano passado, através do Plano Diretor Regional (PDR). A iniciativa do aumento dos leitos pela Sespa foi aprovada na última reunião da Comissão Intergestores Bi-partite (CIB). [...] Na reunião, presidida pelo secretário executivo de saúde pública, Fernando Dourado, com a participação de representantes dos municípios de Belém e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), foi definida e aprovada a resolução de Nº 03/2003, que regulamenta a distribuição de leitos prioritários para doentes de Aids no Pará (*O LIBERAL*, 14 fev., 2003:08).

Nesse sentido, 35 novos leitos para as complicações em Aids seriam implementados, que as secretarias municipais teriam até dia 31 de Março de 2003 para cadastrarem. Nos municípios em GPSM, como Belém, Ananindeua e Castanhal, os secretários de saúde eram responsáveis pela identificação dos hospitais. Nas cidades habilitadas na GPAB, os leitos seriam disponibilizados por unidades hospitalares gerenciadas pelo governo estadual. A distribuição estava programada da seguinte forma:

Entre os nove polos, o maior é o Pólo regional Metropolitano, com 1997 pacientes e necessidade de 45 leitos. Só em Belém, município do polo habilitado em GPSM, serão disponibilizados 37 leitos. O município de Ananindeua, que tem 245 pacientes com registro ativo, ficará com seis leitos. Em Castanhal, com 39 pacientes, deverá ser cadastrado um leito e estender o atendimento aos pacientes de Terra Alta, Inhangapi, São João da Ponta, São Francisco do Pará, São Domingos do Capim, Curuçá e Marapanim. Em Marituba, serão cadastrados dois leitos para atender aos 55 pacientes procedentes do conjunto dos municípios de Benevides, Santa Bárbara, Santa Izabel, Bujaru, Santo Antônio do Tauá, Vigia, Colares, São Caetano de Odivelas, Acará, Concórdia e Tomé Açu. Os demais polos regionais são o Atlântico, com leito no Hospital Regional de Salinópolis; o do Guamá, com leito em Paragominas; o do Tocantins, com leito no hospital regional de Tucuruí; o de Carajas, com leito em Marabá; o do Xingu, com leito em Altamira; o do Araguaia, com leito em Redenção. Pelo Tamanho, o oitavo polo, do Tapajós, foi dividido em duas áreas de referência, com dois leitos em Santarém e dois leitos em Itaituba (*O LIBERAL*, 14 fev., 2003:08).

Em relação à Belém, os leitos indicados como 37 eram a soma de 21 já existentes e mais 16, sendo os outros 19 distribuídos aos polos regionais, totalizando 35 leitos, como

consta na contagem inicial. Para o Secretário de Saúde Fernando Dourado, os avanços dessa resolução não eram apenas a expansão de leitos em Belém, mas o que ele demarcou no jornal *O liberal* como “a tão esperada descentralização no atendimento desses pacientes [...]” (*O LIBERAL*, 14 fev., 2003:08).

Diante disso, as denúncias do Paravidda continuaram pressionando a Sesma para implementação dos leitos anunciados na matéria do jornal. Maria Laurinda Correia apontava que pessoas do interior e da capital buscavam abrigo e apoio na ONG enquanto aguardavam tratamento: “Tem pessoas que vieram para cá com chance de se recuperarem, mas demoraram a se internarem e acabaram morrendo” (*O LIBERAL*, 29 mar., 2003: 07). Na mesma publicação, a Sesma relatava o repasse do pedido para o cadastro de novos leitos à Sespá, que depois seria encaminhado para o Ministério da Saúde oficializar o cadastramento através de portaria.

Cristina Carvalho, da OAB, relatou ao jornal que ingressaria com um pedido de Ação Civil Pública⁵¹ contra a Sesma para acelerar esse processo. Junto disso, Maria Laurinda Correia do Paravidda também reforçava a luta: “[...] Já a presidente do Paravidda, Laurinda Correia, disse que ontem relataria a situação para o MPF e, talvez, tente acioná-lo para reforçar o pedido de providências” (*O LIBERAL*, 29 mar.,2003:07). Dessa forma, Vicente Miranda afirmou ao jornal o envio de um documento para pressionar a Sesma:

No documento enviado a Esther Bemerguy, o promotor argumenta que é dever do Ministério Público fazer esse tipo de determinação por tratar-se da saúde um direito de todos e dever do Estado. Segundo ele, a decisão foi tomada porque o órgão foi procurado várias vezes pelo Paravidda [...] com queixas pela falta de leitos nos hospitais para os pacientes portadores de HIV [...]” (*O LIBERAL*, 03 mai., 2003: ilegível).

Em meio às tensões e debates no jornal *O liberal* no início dos anos 2000, pauta que também era sinalizada nos seminários municipais dos anos 1990, o Ministério da Saúde publicou em 03 de julho de 2003 no Diário Oficial da União a seguinte portaria:

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições legais, e Considerando os estudos desenvolvidos pela Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/AIDS/MS e aprovado pela Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública do Pará, objeto do ofício nº 1077/03-GABS/SESPA, resolve: Art. 1º - Autorizar os hospitais abaixo para cobrança na Autorização de Internação Hospitalar-AIH dos procedimentos - Tratamento de HIV/AIDS:
HOSPITAL DE CLINICAS GASPAS VIANA/BELÉM PA; BENEMERITA SOCIEDADE BENEFICENTE DO PARÁ /BELÉM PA; SANTA. CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ/ BELÉM PA; HOSPITAL VENERÁVEL ORDEM

⁵¹ Nos termos do art. 1º da Lei nº 7.347/1985, a ação civil pública tem por finalidade a reparação dos danos morais e patrimoniais a interesses difusos e coletivos (SOUZA, 2017).

TERCEIRA DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/ BELÉM PA (BRASIL, 3 jul., 2003: 50).

Essa luta passou pela memória de todos os integrantes do Paravidda entrevistados, como no depoimento de Luiz Antônio da Silva:

Sobre a questão do leito, o único hospital que atendia a gente era o Barros Barreto. Tinha a área leste que tinha de 20 a 30 leitos clínicos e a política era: você ia na Ure e de lá você era encaminhado. Ficava internado ou só fazia exames e ia pra casa. Ia depender da doença em si. A ideia nossa era assim, faltava a questão de leito e primeiro nós íamos na direção do Hospital, mas o Estado pagava pelos leitos, então o Estado tinha que aumentar os leitos, não o Hospital. O Hospital não podia sozinho pedir o aumento do número de leitos. Aí nós íamos ao secretário pedir o aumento do número de leitos por causa do crescimento exagerado dos casos de Aids. Quando não dava certo, era muita enrolação, a gente ia na imprensa, dava entrevista e mostrávamos tudo que nós queríamos e aí a gente ia, na realidade, forçar o secretário a atender as nossas reivindicações. Aí foi assim durante muitos anos, a gente usava a imprensa e a imprensa usava a gente (SILVA, 2021:09-10).

Na mesma direção, O Voluntário-1 sinalizou o momento que outros hospitais começaram a atender os pacientes com complicações de Aids:

Nós tivemos um paciente que ele veio de outeiro, muito debilitado. E esse paciente foi parar lá no Paravidda e nós tivemos uma dificuldade muito grande de internar esse rapaz. Como eu fui dar uma entrevista no O Liberal, eu citei essa situação. Aí resultado, o diretor do Barros Barreto entrou também na entrevista e nós solicitamos a ele que resolvesse o problema desse rapaz, já que o estado dele era gravíssimo e foi atendido. Mas existiam essas dificuldades. Depois de um tempo, essas dificuldades começaram a aumentar, muita gente adoecendo, não tinha onde ficar. Para sanar essa situação, resultado de política e solicitação, alguns hospitais começaram a ceder uns leitos para portadores (VOLUNTÁRIO-1, 2021:07).

Ele relacionou a expansão de leitos como resultado de política e solicitação, mencionando a importância das reivindicações nesse processo. O Voluntário-1 também comentou sobre reuniões com a SESPA e representantes do governo de Edmilson Rodrigues, que entre 2001 – 2003 continuava sendo o prefeito de Belém:

[...] Nós participamos, por exemplo, de reuniões com a coordenadora da Sespa, na época que ela era muito participativa [esqueci o nome dela]. Nós participamos com o secretário de saúde na época do governo Almir Gabriel. Muitas vezes com representantes do município [...] do Edmilson. **[Eles iam conversar sobre o que?]** Na época o Paravidda reclamava muito da falta de leitos. Então o paravidda queria respostas e se discutia como se poderia melhorar isso (VOLUNTÁRIO-1, 2021:09. grifo nosso na fala do entrevistador).

Esse trecho se associa às lutas retratadas na imprensa paraense, garantindo a acoplação dos leitos de Aids ao projeto de reorganização assistencial pela NOAS-SUS no Pará e a publicação da portaria do Ministério da Saúde. Essa conquista também compôs o depoimento de Maria Laurinda Correia:

Era uma briga constante. Primeiro que nenhum hospital queria. Era muito difícil! No meu tempo, consegui abrir leito aqui no hospital das clínicas. Eu fui no ministério

público, botei a Cristina pra trabalhar. Aí depois a gente conseguiu na Santa Casa, mas tudo através da Justiça! A briga era na justiça! Era pra esse lado de 2000, 2001, por aí assim[...]. Na década de 90 era um suplício (CORREIA, 2021:12).

Além disso, o Paravidda fez parte do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Belém a partir de 2001 (SILVA, 2011), o que nos faz considerar a utilização desse espaço para levar as reivindicações sobre assistência hospitalar no mesmo período do debate sobre extensão de leitos. Maria Laurinda mencionou a utilização do CMS de Belém para comunicar as demandas de saúde das pessoas com HIV em Belém, descritas no seguinte trecho:

Nós tínhamos uma cadeira [...] Era briga! Porque nessas reuniões de conselho, muitas vezes o secretário tava presente. Aí quando ele tava presente, as cobranças eram maiores. Até porque tinha eu, tinha o kiko, que era do GAPA. A gente sempre pedia a palavra pra debater, aí antes a gente tinha que dizer porque a gente tava indo. É medicação? é exame? (CORREIA, 2021:12).

Esses depoimentos e jornais indicam o Paravidda, junto de uma rede de atores, tensionando autoridades locais através de 15 matérias no *O liberal* para implementar outro aspecto do SUS em Belém: assistência hospitalar de alta complexidade. Essa luta vinha ocorrendo desde a década de 1990 nos seminários, mas o início dos anos 2000 apresentou elementos favoráveis para essas reivindicações: as NOAS do SUS, que direcionaram a descentralização regionalizada. O uso da imprensa levou ao debate público a necessidade de destinar leitos para Aids no planejamento de reorganização assistencial, assim como a publicação da Portaria N° 177.

Sendo os jornais os meios de publicação das denúncias, é provável que a construção da narrativa estivesse vinculada ao sensacionalismo, apropriando-se de demandas sociais para imprimir a imagem de um periódico mais próximo da população ou para desqualificar/qualificar gestores de saúde em direção aos interesses políticos das famílias que comandavam os impressos. Armus (2008), ao trabalhar a agência mediante jornais na luta por saúde, destacou esses perigos, mas considerou a possibilidade de enxergar as atuações ao tornar pública a pauta com a circulação dos jornais⁵².

Diante disso, o Capítulo demonstrou que o campo estratégico principal para levar as demandas da Aids, entre 1992 – 1998, foram os seminários municipais de Belém e sua divulgação nos jornais paraenses. Em meio aos múltiplos setores sociais e institucionais, o Paravidda participou das discussões para pressionar autoridades locais pela implementação de

⁵² Há uma problemática sobre a divulgação das tiragens do jornal *O liberal* e *Diário do Pará*, mas a literatura sobre meios de comunicação na Amazônia categoriza como os dois maiores periódicos da cidade de Belém. Sobre isso Conferir: CASTRO, 2012; SEIXAS; CASTRO, 2014; COSTA; MORAES, 2019.

ações preventivas, assistência ambulatorial e hospitalar para pessoas com HIV. Durante a segunda metade dos anos 1990 até 2003, a ONG também utilizou a imprensa como meio de publicação de denúncias para chamar atenção das autoridades de saúde, instigando o debate sobre distribuição de medicamentos e falta de leitos. Além dessas duas estratégias, a entidade participou de reuniões com setores da Sesp, Sesma e do CMS-Belém.

Considerações finais

Augusto Marques, Luiz Antônio, Maria Laurinda Correia da Silva, Voluntário-1 e outras pessoas constituíram o Paravidda enquanto força coletiva de acolhimento e de cobrança às necessidades de saúde das pessoas com HIV/Aids em Belém. As reivindicações para as autoridades locais assegurarem as necessidades de saúde situam-se no momento em que a capital paraense passava pela implantação das bases do SUS, estruturação do Programa Nacional e o Estadual, e o estabelecimento das redes de ação das ONGs-Aids.

Situamos o Paravidda no contexto de implantação do SUS demonstrando como as múltiplas organizações lutaram para a formalização na constituição pelas Leis orgânicas de saúde e nos debates sobre os pactos de descentralização mediante as NOBs e as NOAS entre 1991 – 2002. Diversos setores da sociedade civil reivindicaram para estabelecer um sistema de saúde universal, integralizado, descentralizado e com a participação da comunidade, considerando a assistência em todos os níveis de atenção como um direito dos cidadãos brasileiros.

Em vista disso, também demonstramos as características territoriais do estado do Pará, porque estas passavam pelas dificuldades locais para o acesso a determinados serviços hospitalares concentrados em Belém, inclusive para a Aids. Nesse processo, identificaram-se dois momentos na trajetória institucional para a implementação do SUS no Pará: entre 1992 – 1996, a Sespa programava a reorganização em âmbito técnico e administrativo para conduzir a descentralização em direção aos municípios, mediante planos do governo de Jader Barbalho do PMDB (1991 – 1994) e Almir Gabriel do PSDB (1995 – 2002); o segundo momento foi a partir de 1997 com o início do mandato de Edmilson Rodrigues, do PT, à prefeitura de Belém. A partir disso, o secretário municipal buscou reorganizar a Sesma de acordo com os enquadramentos das NOBs – 93 e 96 para ampliar a assistência municipal.

Além desses processos, o Programa Nacional de Aids começou a direcionar recursos para o desenvolvimento de serviços no campo da prevenção e assistência ambulatorial, o Programa Estadual foi elaborado pela Sespa entre 1985 – 1996 e a Sesma começou a gerir a assistência destinada à Aids a partir do enquadramento às NOB – 93 e 96, sob coordenação da médica Helena Brígido. O Paravidda constituiu suas ações durante o fortalecimento das redes coletivas de ONGs em âmbito nacional para o enfrentamento dos estigmas direcionados aos grupos marginalizados, como travestis, homens homossexuais e mulheres prostitutas. Esse

conjunto de ONGs também protagonizou lutas pelo direito à saúde das pessoas com HIV por meio das discussões nos ENONGs.

Em meio esse contexto, o Paravidda e um conjunto de setores constituíram os debates realizados nos seminários e encontros da RNP+ ao longo dos anos 1990, divulgando as pautas através da imprensa paraense para fomentar discussões sobre a prevenção e ampliação da assistência através de 20 publicações nos periódicos. A rede de atores que o Paravidda compunha levou as demandas discutidas nos seminários para outras publicações do jornal O liberal, informando propostas para assistência, manutenção de canais de discussões das autoridades locais com a sociedade civil e reuniões com o coordenador de Aids do estado Jeremias Araújo. Entre essas 20 publicações, 15 estavam situadas em destaque nas páginas do caderno local, 3 matérias ocupando toda as páginas dos jornais e 13 eram compostas por fotografias.

O jornal O liberal também foi utilizado pela ONG como canal de denúncias diretas sobre a falta de medicamentos e leitos na capital entre 1998 – 2003. Dessa forma, Maria Laurinda, Luiz Antônio e Voluntário-1, em seus depoimentos, destacaram a imprensa como estratégia eficaz à obtenção de respostas das autoridades locais, constituindo 3 denúncias de medicamentos e 15 publicações sobre o debate de leitos entre 2000 – 2003 no jornal O liberal. Estas indicavam Maria Laurinda Silva (Paravidda), em articulação com a OAB e GAPA-PA, em tensões com a Sespa e Sesma para a expansão de tratamento hospitalar de outras complexidades, influenciando na publicação da Portaria N° 177 e na projeção de leitos nos polos regionais de saúde definidos pela Sespa através das NOAS 2001 – 2002. Entre as 15 publicações, 7 estavam situadas como primeira notícia da página do caderno local e 3 com imagens. Além disso, as matérias do ano de 2003 foram sequenciais, sendo uma em janeiro e fevereiro, duas em março, abril e maio e 1 em junho e julho até a publicação da Portaria N° 177 em julho.

Nesse sentido, as respostas das secretarias locais se constituíram também a partir de demandas de um setor social coletivo que o Paravidda contribuiu através das comunicações na imprensa paraense. Os retornos das autoridades ao amplo debate de reivindicações foram favorecidos por elementos contextuais dos anos 1990 e início dos anos 2000: os recursos do Banco Mundial em direção às secretarias, a reorganização administrativa das estruturas locais de saúde mediante os pactos de descentralização do SUS – NOB e NOAS– e a constituição de uma rede de ONGs-Aids pelo Brasil e no estado, ou seja, o Paravidda estava em meio de um

conjunto de atores que também buscavam melhorias de saúde para as complicações de Aids (BARROS, 2018; DIAS, 2012; GREEN, 2018; TEODORESCU E TEIXEIRA, 2015; GALVÃO, 1999; VITIELLO, 2009).

Esse processo, entre 1992 a 2003, nos faz constatar que os membros do Paravidda se enxergavam como cidadãos de direitos, encaminhando discussões através da imprensa para as autoridades locais garantirem o direito à saúde, que legalmente deveriam assegurar mediante a implantação das bases do SUS na cidade. Sendo assim, a ONG, que compunha uma rede de atores sociais articulados, contribuiu para tensionar a Sespa e Sesma à constituição de meios para atender as múltiplas necessidades de saúde das pessoas com HIV, aspecto basilar de um sistema de saúde em construção. A experiência do grupo também indicou a implantação de outra característica do SUS em Belém: a participação da sociedade nas discussões e nos direcionamentos do planejamento à saúde, levando ao interior das secretarias as problemáticas que delas estavam ausentes para construir um Sistema de Saúde local democrático e universal (SCOREL, 2008; SCOREL; GERSHMAN, 2004; MONTEIRO 2008; LABRA, 2005; PAIM, 2008, 2009; PAIVA; FONSECA, 2015; SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019).

A trajetória do Paravidda e a implantação de serviços destinados às pessoas com HIV/Aids em Belém, também deixam indagações para outras investigações. Nesse sentido, há de se pontuar a necessidade de responder questões sobre as outras ONGs-Aids que se relacionaram com a entidade, a rede constituída, as tensões internas dessas articulações e outros canais de denúncias.

FONTES

1. Impressas – Periódicos

DIÁRIO DO PARÁ. **Secretário admite novos casos: AIDS. A Sespa vai lançar uma campanha visando a conscientização do povo quanto ao problema.** Local, 24 out., 1985, p, 07.

DIÁRIO DO PARÁ. **Sespa agiliza campanha contra Aids.** 25 fev., 1987.

DIÁRIO DO PARÁ. **Fórum debaterá prevenção e formas de tratamento.** 03 dez., 1991, p.11.

DIÁRIO DO PARÁ. **Paravidda faz integração do Portador de HIV.** Cidades, 22 jun., 1992, p. ilegível.

DIÁRIO DO PARÁ. **No Pará, 8 mil estão com o vírus da Aids e não sabem.** Cidades, 17 nov.,1992, p.10.

DIÁRIO DO PARÁ. **Preconceito contra Aidético também é um mal incurável.** Cidades, 18 nov.,1992, p.11.

DIÁRIO DO PARÁ. **Campanhas ainda estão muito tímidas.** Cidades, 18 nov.,1992, p.11.

DIÁRIO DO PARÁ. **Voluntários da GAPA fazem denúncias.** Cidades, 18 nov.,1992, p.11.

DIÁRIO DO PARÁ. **GAPA quer hospital para criança aidética.** Cidades, 19 nov.,1992, p.?

DIÁRIO DO PARÁ. **Desmistificação da doença é tema discutido em seminário.** Cidades, 8 dez., 1993. p,10.

DIÁRIO DO PARÁ. **Guerra à Aids. Gempac faz campanha de prevenção.**Cidades,11 dez., 1993, p.11.

DIÁRIO DO PARÁ. **Crescem casos de Aids em mulheres casadas.** Cidades,13 dez., 1994, p.07.

DIÁRIO DO PARÁ. **Discriminação aumenta o flagelo da Aids.** Cidades,13 dez., 1995, p.07.

DIÁRIO DO PARÁ. **Começa distribuição de coquetel para os portadores de Aids..** 19 nov., 1996.

DIÁRIO DO PARÁ. **Municipalização atinge 90% este ano.** Cidades, 11 set., 1998, p.06.

DIÁRIO DO PARÁ. **Sesma agiliza a municipalização.** Cidades, 07 jan., 1997, p.7.

DIÁRIO DO PARÁ. **UMS da Pratinha necessita de reformas.** Cidades, 11 jan., 1997, p.7.

DIÁRIO DO PARÁ. **Secretário concorda que é grande a deficiência.** Cidades, 02 fev., 1997, p.1.

DIÁRIO DO PARÁ. **Sesma fica com herança sucateada.** Cidades, 02 fev., 1997, p.1.

- DIÁRIO DO PARÁ. **Municipalização traz novas esperanças.** Cidades, 05 ago., 1997, p.09.
- DIÁRIO DO PARÁ. **Prazo do PS do Guamá encerra hoje.** Cidades, 03 jul., 1998, p.08.
- DIÁRIO DO PARÁ. **Liberada 3ª parcela para PS do Guamá.** Cidades, 04 jul., 1998, p. 07.
- DIÁRIO DO PARÁ. **Manifestação exige documento escrito.** Cidades, 08 jul., 1998.p.05.
- DIÁRIO DO PARÁ. **Voto decide Pronto Socorro do Guamá.** Cidades, 21 jul., 1998.p.1.
- DIÁRIO DO PARÁ. **PS do Guamá começa a ser construído em Julho.** Cidades, 13 jun., 1998, p.07.
- DIÁRIO DO PARÁ. **Impasse na construção do HPS do distrito do Guamá.** Cidades, 23 jun., 1998, p.03.
- DIÁRIO DO PARÁ. **Moradores protestam por hospital.** Cidades, 10 jun.,1998, p.07.
- DIÁRIO DO PARÁ. **Secretário de Saúde contesta Almir. Edmundo Galo diz que governador atrapalha política de saúde para o município de Belém.** Geral. 21 out., 1998, p.02.
- O LIBERAL. **Barros Barreto vive dificuldades. Falta de aparelhamento e verbas dificulta o atendimento aos pacientes da Aids.** Jornal dos Bairros, 14 mar., 1989, p.6.
- O LIBERAL. **Mais de 20 mil pessoas podem ter o vírus da Aids no Pará.** Cidades, 29 nov., 1991, p.03.
- O LIBERAL. **Campanha esclarece sobre a Aids, que já matou 99 no Pará.** Cidades. 02 dez., 1991, p.03.
- O LIBERAL. **Prostituição Ignora o Risco da Aids.** Cidades, 15 nov., 1992, p.9.
- O LIBERAL. **Debates sobre Aids lotam o Centur.** Cidades, 17 nov., 1992, p.07.
- O LIBERAL. **Entidades Cobram Preservativos da Sespa.** Cidades, 17 nov., 1992, p.07.
- O LIBERAL. **Prioridades são outras, afirma Vieira.** Cidades, 17 nov., 1992, p.07.
- O LIBERAL. **Crise na Unidade de Aids da Sespa; Impasse começou com a distribuição do AZT.** Cidades, 21 nov., 1992, p.07.
- O LIBERAL. **Comissão leva reivindicações ao secretário.**Cidades, 22 nov., 1992, p.07.
- O LIBERAL. **Secretário defende a prevenção.**Cidades, 02 de., 1992, p.02.
- O LIBERAL. **Comissão quer hospital onde doentes possam passar o dia.** Cidades. 05 dez., 1992, p.5.
- O LIBERAL. **Preconceito nos hospitais piora o atendimento; Elisa Sá diz que a segregação não é a solução.** Cidades, 06 dez., 1992, p.10.
- O LIBERAL. **Aids em discussão a partir de hoje.** Cidades. 06 dez., 1993, p.05.

- O LIBERAL. **Aids: roubalheira atrapalha prevenção.** Cidades, 07 dez., 1993, p.?
- O LIBERAL. **Polêmica agita debate sobre Aids.**Cidades.08 dez., 1993, p.03.
- O LIBERAL. **Preço da Camisinha amedronta carente.** Cidades.08 dez., 1993, p.03.
- O LIBERAL. **Advogada destaca avanço na área de direito.** Cidades.08 dez., 1993, p.03.
- O LIBERAL. **Aids: seminário repercutiu bem.** Cidades. 10 dez., 1993.
- O LIBERAL. **Advogada destaca avanço na área do Direito.** Cidades, 08 dez.,1993, p.3.
- O LIBERAL. **Creche dá as costas ao preconceito.** Cidades, 15 nov., 1994, p. 3.
- O LIBERAL. **No Pará, 55 mil podem ter o HIV.** Cidades, 02 dez., 1994. p.3.
- O LIBERAL.**Seminário vai debater a Aids no Pará.** Gerais. 06 dez., 1994, p.04.
- O LIBERAL. **Centro de Apoio e orientação em janeiro de 95.** Gerais. 06 dez., 1994, p.04.
- O LIBERAL. **A morte Ronda o berçário. Com equipamentos sucateados, Santa Casa tem dificuldade para atender prematuros.** 30 jun.,1995, p.01.
- O LIBERAL. **Solitários sem atendimento. O número de casos de Aids explode em Belém e os postos não garantem o tratamento.** Atualidades, 26 nov., 1995.p.05
- O LIBERAL. **Centro de Aids.** Cidades, 16 mar., 1996. p.7
- O LIBERAL. **Pacientes de Aids recebem ajuda de uma nova arma.** Cidades, 11 dez., 1996. p.7
- O LIBERAL. **Secretário prepara reformas na saúde.** Painel, 01 jan., 1997, p.06.
- O LIBERAL. **Mutirão faz balança dos problemas no PSM.** Atualidades, 03 jan., 1997, p.5.
- O LIBERAL. **Só dinheiro salva vida de quem precisa dos hospitais.**Atualidades, 14 jan., 1996, p. 07.
- O LIBERAL. **PSM terá extensão na Santa Casa.** Atualidades, 04 jan., 1997, p.05
- O LIBERAL. **Pronto Socorro Vive Dias de Cão.** Atualidades, 04 mar., 1997,p.07.
- O LIBERAL. **Falta de vontade de priorizar prevenção.** Atualidades, 07 jul., 1997, p.05.
- O LIBERAL. **Doentes de Aids ficam sem AZT.** Atualidades, 07 jul., 1997, p.08.
- O LIBERAL. **Coquetel reduz mortes por Aids.** Atualidades, 16 jan., 1998, p.08.
- O LIBERAL. **Portadores do HIV se encontram.** Atualidades, 04 mar., 1998, p.05.
- O LIBERAL. **Portadores do HIV se encontram.** Atualidades, 20 mar., 1998, p.07.
- O LIBERAL, **Remédios já reaparecem.** Atualidades, 27 abr., 1999, p.9.

- O LIBERAL. **Vem Aí novo remédio contra a Aids.** Cidades, 22 set., 1999, p.05.
- O LIBERAL. **Casa-Dia vai atender Aidéticos.** Cidades, 27 out., 1999, p.05.
- O LIBERAL. **Soropositivos querem mais leitos para o atendimento.** Cidades, 31 mar., 2000, p.05.
- O LIBERAL. **Soropositivos querem mais leitos para o atendimento.** Cidades, 31 mar., 2000, p.05.
- O LIBERAL. **Falta de Leitos leva pacientes de Aids à morte. Grupo Paravidda denuncia que hospitais públicos e privados negam internações.** Cidades, 05 mar., 2002, p.07.
- O LIBERAL. **Falta de Leitos para Aids fica sem solução.** Cidades, 16 mar., 2002, p.06.
- O LIBERAL. **Santa Casa e Hospital de Clínicas já oferecem leitos para doentes de Aids** .Cidades, 08 nov., 2002, p.?.
- O LIBERAL. **Hospitais públicos ainda resistem em oferecer vagas para pacientes com Aids.**Cidades, 19 jan., 2003, p.08.
- O LIBERAL. **Tratamento de Aids terá mais leitos no Pará.**Saúde, 14 fev., 2003, p.08.
- O LIBERAL. **Resolução garante aumento de 160% no número de leitos para aidéticos.**Saúde, 08 mar., 2003, p.08.
- O LIBERAL. **Leito para paciente de Aids virou promessa. Paravidda denuncia, OAB-PA ameaça recorrer e SESMA diz que está resolvido.** Cidade, 29 mar., 2003, p.07.
- O LIBERAL. **Paciente de Aids terão leitos no interior.** Saúde, 23 abr., 2003, p.06.
- O LIBERAL. **Pacientes de Aids morrem à espera de leitos.** Cidade, 30 abr., 2003, p.08.
- O LIBERAL. **Portador do vírus HIV terá mais leitos. Sesma tem 30 dias para aumentar número de vagas na rede pública.** Cidade, 03 mai., 2003, p.06.
- O LIBERAL. **Sespa espera até dia 10 habilitações de leitos exclusivos para pacientes de Aids.** Cidade, 07 mai., 2003, p.03.
- O LIBERAL. **Hospitais não atendem ao MP em acordo sobre leitos.** Cidade, 18 jun., 2003, p.06.
- O LIBERAL. **Aumenta o número de leitos para doentes de Aids no Pará.** Cidade, 11 jul., 2003, p.02.

2. Institucionais

BELÉM. Prefeitura de Belém. **Portaria N°064/2003-GABS/SESMA.** Secretaria Municipal de Saúde.Belém, 2003.

PARÁ. Governo do estado. **Anuário estatístico do Pará 2015**. Pará: FAPESPA, 2015. Disponível em: [Anuário Estatístico do Pará \(fapespa.pa.gov.br\)](http://fapespa.pa.gov.br). Acesso em: 10 mar. 2022

PARÁ. Governo do estado. Secretaria Executiva de Saúde Pública- Sistema único de Saúde. **Relatório de gestão de 1990**. Belém, 1990.

PARÁ. Governo do estado. Secretaria Executiva de Saúde Pública- Sistema único de Saúde. **Relatório de gestão de 1991**. Belém, 1991.

PARÁ. Governo do estado. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral. **Plano Purianual de 1992-1995**. Belém,1991-B.

PARÁ. Governo do estado. Secretaria Executiva de Saúde Pública- Sistema único de Saúde. **Relatório de gestão de 1999**. Belém, 2000.

PARÁ. Governo do estado. Secretaria Executiva de Saúde Pública- Sistema único de Saúde. **Relatório de gestão de 1992**. Belém, 1992.

PARÁ. Governo do estado. Secretaria Executiva de Saúde Pública- Sistema único de Saúde. **Relatório de gestão de 1994**. Belém, 1994.

PARÁ. Governo do estado. Secretaria Executiva de Saúde Pública- Sistema único de Saúde. **Relatório de gestão de 1996**. Belém, 1997.

PARÁ. Governo do estado. Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública- Sistema único de Saúde. **Relatório de gestão de 1998**. Belém, 1999.

PARÁ. Governo do estado. Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública- Sistema único de Saúde. **Relatório de gestão de 1997**. Belém, 1998.

PARÁ. Governo do Pará. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral. **Mensagem do Governador à Assembleia Legislativa**.Belém, 1995.

PARÁ. Governo do Pará. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral. **Mensagem do Governador à Assembleia Legislativa**.Belém, 1993.

ONGs/AIDS. **Relatório do II Encontro da Rede Brasileira de Solidariedade (Ongs/Aids)**.Porto Alegre, 1989.

ONGs/AIDS. **Relatório do III Encontro da Rede Brasileira de Solidariedade (Ongs/Aids)**.Santos, 1990.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Economia e Planejamento.Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística(IBGE). **Divisões Regionais do Brasil em Mesorregioes e Microrregiões geográficas**.V.1 Tomo1-Região Norte. Rio de Janeiro, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 525 de 20 de Maio de 1993**. Brasil, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 177 de 02 de Julho de 2003**. Brasil, N° 121, Seção 1, 2003, p.50.

BEIRA DO RIO, **Avanços na Luta Anti-Aids**. n°25, dez., 1990

PARAVIDDA. **Livro de Assinaturas (presenças) da Assembleia geral de constituição do Grupo Paravidda**, realizada no dia vinte e sete de janeiro de 1992. Belém, 1992, p.1.

PARAVIDDA. **Ata da Assembleia Geral de Constituição do Grupo Para Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids (Grupo Paravidda)**, realizada no dia vinte e sete de janeiro de mil novecentos e noventa e dois. Belém, 1992-B. p.1-2.

3. Orais

CORREIA, Maria Laurinda Silva. [set. 2021]. Entrevistador: Paulo Henrique Souza dos Santos. Belém, PA, 16 set. 2021.

SILVA, Luiz Antônio. [set. 2021]. Entrevistador: Paulo Henrique Souza dos Santos. Belém, PA, 22 set. 2021.

VOLUNTÁRIO-1. [set. 2021]. Entrevistador: Paulo Henrique Souza dos Santos. Belém, PA, 27 set. 2021.

BRÍGIDO, Helena. [out. 2021]. Entrevistador: Paulo Henrique Souza dos Santos. Belém, PA, 06 out. 2021.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIA. **Anais do Seminário: Descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids.** PIMENTA,C.; RAXACH,J.C.; TERTO JR, V. (Orgs.) Realizado nos dias 01 e 02 de julho de 2010; Fortaleza-CE; Rio de Janeiro: ABIA, 2011.

ALVAREZ, Gabriel Omar; RODRIGUES, Marlene Teixeira. Prostitutas Cidadãs: Movimentos Sociais e Políticas de Saúde na área de HIV/Aids. *Revista de Ciências Sociais.* V.32. 2001

ALBERTI, Verena. *Ouvir Contar: textos em história oral.* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. Caps 1 e 2. p. 13-15.

AGUIAR JÚNIOR, Fernando Domingos de. **Imagens da doença, políticas da notícia: cenários e representações da AIDS na imprensa paraibana (1980).** Dissertação de Mestrado, CCHL, UFB, 2016.

ARMUS, Diego. 'Queremos a Vacina Pueyo!!!' Incertezas biomédicas, enfermos que protestam e a imprensa – Argentina, 1920-1940. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. In: Lima, Nísia Trindade. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle.

_____. MARQUES, Eduardo. *Municipalização da Saúde no Brasil: Diferenças Regionais, Poder do Voto e Estratégias de Governo. Série de Relatórios Técnicos da Organização Pan Americana da Saúde,* Washington, n.77, 2001.

BARATA, Germana Fernandes. **A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992).** Tese de Doutorado defendida na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, 2006.

BARBOSA, Marialva. *História Cultural da Imprensa: Brasil 1900-2000.* Matrizes, vol. 2, núm. 1, 2008

BARBOSA, Maria Artemisa. **Desigualdades regionais e sistema de saúde no amazonas: o caso de Manaus.** Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, 2004.

BARBOZA, Renato. **Gestão do Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003.** Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2006.

BARROS, S.G. **Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/AIDS no Brasil** [online]. Salvador: EDUFBA, 2018.

BEBBINGTON, Anthony. **Reflexões sobre a relação norte-sul na construção de conhecimentos sobre as ONGs na América Latina.** In: ABONG, ONGs e Universidades: desafios para a cooperação na América Latina. São Paulo: Abong, 2002.

BORTOLOZZI, Remos Matheus. **Entre trapos e colchas: vestígios da memória LGBT sobre as primeiras respostas paulistanas à epidemia de HIV/Aids.** Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de São Paulo, USP, 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set., 1990.

BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 - Publicação Original. Disponível em : **Portal da Câmara dos Deputados (camara.leg.br)**

BRASIL. O que é o sistema imunológico? **Disponível em:** <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/o-que-e-sistema-imunologico>. Acesso em 03 de janeiro de 2022.

CÂMARA, Cristina; LIMA, Ronaldo Mussauer. Histórico das ONGs/ Aids e sua contribuição no campo das lutas sociais. in: ABONG. **Direitos Humanos, cidadania e Aids.** 2000.

CAMPOS, Luiz Claudio Marques. ONGs/AIDS: acesso a fundos públicos e sustentabilidade de ações. **Revista de Administração de Empresas** [online]. v. 48, n. 3, 2008.

CASTRO, Fábio Fonseca de. Sistemas de Comunicação na Amazônia. **Revista Fronteiras: estudos midiáticos**, v. 14, n. 3, nov./dez. 2012. P. 179-191.

CONTRERA, W. F. **Gapas: uma resposta comunitária à epidemia da aids no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

_____.O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS.PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2004.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luís Barros; RIBEIRO, José Mendes. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Ano 50, Número 3 Jul-Set, 1999.

COSTA, Luciana Miranda; MORAES, Lazaro Cardoso. Eleições? O “Falatório” é o que importa: A cobertura jornalística à luz da Fenomenologia. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação 42º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Belém - PA – 2 a 7/09/2019

COUTO, M.H. Brasil: **A Estratégia brasileira de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS e sua integração com o Sistema Único de Saúde.** 2009. Acesso em 02 de outubro 2011.

DANIEL, Herbert. PARKER, Richard. **AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas.** Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

DIAS, Cláudio J. P. **A trajetória soropositiva de Herbert Daniel (1989-1992)**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. Ligia Giovanela et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Cebes, 2008.

_____; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Cebes, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A Construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; SILVA, Andréia Neves da and MATHIS, Armin. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2014, vol.19, n.6, pp.1911-1919.

FERNANDES, Rubem Cesar. **Privado porém público: o terceiro setor na América Latina**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FONSECA, C. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

GARNELO, Luiza. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. **Cad. Saúde Pública**, 2019.

GERSCHMAN, Sivia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2nd ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GERSCHMAN, Silvia; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, Nísia Trindade. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle. 2005.

GOFFMAN, Erving. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não governamentais brasileiras frente à epidemia de AIDS. In: PARKER, R, ed. **Políticas, instituições e Aids - enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar/ABIA; 1997.

GONÇALVES, Telma Amaral. **Homossexualidade: Representações, preconceito e Discriminação em Belém**. Trabalho de Conclusão de Curso. UFPA. Centro de Ciências Sociais, 1989.

GONZAGA, Maria Zilda Bezerra. A Aids entre suas relações de estigma e solidariedade em Teresina-PI. **Vozes, Pretérito & Devir**. Ano VI, Vol. IX, Nº I, 2019.

GRANGEIRO, Alezandre, LAURINDO DA SILVA, L; TEIXEIRA, PR. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**. 2009.

GREEN, James N. **Revolucionário e Gay: a extraordinária vida de Herbert Daniel – pioneiro na luta pela democracia, diversidade e inclusão**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. “O que há de novo? Políticas de Saúde e Previdência, 1937-1945”. In: Dulce C. Pandolfi. (Org.). **Repensando o Estado Novo**. 1ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999, v. 1, p. 73-93.

HOHLFEDT; Antônio; VALLES, Rafael Rosinato. O jornalismo e as empresas jornalísticas na seção história da comunicação no Brasil. In: **Conceito e História do jornalismo brasileiro na Revista Comunicação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

JESUS, Washington Luiz Abreu. Princípios e Diretrizes do SUS: expressões de uma luta histórica do povo brasileiro. in: JESUS, WLA., ASSIS, MMA., orgs. **Desafios do planejamento na construção do SUS** [online]. Salvador: EDUFBA, 2011.

_____; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, n.5, pp.2383-2393.

KADRI, Michele Rocha; SCHWEICKARDT, Julio Cesar. As Organizações da Sociedade Civil no enfrentamento à AIDS no Amazonas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 20, n. 5, 2015.

KLEIN, Jacqueline Southier. **O Conselho Estadual de Saúde – CES/PA- em foco: uma análise da participação e do controle social**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, UFPA, 2011.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, Nísia Trindade. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle, 2005.

LANDAU, Caroline. “A Aids mudou de cara”: memória coletiva e novas oportunidades para o ativismo da Aids no Brasil. **PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP**, São Paulo, v. 17, n. 2, pp.11-44, 2011.

LANDIN, Leilah. Experiência Militante. História das assim chamadas ONGs. **Lusotopie** 215-239, 2002.

LEAL, Larissa Silva; MIRANDA, Cybelle Salvador. Sanatório Barros Barreto(Belém-PA): arquitetura como testemunho científico. **Rev. CPC**, São Paulo, n.29, p.124-150, jan./jul. 2020.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira; ALBUQUERQUE, Mariana Verseci; IOZZI, Fabíola Lana. Regionalização da Saúde no Brasil. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Cebes, 2008.

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, Nov. 2012.

LUCA, Tânia Regina de. Fontes Impressas: História dos, nos e por meio dos periódicos. In.: LUCA, Tania Regina de; PINSKY, Carla Bassanezi; MARTINS, Ana Luiza. **O historiador e suas fontes**. São Paulo (SP): Contexto, 2009.

MELLO, Maria Cecília Penteado Figueira de. Sistema de saúde, políticas Públicas e o papel das ONGs no Enfrentamento da epidemia da Aids: questões teóricas. **Cadernos de campo**, n 6. 1999.

MENICUCCI, TMG. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 320 p.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do & SILVEIRA, Anne Jackeline Torres. A doença Revelando a História.. Uma Historiografia das doenças.in: _____, & CARVALHO, Diana Maul de. **Uma História brasileira das Doenças**. Brasília: Paralelo, 2014.

_____ & VIANNA, Eliza da Silva. “Nunca me senti tão Maldito”. O Estigma e a Epidemia de Aids no Brasil. in: **Uma história brasileira das doenças**. vol.4. 1. Ed. Belo Horizonte, MG: Pino Traço, 2013.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

_____; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiane Vieira. O Sistema único de Saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Cebes, 2008.

NORONHA, Jose Carvalho de; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães R, Tavares R, org. Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994. p. 73-111.

NUNES, Silvia Ferreira. **Instituto do Pacto da Saúde no Estado do Pará**. Tese de Doutorado, Núcleo de Altos Estudos da Amazônia, UFPA, 2018.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso de Ribeiro. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

PAIM, Jairnilsom Silva. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S, LOBATO, LVC; NORONHA, JC; CARVALHO, AI. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

PAIVA, Carlos Assunção; FONSECA, Cristina Maria de Oliveira. A Abrasco na Construção do SUS (1979-1990): ação política na saúde. In: LIMA, N.T., SANTANA, J.P., PAIVA, C.H.A., **Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história** [online]. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2015.

PINTO, Nicanor R. S.; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; SPEDO, Sandra Maria. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.25, n.4, 2009.

PORTELLI, Alessandro. **História Oral como arte da escuta**. São Paulo: Letra e Voz, 2016.

RAMOS, Lissandra Queiroga. **Da cara da morte para a cara viva da AIDS: a transição expressa nas campanhas do dia mundial de luta contra a AIDS (1989-2014)**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, 2016.

REIS, José Roberto Franco. “Considerações historiográficas Sobre Corporativismo, Cidadania Regulada E a história Da Assistência à Saúde No Brasil: : Dádiva Ou Direito? (1930-1964)”. **Locus: Revista De História**, 2020. <https://doi.org/10.34019/2594-8296.2020.v26.29761>.

RODRIGUES, Rita de Cássia Colaço; GÓIS, João Bôsko Hora. Homossexualidades e Construção de Mecanismos de Proteção Social. *Revista Pensamiento Actual - Vol. 14 - No. 23*, 2014.

SANTA BRÍGIDA, Jessé Andrade De Moços Alegres a LGBTs : explorando memórias e história sobre os homens homossexuais na produção enunciativa dos jornais Folha do Norte e O Liberal (1901-2011) em Belém, Pará. Dissertação de Mestrado, Instituto de Letras e Comunicação, Universidade Federal do Pará, 2019.

SANTOS, Fausto Pereira; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006.

SANTOS, Paulo Henrique S. As representações sobre os casos de AIDS e HIV no Pará a partir do jornal Diário do Pará (1985-1996). **Ensaio de História** (Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP) Franca, SP, Brasil. 2019.

SEIXAS, Netília Silva dos Anjos; CASTRO, Avelina Oliveira. Imprensa e poder na Amazônia: a guerra discursiva do paraense O Liberal com seus adversários. **Revista Comunicação Midiática**, v.9, n.1, p.101-119, jan./abr. 2014

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, Dec. 2001.

SILVEIRA, Paloma Silva; PAIM, Jairnilson Silva; ADRIÃO, Karla Galvão. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe8, p. 276-291, 2019.

SILVEIRA NETO, Adílio Luiz Da. **Nós e o que falavam de nós: subjetividades e discursos jornalísticos - HIV/AIDS em Criciúma (1986/1996)**. Dissertação de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SILVA, Andreia Neves da. **A participação dos Conselhos de Saúde na fiscalização da política de saúde: uma análise da sua ineficiência na RMB**. Dissertação de Mestrado, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, UFPA. 2011.

SILVA, Cristina Luci Câmara da. **Ativismo, ajuda mútua e assistência: A atuação das Organizações Não-Governamentais na luta contra a aids**. Tese de doutorado. Instituto de filosofia e Ciências Sociais, UFRJ, 1999.

SILVA, Cristina Luci Câmara da. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1998, v. 14, suppl 2.

SOLANO, Nelson. As organizações não governamentais e a coordenação Nacional de Aids. In: **ABONG. Direitos Humanos, cidadania e Aids**. 2000.

SOUZA, Ítalo Cristiano Silva e. **Por uma Epistemologia do Abjeto: A AIDS e o Regime de Verdade produzido pela Imprensa em Teresina na Década de 80**. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências Humanas e Letras, UFPI, 2014.

SOUZA, Motauri Ciocchetti. Ação civil pública. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. IN: Direito Administrativo e Constitucional. 1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/9/edicao-1/acao-civil-publica>

TAVARES, Aderli Goes; CARDOSO, Denise Machado; SÁ, Samuel Maria Amorim e. Paisagens e Dinâmicas urbanas: Memórias sobre o Hospital Barros Barreto. **Fronteiras & Debates**. Macapá, v. 1, n. 2, jul./dez. 2014.

TEODORESCU, Lindinalva; TEXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da aids no Brasil, v. 2 a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids**. Brasília :Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, Aug. 2007.

TUDE, João; RODRIGUES, Marques; KELLY, Grace. Organizações Não Governamentais: Uma Discussão sobre suas Peculiaridades Organizacionais. VI CONFERENCIA REGIONAL DE ISTR PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2007.

UNAIDS, **Guia de terminologia do UNAIDS**. 2017

UNESCO, **Respostas aos desafios da AIDS no Brasil: limites e possibilidades**. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2005.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. ONGs e universidade: desafios atuais. In: ABONG, **ONGs e Universidades: desafios para a cooperação na América Latina**. São Paulo: Abong, 2002.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018 .

VIANNA, Eliza da Silva. **Aids por elas: experiências soropositivas de mulheres nos anos 1990**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, 2018.

VITIELLO, Gabriel Natal Botelho. **A AIDS em cena: os primeiros protagonistas da maior epidemia no final do século XX**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, 2009.

VOLDMAN, Danièle. Definições e usos. In: **Usos & Abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1998.

APÊNDICE A – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)
Depoentes ligados a ONG – Entrevista a Distância

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História da Ciência e da Saúde

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“O Paravidda e a ampliação da assistência às pessoas com Hiv/Aids em Belém-pa no processo de implantação do SUS (1992-2006)”**, a ser conduzida pelo acadêmico Paulo Henrique Souza dos Santos, sob responsabilidade da Prof^o Dr^o Carlos Henrique Assunção Paiva, do Programa de Pós Graduação em História da Ciência e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz (COC- Fiocruz). Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é analisar as ações da Organização Grupo para a Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids (PARAVIDDA), com foco nas ações de ampliação da assistência às pessoas com HIV no que diz respeito à distribuição de medicamentos e prevenção, articuladas com o processo de implantação do SUS (1992-2006). A razão de você estar sendo convidado(a), se deve ao fato de que você é (foi) ativista em questões de HIV pela ONG Paravidda entre os anos 1992-2006.

Caso você aceite o convite, você participará de uma entrevista à Distância com duração será de aproximadamente 30-45 minutos, gravada e depois transcrita com aproximadamente 10 questões para ativistas vinculados à ONG Paravidda. O convite será individual, enviado por e-mail com apenas um remetente e um destinatário, ou enviado na forma de lista oculta(Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, item 2.1). Os arquivos gerados pelas gravações serão armazenados de forma digital no HD externo pessoal do pesquisador Paulo Henrique Souza dos Santos, pois de acordo com a Resolução CNS 510, de 2016, Cap. 6, Art. 28, é preciso manter tais dados em arquivo, físico ou digital, sob guarda e responsabilidade do pesquisador, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Essas entrevistas serão realizadas em locais de fácil acessibilidade ao entrevistado e será aplicado o critério de saturação, ou seja, ela será interrompida no momento em que as respostas se repetirem, sem ganhos para a análise. Caso queira, você poderá revisar a transcrição das suas falas, antes da sua incorporação aos resultados do estudo.

Além disso, esta pesquisa não prevê qualquer espécie de reembolso ou gratificação. Os custos previstos para a realização da entrevista à distância estão relacionados ao uso de ferramentas eletrônicas. Entretanto, não será necessário nenhum investimento direto e você poderá utilizar as ferramentas que já são de sua propriedade, podendo ser computador, notebook ou celular com acesso à internet, considerando o conteúdo do Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, item 2.6.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, sendo nesse estudo estes são mínimos e se relacionam com a possibilidade de você se sentir constrangido durante a coleta das informações, cansaço ou aborrecimento ao responder à entrevista. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação sem nenhum problema e o entrevistador estará apto a oferecer qualquer tipo de acolhimento imediato. Outro risco inerente à pesquisa é a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, pendrive). Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa e com a certeza de que você não terá qualquer prejuízo. Caso você venha a sofrer qualquer dano ou prejuízo decorrente desta pesquisa, você terá garantia de indenização.

As informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico e poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área de História, sendo os nomes dos participantes/entrevistados divulgados ou não nos resultados dessa pesquisa, a depender da sua resposta sobre sigilo ao final desse documento. Os dados da sua entrevista serão utilizados para essa Dissertação de Mestrado e seus desdobramentos (artigos científicos em revistas, anais em eventos, comunicações orais em eventos) e ficarão armazenados nos notebooks de posse do pesquisador responsável e serão mantidos armazenados, assim como você terá acesso aos resultados da pesquisa. Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Caso você tenha alguma despesa ou qualquer prejuízo financeiro em decorrência desta pesquisa, você terá garantia de ressarcimento. Assim, ao assinar este documento, você autoriza a divulgação das informações contidas na entrevista tanto na dissertação, quanto nos desdobramentos.

Por outro lado, embora esta pesquisa não lhe ofereça benefícios diretos imediatos, você poderá contribuir para História do SUS e da Aids em Belém- PA. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/16, que trata dos preceitos éticos e da proteção

aos participantes da pesquisa em Ciências Humanas ou sociais. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Caso você queira outras informações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador Paulo Henrique Souza dos Santos, responsável por este estudo, através do telefone: (91)98318-6377; do email paulohen.riquer@hotmail.com ou pessoalmente no endereço Avenida Nazaré nº 1058, apt: 1101, CEP 66035-145. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz pelo número (21) 3865-9809; e-mail cep.epsjv@fiocruz.br; ou pessoalmente pelo endereço: Avenida Brasil, 4365 – contêiner 07 – Manguinhos- Rio de Janeiro - CEP 21040-360. O Comitê de Ética é a instância responsável por examinar os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, zelando pela proteção à dignidade, autonomia e direitos dos participantes.

Declaração de consentimento

Eu, _____, RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada “O Paravidda e a ampliação da assistência às pessoas com Hiv/Aids em Belém-pa no processo de implantação do SUS (1992-2006)”. Estou ciente que receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador responsável. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais presentes na Resolução CNS/CONEP nº 466/2012 e na Resolução CNS/CONEP 510/2016.

Aceita a Divulgação de seu nome nos resultados da pesquisa? () SIM () NÃO

Assinatura do participante da pesquisa

Local/ Data

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo
Paulo Henrique Souza dos Santos

Local/Data

APÊNDICE B – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)
Depoentes ligados a ONG – Entrevista Presencial

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História da Ciência e da Saúde

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**O Paravidda e a ampliação da assistência às pessoas com Hiv/Aids em Belém-pa no processo de implantação do SUS (1992-2006)**”, a ser conduzida pelo acadêmico Paulo Henrique Souza dos Santos, sob responsabilidade da Prof^o Dr^o Carlos Henrique Assunção Paiva, do Programa de Pós Graduação em História da Ciência e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz (COC- Fiocruz). Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é analisar as ações da Organização Grupo para a Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids (PARAVIDDA), com foco nas ações de ampliação da assistência às pessoas com HIV no que diz respeito à distribuição de medicamentos e prevenção, articuladas com o processo de implantação do SUS (1992-2006). A razão de você estar sendo convidado(a), se deve ao fato de que você é (foi) ativista em questões de HIV pela ONG Paravidda entre os anos 1992-2006.

Caso você aceite o convite, você participará de uma entrevista presencial se já tiver tomado as duas doses da vacina contra COVID e seguindo os protocolos de segurança, como utilização de máscaras e distanciamento, disponíveis no site <https://portal.fiocruz.br/coronavirus/material-para-download> e <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus>. A duração será de aproximadamente 30-45 minutos, gravada e depois transcrita com aproximadamente 10 para ativistas vinculados à ONG Paravidda. Os arquivos gerados pelas gravações serão armazenados de forma digital no HD externo pessoal do pesquisador Paulo Henrique Souza dos Santos, pois de acordo com a Resolução CNS 510, de 2016, Cap. 6, Art. 28, é preciso manter tais dados em arquivo, físico ou digital, sob guarda e responsabilidade do pesquisador, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Essas entrevistas serão realizadas em locais de fácil acessibilidade ao entrevistado e será aplicado o critério de saturação, ou seja, ela será interrompida no momento em que a

respostas se repetirem, sem ganhos para a análise. Caso queira, você poderá revisar a transcrição das suas falas, antes da sua incorporação aos resultados do estudo.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, nesse estudo estes são mínimos e se relacionam com a possibilidade de você se sentir constrangido durante a coleta das informações, cansaço ou aborrecimento ao responder à entrevista. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação sem nenhum problema e o entrevistador estará apto a oferecer qualquer tipo de acolhimento imediato. Outro risco inerente à pesquisa é a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, pendrive). Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa e com a certeza de que você não terá qualquer prejuízo. Caso você venha a sofrer qualquer dano ou prejuízo decorrente desta pesquisa, você terá garantia de indenização.

As informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico e poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área de História, sendo os nomes dos participantes/entrevistados divulgados ou não nos resultados dessa pesquisa, a depender da sua resposta sobre sigilo ao final desse documento. Os dados da sua entrevista serão utilizados para essa Dissertação de Mestrado e seus desdobramentos (artigos científicos em revistas, anais em eventos, comunicações orais em eventos) e ficarão armazenados nos notebooks de posse do pesquisador responsável e serão mantidos armazenados, assim como você terá acesso aos resultados da pesquisa. Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Caso você tenha alguma despesa ou qualquer prejuízo financeiro em decorrência desta pesquisa, você terá garantia de ressarcimento. Assim, ao assinar este documento, você autoriza a divulgação das informações contidas na entrevista tanto na dissertação, quanto nos desdobramentos.

Por outro lado, embora esta pesquisa não lhe ofereça benefícios diretos imediatos, você poderá contribuir para História do SUS e da Aids em Belém- PA. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/16, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa em Ciências Humanas ou sociais. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Caso você queira outras informações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador Paulo Henrique Souza dos Santos, responsável por este estudo, através do telefone: (91)98318-6377; do email paulohen.rique@hotmail.com ou pessoalmente no endereço Avenida Nazaré n° 1058, apt: 1101, CEP 66035-145. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz pelo número (21) 3865-9809; e-mail cep.epsjv@fiocruz.br; ou pessoalmente pelo endereço: Avenida Brasil, 4365 – contêiner 07 – Mangueiras- Rio de Janeiro - CEP 21040-360. O Comitê de Ética é a instância responsável por examinar os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, zelando pela proteção à dignidade, autonomia e direitos dos participantes.

Declaração de consentimento

Eu, _____, RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada “O Paravidda e a ampliação da assistência às pessoas com Hiv/Aids em Belém-pa no processo de implantação do SUS (1992-2006)”. Estou ciente que receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador responsável. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais presentes na Resolução CNS/CONEP n° 466/2012 e na Resolução CNS/CONEP 510/2016.

Aceita a Divulgação de seu nome nos resultados da pesquisa? () SIM () NÃO

Assinatura do participante da pesquisa

Local/ Data

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Local/Data

Paulo Henrique Souza dos Santos

**APÊNDICE C – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)
Depoentes ligados aos órgãos oficiais de saúde – Entrevista a Distância**

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História da Ciência e da Saúde**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“O Paravidda e a ampliação da assistência às pessoas com Hiv/Aids em Belém-pa no processo de implantação do SUS (1992-2006)”**, a ser conduzida pelo acadêmico Paulo Henrique Souza dos Santos, sob responsabilidade da Prof^o Dr^o Carlos Henrique Assunção Paiva, do Programa de Pós Graduação em História da Ciência e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz (COC- Fiocruz). Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é analisar as ações da Organização Grupo para a Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids (PARAVIDDA), com foco nas ações de ampliação da assistência às pessoas com HIV no que diz respeito à distribuição de medicamentos e prevenção, articuladas com o processo de implantação do SUS (1992-2006). A razão de você estar sendo convidado(a) coordenador de programas de Aids no Pará ou Gestor de saúde em Belém- PA (Secretários Municipais de Saúde e Estaduais) entre os anos 1992-2006.

Caso você aceite o convite, você participará de uma entrevista à Distância com duração será de aproximadamente 30-45 minutos, gravada e depois transcrita com aproximadamente 6 questões para coordenadores das políticas voltadas ao HIV/ Aids. O convite será individual, enviado por e-mail com apenas um remetente e um destinatário, ou ser enviado na forma de lista oculta (Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, item 2.1). Os arquivos gerados pelas gravações serão armazenados de forma digital no HD externo pessoal do pesquisador Paulo Henrique Souza dos Santos, pois de acordo com a Resolução CNS 510, de 2016, Cap. 6, Art. 28, é preciso manter tais dados em arquivo, físico ou digital, sob guarda e responsabilidade do pesquisador, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Essas entrevistas serão realizadas em locais de fácil acessibilidade ao entrevistado e será aplicado o critério de saturação, ou seja, ela será interrompida no

momento em que a respostas se repetirem, sem ganhos para a análise. Você poderá revisar a transcrição das suas falas, antes da sua incorporação aos resultados do estudo.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, sendo que nesse estudo estes são mínimos e se relacionam com a possibilidade de você se sentir constrangido durante a coleta das informações, cansaço ou aborrecimento ao responder à entrevista. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação sem nenhum problema e o entrevistador estará apto a oferecer qualquer tipo de acolhimento imediato. Outro risco inerente à pesquisa é a remota possibilidade da quebra do sigilo, caso seja solicitado, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, pendrive). Em razão do cargo que você ocupa ou ocupou em instituições públicas de saúde vinculadas à Aids, existe o risco de você vir a ser indiretamente identificado se você solicitar o sigilo ao final desse documento. Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa e com a certeza de que você não terá qualquer prejuízo. Caso você venha a sofrer qualquer dano ou prejuízo decorrente desta pesquisa, você terá garantia de indenização.

As informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico e poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área de História, sendo os nomes dos participantes/entrevistados divulgados ou não nos resultados dessa pesquisa, a depender da sua resposta sobre sigilo ao final desse documento. Os dados da sua entrevista serão utilizados para essa Dissertação de Mestrado e seus desdobramentos (artigos científicos em revistas, anais em eventos, comunicações orais em eventos) e ficarão armazenados nos notebooks de posse do pesquisador responsável e serão mantidos armazenados, assim como você terá acesso aos resultados da pesquisa. Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Caso você tenha alguma despesa ou qualquer prejuízo financeiro em decorrência desta pesquisa, você terá garantia de ressarcimento. Assim, ao assinar este documento, você autoriza a divulgação das informações contidas na entrevista tanto na dissertação, quanto nos desdobramentos.

Por outro lado, embora esta pesquisa não lhe ofereça benefícios diretos imediatos, você poderá contribuir para História do SUS e da Aids em Belém- PA. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/16, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa em Ciências Humanas ou sociais. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde

cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Caso você queira outras informações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador Paulo Henrique Souza dos Santos, responsável por este estudo, através do telefone: (91)98318-6377; do email paulohen.rique@hotmail.com ou pessoalmente no endereço Avenida Nazaré n° 1058, apt: 1101, CEP 66035-145. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz pelo número (21) 3865-9809; e-mail cep.epsjv@fiocruz.br; ou pessoalmente pelo endereço: Avenida Brasil, 4365 – contêiner 07 – Manginhos- Rio de Janeiro - CEP 21040-360. O Comitê de Ética é a instância responsável por examinar os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, zelando pela proteção à dignidade, autonomia e direitos dos participantes.

Aceita a Divulgação de seu nome nos resultados da pesquisa? () SIM () NÃO

Declaração de consentimento

Eu, _____, RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada “O Paravidda e a ampliação da assistência às pessoas com Hiv/Aids em Belém-pa no processo de implantação do SUS (1992-2006)”. Estou ciente que receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador responsável. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais presentes na Resolução CNS/CONEP n° 466/2012 e na Resolução CNS/CONEP 510/2016.

Assinatura do participante da pesquisa

Local/ Data

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Local/Data

Paulo Henrique Souza dos Santos

**APÊNDICE D – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)
Depoentes ligados aos órgãos oficiais de saúde – Entrevista Presencial**

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História da Ciência e da Saúde**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“O Paravidda e a ampliação da assistência às pessoas com Hiv/Aids em Belém-pa no processo de implantação do SUS (1992-2006)”**, a ser conduzida pelo acadêmico Paulo Henrique Souza dos Santos, sob responsabilidade da Prof^o Dr^o Carlos Henrique Assunção Paiva, do Programa de Pós Graduação em História da Ciência e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz (COC- Fiocruz). Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é analisar as ações da Organização Grupo para a Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids (PARAVIDDA), com foco nas ações de ampliação da assistência às pessoas com HIV no que diz respeito à distribuição de medicamentos e prevenção, articuladas com o processo de implantação do SUS (1992-2006). A razão de você estar sendo convidado(a) coordenador de programas de Aids no Pará ou Gestor de saúde em Belém- PA (Secretários Municipais de Saúde e Estaduais) entre os anos 1992-2006.

Caso você aceite o convite, você participará de uma entrevista presencial se já tiver tomado as duas doses da vacina e seguindo os protocolos de segurança, como utilização de máscaras e distanciamento, disponíveis no site <https://portal.fiocruz.br/coronavirus/material-para-download> e <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus>. A duração será de aproximadamente 30-45 minutos, gravada e depois transcrita com aproximadamente 6 questões para coordenadores das políticas voltadas ao HIV/ Aids. Os arquivos gerados pelas gravações serão armazenados de forma digital no HD externo pessoal do pesquisador Paulo Henrique Souza dos Santos, pois de acordo com a Resolução CNS 510, de 2016, Cap. 6, Art. 28, é preciso manter tais dados em arquivo, físico ou digital, sob guarda e responsabilidade do pesquisador, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Essas entrevistas serão realizadas em locais de fácil acessibilidade ao entrevistado e será aplicado o critério de saturação, ou seja, ela será interrompida no momento em que a respostas se

repetirem, sem ganhos para a análise. Você poderá revisar a transcrição das suas falas, antes da sua incorporação aos resultados do estudo.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, sendo que nesse estudo estes são mínimos e se relacionam com a possibilidade de você se sentir constrangido durante a coleta das informações, cansaço ou aborrecimento ao responder à entrevista. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação sem nenhum problema e o entrevistador estará apto a oferecer qualquer tipo de acolhimento imediato. Outro risco inerente à pesquisa é a remota possibilidade da quebra do sigilo, caso seja solicitado, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, pendrive). Em razão do cargo que você ocupa ou ocupou em instituições públicas de saúde vinculadas à Aids, existe o risco de você vir a ser indiretamente identificado se você solicitar o sigilo ao final desse documento. Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa e com a certeza de que você não terá qualquer prejuízo. Caso você venha a sofrer qualquer dano ou prejuízo decorrente desta pesquisa, você terá garantia de indenização.

As informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico e poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área de História, sendo os nomes dos participantes/entrevistados divulgados ou não nos resultados dessa pesquisa, a depender da sua resposta sobre sigilo ao final desse documento. Os dados da sua entrevista serão utilizados para essa Dissertação de Mestrado e seus desdobramentos (artigos científicos em revistas, anais em eventos, comunicações orais em eventos) e ficarão armazenados nos notebooks de posse do pesquisador responsável e serão mantidos armazenados, assim como você terá acesso aos resultados da pesquisa. Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Caso você tenha alguma despesa ou qualquer prejuízo financeiro em decorrência desta pesquisa, você terá garantia de ressarcimento. Assim, ao assinar este documento, você autoriza a divulgação das informações contidas na entrevista tanto na dissertação, quanto nos desdobramentos.

Por outro lado, embora esta pesquisa não lhe ofereça benefícios diretos imediatos, você poderá contribuir para História do SUS e da Aids em Belém- PA. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/16, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa em Ciências Humanas ou sociais. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde

cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Caso você queira outras informações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador Paulo Henrique Souza dos Santos, responsável por este estudo, através do telefone: (91)98318-6377; do email paulohen.rique@hotmail.com ou pessoalmente no endereço Avenida Nazaré n° 1058, apt: 1101, CEP 66035-145. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz pelo número (21) 3865-9809; e-mail cep.epsjv@fiocruz.br; ou pessoalmente pelo endereço: Avenida Brasil, 4365 – contêiner 07 – Manginhos- Rio de Janeiro - CEP 21040-360. O Comitê de Ética é a instância responsável por examinar os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, zelando pela proteção à dignidade, autonomia e direitos dos participantes.

Aceita a Divulgação de seu nome nos resultados da pesquisa? () SIM () NÃO

Declaração de consentimento

Eu, _____, RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada “O Paravidda e a ampliação da assistência às pessoas com Hiv/Aids em Belém-pa no processo de implantação do SUS (1992-2006)”. Estou ciente que receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador responsável. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais presentes na Resolução CNS/CONEP n° 466/2012 e na Resolução CNS/CONEP 510/2016.

Assinatura do participante da pesquisa

Local/ Data

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Local/Data

Paulo Henrique Souza dos Santos

ANEXO A – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS)

Tabela I: Regionalização NOAS 2001 – 2002

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km ²)	D.D (Hab/Km ²)	Distância da Capital (Km)	ACESSO			
								HID	AER	ROD	
1. Metropolitano Belém	1. Metropolitana I	1. Belém	PSM	1.304.314	1.070,10	1.218,87	0	X	X	X	
	Belém	Belém	2. Ananindeua	PSM	410.234	191,4	2.143,33	16			X
			3. Marituba	PSM	80.046	109,1	733,69	24			X
			Benevides	PAB	37.025	177,7	208,36	31			X
			Santa Bárbara do Pará	PAB	11.696	279,4	41,86	37			X
			Sub-Total			1.843.315	1.827,70	1.008,54			
	2. Metropolitana II	4. Santa Isabel do Pará	PAB	44.146	720,9	61,24	47			X	
	Santa Isabel do Pará	Santa Isabel do Pará	Bujaru	PAB	21.887	999	21,91	52	X	X	X
			Santo Antônio do Tauá	PAB	20.139	539,9	37,3	50			X
			Vigia	PAB	41.727	559,6	74,57	79		X	X
			Colares	PSM	10.899	612,5	17,79	61		X	X
			São Caetano de Odivelas	PAR	15.455	727,3	21,25	97			X
			Sub-Total			154.253	4.159	37,09			

Tabela II: Regionalização NOAS 2001/2002

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km ²)	D.D (Hab/Km ²)	Distância da Capital (Km)	ACESSO			
								HID	AER	ROD	
1. Metropolitano Belém	3. Metropolitana III	5. Acará	PSM	53.272	4.363,60	12,21	63	X	X	X	
	Acará	Acará	Concórdia do Pará	PAB	21.813	710,7	30,69	88		X	X
			6. Tomé-Açu	PSM	48.117	5.179,20	9,29	116			X
			Sub-Total			123.202	10.254	12,02			
	4. Metropolitana IV	7. Castanhal	PSM	138.417	1.029,40	134,46	62			X	
	Castanhal	Castanhal	Inhangapi	PAB	7.796	473,2	16,48	63			X
			São Domingos do Capim	PAB	28.213	1.691,90	16,68	84	X		X
			São Francisco do Pará	PAB	14.517	476,1	30,49	89			X
			São João da Ponta	PAB	4.013	196,9	20,38	84			X
			Terra Alta	PAB	8.575	207,4	41,35	90			X
			Curuçá	PAB	26.922	676,3	39,81	104		X	X
			Marapanim	PAB	25.205	799,2	31,54	127			X
			Sub-Total			253.658	5.550	45,70			
	5. Metropolitana V	8. Abaetetuba	PSM	121.415	1.613,90	75,23	56	X	X	X	
	Abaetetuba	Abaetetuba	9. Igarapé-Miri	PSM	53.920	2.009,70	26,83	79		X	X
			10. Moju	PSM	54.484	9.724,30	5,6	65		X	X
			11. Barcarena	PSM	65.385	1.316,20	49,68	18	X	X	
			Sub-Total			295.204	14.664	20,13			

Tabela III: Regionalização NOAS 2001/2002

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
2. Atlântico Capanema	6. Atlântica I Igarapé-Açú	12. Igarapé-Açú	PAB	32.982	800,3	41,21	107		X	X
		Magalhães Barata	PAB	7.620	328	23,23	120			X
		Maracanã	PAB	27.880	777,3	35,87	143			X
		Sub-Total		68.482	1.906	35,93				
	7. Atlântica II Bragança	13. Bragança	PAB	95.352	2.344,10	40,68	198		X	X
		Augusto Correa	PAB	33.335	889,2	37,49	215		X	X
		Tracuateua	PAB	23.482	771,9	30,42	169			X
		14. Viseu	PSM	51.462	4.980,90	10,33	264		X	X
	Sub-Total		203.631	8.986	22,66					
	8. Atlântica III Capanema	15. Capanema	PSM	57.840	613,4	94,29	151		X	X
		Bonito	PAB	9.941	564,8	17,6	131		X	X
		Cachoeira do Piriá	PAB	16.326	2.410,80	6,77	226		X	X
		Nova Timboteua	PAB	11.649	492,1	23,67	125			X
		Peixe-Boi	PAB	7.985	452,3	17,65	124			X
		Primavera	PAB	9.799	287,1	34,13	159			X
		Quatipuru	PAB	11.097	321,7	34,49	180			X
		Santa Luzia do Pará	PAB	19.468	1.278,30	15,23	169			X
		Santarém Novo	PAB	5.549	230,5	24,07	138			X
	Sub-Total		149.654	6.651	22,50					
	9. Atlântica IV Salinópolis	16. Salinópolis	PAB	34.624	218,8	158,24	158		X	X
São João de Pirabas		PAB	17.623	709,4	24,84	164			X	
Sub-Total			52.247	928	56,30					

Tabela IV: Regionalização NOAS 2001/2002

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
3. Guamá São Miguel do Guamá	10. Guamá I São Miguel do Guamá	17. São Miguel do Guamá	PAB	42.380	1.094,80	38,71	108	X	X	X
		Irituia	PAB	30.423	1.384,20	21,98	121			X
		Çapitão Poço	PAB	50.310	2.727,00	18,45	159		X	X
		18. Santa Maria do Pará	PSM	21.185	459,8	46,07	107			X
		Sub-Total		144.298	2.939	49,10				
	11. Guamá II Ourém	19. Ourém	PSM	14.599	602,5	24,23	143			X
		Garrafão do Norte	PAB	24.659	1.799,20	13,71	176		X	X
		Nova Esperança do Piriá	PAB	20.386	2.889,70	7,05	208			X
		Sub-Total		59.664	8.018	7,44				
	12. Guamá III Paragominas	20. Paragominas	PSM	78.116	19.395,60	4,03	217		X	X
		Dom Eliseu	PAB	41.278	5.297,40	7,79	344		X	X
		Ulianópolis	PAB	20.495	5.103,60	4,02	276		X	X
		Mãe do Rio	PAB	24.882	471,1	52,82	128			X
		Ipixuna do Pará	PAB	27.080	5.285,20	5,12	163			X
		Aurora do Pará	PAB	20.550	1.824,00	11,27	140		X	X
Sub-Total			212.401	37.377	5,68					

Tabela V: Regionalização NOAS 2001/2002

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
4. Marajó Breves	13. Marajó I Breves	21. Breves	PSM	81.458	9.600,30	8,48	228	X	X	
		Bagre	PAB	13.652	4.417,60	3,09	206	X	X	
		Curralinho	PAB	20.529	3.620,20	5,67	154	X	X	
		Portel	PAB	39.018	25.498,10	1,53	268	X	X	
		Melgaço	PAB	21.851	6.804,60	3,21	256	X	X	
		22. Gurupá	PAB	23.589	8578,2	2,75	418	X	X	
		Sub-Total			200.097	58.519	3,42			
	14. Marajó II Soure	23. Soure	PAB	20.261	3.528,70	5,74	83	X	X	
		Salvaterra	PAB	15.492	1.048,20	14,78	76	X	X	
		Cachoeira do Arari	PAB	16.094	3.116,00	5,16	73	X	X	
		Santa Cruz do Arari	PAB	5.324	1.079,50	4,93	123		X	X
		Sub-Total			57.171	8.772,40	6,52			
	15. Marajó III Afuá	24. Afuá	PAB	30.677	8.410,30	3,65	258	X	X	
		Chaves	PAB	17.593	13.143,90	1,34	223	X	X	
		Anajás	PAB	18.813	7.022,20	2,68	167	X	X	
		Sub-Total			67.083	28.576	2,35			
	16. Marajó IV Muaná	25. Muaná	PSM	25.916	3.782,40	6,85	86	X	X	
		São Sebastião da Boa Vista	PAB	17.996	1.576,40	11,42	118	X	X	
		26. Ponta de Pedras	PAB	18.966	3.380,30	5,61	43	X	X	
		Sub-Total			43.912	17.512	2,51			

Tabela VI: Regionalização NOAS 2001/2002

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
5. Tocantins Tucuruí	17. Tocantins I Tucuruí	27. Tucuruí	PSM	76.026	2.095,50	36,28	294		X	
		Breu Branco	PAB	35.257	3.989,00	8,84	286		X	X
		Novo Repartimento	PAB	43.449	15.464,10	2,81	360		X	X
		28. Jacundá	PAB	42.164	2.014,80	20,93	352		X	X
		29. Goianésia do Pará	PAB	24.067	6.958,80	3,46	282		X	X
		30. Tailândia	PSM	40.693	4.475,50	9,09	178	X	X	
		Sub-Total			261.656	34.998	7,48			
	18. Tocantins II Cametá	31. Cametá	PSM	99.016	3.122,00	31,72	146	X	X	
		Limoeiro do Ajuru	PAB	19.946	1.404,50	14,2	114	X	X	
		Oeiras do Pará	PAB	23.800	3.931,80	6,05	176	X	X	
		Sub-Total			142.762	8.458	16,88			
	19. Tocantins III Baião	32. Baião	PSM	21.255	3.202,30	6,64	207	X	X	
		Mocajuba	PAB	20.802	860,4	24,18	182	X	X	
		Sub-Total			42.057	4.063	10,35			

Tabela VII: Regionalização NOAS 2001/2002

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
6. Carajás Marabá	20. Carajás I Marabá	33. Marabá	PSM	173.301	15.157,90	11,43	448		X	X
		Nova Ipixuna	PAB	12.277	1.609,80	7,63	401			X
		Rondon do Pará	PAB	40.924	8.277,30	4,94	372			X
		Abel Figueiredo	PAB	6.145	616,9	9,96	395		X	X
		Bom Jesus do Tocantins	PAB	13.191	2.828,50	4,66	405		X	X
		34. Itupiranga	PSM	52.212	7.914,60	6,6	424		X	X
		Sub-Total			298.050	36.405	8,19			
	21. Carajás II São Domingos do Araguaia	35. São Domingos Araguaia	PAB	20.570	1398,5	14,71	665		X	X
		São João do Araguaia	PAB	12.979	1301,7	9,97	656			X
		36. Palestina do Pará	PSM	7.772	988,2	7,86	627		X	X
		Brejo Grande do Araguaia	PAB	7.589	1162,3	6,53	443		X	X
		Sub-Total			48.910	8.925	5,48			
	22. Carajás III São Geraldo do Araguaia	37. São Geraldo do Araguaia	PSM	27.573	3.283,70	8,4	557		X	X
		Piçarra	PAB	12.907	3326,7	3,88	699		X	X
		Sub-Total			40.480	87.891	0,46			
	23. Carajás IV Parauapebas	38. Parauapebas	PSM	75.524	7.077,20	10,67	547		X	X
		Canaã dos Carajás	PAB	11.425	3.161,50	3,61	584		X	X
		Curionópolis	PAB	18.559	2.289,10	8,11	536		X	X
		Eldorado dos Carajás	PAB	31.806	2.969,50	10,71	528		X	X
		Sub-Total			137.314	15.497	8,86			

Tabela VIII: Regionalização NOAS 2001/2002

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
7. Xingu Altamira	24. Xingu I Altamira	39. Altamira	PAB	78.760	161.445,91	0,49	463		X	X
		Anapu	PAB	8.908	11951,7	0,75	536		X	
		Brasil Novo	PAB	17.930	6396,6	2,80	386		X	X
		Senador José Porfírio	PAB	14.817	2.971,60	4,99	430	X	X	
		Vitória do Xingu	PAB	11.005	2971,6	3,70	354	X	X	
		40. Pacajá	PAB	29.126	11.884,50	2,45	361		X	X
		41. Porto de Moz	PSM	23.381	17500,8	1,34	408	X	X	
		Sub-Total			183.927	215.122,71	0,85			
	25. Xingu II Medicilândia	42. Medicilândia	PSM	21.636	8309,4	2,60	504		X	
		43. Uruará	PSM	47.524	10.839,00	4,38	651		X	
		Placas	PAB	13.712	7194,1	1,91	896	X		
		Sub-Total			82.872	19.145	4,33			

Tabela IX: Regionalização NOAS 2001/2002

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO			
								HID	AER	ROD	
8. Araguaia Redenção	26. Araguaia I Redenção	44. Redenção	PSM	64.658	3839,9	16,84	486		X	X	
		Bannach	PAB	3.703	2969,3	1,25	752		X	X	
		Cumar do Norte	PAB	5.836	17156,7	0,34	712		X	X	
		Pau d'Arco	PAB	7.427	13.884,80	0,53	671		X	X	
		45. Santana do Araguaia	PSM	32.813	11639,2	2,82	773		X	X	
	Sub-Total				114.437	41.342	2,77				
	27. Araguaia II Conceição do Araguaia	46. Conceição do Araguaia	PSM	43.626	5853,9	7,45	638		X	X	
		47. Floresta do Araguaia	PSM	14.462	3458,7	4,18	684		X		
		48. Santa Maria das Barreiras	PSM	11.646	10373,4	1,12	474		X	X	
		Sub-Total			69.734	11.790	5,91				
	28. Araguaia III Xinguará	49. Xinguará	PSM	34.030	3795,9	8,96	744		X	X	
		Sapucaia	PAB	3.615	1303,8	2,77	575		X	X	
		50. Rio Maria	PSM	15.931	4132,3	3,86	732		X	X	
		Sub-Total			53.576	12.978	4,13				
	29. Araguaia IV São Félix do Xingu	51. Água Azul do Norte	PSM	23.236	7658,7	3,03	681		X	X	
		52. Ourilândia do Norte	PSM	19.763	13884,8	1,42	838		X	X	
		53. Tucumã	PSM	25.906	2523,3	10,27	905		X	X	
		54. São Félix do Xingu	PSM	35.698	84607,3	0,42	460		X	X	
		Sub-Total			108.867	23.411	4,65				

Tabela X: Regionalização NOAS 2001/2002

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
9. Tapajós Santarém	30. Tapajós I Santarém	55. Santarém	PSM	264.992	73.287,80	3,62	457	X	X	
		Belterra	PAB	15.083	2640,6	5,71	702	X	X	
		Rurópolis	PAB	25.283	6991,3	3,62	905		X	
		Sub-Total			305.358	109.828	2,78			
	31. Tapajós II Monte Alegre	56. Almeirim	PAB	34.002	73287,8	0,46	742	X	X	
		57. Monte Alegre	PSM	60.832	20066,3	3,03	922	X	X	
		Prainha	PAB	29.624	62.380,80	0,47	898		X	
		Sub-Total			124.458	89.027	1,40			
	32. Tapajós III Óbidos	58. Alenquer	PAB	41.461	24496,8	1,69	796	X	X	
		Curuá	PAB	9.321	1480,2	6,30	731	X	X	
		59. Óbidos	PAB	47.000	26825,5	1,75	1.164		X	
		Sub-Total			97.782	73.348	1,33			
	33. Tapajós IV Oriximiná	60. Oriximiná	PAB	49.246	108086	0,46	848	X	X	
		Terra Santa	PAB	15.049	1909	7,88	798	X	X	
		Faro	PAB	10.770	11820,3	0,91	987		X	
		61. Juruti	PSM	32.186	8342,8	3,86	631	X	X	
		Sub-Total			107.251	93.557	1,15			
	34. Tapajós V Itaituba	62. Itaituba	PAB	95.006	62380,8	1,52	699		X	
		Aveiro	PAB	16.119	17175,9	0,94	823	X	X	
		Jacareacanga	PAB	25.851	53531,5	0,48	558			
Novo Progresso		PAB	27.365	38322	0,71	805		X		
Trailão		PAB	14.950	12043,6	1,24	705	X	X		
Sub-Total			179.291	160.590	1,12					

ANEXO B – Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa com HIV

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA PORTADORA DO VÍRUS DA AIDS (*)

Porto Alegre, Outubro de 1989

Rede Brasileira de Solidariedade (ONGs/AIDS)

Considerando

que a AIDS, do ponto de vista da medicina, é uma doença como as outras;

que a AIDS é uma epidemia mundial e é preciso um esforço coletivo mundial para detê-la;

que não existe perigo de contágio da AIDS exceto através das relações sexuais, de transfusão sanguínea e da passagem da mãe ao feto ou bebê;

que do ponto de vista planetário é toda a Humanidade que se encontra soropositiva, não existindo uma "minoría" de doentes;

que contra o pânico, os preconceitos e a discriminação a única resposta possível é a prática da solidariedade.

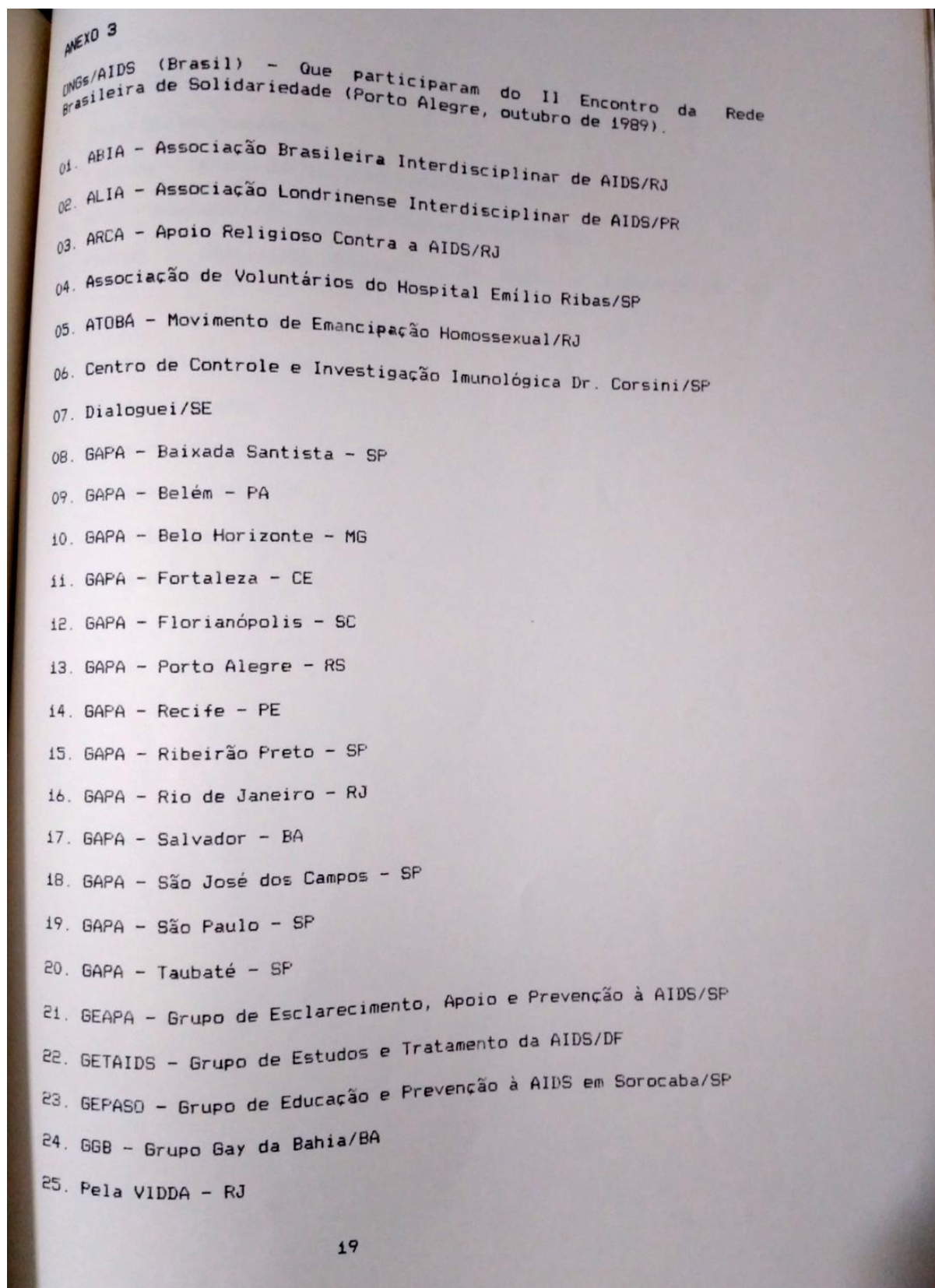
Proclamamos que:

1. Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, cientificamente fundada sobre a AIDS, sem nenhum tipo de restrição. Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
2. Todo portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
3. Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena, ou qualquer tipo de discriminação.
4. Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV, qualquer que seja sua raça, sua nacionalidade, sua religião, sua ideologia, seu sexo ou orientação sexual.

(*) Aprovado como documento oficial da Rede Brasileira de Solidariedade (ONGs/AIDS)

5. Todo portador do vírus da AIDS tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que tende a recusar aos portadores do vírus um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação nas atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
6. Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para AIDS.
7. Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para a AIDS sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
8. Ninguém será submetido aos testes de AIDS compulsoriamente, em caso algum. Os testes de AIDS deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, para controle de transfusões e transplantes, e estudos epidemiológicos e nunca para qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser informados por um profissional competente.
9. Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde ou o resultado dos seus testes.
10. Todo portador do vírus tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

ANEXO C – Relação de Presença no II ENONGs



26. Pela VIDDA - SP
27. Pela VIDDA - RS
28. Grupo Solidariedade/MG
29. Lambida - Centro de Apoio ao Paciente de AIDS/SP
30. MAPA - Movimento de Apoio ao Paciente de AIDS/SP
31. PRAIDS - Associação Evangélica de Apoio e Solidariedade ao paciente de AIDS e seus familiares
32. Nomes - Coordenação Nacional
33. Nomes - Florianópolis
34. Nomes - Salvador
35. Nomes - Santos
36. Projeto Esperança/SP
37. Projeto Solidariedade/SP
38. Turma OK/RJ

ANEXO D – Carta ao Governo Federal (1990)

AIDS: OMISSÃO MATA

Até agora o descaso do governo brasileiro levou o país à condição de segundo lugar em número de casos de AIDS, no mundo. Milhares de pessoas foram contaminadas, nos últimos cinco anos, não foram evitadas por falta de uma política de prevenção e informação. Doentes morrem nas portas dos hospitais por falta de leitos. Tratamentos e remédios usados para salvar as vidas dos doentes acometidos de infecções oportunistas não se encontram disponíveis na rede pública. Pessoas estão sendo massacradas por causa do preconceito e da discriminação.

Diante dessa situação, agravada em tal profundidade, é emergencial a implantação no Brasil, de uma estratégia global contra a AIDS, baseada nos princípios políticos, internacionalmente reconhecidos, da solidariedade. Tal programa só reverterá os dramáticos prognósticos para os anos 90 se contemplar os seguintes aspectos mínimos:

- Desenvolvimento de campanhas de informação claras e precisas que combatam o pânico e os preconceitos; a informação deve atingir toda a sociedade brasileira, de forma permanente, respeitando sua diversidade, atendendo principalmente a imensa maioria de desassistidos.
- Uma política de assistência digna para as pessoas portadoras do vírus da AIDS solucionando a terrível crise da rede pública e exigindo a participação das empresas de medicina de grupo, seguro-saúde, rede privada e todos os que vêm lucrando com a saúde no país. É imperioso aumentar o número de leitos e assegurar o acesso a medicamentos, inclusive os importados, em escala nacional e para todos que os necessitem, independente de poder aquisitivo.
- Ações de prevenção eficazes, incluindo o controle da qualidade do sangue.
- Desenvolvimento de uma vigilância epidemiológica eficiente e estímulo à pesquisa para que se conheça o verdadeiro número de casos no país e a evolução da epidemia.
- Participação da sociedade civil na elaboração de todas as dimensões de um Programa Nacional, que envolva ações articuladas dos poderes legislativo, judiciário e executivo, com a permanente preocupação da defesa dos direitos humanos e direitos civis das pessoas portadoras do vírus.

A AIDS pode ser vencida. Nós, organizações comunitárias lutando em várias frentes contra a epidemia, assumimos nossas responsabilidades. Com a solidariedade teremos mais saúde e mais democracia.

VIVA A VIDA !

(seguem os nomes das entidades signatárias)

ANEXO E – Relação de Presença no III ENONGs

46-

RELAÇÃO DE PRESENÇA - ORDEM ALFABÉTICA

- Abelardo Nogueira Jr. (Frei)	Comunidade São Francisco de Assis
- Adamaris Sá Oliveira	GECAIDS/São Paulo
- Albertina Volpato	APROVA/Curitiba
- Alberto Magno Santos	GRUPO LUZ ESPERANÇA
- Alfredo Barbosa Montebelo	GAPA/Recife
- Ana Maria Filgueiras	CBDD da Criança e Adolescentes/Rio de Janeiro
- Anangelica Moraes Gomes	ABIA/Rio de Janeiro
- Antonio Alves Ferreira	GIV/São Paulo
- Antonio Peixoto	Movimento Antonio Peixoto
- Antonio Santos Fernandes	PROJETO NOMES/Santos
- Armando Luiz B. de Paula	GAPA/Fortaleza
- Áurea Celeste da Silva Abbad	GAPA/São Paulo
- Carlos Henrique Bertilac da Silva	PELA VIDDA
- Carlos Salene	GAPA/São Paulo
- Cassia Regina Zappellini	Centro dos Hemofílicos do Estado de São Paulo
- Djalma Sales	GAPA/São Paulo
- Edson Aranda	GIV/São Paulo
- Edson Toledo	GAPA/São Paulo
- Elza Maria de Souza	Associação Voluntários Hosp.Emílio Ribas/SP.
- Ernani Rocha da Silva	
- Esmeraldo R. Andrade	MOPPAC/São Paulo
- Euridice Francisco C. Reis	Associação de Prostitutas do Estado do R.J.
- Fabio A. de Figueiredo	PROJETO NOMES/Santos
- Gabriela Leite	ISER/Rio de Janeiro
- Gabriela O'Connor	PROJETO ESPERANÇA/São Paulo
- Guahira Iara A. Mendes	GEPAIDS/D.F.
- Harley H. do Nascimento	GAPA/Salvador
- Herbert Daniel	ABIA/Rio de Janeiro
- Iran Leite de A. Filho	Centro de Controle de Invest.Imunol.Dr.Corsini
- Ivani Bertochi de Assis	ALIA/Paraná
- Jacques Bouchara	PELA VIDDA/São Paulo
- João F. Lima Filho	GECAIDS/São Paulo
- Jorge A. Beloqui	PELA VIDDA/São Paulo
- José Bonachera Melgar	GIV/SP.
- José Eduardo Martins	GAPA/Porto Alegre
- José Ricardo Lobato	GAPA/Taubaté
- José Roberto do Nascimento	GAPA/Baixada Santista
- José Roberto Peruzzo	GIV/São Paulo

- José Stalin Pedrosa
 - Laércio Takanori Inaba
 - Leda Yara Brenner
 - Leandra T. de Toledo
 - Liane Carreira Calheiros
 - Luiz Carlos Rodrigues Nascimento
 - Luiz Henrique Bastos de Mello
 - Luiz Mott
 - Marco Antonio Moreira
 - Marcos Sodré
 - Margarida Pena
 - Maria Alda P. de Souza
 - Maria Aparecida Gonçalves
 - Maria Auxiliadora S. da Silva
 - Maria Cristina Gil
 - Maria do Carmo Manfredini
 - Maria Helena de S. Lemos
 - Maria Inês da Silva
 - Maria Lúcia Falcão Pinto
 - Maria Lucila Magno
 - Maurício S.S. Oliveira
 - Milton Quintino
 - Najla Lamile
 - Nanci Alonso
 - Nanci Marco Anastacio
 - Nanko G. Van Buuren
 - Nelson SolanoVianna
 - Noemi F. Macedo
 - Norberto Lazzari Filho
 - Nubia M. Rossetti
 - Odeté Vieira
 - Paulo Cesar Bonfim
 - Paulo Cezar Fernandes
 - Paulo de Souza
 - Paulo Henrique Longo
 - Paulo S. de Souza
 - Pedro de Souza
 - Ranulfo Cardoso
 - Roberto Chatanbriand D.
 - Roberto Pereira
- GRUPO PELA VIDDA/Rio de Janeiro
 - Casa da Fraternidade-Soc.de Est.Espíritas
 - DESP - S.P.
 - APROVA/Curitiba
 - GAPA/Rio de Janeiro
 - ATOBA/Rio de Janeiro
 - Conselho da Comunidade Negra de Santos
 - PELA VIDDA/São Paulo
 - GGB/BA.
 - TELE AIDS/C. Grande
 - ABIA/Rio de Janeiro
 - GAPA/São Paulo
 - GRUPO SOLIDARIEDADE
 - MAPA/São Paulo
 - GAPA/Belém.
 - ALIA/Londrina
 - ALIA/Londrina
 - GAPA/São Paulo
 - GAPA/São José dos Campos
 - GAPA/Rio de Janeiro
 - GEPASO/Sorocaba
 - GIV/São Paulo
 - ARCA/ISER - Rio de Janeiro
 - GAPA/São José dos Campos
 - GAPA/Baixada Santista
 - Casa de Apoio Brenda Lee
 - IBISS/Rio de Janeiro
 - GAPA/São Paulo
 - GAPA/Baixada Santista
 - PELA VIDDA
 - Prof./São Paulo
 - MAPA/São Paulo
 - GAPA/São Paulo
 - ATOBA/Rio de Janeiro
 - PELA VIDDA/São Paulo
 - IBISS/Rio de Janeiro
 - ATOBA/Rio de Janeiro
 - PELA VIDDA/São Paulo
 - ABIA/Rio de Janeiro
 - GAPA/Belo Horizonte
 - Programa Pegação-IBISS/Rio de Janeiro

- Robson de O. Souza
 - Rodolfo Tadeu R. Reis
 - Ronan Oliveira Couto
 - Rosangela Correa
 - Ruth Bittar de Melo
 - Sandra Medeiros
 - Selma Santos Fernandes
 - Sérgio Lisias Cotrim
 - Sílvia Helena Morgado
 - Sílvia Ramos
 - Suzana Carvalhães
 - Veriano Terto Jr.
 - Vitalina J. B. Dias da Silva
 - Walter Almeida
 - Wellington G. Andrade
 - Wildney Contrera
 - Willian Coelho Gomes
- ATOBA-Grupo de Emancipação Homossexual/R.J.
 - Comunidade Negra de Santos
 - ABC/AIDS - Belo Horizonte
 - GAPA/Florianópolis
 - GAPA/Baixada Santista
 - GECAIDS/São Paulo
 - PROJETO NOMES/Santa Catarina
 - Secretaria de Diaconia/Igreja Presbiteriana
 - GAPA/Taubaté
 - ABIA/Rio de Janeiro
 - GAPA/Baixada Santista
 - ABIA/Rio de Janeiro
 - Centro dos Hemofílicos do Estado de São Paulo
 - ABIA/Rio de Janeiro
 - Dialogay/Aracajú
 - GAPA/São Paulo
 - APERJ.

ANEXO F – Publicações sobre os seminários e discussões desdobradas desses encontros

1. Diário do Pará



1.1 19 de novembro de 1992



Diário do Pará

Quarta-feira, 08 de dezembro de 1993

Cosanpa dá desconto para os consumidores que estão em débito

Os consumidores em débito com a Cosanpa têm agora um benefício: o desconto de 10% no valor das parcelas em atraso. A medida foi aprovada pelo Conselho de Administração da empresa, em reunião realizada na última semana.

A Cosanpa, que presta serviços de saneamento básico em 15 municípios do Pará, anunciou que a partir de agora os consumidores em débito com a empresa terão um desconto de 10% no valor das parcelas em atraso. A medida foi aprovada pelo Conselho de Administração da empresa, em reunião realizada na última semana.

A Cosanpa, que presta serviços de saneamento básico em 15 municípios do Pará, anunciou que a partir de agora os consumidores em débito com a empresa terão um desconto de 10% no valor das parcelas em atraso. A medida foi aprovada pelo Conselho de Administração da empresa, em reunião realizada na última semana.

Cpatu busca alternativas para a pimenta-do-reino

O Conselho Estadual de Educação aprovou na última semana o projeto de lei que institui o ensino médio integrado de nível médio. A medida foi aprovada pelo Conselho de Educação em reunião realizada na última semana.

O projeto de lei institui o ensino médio integrado de nível médio, que será oferecido em forma de curso integrado com o ensino superior. A medida foi aprovada pelo Conselho de Educação em reunião realizada na última semana.

O projeto de lei institui o ensino médio integrado de nível médio, que será oferecido em forma de curso integrado com o ensino superior. A medida foi aprovada pelo Conselho de Educação em reunião realizada na última semana.

Universidade do Estado entra na reta final da implantação

O Conselho Estadual de Educação aprovou na última semana o projeto de lei que institui o ensino médio integrado de nível médio. A medida foi aprovada pelo Conselho de Educação em reunião realizada na última semana.

O projeto de lei institui o ensino médio integrado de nível médio, que será oferecido em forma de curso integrado com o ensino superior. A medida foi aprovada pelo Conselho de Educação em reunião realizada na última semana.

O projeto de lei institui o ensino médio integrado de nível médio, que será oferecido em forma de curso integrado com o ensino superior. A medida foi aprovada pelo Conselho de Educação em reunião realizada na última semana.



Marinho fala da aprovação do ensino médio integrado.

Seicom viabiliza um entreposto para os oleiros de Abaetetuba

A Seicom, a Secretaria Estadual de Indústria, Comércio e Mineração, viabilizou a construção de um entreposto para os oleiros de Abaetetuba. A obra será realizada em terreno pertencente à Seicom.

A Seicom, a Secretaria Estadual de Indústria, Comércio e Mineração, viabilizou a construção de um entreposto para os oleiros de Abaetetuba. A obra será realizada em terreno pertencente à Seicom.

A Seicom, a Secretaria Estadual de Indústria, Comércio e Mineração, viabilizou a construção de um entreposto para os oleiros de Abaetetuba. A obra será realizada em terreno pertencente à Seicom.



Marinho fala sobre as condições com os produtores.

Guerra à Aids

O tema da desmistificação da doença é o foco de um seminário realizado em Belém. O evento foi organizado por uma comissão de especialistas em saúde pública.

O tema da desmistificação da doença é o foco de um seminário realizado em Belém. O evento foi organizado por uma comissão de especialistas em saúde pública.

O tema da desmistificação da doença é o foco de um seminário realizado em Belém. O evento foi organizado por uma comissão de especialistas em saúde pública.

Seminário na Sudam discute a Qualidade

O Seminário Estadual de Qualidade, organizado pela Sudam, discute as estratégias para a melhoria da qualidade dos produtos e serviços produzidos no Estado.

O Seminário Estadual de Qualidade, organizado pela Sudam, discute as estratégias para a melhoria da qualidade dos produtos e serviços produzidos no Estado.

O Seminário Estadual de Qualidade, organizado pela Sudam, discute as estratégias para a melhoria da qualidade dos produtos e serviços produzidos no Estado.

Municipalistas de todo o país discutem temas da revisão

Representantes de diversos municípios brasileiros reuniram-se em Belém para discutir temas relacionados à revisão da Constituição de 1988. O encontro foi realizado no Hotel Belém.

Representantes de diversos municípios brasileiros reuniram-se em Belém para discutir temas relacionados à revisão da Constituição de 1988. O encontro foi realizado no Hotel Belém.

Representantes de diversos municípios brasileiros reuniram-se em Belém para discutir temas relacionados à revisão da Constituição de 1988. O encontro foi realizado no Hotel Belém.

Desmistificação da doença é tema discutido em seminário

O tema da desmistificação da doença é o foco de um seminário realizado em Belém. O evento foi organizado por uma comissão de especialistas em saúde pública.

O tema da desmistificação da doença é o foco de um seminário realizado em Belém. O evento foi organizado por uma comissão de especialistas em saúde pública.

O tema da desmistificação da doença é o foco de um seminário realizado em Belém. O evento foi organizado por uma comissão de especialistas em saúde pública.

Cameta municipaliza

A Prefeitura Municipal de Cameta anunciou a municipalização de um serviço público. A medida foi aprovada pelo Conselho Municipal.

A Prefeitura Municipal de Cameta anunciou a municipalização de um serviço público. A medida foi aprovada pelo Conselho Municipal.

A Prefeitura Municipal de Cameta anunciou a municipalização de um serviço público. A medida foi aprovada pelo Conselho Municipal.

CRESCIM

Cresem casos de Aids entre mulheres casadas



Atividade sobre Aids, a respeito da prevenção e o caso de mulheres casadas.

Os homens não estão se prevenindo na vida e no casamento. A falta de informação e a falta de responsabilidade são os principais motivos para o aumento dos casos de Aids entre mulheres casadas.

Os homens não estão se prevenindo na vida e no casamento. A falta de informação e a falta de responsabilidade são os principais motivos para o aumento dos casos de Aids entre mulheres casadas.

Os homens não estão se prevenindo na vida e no casamento. A falta de informação e a falta de responsabilidade são os principais motivos para o aumento dos casos de Aids entre mulheres casadas.

Os homens não estão se prevenindo na vida e no casamento. A falta de informação e a falta de responsabilidade são os principais motivos para o aumento dos casos de Aids entre mulheres casadas.

Os homens não estão se prevenindo na vida e no casamento. A falta de informação e a falta de responsabilidade são os principais motivos para o aumento dos casos de Aids entre mulheres casadas.

Os homens não estão se prevenindo na vida e no casamento. A falta de informação e a falta de responsabilidade são os principais motivos para o aumento dos casos de Aids entre mulheres casadas.

Técnicos avaliam hoje geração de tecnologia



Paralelo do 9º ano em discussão.

Os técnicos estão avaliando a geração de tecnologia no Brasil. O objetivo é identificar as áreas que precisam de mais investimento e inovação.

Os técnicos estão avaliando a geração de tecnologia no Brasil. O objetivo é identificar as áreas que precisam de mais investimento e inovação.

Os técnicos estão avaliando a geração de tecnologia no Brasil. O objetivo é identificar as áreas que precisam de mais investimento e inovação.

Um quilo de alimento vale como ingresso

Um quilo de alimento vale como ingresso para o Natal. A medida foi aprovada pelo Conselho Municipal de Abaetetuba.

Um quilo de alimento vale como ingresso para o Natal. A medida foi aprovada pelo Conselho Municipal de Abaetetuba.

Um quilo de alimento vale como ingresso para o Natal. A medida foi aprovada pelo Conselho Municipal de Abaetetuba.

Todos mobilizados para reduzir a fome no Natal

Todos os setores da sociedade estão mobilizados para reduzir a fome no Natal. O governo estadual lançou uma campanha de conscientização.

Todos os setores da sociedade estão mobilizados para reduzir a fome no Natal. O governo estadual lançou uma campanha de conscientização.

Todos os setores da sociedade estão mobilizados para reduzir a fome no Natal. O governo estadual lançou uma campanha de conscientização.

Turma de 54 de agrô vai comemorar os 4

Uma turma de 54 agricultores vai comemorar os 40 anos de fundação da Associação dos Agricultores de Abaetetuba. O evento será realizado no próximo mês.

Uma turma de 54 agricultores vai comemorar os 40 anos de fundação da Associação dos Agricultores de Abaetetuba. O evento será realizado no próximo mês.

Uma turma de 54 agricultores vai comemorar os 40 anos de fundação da Associação dos Agricultores de Abaetetuba. O evento será realizado no próximo mês.

Entidades pedem apoio contra a AIDS

Sebastião Hoyos de ver seu julgamento

Secretário e preleito visitaram o velho mercado

Belém abrigará duas novas seccionais no Guamá e no Reduto

Os locais onde a Secretaria de Estado de Segurança Pública pretende instalar duas seccionais estão em áreas de risco, informou o secretário de Estado de Segurança Pública, Alcides Alcântara, ao visitar o velho mercado de Belém, na manhã de ontem.

Alcântara afirmou que a instalação das seccionais no Guamá e no Reduto é necessária para a segurança da população dessas áreas.

No 1º Seminário Municipal realizado para debater o síndrome, Moprom, Gempac e MHB reclamaram da falta de preservativos para a doação nas campanhas de esclarecimento público

Se o governo federal, estadual e municipal não se unirem em torno de um trabalho realmente sério contra o avanço da AIDS, no ano 2000 todos nós seremos adictivos. A declaração, da presidente do Movimento de Promoção da Mulher (Moprom), Dulce Acilny, agitou, ontem à tarde, o 1º Seminário Municipal de AIDS, no Centur. Para ela, debater sobre a AIDS com visões de prevenção, tema do seminário, não deve ser importante, mas "não se previne a doença apenas com debates, mas sim com medidas concretas". A presidente do Grupo de Prostitutas da Área Central de Belém (Gempac), Lourdes Barreto, também criticou a falta de apoio governamental à prevenção da AIDS, principalmente quanto ao repasse de preservativos para as campanhas. Ela ressaltou que o número de pessoas portadoras do vírus está crescendo, acima dos índices oficiais, e informou que duas prostitutas e um homem foram vítimas da doença.



Membros de entidades não-governamentais participaram da mesa redonda

Além do Moprom e do Gempac, também participaram do debate de ontem os representantes do Movimento Homossexual de Belém (MHB), Carlos Neves, e do Conselho Nacional de Entorpecidos (Conen). Pedro Paulo, Lourdes Barreto foi a primeira a expor suas experiências nas campanhas de prevenção contra a AIDS. Para ela, não existe grupo de risco e sim comportamento de risco. "Nós conseguimos muitos avanços. A maioria das prostitutas da área central tem conhecimento sobre os métodos de prevenção, mas é preciso mobilizar a comunidade e a Divisão de Doenças

Sexualmente Transmissíveis, pois não temos mais camisinhas para distribuir", acrescentou.

Dulce Acilny, por sua vez, explicou que o Moprom oferece atendimento ambulatorial para meninas prostitutas, na Igreja São Judas. Todas elas que não tem recebido o apoio das autoridades. "Estamos necessitando de medicamentos, camisinhas e a renovação do contrato da ginecologista Rosemary Lobato. Como prevenimos a AIDS sem preservativos? Não já temos um escritório da Secretaria de Saúde do Estado do Pará (Seisa), responsável por atender a população, o que não nos recebemos resposta", contou.

O mesmo problema foi enfatizado por Carlos Neves, do MHB: "O material de trabalho é o preservativo. Por exemplo, ainda temos um estoque que foi fornecido pelo Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA)".

O último a expor na mesa redonda, Pedro Paulo, do Conen, garantiu que o organismo nunca registrou casos da doença. Quando é procurado por usuários de drogas injetáveis, que apresentam características da síndrome, porém, o Conen está instruído para os encaminharem ao Centro de Referência de AIDS.

O parmeno que está preso na Suíça, telefonou ontem para os familiares residentes em Belém. Os telefonemas são gravados pela Polícia.

O parmeno Sebastião Hoyos, condenado no dia 29 de maio deste ano a sete anos e meio de prisão, sob acusação de ter participado de um assassinato em São Paulo, ligou para o Tribunal Federal da Suíça. Hoyos teria identificado algumas autoridades em Genebra, de mais de 15 minutos, de que há chances reais de sua liberdade.

Hoyos contou que, no último dia de seu julgamento, um jornalista quebra que os analisou um a um pelo Tribunal Federal da Suíça. O Tribunal teria identificado algumas autoridades em Genebra, de mais de 15 minutos, de que há chances reais de sua liberdade.

Belém abrigará duas novas seccionais no Guamá e no Reduto

Alcides Alcântara realizou ontem um trabalho de inspeção no velho mercado de Belém, na manhã de ontem. O secretário de Estado de Segurança Pública, Alcides Alcântara, afirmou que a instalação das seccionais no Guamá e no Reduto é necessária para a segurança da população dessas áreas.

Alunos da Unespa param e pedem o congelamento

Alunos da Unespa param o trânsito na Avenida da Liberdade, pedindo o congelamento de salários e reajustes. Os estudantes exigem a suspensão de reajustes e congelamento de salários.

Droga que reduz males da menopausa chega ao Brasil

O medicamento mais eficaz para combater os sintomas da menopausa chegou ao Brasil.

De novo ao...

Transfusão de sangue já fez uma vítima de AIDS no Pará

Lilian Laitão

Pelo menos uma pessoa já contraiu a AIDS em transfusão realizada com sangue do Centro de Hematologia e Hematologia do Pará. A presidente do Hemopar, a hematologista Luciana Maradei, admitiu que o sangue coletado, armazenado e distribuído pela instituição não é 100% seguro. Segundo ela, a margem de risco de se contrair a AIDS, de acordo com a literatura médica mundial, é de 0,002% nos bancos de sangue. "De um milhão de doadores testados para a AIDS e com testes negativos, pelo menos dois deles estão infectados". Partindo desse raciocínio, então, a margem de segurança para o sangue do Hemopar é de mais de 99% para uma pessoa não infectada.

O caso do homem de 41 anos, hemofílico, que contraiu a AIDS com sangue transfundido pelo Hemopar, na realidade, é o único de que se tem certeza de que a contaminação se deu no Hemopar. Segundo Luciana Maradei, dos 207 hemofílicos de Belém os que contrairam AIDS (ela não revelou quantos) receberam sangue em outros Estados. Outros os hemofílicos recebem apenas o fator B do sangue, um derivado do plasma, cada vez que ele sofre um ferimento e precisa de transfusão ele recebe o fator B do sangue de um mínimo de doadores. Como os hemofílicos visitam com frequência o Hemopar (a maioria está logo em casa no centro recebendo sangue, segundo a hematologista), o risco de ele ser infectado pela AIDS é dez vezes maior que o de uma pessoa normal. "As múltiplas transfusões



Hemopar admite que a doação não é totalmente segura

demais testes são realizados e o doador fica sabendo se tem ou não o vírus", disse.

De três testes, porém, detectam os anticorpos da AIDS e o vírus. Se uma pessoa estiver no período de três meses que decorre da contaminação até o aparecimento dos primeiros anticorpos, a chamada "janela imunológica", o resultado do exame dará negativo. Portanto, ninguém deve doar sangue se tiver tido um comportamento de risco a menos de três meses. Na triagem um médico do Hemopar tenta descobrir detalhes da vida do doador que constituam comportamento de risco não só para a AIDS, mas também para a malária, a sífilis e outras doenças. "É uma conversa absolutamente sigilosa e necessária".

Comissão leva reivindicações ao secretário

Representantes de quatro organizações não-governamentais (ONG's), do Sindicato dos Servidores da Sesp (Sindiespa) e do Sindicato dos Trabalhadores na Previdência Social (Sintprevi), estiveram reunidas, na última sexta-feira, com o secretário de Estado de Saúde, Ernani Motta, mas não obtiveram resposta favorável às suas reivindicações principais. A principal delas é a recondução da chefe da Unidade de Referência da AIDS, Rosemary Góes, que pediu demissão na última semana, condicionando sua permanência na Unidade ao afastamento do chefe da Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/AIDS), da Sesp, Jeremias Vieira.

O secretário não recebeu a imprensa, alegando que sairia para uma reunião logo em seguida, mas segundo os representantes sindicais, Ernani Motta teria argumentado com os servidores que a demissão foi a pedido da própria Rosemary Góes, a qual ele havia acatado. Mas as negociações continuam abertas sobre quem assumirá a Unidade, pois, segundo o secretário, a pessoa que está exercendo o cargo atualmente apenas responde interinamente pela chefia.

O secretário pretende aguardar o relatório da Comissão Municipal de AIDS, elaborado no 1º Seminário Municipal de AIDS, que aconteceu no Centur, na semana passada, para analisar melhor a situação.

O funcionário Paulo de Tarsos, do Sindiespa, disse que a comissão que converteu com o secretário não levantou a questão de formação de uma CPI na Assembleia Legislativa para investigar irregularidades na Sesp. Mas adiantou que os funcionários vão querer acompanhar de perto a aplicação de US\$ 4 milhões que serão destinados ao Pará para o combate à AIDS no ano que vem. Desse dinheiro, US\$ 700 mil ficarão em Belém.

"Queremos transparência na aplicação dos recursos e que as entidades sejam envolvidas no processo", disse Tarsos. E acrescentou, ainda, que o Sindicato con-

tinua investigando o destino dos recursos liberados pelo governo federal ao Projeto Sentinela, mas que até hoje não foram aplicados. Por fim, a comissão deixou clara que quer o afastamento de Jeremias Vieira do DST/AIDS, "pelas afirmações que fez à imprensa, que mostram que ele não tem condições de dirigir a Divisão de Doenças de AIDS".

A representante do Sintprevi, Susly Oliveira, aproveitou com o secretário sobre as ameaças de transferência do posto. Uma oportunidade para conversar com o secretário sobre as ameaças de transferência do posto. Uma oportunidade para conversar com o secretário sobre as ameaças de transferência do posto.

De novo ao...

Polêmica agita debate sobre AIDS

Legislação, ética e AIDS. São os eixos do debate do 12.º Seminário Municipal sobre AIDS, que se inicia nesta quarta-feira, 8 de dezembro, no Centro de Convenções, durante um período de três dias. O evento é organizado pelo Conselho Municipal de Saúde e tem como objetivo discutir o comportamento profissional dos médicos e também os aspectos éticos e legais que envolvem a prática da medicina. A mesa redonda de abertura será presidida pelo deputado estadual, Luiz Arruda, que abordará os aspectos éticos e legais da prática médica. O debate será moderado pelo presidente do grupo Paravó, Luiz Arruda, que abordará os aspectos éticos e legais da prática médica.



Paulo César narra experiências de crianças portadoras de vírus

Conferência que discutirá os aspectos éticos e legais da prática médica. O evento será moderado pelo presidente do grupo Paravó, Luiz Arruda, que abordará os aspectos éticos e legais da prática médica. O debate será moderado pelo presidente do grupo Paravó, Luiz Arruda, que abordará os aspectos éticos e legais da prática médica.

Preço de camisinha amedronta comunidade

Um preço de 100 mil cruzeiros por unidade de camisinha é considerado alto pela comunidade. O preço é considerado alto porque a maioria das pessoas não pode pagar. O preço é considerado alto porque a maioria das pessoas não pode pagar.

Em camisinhas sem proteção, o preço é considerado alto. O preço é considerado alto porque a maioria das pessoas não pode pagar. O preço é considerado alto porque a maioria das pessoas não pode pagar.

Advogada destaca avanço na área do Direito

A advogada Maria Helena de Almeida destaca o avanço na área do Direito. Ela fala sobre a importância da advocacia e o papel da advogada na sociedade. Ela fala sobre a importância da advocacia e o papel da advogada na sociedade.

Advogada Maria Helena de Almeida destaca o avanço na área do Direito. Ela fala sobre a importância da advocacia e o papel da advogada na sociedade. Ela fala sobre a importância da advocacia e o papel da advogada na sociedade.

Ataque a uma virgem

Um ataque a uma virgem foi registrado. O ataque ocorreu em uma igreja e causou grande comoção. O ataque ocorreu em uma igreja e causou grande comoção.



Ataque a uma virgem foi registrado

Ataque a uma virgem

AIDS: seminário repercutiu bem

O seminário sobre AIDS repercutiu bem. Os participantes ficaram satisfeitos com o conteúdo e a forma de apresentação. O seminário sobre AIDS repercutiu bem. Os participantes ficaram satisfeitos com o conteúdo e a forma de apresentação.

Grupo derruba mito sobre a epilepsia

Um grupo de especialistas derrubou o mito sobre a epilepsia. Eles afirmaram que a epilepsia é uma doença tratável e que não é contagiosa. Um grupo de especialistas derrubou o mito sobre a epilepsia. Eles afirmaram que a epilepsia é uma doença tratável e que não é contagiosa.



Atuação de especialista em epilepsia

S.O.S. CIDADÃO

S.O.S. CIDADÃO
RECLAMAÇÃO PARA O FONE 216173

Desperdício
Muito lixo não sendo aproveitado...

Cartórios
Um absurdo é sentir que o cidadão...

Muitos recebem os restos do marechal

Muitos recebem os restos do marechal. O evento foi realizado com muita solenidade e presença de autoridades. Muitos recebem os restos do marechal. O evento foi realizado com muita solenidade e presença de autoridades.

Encontro reunirá alunos de Letras

Um encontro reunirá alunos de Letras. O evento será realizado na próxima semana e terá como objetivo discutir a atual situação da área. Um encontro reunirá alunos de Letras. O evento será realizado na próxima semana e terá como objetivo discutir a atual situação da área.



Encontro reunirá alunos de Letras

Sr. EDITOR

Sr. EDITOR

Saúde
Muito lixo não sendo aproveitado...

Lanterna
O que está por trás da história...

FGTS
Em 02/07/93 a 14:00 o Sr. ...

GEOMARA CONDE SILVA ENTERRO - CONVITE

Convite para o enterro de Geomara Conde Silva. O evento será realizado em uma igreja e terá como objetivo homenagear a falecida. Convite para o enterro de Geomara Conde Silva. O evento será realizado em uma igreja e terá como objetivo homenagear a falecida.

DSE NICOLAU SOARES DA COSTA JUNIOR

Convite para o enterro de Nicolau Soares da Costa Junior. O evento será realizado em uma igreja e terá como objetivo homenagear a falecido. Convite para o enterro de Nicolau Soares da Costa Junior. O evento será realizado em uma igreja e terá como objetivo homenagear a falecido.

PALMIRA MARTINS MERICIAS ENFERMAGEM - CONVITE

Convite para o enterro de Palmira Martins Mericias. O evento será realizado em uma igreja e terá como objetivo homenagear a falecida. Convite para o enterro de Palmira Martins Mericias. O evento será realizado em uma igreja e terá como objetivo homenagear a falecida.

ESCOLHA
SE PROGRAMA DE

EXPOSIÇÃO
Alunos de Artes e Desenho...

MÚSICA
Concerto de música instrumental...



Seminário vai debater a AIDS no Pará

Vacinação faz cair casos de sarampo

Brasília (AÉ) — A cobertura de vacinação de rotina no País fez cair de 124 para 14 o número de casos de sarampo nos dois últimos anos. Em compensação, a diarreia ainda é fonte principal de mortalidade na infância em alguns Estados. E o que revela o relatório final do Pacto pela Infância, comprometido assinado pelos governadores de realização de ação pela criança em seus 500 municípios das dez mandados. A avaliação apontou a interferência política e a falta de interesse salarial como entraves ao progresso na área educacional. O relatório será entregue ao presidente, Fiambré Franco e ao seu sucessor, Fernando Henrique Cardoso, no Senado.

O Pacto foi assinado em julho de 1992, quando 22 governadores assumiram o compromisso de cumprir 29 metas relativas à sobrevivência, desenvolvimento, integridade e garantia dos direitos da criança. Concluídos os 500 dias, a intenção é convocar o presidente eleito a dar continuidade ao processo. Fernando Henri-

que Cardoso receberá nesta terça-feira o documento "Estatísticas de 1993 a 1998", no qual são sugeridas ações em favor da criança.

O relatório final do Pacto pela Infância revelou um modesto crescimento dos índices de aleitamento materno exclusivo em crianças de até seis meses em alguns Estados, como Pará, que passou de 21% na primeira avaliação para 27%. Mas os percentuais ainda são muito baixos em outros Estados, como no Maranhão (6%). Em compensação, o número de hospitalizações por diarreia em crianças de até seis meses já morreram e duas ainda vivem, apesar de estarem com os sintomas da doença. As demais ainda não desenvolveram os sintomas.

Preconceito
O CMPA é um órgão interinstitucional criado há 4 anos por organizações governamentais e não governamentais, como o Grupo de Mulheres Prostitutas da Área Central da Cidade (Gempas), o Movimento Homossexual de Belém (MHMB), o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA), Paravida, SESE e Sepsa. O Paravida é uma creche que cuida de crianças portadoras de HIV e de filhos de portadores impossibilitados de conviver com os pais. Para ajudar essas crianças, o CMPA pede que as pessoas que participam do seminário deem roupas, objetos e alimentos não emergenciais aos pacientes de emergência ao pacientes de emergência.



Rosângela Albino e Carlos Afonso na redação de O LIBERAL.

Grupo de Mulheres Prostitutas da Área Central da Cidade (Gempas), o Movimento Homossexual de Belém (MHMB), o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA), Paravida, SESE e Sepsa. O Paravida é uma creche que cuida de crianças portadoras de HIV e de filhos de portadores impossibilitados de conviver com os pais. Para ajudar essas crianças, o CMPA pede que as pessoas que participam do seminário deem roupas, objetos e alimentos não emergenciais aos pacientes de emergência ao pacientes de emergência.

evento. Ela ressalhou que a maior dificuldade enfrentada pelos portadores da AIDS ainda é a discriminação: as pessoas não estão suficientemente informadas sobre a doença e suas consequências e, que mais querem saber é como foi transmitida, para evitar o contágio de drogados, homossexuais ou prostituta. Para a assistência social, o preconceito é a principal causa do abandono social e resistencial a que os infectados se vêem submetidos contra a própria vontade.

O contágio
Rosângela ressaltou que não há mais grupos de risco, como os prostitutas, os homossexuais ou drogados. Qualquer pessoa que tenha um comportamento de risco pode contrair a doença. Ela disse também que os números oficiais não expressam o universo real de pessoas contaminadas, que ela estima ser cinco vezes maior que o registrado. Se os infectados que não apresentam nenhum sintoma da doença passarem de mil, diz ela, o Brasil estaria em situação crítica.

As formas de contágio mais comuns ainda são através do sangue, como agulhas e seringas contaminadas, pelo ato sexual, através de secreções vaginais, ou pela infecção transversal, da mãe para a criança durante a gravidez, através da placenta.

Centro de orientação e apoio em janeiro de 95

Para ajudar essas crianças, o CMPA pede que as pessoas que participam do seminário deem roupas, objetos e alimentos não emergenciais aos pacientes de emergência ao pacientes de emergência.



Correios entram em greve. UFFPa ameaça.

Os funcionários da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos de vários Estados, inclusive o Pará, estão em greve, que tem sido indeterminada desde a zero hora de hoje. Eles reivindicam reajuste salarial de 168% e antecipação do dia-base de dezembro.

De acordo com o presidente do Sindicato dos Trabalhadores da Empresa de Correios e Telégrafos do Pará, Celso Milhomem, no último dia foi a direção nacional da ECT apresentou aos servidores uma minuta da proposta de greve, que se resolveu.

Na Universidade Federal do Pará (UFPA) realizam hoje a 1600 uma assembleia para avaliar a exclusão da categoria no reajuste salarial de 17% concedido pelo governo aos funcionários públicos federais e discutir um indicativo de greve. A decisão do governo, segundo o diretor da Associação dos Docentes da UFPA (Adufpa), Emanuel Tostantini, surpreendeu os professores, que se entravaram em greve prejudicando o fim do ano letivo e o vestibular.

O Plano Único de Cargos e Remuneração das Instituições Federais, mencionado pelo governador Adolfo, prevê igualdade no piso salarial dos funcionários. As normas do Plano foram violadas, como assegurou Tostantini quando o salário dos professores ficou mais baixo que o salário dos funcionários públicos federais administrativos.



Andor de N.S. Fatima Salinas.

Homenagem ao Mérito da Previdã
A diretora da Fundação Roberto Marinho, Roberta Maranhão, e o diretor do Jornal LIBERAL, Edson Salinas, formaram ontem com diploma e Homenagem ao Mérito profissional Associação Brasileira de Previdência, Educação e Assistência Social (Abrepaes). Os diplomas foram entregues à coordenadora nacional, Cândida Oliveira, Associação Previdã e a quem, em parceria com o secretário estadual, os ações de previdência, ensino e tratamento para combater o uso de antipsicóticos. Fundada em 1986, a Previdã desenvolve programas de treinamento na área de Recursos Humanos para professores e membros atuantes em centros comunitários. Os diplomas de Homenagem foram entregues no último dia 3 de novembro, em Brasília. Cândida Oliveira informou que a escola recebe outros representantes do Sistema Romano Marinho de Comunicação em reconhecimento ao serviço de informação que a empresa oferece à população.

Pouca participação no seminário sobre AIDS

"No momento deste ano conseguimos reunir muito mais os locais do que no ano passado. Já conseguimos falar de morte. Queremos que no próximo encontro nos debruçemos sobre assuntos mais felizes como vacinas, tratamentos e quem sabe, cura". Com essas palavras, Rosângela Cecim, coordenadora da Comissão Municipal de Prevenção e Combate à AIDS, que organiza o evento desde sua primeira versão, encorajou os participantes do III Seminário Municipal sobre AIDS, realizado no Centar. No encerramento foram ouvidas propostas dos participantes que, segundo ela, serão discutidas em prol da melhoria do evento, que este ano teve participação menor que no ano passado.



Mesa que presidiu o encerramento do Seminário sobre AIDS.

Salinópolis festeja N. S. Fátima

O município de Salinópolis está realizando, nestes dias, a festa de Nossa Senhora de Fátima. No último sábado, a imagem da Santa foi levada da residência do casal Valentim e Belém ao bairro da Ponta da Agulha, para a capela construída nessa área de invasão no bairro de São João. A comitiva foi dirigida pelo pároco da cidade, padre Wagner José. A comitiva foi seguida por milhares de fiéis.

Morumbi em obras para os Stones

São Paulo (AÉ) — As obras no estádio do Morumbi terminam no dia 10 de janeiro, quando a realização dos shows finais da Afirmção de Francisco Dourado, diretor da empresa Promoter, responsável pela realização dos Stones.

O São Paulo Futebol Clube colocou cerca de 100 operários trabalhando na reforma do estádio. Laudo do Departamento de Controle Técnico dos Imóveis apontou problemas de estrutura e impermeabilização no concreto do estádio. Além de vigas de ferro, o estádio do Morumbi apresenta problemas de infiltração.



Atividade de alfabetização do "Mundo da Abelhinha".

Alfabetização de "Mundo da Abelhinha"

Alfabetização de "Mundo da Abelhinha". O projeto está sendo desenvolvido em parceria com o secretário estadual, os ações de previdência, ensino e tratamento para combater o uso de antipsicóticos. Fundada em 1986, a Previdã desenvolve programas de treinamento na área de Recursos Humanos para professores e membros atuantes em centros comunitários. Os diplomas de Homenagem foram entregues no último dia 3 de novembro, em Brasília. Cândida Oliveira informou que a escola recebe outros representantes do Sistema Romano Marinho de Comunicação em reconhecimento ao serviço de informação que a empresa oferece à população.

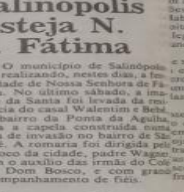
Apesar de o número dos participantes não chegar a 700 pessoas, Rosângela avalia que a qualidade de discussão foi mais convincente. Para ela, com o aprofundamento do debate, o seminário público preenche o objetivo. Além do debate foi muito elogiado pelo público presente o caráter final, pela simplicidade da linguagem com que foram expostos os temas abordados. Quatro pontos positivos que ela ressaltou e que, neste evento, a comissão reitera suas compromissos com as organizações governamentais que, neste caso, fazem trabalho integrado com os municípios. Assim, diz ela, o trabalho é mais eficaz.

ONGs estão muito mais próximas da comunidade que os outros órgãos", diz ela.

Para Luis Antônio da Silva, presidente do Paravida, entidade que trabalha com portadores

da doença, o seminário foi fraco na participação do público. E isso, atribui ele, foi por falta de divulgação do evento. Mas Luis ressalta o excelente grau de participação dos palestrantes, o grau de apoio e prevenção à AIDS do GAPA paulista, e o empenho cívico Gilson Moraes. "A contribuição deles foi muito importante como forma de esclarecimento dos trabalhos desenvolvidos nacionalmente por essas entidades", diz ele.

Previdência de evento, o GAPA fez doação de lençóis de cama, além de pó e medicamentos para a creche do Paravida. Segundo Myrzi Nunes, coordenadora de projetos da entidade, o objetivo é cumprir os objetivos da



Andor de N.S. Fatima Salinas.



A SÓCIEDADE - Discriminação, os portadores do HIV tentam dar a volta por cima, apesar do ódio

Morte assombra os portadores da Aids

Seropositivos tentam levar vida normal, apesar da presença do vírus

so difícil alguém aceitar sabendo que possui um vírus incurável. Ninguém quer morrer, mas é fato, mas também ninguém deve ficar apavorado com o simples fato de estar infectado e com o risco de morte iminente.

Levantamento realizado pela Saepa em 1997 revela que oficialmente existem 1.064 portadores e doentes de Aids em todo o Estado de Pernambuco. Mas esse número não reflete a realidade, como foi apontado pelo diretor de Saúde do Grupo Hospitalar, Adolfo Sérgio Coutinho Neto, em entrevista concedida ao jornal "O Dia".

O caso é ainda grave porque existem pessoas contaminadas que ainda não fizeram o teste de Elisa e portanto continuam mantendo relações sexuais sem o uso da camisinha. Nesse grupo estão incluídos maridos e companheiros que mantêm relacionamentos extracônjugais.

A questão principal, no entanto, é como conviver com o vírus sem implicar em alterações profundas no cotidiano. Qual a reação de quem descobre ser portador de uma doença incurável? A diretora do URE-Aids, Thelma Machado, compareceu a uma reunião de morte. Conforme explicou, ao ser informada de que

SHOPPING

Um grupo de jovens, liderado por Bruno, estão em um shopping center, onde, pela primeira vez, se encontram com outros portadores de Aids. Um deles, para participar da instalação de uma unidade de instalação de Justiça Eleitoral no País, Coelho encontrou alguns filhos de garçom e outros jovens em um shopping center. Depois de um tempo, o grupo se dispersou e todos, retornaram a Brasília.

LIGAÇÕES

Um grupo de jovens, liderado por Bruno, estão em um shopping center, onde, pela primeira vez, se encontram com outros portadores de Aids. Um deles, para participar da instalação de uma unidade de instalação de Justiça Eleitoral no País, Coelho encontrou alguns filhos de garçom e outros jovens em um shopping center. Depois de um tempo, o grupo se dispersou e todos, retornaram a Brasília.

PALANQUE

O PFL está sendo marcado pelos candidatos políticos que devem concorrer nas próximas eleições. O motivo é simples: o partido tem o apoio de sete mil pessoas no Estado de Pernambuco. No entanto, de quem nada se sabe, o partido político é uma potência, sendo nas eleições de 1998, Paulo Maluf já está de volta ao tempo que o PFL tem no cenário político.

TIM

O Brasil chora a morte de Tim Maia, que, além de autor de músicas que ainda serão lembradas e cantadas por muitos jovens, notabilizou-se pela irreverência e pelas atitudes. Vários integrantes do grupo de Tim Maia, assim que se anunciaram os resultados das eleições, foram para o Brasil.

BORDÃO

Nas eleições anteriores para governador do Rio Grande do Sul, o bordão que se tornou popular. Para defender-se do que se tornou sua marca.

REPÓRTER 70

A participação da festa foi no Urcat, onde, pela primeira vez, se encontram com outros portadores de Aids. Um deles, para participar da instalação de uma unidade de instalação de Justiça Eleitoral no País, Coelho encontrou alguns filhos de garçom e outros jovens em um shopping center. Depois de um tempo, o grupo se dispersou e todos, retornaram a Brasília.

A queda de uma barragem em Pernambuco, onde, pela primeira vez, se encontram com outros portadores de Aids. Um deles, para participar da instalação de uma unidade de instalação de Justiça Eleitoral no País, Coelho encontrou alguns filhos de garçom e outros jovens em um shopping center. Depois de um tempo, o grupo se dispersou e todos, retornaram a Brasília.

No sábado pela manhã, um carro que trafegava pela Dr. Moraes e que se dirigia para a Prefeitura de Recife, com um motorista e um passageiro, registrou a falta de um dos pneus. O motorista, ao perceber a situação, parou o carro e chamou um mecânico. O carro foi reparado e o motorista voltou para casa.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Alguns deputados questionam por que as sessões especiais não são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas, que, além de serem realizadas durante as sessões plenárias, também são realizadas durante as reuniões das comissões técnicas. O objetivo é fazer com que as sessões especiais sejam realizadas durante as reuniões das comissões técnicas.

Presença cresce entre mulheres casadas

Presença cresce entre mulheres casadas. A presença de mulheres casadas entre os portadores de Aids tem aumentado significativamente. Isso ocorre porque muitas mulheres descobrem que são portadoras de Aids durante o tratamento de seus parceiros. Além disso, muitas mulheres não usam camisinha durante as relações sexuais, o que aumenta o risco de contaminação. A presença de mulheres casadas entre os portadores de Aids é uma preocupação para a sociedade, pois muitas vezes elas não recebem o apoio necessário para lidar com a doença. Além disso, a presença de mulheres casadas entre os portadores de Aids pode levar a uma maior estigmatização e discriminação.

Belém tem 1.400 tuberculosos por ano

Paciente foge do médico



A Blue Life tem orgulho de participar de momentos importantes como este.

A Blue Life tem orgulho de participar de momentos importantes como este. A Blue Life é uma organização que se dedica a ajudar pessoas com Aids e suas famílias. A organização oferece suporte emocional, jurídico e financeiro para as pessoas que vivem com Aids. Além disso, a Blue Life também oferece suporte para as famílias das pessoas com Aids, ajudando-as a lidar com os desafios da doença. A Blue Life acredita que a participação em momentos importantes é fundamental para a qualidade de vida das pessoas com Aids e suas famílias. A organização oferece suporte para as pessoas que vivem com Aids e suas famílias, ajudando-as a lidar com os desafios da doença. A Blue Life acredita que a participação em momentos importantes é fundamental para a qualidade de vida das pessoas com Aids e suas famílias.

Portadores de Aids sofrem discriminação

Portadores de Aids sofrem discriminação. Os portadores de Aids sofrem discriminação em todos os aspectos da vida. Eles são discriminados no trabalho, na escola, na família e na sociedade. A discriminação contra os portadores de Aids é uma violação dos direitos humanos e deve ser combatida. A sociedade precisa entender que os portadores de Aids são pessoas como qualquer outra pessoa e devem ser tratados com respeito e dignidade. A discriminação contra os portadores de Aids pode levar a consequências graves, como a perda de emprego, a exclusão social e a depressão. É importante que a sociedade seja mais inclusiva e acolhedora para os portadores de Aids, oferecendo suporte e assistência necessários.

2.1 Denúncias sobre leitos no jornal O liberal

Quiz nega liberdade a Paulo Castelo

Superintendente do Ibama vai que esperar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do TRF

BRASÍLIA - O superintendente do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama), Paulo Castelo Branco, afirmou nesta quarta-feira (21) que não se sente obrigado a aguardar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do Tribunal Regional Federal (TRF) da Primeira Região em Brasília, para que seja julgada a liberdade de Paulo Castelo Branco, acusado de fraude em uma gravação feita por ele em 2002, para obter o acesso ao sítio Paratubidá, em Aratuba, no Rio Grande do Sul, onde se encontra o sítio arqueológico de Paratubidá, considerado patrimônio histórico e arqueológico do Brasil.

Castelo Branco afirmou que não se sente obrigado a aguardar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do TRF, pois acredita que o julgamento será favorável a ele. Ele afirmou que não se sente obrigado a aguardar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do TRF, pois acredita que o julgamento será favorável a ele.

Serrão acusa Eidai de ter fraudado gravação

Paulo Castelo Branco terá que aguardar mais 15 dias pelo julgamento de seu habeas corpus

BRASÍLIA - O deputado federal Serrão acusou nesta quarta-feira o advogado Paulo Castelo Branco de ter fraudado a gravação feita por ele em 2002, para obter o acesso ao sítio Paratubidá, em Aratuba, no Rio Grande do Sul, onde se encontra o sítio arqueológico de Paratubidá, considerado patrimônio histórico e arqueológico do Brasil.

Serrão afirmou que Castelo Branco fraudou a gravação feita por ele em 2002, para obter o acesso ao sítio Paratubidá, em Aratuba, no Rio Grande do Sul, onde se encontra o sítio arqueológico de Paratubidá, considerado patrimônio histórico e arqueológico do Brasil.

Soropositivos querem mais leitos para atendimento

Novo sistema de leitos, a falta de leitos para atender a morte de pacientes do vírus HIV em Brasília, os soropositivos querem mais leitos para atendimento

BRASÍLIA - Soropositivos querem mais leitos para atendimento. Um novo sistema de leitos, a falta de leitos para atender a morte de pacientes do vírus HIV em Brasília, os soropositivos querem mais leitos para atendimento.

Os soropositivos querem mais leitos para atendimento. Um novo sistema de leitos, a falta de leitos para atender a morte de pacientes do vírus HIV em Brasília, os soropositivos querem mais leitos para atendimento.

Castelo Branco afirmou que não se sente obrigado a aguardar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do TRF, pois acredita que o julgamento será favorável a ele. Ele afirmou que não se sente obrigado a aguardar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do TRF, pois acredita que o julgamento será favorável a ele.

Serrão afirmou que Castelo Branco fraudou a gravação feita por ele em 2002, para obter o acesso ao sítio Paratubidá, em Aratuba, no Rio Grande do Sul, onde se encontra o sítio arqueológico de Paratubidá, considerado patrimônio histórico e arqueológico do Brasil.

Os soropositivos querem mais leitos para atendimento. Um novo sistema de leitos, a falta de leitos para atender a morte de pacientes do vírus HIV em Brasília, os soropositivos querem mais leitos para atendimento.

Catapora ataca novas aldeias. Aflige agora assurinis e tiriós.

Depois de matar oito pessoas da aldeia Araweté, a doença volta a ser registrada entre indígenas

BRASÍLIA - A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) registrou nesta quarta-feira (21) a ocorrência de novos casos de catapora em aldeias indígenas de quatro Estados da Amazônia: Rondônia, Mato Grosso do Sul, Tocantins e Maranhão. A doença, que já havia sido registrada em 2002, voltou a afligir indígenas de aldeias isoladas que não possuem acesso a serviços de saúde.

Os casos foram registrados em aldeias isoladas de Rondônia, Mato Grosso do Sul, Tocantins e Maranhão. A doença, que já havia sido registrada em 2002, voltou a afligir indígenas de aldeias isoladas que não possuem acesso a serviços de saúde.

ANCELMO GOIS

Mil e Conceição no mesmo barco
O governador de Mato Grosso do Sul, Anselmo Gois, afirmou nesta quarta-feira (21) que não se sente obrigado a aguardar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do TRF, pois acredita que o julgamento será favorável a ele.

TAM França, Alemanha e Espanha
O governador de Mato Grosso do Sul, Anselmo Gois, afirmou nesta quarta-feira (21) que não se sente obrigado a aguardar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do TRF, pois acredita que o julgamento será favorável a ele.

Somália A fúria espanhola
O governador de Mato Grosso do Sul, Anselmo Gois, afirmou nesta quarta-feira (21) que não se sente obrigado a aguardar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do TRF, pois acredita que o julgamento será favorável a ele.

Argentina E grave a crise
O governador de Mato Grosso do Sul, Anselmo Gois, afirmou nesta quarta-feira (21) que não se sente obrigado a aguardar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do TRF, pois acredita que o julgamento será favorável a ele.

Economia O deus de Pastore
O governador de Mato Grosso do Sul, Anselmo Gois, afirmou nesta quarta-feira (21) que não se sente obrigado a aguardar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do TRF, pois acredita que o julgamento será favorável a ele.

Pará Rede de trigas
O governador de Mato Grosso do Sul, Anselmo Gois, afirmou nesta quarta-feira (21) que não se sente obrigado a aguardar mais 15 dias pelo julgamento do colegiado do TRF, pois acredita que o julgamento será favorável a ele.

Atenção: foi descoberta a vacina para o vírus I LOVE VW. Quem quer comprar um Volkswagen a preço com vírus tem poucos dias. Aproveite antes que seja tarde demais.

Toda a linha Golf com ar-condicionado grátis

GOLF 1.6 2001
PREÇO NORMAL R\$33.621,00
PREÇO COM VÍRUS: 30.943,00

Faltam leitos e gent para atender aídeto

Publicado originalmente no revista on-line No. em www.na.com.br

Tratamento de Aids terá mais leitos no Pará

Mais municípios do interior do Estado serão habilitados para atender pacientes portadores do vírus HIV

Os leitos para os pacientes doentes de Aids deverão ser ampliados de 2 para 17 leitos em cada um dos 15 municípios de Belém. O atendimento dos pacientes passa a ser feito em unidades de saúde próprias de cada município, sob a supervisão da Secretaria Estadual de Saúde (SESAU). A iniciativa é resultado de uma parceria entre a Secretaria de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Belém, que representa os municípios do Estado e faz as reuniões, no município, presididas pelo secretário estadual de saúde pública, Fernando Damasceno, com a participação de representantes dos municípios. É o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Belém, que representa os municípios do Estado e faz as reuniões, no município, presididas pelo secretário estadual de saúde pública, Fernando Damasceno, com a participação de representantes dos municípios. É o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Belém, que representa os municípios do Estado e faz as reuniões, no município, presididas pelo secretário estadual de saúde pública, Fernando Damasceno, com a participação de representantes dos municípios.



Pacientes portadores do vírus HIV são atendidos no Hospital Barros Barreto, em Belém

Secretários de Saúde e Educação se encontram para melhor ações

Secretários de Saúde e Educação dos municípios de Belém se encontraram, ontem, o primeiro encontro do gênero em Belém, para discutir as ações de saúde e educação em Belém. O encontro foi realizado em Belém, no auditório do Centro de Referência em Saúde da Família (CRSF), com a presença dos secretários de Saúde e Educação dos municípios de Belém. O encontro foi realizado em Belém, no auditório do Centro de Referência em Saúde da Família (CRSF), com a presença dos secretários de Saúde e Educação dos municípios de Belém.

Capacitação reúne profissionais do Programa Saúde da Família

Capacitação de profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) em Belém. O curso, realizado no auditório do Centro de Referência em Saúde da Família (CRSF), reuniu profissionais de saúde para discutir as ações de saúde e educação em Belém. O curso, realizado no auditório do Centro de Referência em Saúde da Família (CRSF), reuniu profissionais de saúde para discutir as ações de saúde e educação em Belém.

educ propõe mudanças em critérios para municipalização

Secretaria de Educação de Belém propõe mudanças em critérios para municipalização. A secretaria de Educação de Belém propõe mudanças em critérios para municipalização. A secretaria de Educação de Belém propõe mudanças em critérios para municipalização.

Big Brother Brasil

Big Brother Brasil. O programa de televisão Big Brother Brasil. O programa de televisão Big Brother Brasil.

Números comprovam avanço na saúde

Mulheres estão cada vez mais atentas nos cuidados com a saúde

Os dados do Censo de Saúde de Belém, realizado em 2001, mostram um avanço na saúde da população. O índice de mortalidade por doenças cardiovasculares caiu 10% em relação a 1998. O índice de mortalidade por doenças respiratórias caiu 15%. O índice de mortalidade por doenças oncológicas caiu 20%. O índice de mortalidade por doenças infecciosas caiu 25%. O índice de mortalidade por doenças maternas e perinatais caiu 30%. O índice de mortalidade por doenças mentais caiu 35%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão sexual caiu 40%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão hídrica caiu 45%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão vetorial caiu 50%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão zoonótica caiu 55%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão iatrogênica caiu 60%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão iatrogênica caiu 65%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão iatrogênica caiu 70%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão iatrogênica caiu 75%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão iatrogênica caiu 80%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão iatrogênica caiu 85%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão iatrogênica caiu 90%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão iatrogênica caiu 95%. O índice de mortalidade por doenças de transmissão iatrogênica caiu 100%.

Recapitule no preço dos remédios atinge 9,92%

Recapitulação do preço dos remédios atinge 9,92%. A recapitulação do preço dos remédios atinge 9,92%. A recapitulação do preço dos remédios atinge 9,92%.

Dia Internacional da Mulher faz referência a luta das mulheres socialistas

Comemoração do Dia Internacional da Mulher faz referência a luta das mulheres socialistas. A comemoração do Dia Internacional da Mulher faz referência a luta das mulheres socialistas.

Municípios contemplam com Farmácias Básicas

Municípios contemplam com Farmácias Básicas. Os municípios contemplam com Farmácias Básicas. Os municípios contemplam com Farmácias Básicas.

MAIS Projeto reduz idade mínima para esterilização

Projeto reduz idade mínima para esterilização. O projeto reduz a idade mínima para esterilização. O projeto reduz a idade mínima para esterilização.

Infertilidade é combatida com uso de novo medicamento

Infertilidade é combatida com uso de novo medicamento. O uso de novo medicamento combate a infertilidade. O uso de novo medicamento combate a infertilidade.

Pacientes de Aids morrem à espera de leitos

OAB mantém advogado para obter liminares obrigando internações, mas a situação poderá mudar nos próximos dias

Uma determinação dos leitos para a internação de doentes de Aids voltou a ser discutida no Ministério Público do Estado, em decorrência do grande número de mortes de pacientes em estado grave que ocorrerá à espera de leito. Segundo a presidente da Pararivada, Laura Cordeiro, somente neste ano, mais de 17 pacientes adormeceram de internação realizada através do MIO, dois já faleceram. A coordenadora estadual de DST/AIDS, Lúcia Lobo, afirmou a importância de 24 novos leitos no prazo de 30 dias, o que representa um total de 48 leitos no Pará, incluindo 12 em hospitais, onde hospitais leitos para o atendimento desses pacientes. A Pararivada ainda está em fase de encaminhamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O aumento da quantidade de leitos foi possível com a Resolução

que criou, publicada pelo governo do Estado, em 11 de fevereiro deste ano. A resolução foi aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde mediante uma estatística da demanda existente no Pará, realizada pela Comissão Intergovernamental Brasileira de Saúde (CIBRAS) e Colégio de Secretários Municipais de Saúde do Pará (CSEM-PA). Os dados oficiais de leitos apontam a existência de 47 mil leitos em todo o Estado e 2,5 mil doentes de Aids no Pará, atualmente.

Em função da demanda de pacientes com diagnóstico recente de Aids, o Ministério Público do Estado do Pará (MP-PA) entrou com uma ação judicial na Justiça Federal em Belém para compelir os municípios de oito polos regionais (Ariquemes, Guamá, Tocantins, Itaipava, Contão, Xingó, Anapuá e Marajó) a cederem leitos. O MP-PA também entrou com uma ação judicial para compelir os municípios de oito polos regionais (Ariquemes, Guamá, Tocantins, Itaipava, Contão, Xingó, Anapuá e Marajó) a cederem leitos.

NOVAS VAGAS	
Seção de leitos para a internação de doentes de Aids nos municípios citados e municípios	
Belém	14
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10
Marajó	10
Itaipava	10
Guamá	10
Tocantins	10
Contão	10
Xingó	10
Anapuá	10</

