

Organizações não governamentais, programas e projetos: percalços e negociações em tempos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

Non-governmental organizations, programs and projects: mishaps and negotiations in times of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

Preciliana Barreto de Morais¹
Rosendo Freitas de Amorim²

Resumo

O presente estudo pretende contextualizar as políticas de saúde contra a AIDS - de 1986 aos anos de 2001/2002 – na dinâmica dos grupos com suas alternâncias no poder na realização de programas, projetos e campanhas de prevenção, destacando o protagonismo das organizações não governamentais (ONGs), nas negociações e efetivações de ações preventivas diante dessa grave epidemia. Como instâncias produtoras de saber sobre a doença, as ONGs e os grupos ativistas também entram nesta disputa pela construção de verdades, acirrando os conflitos no campo discursivo e desempenhando um papel decisivo no curso das decisões sobre o enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Organizações Não Governamentais (ONGs). Programas e projetos governamentais.

Abstract

This study aims to contextualize the health policy against AIDS - from 1986 to the years 2001/2002 - the dynamics of groups with their alternations in power in carrying out programs, projects and prevention campaigns, highlighting the role of non-governmental organizations (NGOs), in the negotiations and efetivations of preventive actions before this serious epidemic. As instances producers of knowledge about the disease, NGOs and activist groups also enter

¹ Professora Adjunta da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

² Professor Titular da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

this contest for the construction of truths, sharpening the conflicts in the discursive field and playing a decisive role in decisions about the course of fighting against the disease.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Non-Governmental Organizations (NGOs). Government projects and programs.

Introdução

A história da AIDS foi construída com base numa rede discursiva que tem como característica predominante a luta por ocupação de espaços. A Medicina, como ponta de lança na produção de sentidos sobre a doença, estrutura conhecimentos em meio a uma gama de grupos profissionais que debatem e divergem, desde a origem do vírus HIV até o direcionamento das campanhas de prevenção que devem ser difundidas pela mídia.

Outras instâncias produtoras de saber sobre a doença - religião, ONGs, grupos ativistas, senso comum etc. – também entram nesta disputa de verdades, acirrando os conflitos no campo discursivo. Nesse sentido o presente trabalho busca traçar a contextualização das políticas de saúde contra a AIDS – de 1986 aos anos de 2001/2002 – na dinâmica dos grupos com suas alternâncias no poder, na realização de programas, projetos e campanhas de prevenção, como as atividades das organizações não governamentais, nas negociações e efetivações de ações preventivas frente ao problema de tal epidemia.

Desenvolvimento

As organizações não governamentais apresentam considerável participação nas lutas sociais. Com a abertura política em 1979, as reivindicações e conquistas das ONGs foram ganhando espaços cada vez mais significativos junto à sociedade e ao Estado. Segundo Parker (1994, p. 96), esse momento histórico foi marcado “por um aumento importante do número de organizações não-governamentais de vários tipos, enfocando questões tão diversas quanto a reforma agrária, a igualdade racial, a saúde da mulher e a ecologia”.

Dezesseis anos depois, esses movimentos sociais que objetivavam acompanhar as políticas públicas do Estado, apontando as lacunas e apresentando propostas de intervenção social, demonstram uma visibilidade reconhecida, principalmente no que concerne às lutas frente à AIDS. Do ano de 1985 até 1991,

[...] mais de cem organizações não-governamentais de serviços à AIDS tinham surgido, desempenhando um papel cada vez mais importante não apenas na educação sobre a AIDS, mas na defesa das liberdades civis e no fortalecimento da assistência básica e tratamento às pessoas com AIDS (PARKER, 1994, p. 97).

Tal ativismo iniciou-se antes mesmo de o governo se organizar com programas e comissões de combate à epidemia. No início da década de 1980, o Grupo *Gay* da Bahia, em Salvador, e o Grupo Atobá de Emancipação Homossexual, no Rio de Janeiro, foram pioneiros em implantar atividades de cunho preventivo e educacional voltadas para a comunidade de homossexuais, dada a exposição de tal grupo ao vírus HIV. Concomitantemente, outras organizações surgiram com preocupações direcionadas exclusivamente à AIDS. Entre elas encontram-se

[...] o GAPA (Grupo de Apoio para Prevenção da AIDS), formado em diversos centros urbanos por grupos de profissionais de área de saúde, da área social, ativistas gays e indivíduos preocupados em oferecer apoio social e psicológico às pessoas com AIDS, até as instituições como a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), formada por intelectuais e cientistas influentes, ou o ARCA (Apoio Religioso Contra AIDS), formado por pessoas preocupadas com relações entre a AIDS e as respostas religiosas (DANIEL e PARKER, 1991; PARKER, 1994, p. 97).

No final da década de 1980, a impossibilidade do desenvolvimento de atividades coletivas pelas ONGs, em decorrência de diferenças ideológicas, criou tanto uma identidade para cada grupo como definiu a relação destes com o governo. Em meio a discussões, objetivos diferenciados e relações heterogêneas de tais movimentos frente às instituições governamentais, no ano de 1989 surgiu o Grupo Pela VIDDA (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS) no Rio de Janeiro.

Contrapondo-se à proposta da maioria das ONGs, que os membros fundadores consideravam assistencialistas, o Grupo Pela VIDDA “formado por Herbert Daniel, um líder ativista contra a AIDS e um dos coordenadores da ABIA, foi a primeira organização brasileira formada principalmente por pessoas com HIV e AIDS, seus amigos e familiares”. O objetivo do Grupo era criar uma consciência de autonomia, em cada indivíduo contaminado, sobre a doença e

suas possibilidades de viver com dignidade e usufruir de seus direitos civis e na relação com os outros (PARKER, 1994, p. 99).

O Grupo Pela VIDDA foi um divisor de águas em relação às ações até então desenvolvidas pelas ONGs no combate à AIDS. Uma das principais preocupações do Grupo era com a “morte civil” dos indivíduos infectados pelo HIV. Com essa compreensão, desenvolveram-se atividades tais como:

[...] um programa inédito e pioneiro de assistência legal para combater a discriminação dentro do sistema judiciário; [...] grupos de auto-ajuda, (inclusive o primeiro grupo brasileiro de apoio às mulheres vivendo com AIDS), serviços de educação sobre a epidemia, serviço telefônico de informações sobre a AIDS fornecidas por voluntários do grupo (PARKER, 1994, p. 99).

E o mais importante, segundo Parker (1994, p. 99), foi

[...] a introdução da noção de ‘viver com AIDS’ como a chave da resposta à epidemia na década de 90 – divulgando esta visão através de atividades que iam desde demonstrações públicas até à organização do primeiro encontro nacional de pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil.

A luta das ONGs direcionada no combate à AIDS, no início da década de 1990, possibilitou a sociedade ter um esclarecimento maior sobre a doença e uma participação mais efetiva, tanto nas reivindicações frente aos poderes públicos, como nas propostas para o enfrentamento da epidemia. Hoje, tais organizações se consolidam como referência junto às atividades do governo, debatendo, desde o planejamento estratégico de medidas preventivas para os grupos mais vulneráveis à contaminação pelo vírus HIV, até aos anúncios publicitários transmitidos pelos media em geral.

Com a atuação mais presente das ONGs, o processo de aprovação das campanhas publicitárias ficou mais visível. Daí, a conseqüente visibilidade das críticas, polêmicas e impasses, sempre previstos numa negociação dos sentidos, mas que sempre estiveram ocultos, invisíveis aos olhos da população em geral quando se tratava de negociações de sentido entre anunciantes e publicitários (PAZ, 2000, p. 14).

A campanha veiculada no carnaval de 2003 é um exemplo que ratifica o espaço para discussão e intervenção conquistado pelas ONGs no Ministério

da Saúde. Dada a alta contaminação entre os jovens, principalmente entre 15 e 24 anos, a agência publicitária responsável pela campanha utilizou a imagem da cantora Kelly Key, selecionada como representante da geração adolescente. Com o *slogan* “Sem camisinha só olha e baba, baby” e texto musicalizado, imitando a melodia de uma das suas canções que fez sucesso, a propaganda transmitia a seguinte mensagem:

É, você não acreditou, achou que ia rolar,
Achou que eu ia relaxar e esquecer.
Mas, agora decidi, sem camisinha não vai dar.
Não vou acreditar nesse blá, blá, blá
E para não dizer que eu sou ruim vou ajudar você usar.
Vai usar, tem que usar, baby, usa camisinha, baby,
Usa camisinha.(CAMPANHA Kelly Key/2003).

Por meio dos dispositivos significantes - rolar, relaxar, dar, blá, blá, blá, usar – e ritmo de música de danceteria – a intenção era produzir efeitos de sentido de associação com o público jovem. Tal propósito, porém, resgatou características primordiais da propaganda: causar polêmica e chamar a atenção, o que comprometeu “as boas intenções do governo”. Segundo matéria publicada pelo Jornal Folha de São Paulo, na época, o formato e conteúdo de tal campanha ocasionou conflitos entre os grupos ativistas da AIDS com o Ministério da Saúde, pelo fato de o comportamento da cantora não corresponder à maioria do público feminino adolescente: arrojado, decidido e sensual.

Depoimentos de profissionais representantes de ONGs, psicólogos e médicos, ressaltavam que o problema não se resumia em quem representaria melhor a juventude, mas, sim, denunciava a falta de sintonia entre governo e ativistas, que se acentua há algum tempo no que diz respeito ao problema da AIDS. O próprio ministro da saúde, Humberto Costa, admitiu, na matéria, haver esse hiato entre o governo e as Ongs. “As ONGS têm certa razão, houve uma falha. Eu não sabia que a prática era consultá-las” (Folha de São Paulo, fev./2003).

É inegável que todos os acertos e polêmicas trazidos pelas pesquisas científicas sobre o vírus HIV e AIDS e a visibilidade destes pelas campanhas de massa divulgadas pelos meios de comunicação registram, nos dias atuais, maior parceria do Ministério da Saúde com as ONGs, ativistas sociais, profissionais e pesquisadores de áreas diversas. Segundo Paz (2000, p. 14), “tornou-se impossível para o governo [...] avançar qualquer projeto comunicativo sobre a

AIDS sem o agendamento de debates, discussões, conferências e sem reconhecer a autonomia das entidades representativas”.

A dinâmica de intervenção de tais grupos, no entanto, na produção de materiais e serviços de informação, educação e comunicação (IEC) do Programa Nacional DST e AIDS, ainda enfrenta conflitos, despreparo e interdições a cada mudança de governo. A fala do Ministro há pouco citada, traduz a diversidade de informações e disputas de poder, que, muitas vezes, compromete a comunicação sobre a AIDS.

O Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/AIDS), (hoje Coordenação Nacional DST/AIDS), foi outro baluarte determinante para iniciativas e efetivações de ações frente à Aids. Criado em 1985, pela Portaria 236, levou três anos para se consolidar. Antes dele já havia sido implantado, em 1983, no Estado de São Paulo, um modelo que se tornou referência para o País, inclusive para ser utilizado pelos novos programas encampados pelo Ministério da Saúde. As diretrizes estabelecidas pelo Programa correspondiam à tendência internacional definida pelo PGA (Programa Global de AIDS) que tinha como objetivo elaborar estratégias globais de combate à epidemia.

O Programa Nacional de DST e AIDS no Brasil nasceu com o objetivo de dar continuidade às ações timidamente implementadas anteriormente pelo governo. Seu plano de ação inicial foi de coordenar, elaborar e formular normas técnicas e políticas públicas para um enfrentamento mais eficaz das doenças sexualmente transmissíveis, especificamente a AIDS. Mesmo não tendo atingido o objetivo maior de controlar a transmissão do vírus, quando da sua implementação, o Programa conseguiu dar um melhor ordenamento no sistema de saúde e também estabelecer uma rede de cooperação entre diversos setores deste sistema e da sociedade civil.

É importante ressaltar, entretanto, que tais iniciativas governamentais só tomaram corpo, em virtude das discussões e pressões dos profissionais da Medicina, dos grupos ativistas da sociedade civil, de grupos internacionais e de uma divulgação pelas mídias impressa e eletrônica, do aumento de casos na população. Todas essas instâncias sociais se articularam para informar sobre as descobertas científicas com relação ao vírus HIV e à doença, como também às formas de tratamento e prevenção.

A organização do Programa Nacional de Combate à AIDS se desenvolveu dentro do tripé – conhecimento, organização e divulgação. Por meio da instância

de deliberação e coordenação geral no âmbito do Ministério da Saúde, estruturadas em unidades técnicas e de assessorias, foram formuladas as políticas, diretrizes e estratégias para orientar as ações de promoção à saúde e de prevenção e assistência às DST e AIDS. O Programa tinha como objetivo desenvolver uma interação permanente com os atores sociais, instituições e outras instâncias da sociedade civil, no âmbito nacional, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

A organização hierárquica era composta pela Coordenação Nacional, formada de comissões, assessorias e comitês que apresentavam a seguinte disposição: 1) Secretaria de Políticas de Saúde - Coordenação Nacional (CN-DST/AIDS) - Comissão de Gestão, Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS), Conselho Nacional Empresarial em HIV/AIDS; 2) Assessorias - Assessoria de Cooperação Externa (COOPEX); Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASPLAV); Assessoria de Informática (ASIP); Assessoria de Comunicação (ASCOM); 3) Comitês de - Prevenção; Articulação com a Sociedade Civil e de Direitos Humanos (SCDH); Diagnóstico, Assistência e Tratamento; Epidemiologia; Treinamento; Administração; Orçamento e Finanças; 4) Comitê Assessor - Homens que fazem Sexo com Homem; Trabalhadores do Sexo; População Prisional; População em Situação de Pobreza; Laboratório; Terapia de Adultos e Adolescentes; Terapia de Crianças; de DST; Comitê de Infecção-Tuberculose; Comitê-Infecção HIV/Hepatites Virais. Comitê Diretivo Externo de Avaliação e Seleção de Projetos de ONG; Comitê Diretivo de Pesquisa; Comitê de Vacinas Anti-HIV/Aids; Comitê de Epidemiologia (www.aids.gov.br, 2001).

Mesmo com a predominância das especialidades médicas (clínico geral, infectologista, virologista, epidemiologista, pneumologista etc), tal estrutura era composta, também, por profissionais advindos de outras áreas, que tinham como responsabilidade a efetivação dos discursos e práticas frente às DST e AIDS em todo o Território nacional. Entre eles, encontravam-se jornalistas, psicólogos, sociólogos, antropóloga, pedagogos, entre outros. Tais profissionais eram oriundos das universidades, órgãos do Estado e organizações não governamentais (ONGs) (SILVA, 2002, p. 223).

Em 2001, quando da análise dos relatórios do Ministério da Saúde sobre a disposição dos atores e suas funções, o grupo responsável pelos rumos e iniciativas frente à epidemia era composto pelos sociólogos Alexandre Granjeiro e Rosemeire Munhoz. Ambos ocupavam, respectivamente, a função de Coordenador Adjunto e Assessora de Comunicação Externa da CN-DST/Aids. Tal assessoria tinha como responsabilidade articular

[...] as ações de cooperação desenvolvidas pelas distintas assessorias e unidades da Coordenação. Entre suas atribuições está a negociação de projetos e atividades de cooperação internacional, sua formalização junto às instâncias pertinentes, as providências técnico-administrativas para a viabilização das ações, bem como a articulação com organismos internacionais e governos estrangeiros no sentido de viabilizar ações de cooperação técnica, científica, tecnológica e financeira (www.aids.gov.br, 2001).

A médica Denise Doneda coordenava a Unidade de Prevenção da CN-DST/AIDS. Proveniente do contexto universitário, exercia a função e responsabilidades que contemplavam várias iniciativas. Era responsável pela formulação e implantação de uma política nacional de prevenção de DST/HIV/AIDS; desenvolvimento de propostas estratégicas de intervenção comportamental junto à população em geral e grupos de maior vulnerabilidade e promoção de fomento à implantação de modalidades de serviços de saúde que atuam na prevenção primária e secundária do HIV e das DST.

Tais estratégias visavam a aumentar os níveis de informação e consciência da população relativamente ao risco de infecção das DST e da AIDS, intensificando a cobertura e o impacto das intervenções adotadas. A Unidade de Prevenção tinha também como propósito tanto promover o fortalecimento das redes sociais envolvidas com os problemas das DST e AIDS e apoiar as iniciativas das comunidades e os projetos de intervenção comportamental, como possibilitar a elaboração de material educativo e informativo.

A articulação entre a rede de serviços de saúde, fabricantes de preservativos e sociedade para a implantação do *marketing* social do preservativo, por meio das campanhas de massa por intermédio da mídia impressa e eletrônica, configurava-se como um dos processos mais delicados no “palco” das negociações em tal Unidade. A promoção de intervenções educativas, desenvolvimento de parcerias com ONGs, associações de classe, comunitárias e setor privado e criação de mecanismos institucionais, para ampliar a participação do setor privado e de outros agentes sociais, complementavam o trabalho hercúleo, desenvolvido por tal departamento, na luta contra a AIDS (www.aids.gov.br, 2001).

A Assessoria de Comunicação Social da CN-DST/AIDS tinha à sua frente, desde 1997, a jornalista Eliane Izolan, que tinha como incumbência manter os meios de comunicação em dia com as descobertas, atitudes e resoluções

governamentais com relação à realidade das DST e AIDS. Entre os canais de comunicação que tinham uma ponte direta com a Coordenação, destacavam-se os órgãos de imprensa e as agências de publicidade. As produções das campanhas publicitárias ficavam a cargo das agências. Além dessas atividades, tal Unidade era responsável, também, pela

[...] catalogação e documentação de materiais de referência; produção editorial e revisão de textos para veiculação; criação e execução de projetos gráficos; diagramação e arte; finalização de publicações; criação e execução de projetos de multimídia e internet; elaboração e produção de vídeos educativos e programas de radiodifusão e editoração de publicações educativas; gerenciamento do Conselho Editorial na formulação de agenda de trabalho, delineamento e avaliação da linha editorial para os produtos gerados; e assessoria e monitoramento da produção de eventos dirigidos a públicos específicos (www.aids.gov.br, 2001).

Existia um subcomitê da Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS) formado por um representante da área médica, outra de comunidades sociais com trabalhos de prevenção e dois do movimento ativista social que participavam, juntamente com a Ascom (Assessoria de Comunicação), das discussões com relação às peças publicitárias. Lilian Rossi, vinda da ONG Abia, e Cristina Alvim, também oriunda de ONGs, integravam a Unidade de Treinamento da Coordenação.³

Na verdade, a gama de profissionais envolvidos com o universo da AIDS aumentou, nas últimas duas décadas, de forma considerável. A participação destes em cargos oficiais obedece à dinâmica das mudanças de governo, ministros, coordenadores etc. A estrutura, a partir da matriz, que se localiza no Ministério da Saúde, em Brasília, desdobra-se em todo o País, por meio das secretarias de saúde dos estados e dos municípios brasileiros com a parceria das ONGs e dos movimentos de grupos ativistas.

³ Vale ressaltar que a distribuição de cargos e funções ora relatada corresponde ao ano de 2001. Com a mudança de governo em 2003, possivelmente o quadro de profissionais deve ter sido alvo de algumas alterações.

As atividades do Programa procuram chegar a todas as regiões brasileiras, tendo como maior preocupação atingir, de forma mais imediata, as localidades mais afetadas pela doença. A realização de tais iniciativas, entretanto, é atravessada de conflitos e controvérsias, presentes em todos os grupos profissionais envolvidos com a realidade da AIDS. Tais aspectos se refletem tanto nos modelos implantados pelas políticas de saúde referentes a tal doença, na relação dos médicos com os pacientes contaminados pelo vírus HIV e que desenvolveram a síndrome, como na realização de campanhas preventivas para a população.

Nos anos de 1986/1987, medidas tomadas pelo Governo Federal e pelo Estado de São Paulo são exemplos que caracterizam bem o contexto da AIDS como um espaço de “desacertos” e polêmicas. Na capital paulista, implantou-se uma lei, exigindo o exame de todo o sangue que chegava aos hospitais do Estado, via doação. A falta de uma funcionalidade eficaz na realização de testes e um maior controle das bolsas de líquido sanguíneo retirado dos doadores foram uns dos tantos problemas enfrentados pela Secretária de Saúde na época.

No ano de 1987, chegou ao Brasil um teste sorológico que detectava com exatidão a presença do vírus no organismo. Pinel e Iglesi (1996) ressaltam que este teste contribuiu de forma definitiva para o controle da epidemia, entretanto impôs uma série de contratempos. Médicos exigiam o teste antes das intervenções cirúrgicas, o que causava desconforto e insegurança ao paciente. Empresas públicas e privadas adotaram o mesmo procedimento para admissão de pessoas.

Segundo Saraiva (1997, p. 18), o clima gerado de perseguição (ou de “caça às bruxas”) aos contaminados pelo HIV se configurou claramente por meio das demissões dos empregos e da expulsão dos indivíduos soropositivos dos espaços de convivência. “O preconceito e a intolerância materializam-se no controle. Do controle sobre a doença, assiste-se a um progressivo controle sobre o doente”; controle sobre a vida do doente que passou a sofrer duplamente, primeiro pelo fato de estar com uma doença empreñhada de todas as conotações malditas e, segundo, por ter que conviver com o preconceito que se acirrava diante dele.

Mesmo com tais limitações, é importante ressaltar que as lutas contra a doença, encampadas pelos órgãos de saúde, organizações não governamentais e a própria sociedade civil, principalmente por intermédio dos grupos ativistas, fizeram com que o final da década de 1980 se apresentasse como um marco

na produção de conhecimento e na orientação de comportamentos frente à epidemia.

Em meio a desinformações, preconceitos, discriminações e medo, o Programa DST/AIDS do Ministério da Saúde (1988), no final da década de 1980, intensificou as ações preventivas e de controle da epidemia. Vale ressaltar, entretanto, que não houve um investimento direcionado às campanhas de prevenção, principalmente no meio televisivo, tornando-as permanentes e não esporádicas. A falta de recurso do governo, na época, foi o argumento utilizado para justificar a ausência de um cronograma para divulgação mais constante. Tal impedimento contribuiu para que a população demorasse saber mais sobre a doença, os doentes e as consequências que viriam a se configurar posteriormente, como o aumento de casos, por exemplo.

Nos anos de 1990, entretanto, o Programa DST/HIV e AIDS passou a ter uma atuação mais efetiva e a sociedade ficou mais informada e, conseqüentemente, mais responsável e sensível diante do problema. Do preconceito e discriminação, provocados pelo pânico moral no início, passou-se a atitudes de solidariedade e esperança frente à doença. A Medicina com as pesquisas científicas, as políticas de saúde com a implementação de tratamentos e medidas preventivas e as campanhas com a divulgação destes tiveram um importante papel em tal percurso.

A partir de 1992, acordos e parcerias passaram a fortalecer os rumos já percorridos por tais instâncias sociais. Mesmo com o *impeachment* de Fernando Collor e a crise no Ministério da Saúde, com a saída de Alcení Guerra, o Brasil iniciou negociações com o Banco Mundial para o financiamento do Projeto de Controle da AIDS e DST, conhecido como Projeto do Banco Mundial ou AIDS I. Tal Projeto passou a funcionar a partir de 1995 e se estendeu até o ano de 1998.

O Projeto de Controle da AIDS e DST ou AIDS I tinha como objetivos gerais: “(a) Reduzir a incidência e transmissão do HIV e DSTs e (b) fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DSTs e HIV/AIDS”. Através dos componentes: “prevenção [...]; serviços de tratamento [...]; desenvolvimento institucional [...]; vigilância, pesquisa e avaliação”, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998/2000, p. 146-147), a sociedade se encontrava munida para conhecer e controlar o desenvolvimento da epidemia.

A proposta era dar apoio às atividades, tanto no âmbito do governo federal, estadual e municipal, como no que concerne às organizações não-governamentais e outras entidades da sociedade civil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998/2000,

p. 151-152). O interesse maior, segundo Galvão (2000), era de centrar a atenção nos chamados “grupos de risco” e intervir para mudanças de comportamento, baseado no modelo biomédico⁴.

A efetivação do Projeto era de incumbência do Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Combate à AIDS. O investimento global para a realização dele atingiu o montante de 250 milhões de dólares, ficando 160 milhões a cargo do Banco Mundial e 90 milhões com o Tesouro Nacional. O limite para o desenvolvimento de atividades e ações efetivas do Programa era de cinco anos (de 1992 a 1997).

O acordo de empréstimo do Banco Mundial com o governo brasileiro, porém, só foi firmado, definitivamente, em 1994, no governo Fernando Henrique Cardoso, e finalizado em meados do ano de 1998. A coordenação do Programa, a partir do ano de 1996, ficou na responsabilidade do epidemiólogo Pedro Chequer, em razão do afastamento de Lair Guerra, após um grave acidente automobilístico ocorrido na cidade do Recife (GALVÃO, 2000, p. 125-139).

É importante ressaltar que a permanência de Lair Guerra na coordenação nacional do Programa de Combate à AIDS, durante 8 anos (1986 a 1990 - 1992 a 1996), além de trazer credibilidade às atividades desempenhadas, implantou, na sua segunda gestão, toda uma política de inovação. A aglutinação de forças para a reconstrução do programa brasileiro de AIDS, ainda no governo Collor, foi determinante para a condução do primeiro empréstimo, dando, a partir daí, maior sustentabilidade ao Programa Nacional.

Ao reunir um grupo de pessoas formado por “[...] pesquisadores universitários, técnicos da área de saúde, profissionais de saúde e integrantes de organizações não-governamentais, como ABIA, GAPA-SP e ISER” (GALVÃO, 2000, p. 140-141), a bióloga conseguiu articular ideias e ações em conjunto, redefinindo prioridades e

⁴ O modelo biomédico é postulado na ideologia do individualismo. Adotando a noção de indivíduo abstrato da teoria liberal política e econômica, ele considera os indivíduos “livres” para “escolher” comportamentos de saúde. Ele trata as pessoas como consumidores que fazem livres escolhas no mercado de produtos e comportamentos e, geralmente, ignora o papel da indústria, do negócio agrário e do governo em estruturar a formação dos fatores de risco que os indivíduos supostamente devem evitar. Há pouco espaço para compreender como os comportamentos são relacionados a condições sociais e impedimentos ou como as comunidades formam as vidas dos indivíduos. A partir desta perspectiva, populações e subgrupos dentro de populações, incluindo “grupos de risco”, consistem meramente em indivíduos somados que existem sem cultura ou história (GALVÃO, 2000, p.149-150).

investimentos. Desde então, o PN de Combate à AIDS, tem recebido financiamento do Banco Mundial em parceria com o governo brasileiro.

Mesmo com todo o empenho dos integrantes da equipe na gestão do AIDS I, o projeto apresentou alguns problemas no seu desenvolvimento. A falta de um direcionamento de atividades que contemplasse objetivamente as populações mais vulneráveis ao vírus, mediante estratégias de prevenção mais específicas; a ineficácia das ações institucionais frente aos grupos mais afetados; e a desarticulação das atividades do Programa com os grupos da sociedade civil envolvidos e com outros setores do governo responsáveis pela implantação de políticas sociais, foram os mais visíveis (MIN. DA SAÚDE, 2001).

Em dezembro de 1998, foi firmado o segundo acordo de empréstimo, começando a efetivação do Projeto AIDS II em janeiro de 1999. O Projeto, que funcionou entre os anos de 1999 a 2001, recebeu um investimento de 300 milhões de dólares, sendo 165 milhões vindos do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento e 135 milhões de dólares provenientes do Governo brasileiro divididos entre a Federação (US\$ 78 milhões), os poderes estaduais (US\$ 32 milhões) e municipais (US\$ 25 milhões) (MIN. DA SAÚDE, 1988/2000, p. 9).

A proposta do Projeto era de dar continuidade aos trabalhos iniciados no AIDS I com Lair Guerra. Segundo Galvão (2000, p. 132), o governo se quer manteve as principais linhas de atuação, entretanto, a necessidade de uma descentralização e horizontalidade das decisões e ações faziam-se urgentes, nesse momento, para garantir a sustentabilidade do Programa.

O AIDS II começou intensificando as atividades de prevenção, serviços, tratamentos, vigilância epidemiológica, pesquisa e avaliação, como também promovendo outras ações como a garantia dos direitos fundamentais dos indivíduos atingidos de forma direta ou indireta pelo vírus HIV e a AIDS. No Relatório de Implementação do AIDS II do Ministério da Saúde (1988/2000, p. 10), a prevenção através das “campanhas publicitárias de massa, visando a reforçar o processo de conscientização e compreensão da transmissão da aids e DST, e promover práticas mais seguras”, juntamente com os serviços e tratamentos, vigilância, pesquisa e avaliação aparecem como os componentes fundamentais e constitutivos do Projeto.

A implementação do AIDS II introduz duas questões estratégicas. O processo de descentralização e sustentabilidade como eixos norteadores do processo de tomada de decisões em

relação à epidemia da AIDS e outras DST e o referencial teórico da “vulnerabilidade” como parâmetro das ações de prevenção e assistência. [...] De uma posição focalizada e centrada no modelo de risco e das mudanças comportamentais, passou-se a uma abordagem mais contextual e matricial das questões relativas à formulação de políticas para o enfrentamento da epidemia de Aids (Ministério da Saúde, 2001).

Em todo o desencadeamento das políticas de saúde para a AIDS nesses 20 anos, os atores envolvidos com tal problema e que compõem o quadro hierárquico do Ministério da Saúde enfrentam mudanças que se expressam em vários setores: nas linhas de ação do Programa Nacional de AIDS, definidas e redefinidas a partir das novas tendências da epidemia; nas designações, tanto no que se refere ao nome do Programa, como no que concerne às instâncias às quais fica subordinado; e na troca de ministros da saúde que ultrapassou o número de dez, entre os anos de 1985 e 1996.

Segundo Galvão, entretanto, a coordenação do Programa apresenta certa estabilidade. Nessas duas décadas da doença, o cargo foi ocupado, até então, por quatro profissionais: Lair Guerra de Macêdo Rodrigues, que exerceu tal função em dois momentos (1986-1990/1992-1996), Eduardo Côrtes (1990-1992), Pedro Chequer (1996-2000) e Paulo Roberto Teixeira, que assumiu a direção do Programa a partir de 2000 (GALVÃO, 2000, p. 118-120). É possível que a permanência maior de coordenadores envolvidos com as questões de saúde e doença no País (com exceção de Eduardo Côrtes) tenha possibilitado um desenvolvimento mais articulado dos Projetos AIDS I e II.

O AIDS III ou O Projeto de Sustentabilidade e Gestão Estratégica das Políticas de HIV/AIDS e outras DST apresentou sua versão preliminar em setembro de 2001. Tal documento

[...] compreende um processo de tomada de decisões no âmbito do Sistema Único de Saúde, que visa garantir o aprimoramento dos instrumentos de gestão, a sustentabilidade, a descentralização das ações e o desenvolvimento científico e tecnológico, para o enfrentamento da epidemia Aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 6).

Os objetivos do Projeto AIDS III são: 1) reduzir o impacto da epidemia evitando novas infecções e garantir a atenção à saúde com qualidade às pessoas

vivendo com HIV/Aids; 2) aprimorar o processo de gestão das políticas públicas para o HIV/Aids e outras DST, implementadas por diferentes atores; 3) promover o desenvolvimento científico e tecnológico na área de promoção, assistência e vigilância epidemiológica do HIV/Aids e outras DST. Para que tais objetivos sejam atingidos, as ações serão implementadas de forma integrada e participativa, visando o desenvolvimento de políticas sustentáveis de prevenção e assistência em HIV/Aids e outras DST; gestão estratégica de programas e serviços para o HIV/Aids e outras DST e o desenvolvimento científico e tecnológico em HIV/Aids e outras DST (MIN. DA SAÚDE, 2001, p.6).

A implementação de projetos com financiamentos significativos desde o AIDS I, em 1992, possibilitou maior agilidade nas ações de combate à AIDS, principalmente em virtude da manutenção dos objetivos que vêm norteando as diretrizes dos projetos nos três momentos de parcerias financeiras. Tanto no AIDS I (1992) como no AIDS II (1998), e então no AIDS III (2001), as propostas se complementaram, mostrando uma preocupação com a continuidade do trabalho dos atores (governo, ONGs e outros grupos organizados da sociedade civil) envolvidos no processo, desde o início da epidemia.

A preocupação do AIDS III volta-se para enfrentar os desafios que se desdobram a cada ano. Pelo fato de a doença ter ganhado uma dimensão que explicita as desigualdades em todas as relações estruturantes da vida social, tal Projeto tem como objetivo central “aprimorar os processos de tomada de decisão, articulando as diferentes esferas de governo responsáveis pelas políticas sociais em uma rede de atores, ampliando a resposta nacional e o alcance das ações de prevenção e assistência” (MIN. DA SAÚDE, 2001, p. 7).

Tal proposta fortalece as iniciativas governamentais em conjunto com outras instâncias da sociedade, a partir do financiamento de projetos para organizações não governamentais e outros grupos da sociedade civil no estabelecimento de parcerias

[...] no sentido de prover as condições para uma ação comunitária efetiva na campo da prevenção e da assistência.
[...] Esse processo possibilitou uma sinergia entre a lógica governamental, marcada pela permanência e universalidade das políticas sociais, e a lógica da sociedade civil, marcada pela defesa de interesses específicos e a experimentação de formas mais ágeis e flexíveis de ação. (MIN. DA SAÚDE, 2001, p. 61).

O acordo de empréstimo firmado a partir do ano de 1994 com o Banco Mundial, possibilitou investir na implementação das ações de prevenção e tratamento, assim como uma rede de opções assistenciais que se desdobraram até então.⁵

Considerações finais

Apesar dos avanços resultantes dos embates e negociações entre as Organizações Não Governamentais e os programas e projetos implementados pelos governos, mediante as ações citadas, o quadro de contaminação continua preocupante. O desafio maior das campanhas preventivas, diante de tal fato, continua sendo o de criar uma mensagem que conscientize, sensibilize e convença as pessoas a usarem a camisinha.

O resultado de uma das pesquisas sobre o comportamento sexual do brasileiro, realizada pela Coordenação Nacional de DST e AIDS, no ano de 2000, aponta que 70% das pessoas entrevistadas com idades entre 16 e 65 anos sabem que o preservativo é o meio de prevenção mais eficaz contra a AIDS. Constata também, todavia, a existência de um hiato entre o conhecimento e o uso da camisinha.

A partir desse diagnóstico, as campanhas procuram estimular nos seus discursos, a cada ano que começa, práticas sexuais que tragam como componente imprescindível a camisinha. A parceria entre as instâncias sociais – Medicina, Publicidade, ONGs, programas e projetos tornou-se uma das ações mais fortes e de maior influência na formação de comportamentos mais conscientes diante da realidade da AIDS. O entrelaçamento de tais saberes, porém, não deixa de ser permeado pela lógica do conflito, que se origina da formação de cada um destes no seu próprio campo e se amplia quando da efetivação de um saber sobre a doença.

⁵ Outras ações do governo, por meio do Ministério da Saúde, dizem respeito à assistência aos portadores do vírus com relação a atendimentos, diagnósticos e tratamento na rede pública de saúde; fortalecimento e aprimoramento dos laboratórios para garantir o acesso e a disponibilidade dos testes a todos os portadores de DST/HIV em âmbito nacional; vigilância epidemiológica que tem como principal objetivo fornecer subsídios para o controle do HIV e AIDS, como também das DST.; treinamento de capacitação de profissionais de saúde e agentes sociais envolvidos em ação de prevenção, assistência e epidemiologia das DST/AIDS; estudos e pesquisas a partir da seleção de projetos relacionados às áreas de vigilância epidemiológica, diagnóstico, tratamento e prospecção de casos e medidas de intervenção, desde o ano de 1993; (MIN.DA SAÚDE, 1998, p. 65-89).

Diante de tal quadro de conflitos e decisões, pode-se dizer que, atualmente, já se convive com a AIDS de uma forma mais familiarizada. Seja em razão do empenho de tais saberes e atividades, que procuram conhecê-la, discuti-la e visibilizá-la, seja por ela já haver se aproximado das pessoas, por meio de gente com quem se convive. Do preconceito, discriminação e desconhecimento, tão presentes em sua trajetória, a bandeira da solidariedade se apresenta como um símbolo que demarca um rasgo de civilidade nesses tempos “pós-modernos”.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *AIDS II: relatório de implementação*. Acordo de empréstimo Bird 4392/BR. Brasília. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto de sustentabilidade e gestão estratégica das políticas HIV/AIDS e outras DST – AIDS III*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de sustentabilidade e gestão estratégica das políticas HIV/AIDS e outras DST -AIDS III*. Brasília, DF, 2001.

DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. *Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. São Paulo: Iglu, 1991.

GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

PARKER, Richard. *A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

PARKER, Richard. *Na contramão da aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

PARKER, Richard et al. *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Ed. 34, 1999.

PAZ, JosiAnne. *Aids anunciada*. 162 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação)-Faculdade de Comunicação, Universidade de Brasília, 2000.

PINEL, Arletty; INGLES, Elisabete. *O que é aids*. São Paulo: Brasiliense, 1996.

SARAIVA, José Eduardo Menescal. *Prazer do consumo ou consumo do prazer: erotismo e impulsividade na cultura do consumo*. 1997. 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1997.

SILVA, Larissa Maiés Pelúcio. *ONGs/AIDS e Estado: parceria e conflito*. 2002. 230 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)-Universidade Federal de São Carlos, 2002.