

DECIFRA-ME OU DEVORO-TE

O maior fenômeno biomédico deste final de século, com suas graves repercussões sociais, tanto quanto a personagem mítica grega, se apresenta como um enigma. Decifrar o enigma do "quarto 516" (foi assim que a literatura médica denominou o que seria mais tarde conhecido como o primeiro caso de AIDS nos EUA) não é salvar as virgens da mitológica Tebas, mas enfrentar racionalmente (sem perder a emoção) o adversário comum do *modus vivendi* da nossa contemporaneidade: a epidemia pelo HIV e AIDS. A esfinge de hoje, seja real ou ilusória, é monstruosa e grandiosa e, por isso mesmo, procura nos impor arditosamente uma naturalização do que não é natural. Naturalizar a epidemia pelo HIV e AIDS é abdicar da nossa maior capacidade enquanto Homem: a intervenção no mundo. A criação da cultura. A superação do egoísmo e da mesquinha instintivos do aqui e agora. O trabalho como uma categoria do individual e do coletivo. Enfim, a fome de transcendência, de um além de nós mesmos, bem entendido.

Saciar a fome de transcendência, quando falamos da AIDS, a nosso ver significa:

1 - insistir na diversidade das culturas, na multiplicidade de "razões" culturais, que precisam ser compreendidas e preservadas justamente enquanto diferentes.

2 - mostrar a sociedade dividida em interesses econômicos e políticos não apenas diversos, mas conflitantes, que não se traduzem, sempre, por excludentes.

Esses conceitos precisam ser resgatados para podermos falar das políticas públicas relacionadas à epidemia pelo HIV e AIDS no Brasil. Neste país, cuja cultura política é marcada por uma acentuada tradição autoritária, não há a compreensão do que seja o público e o privado no exercício da política, mesmo entre os que não querem ser oprimidos nem comandados.

O público, na definição greco-latina clássica (como nos aponta Marilena Chauí) e reinterpretada pela modernidade (liberalismo) e pelo modernismo (marxismo), é compreendido como essencialmente político: só na Cidade alguém pode ser livre e a liberdade é a definição mesma da cidadania. A idéia de que só nas macroinstituições e macropoderes (particularmente o Estado) é possível o exercício da política é desconhecida por esta tradição. A política que objetiva a liberdade em última instância não é um valor ético isolado e dissociado da realidade (uma abstração, portanto), mas, fundamentalmente, um valor político de todos, que se materializa na *res publica*, ou seja, nas coisas públicas. Na modernidade e no modernismo, a diferença das políticas públicas passa pela natureza das instituições e não pelas qualidades ou defeitos do governante.

No país do "você sabe com quem está falando?", a pessoalidade das relações, no e do social, dá o tom da política - não é possível deixar de considerar os últimos escândalos da corte brasileiro, envolvendo o próprio Presidente da República, para ilustrarmos o quanto

estamos aquém do público e além do privado - a categoria da impessoalidade das decisões políticas é vista como uma heresia, que precisa ser exorcizada, pois este encaminhamento desestabiliza esquemas conceituais e condutas políticas engessadas em verdades absolutizantes. Para alguns, a política é vista, tão somente, como beligerância, onde, necessariamente, não há espaço para a interlocução e a possível cooperação entre os diversos segmentos e atores sociais que disputam a hegemonia na condução da coisa pública.

Interlocução e cooperação, a partir de posições diferenciadas e assimétricas - é importante chamar a atenção -, se traduzem para muitos por cooptação política e prostituição financeira, repetindo velhos e surrados clichês de um mundo que se desmanchou no ar. Para estes, os velhos e novos desafios impostos pela AIDS são esfinges que não se decifram.

O que é importante sublinhar, mais ainda, é o papel que as ONGs têm nesta conjuntura volátil, no que poderíamos chamar de "Tratado da Biodiversidade" no enfrentamento da AIDS. Temos um capital simbólico que nos autoriza ao diálogo com os mais diversos e diferenciados segmentos e a parceria com alguns, em particular. Não minimizamos o papel determinante do Poder Executivo na elaboração e execução do Plano Nacional de DST-AIDS. Contudo, não consideramos que a Divisão Nacional de DST-AIDS do Ministério da Saúde seja a única responsável pela resposta da sociedade brasileira como um todo diante da epidemia. Se assim pensássemos, estaríamos secundarizando o nosso papel neste cenário, nos desqualificando por conseguinte.

O que se faz necessário é problematizarmos ainda mais o papel das ações comunitárias, de nossas ações, neste momento tenso e intenso, além de outros possíveis e necessários parceiros, conforme o caso. Onde estão os Poderes Legislativo e Judiciário? O que fazem para reduzir o impacto social da epidemia? Qual o real papel, cada vez maior, diga-se de passagem, das pessoas vivendo com HIV e AIDS na formulação e gerenciamento das políticas globais para AIDS? Além dos "aidéticos", estamos criando os "aidólogos", isto é, a indústria rentável da AIDS? A procura do bom príncipe, obsessiva às vezes, não é o desejo e a procura do bom tirano? Associar o Público-Estado-Governo não é o mesmo que optar pela servidão voluntária? A idéia moderna da divisão dos poderes e da relativa autonomia e responsabilidade entre eles não é a confirmação de que o governante não pode identificar-se com o cargo nem com o poder? Não são a despersonalização e a desincorporação do poder que permitem o surgimento das virtudes cívicas como virtudes públicas de todos os cidadãos? A proteção total pelo Estado não é a reprodução do imaginário messiânico da salvação ou do imaginário feudal da proteção? Ou seja: as questões formuladas significam a expansão do espaço e dos agentes públicos no enfrentamento da AIDS - o que não significa conciliação ou qualquer coisa do gênero.

Uma questão não pode ser minimizada: a AIDS dilacera nossas vidas. A tensão do viver e conviver com HIV e AIDS é a busca angustiada do essencial (a vida) no acidental (a doença). A hybris (isto é, a desmedida) que está representada na esfinge - AIDS só será decifrada a partir de uma categoria elementar da sociabilidade: tudo é de um.

ABIA

Magic Johnson

É estranho, quando a luta contra a AIDS tem como viga mestra a solidariedade, se encontrar no Boletim 16 da ABIA, um artigo cuja virulência atinge diretamente instituições e/ou indivíduos, que no seu cotidiano professam solidariedade, dignificam a medicina brasileira e têm apoiado a ABIA desde sua fundação e especialmente no episódio do boicote à Conferência Internacional de São Francisco em 1990. É lamentável, e igualmente triste, se constatar que um professor universitário da categoria do Dr. Celso Ferreira Ramos Filho seja autor de um artigo que ultrapassa os limites da crítica acadêmica. Ao achincalhar e desrespeitar indivíduos e/ou instituições por possuírem dados próprios e conseqüentemente opiniões próprias e eventualmente discordantes de postulados contidos no livro verde da VIII Conferência Internacional em AIDS, ignora propositalmente vasta soma de dados publicados na literatura internacional sobre transmissão heterossexual e o episódio Magic Johnson.

Teria sido extremamente útil e ilustrativo, se o referido autor também tivesse apresentado seus resultados em estudos sobre transmissão heterossexual que o levaram a ter opinião tão categórica sobre o assunto e a chegar àquelas conclusões definitivas.

*Carlos Alberto Morais de Sá
Diretor do Centro de Referência Nacional em AIDS
do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, UNIRIO.
Em anexo à sua carta, o autor arrolou
extensa referência bibliográfica respaldando suas opiniões.*

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Utilidade Pública Federal, de 27/05/92,

Decreto Presidencial

Rua Sete de Setembro, 48/12º andar

20050-000 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: 224 1654/ Fax. 224 34 14

Disque AIDS PELA VIDDA - 221 22 21

- de 2ª a 6ª feira, das 14 às 20 hs.

A ABIA é uma organização não-governamental, cuja finalidade é promover a educação e a informação para a prevenção e controle das epidemias de HIV/AIDS. Todas as nossas ações são baseadas nos princípios da solidariedade.

A ABIA organiza-se como instituição profissionalizada. Contamos com o apoio material e financeiro de várias organizações do Brasil e do exterior, tais como: Misereor/Zentralstelle Entwicklungshilfe e V., CAFOD - The Catholic Fund for Overseas Development, IAF - Interamerican Foundation, The Ford Foundation. ICCO - Organização Intereclesiástica para Cooperação ao Desenvolvimento, AHRTAG - Appropriate Health Resources and Technologies Action Group, ABF Stockholms Lan, ICRW - International Center for Research on Women, OXFAM - Associação Recife-Oxford para Cooperação ao Desenvolvimento, PWF - Public Welfare Foundation, e empresas brasileiras, estatais e privadas, através do programa A Solidariedade é uma grande empresa.

Expediente

Boletim ABIA nº 17 - agosto de 1992

Publicação: trimestral

Tiragem: 20.000 exemplares

Distribuição: interna

Presidente: Herbert de Souza

Jornalista responsável: Mônica Teixeira - MT 15309

Editores responsáveis:

Jacques Schwarzsstein, João Guerra, José Stalin Pedrosa e Richard Parker

Programação visual, composição eletrônica e produção gráfica: A 4 Mãos Ltda.

Revisão: Sheila Gliosci

Fotolitos: Jornal Balcão

Impressão: Gráfica MEC Ltda.

Este Boletim foi financiado com recursos liberados por: CAFOD e Caritas;Noruega

GOVERNO E ONGS/AIDS: CONSENSO À VISTA? FOI DE REPENTE, COMO TUDO ACONTECE.

A volta de Lair Guerra Macedo Rodrigues à Coordenação de DST/ AIDS do Ministério da Saúde resultou numa redefinição da posição e do espaço ocupado pelas ONGs brasileiras na arena em que são definidas as estratégias nacionais de controle da AIDS. De um dia para o outro, estas ONGs viram assimilados pelo governo a quase totalidade dos preceitos teóricos e dos princípios políticos que norteavam a sistemática e justificada crítica que dirigiam anteriormente às políticas governamentais de controle da epidemia. Foram assim estabelecidas, ao menos em tese, as bases para uma rearticulação e uma melhor, e há muito desejável, coordenação das atividades desenvolvidas por entidades governamentais e da sociedade civil direcionadas para o controle da epidemia.

O consenso assim atingido não se restringe, porém, ao plano da conceituação e da política. Parece estar adiantado também o processo de identificação entre governo e ONGs relativo à avaliação da evolução do perfil epidemiológico da AIDS no Brasil. Atualmente, até mesmo o Plano de Médio Prazo do Programa Nacional de Controle da AIDS - que acaba de ser elaborado em Brasília pela Coordenação de DST / AIDS do Ministério da Saúde, com a participação de representantes de diferentes ONGs e centros universitários de pesquisa - leva em conta que a dinâmica de transmissão do HIV representa hoje uma ameaça objetiva para a população em geral. Trata-se, aqui, de uma constatação há muito enunciada pelas ONGs, mas ainda há poucos meses negada pelo Ministério.

Pauperização da epidemia: O Ministério se omite

A verificação desta possibilidade permite, contudo, prever também que - a exemplo do que ocorre com outras epidemias e endemias - determinantes sócio-econômicas e culturais terão um papel decisivo na evolução epidemiológica da AIDS no Brasil.

No quadro de uma situação já verificável - se bem que ainda não confirmada por estudos direcionados -, e no contexto específico de nossa realidade cultural e sócio-econômica, é conveniente ir um pouco além e antecipar que, no Brasil, os mais altos coeficientes de incidência de casos de contaminação pelo HIV virão certamente afetar as populações das favelas e bairros populares das grandes cidades, ou seja, nossas áreas urbanas de grande densidade populacional e baixo poder aquisitivo. Falamos aqui do que se costuma chamar de processo de pauperização da epidemia.

Lamentavelmente, até agora, este processo de pauperização - já muitas vezes observado em nosso país parece não ter sido devidamente identificado pelo Programa DST / AIDS do Ministério da Saúde. Cabe lembrar quem sabe, a tempo - que esta omissão poderá ter consequências das mais graves e ser até mesmo decisiva para o impacto deste programa. A elaboração de estratégias preventivas, voltadas para o controle da epidemia nas favelas,

vilas, alagados e subúrbios populares das grandes cidades, é de inestimável importância para controle da epidemia em todo o país.

Novas respostas para uma nova conjuntura epidemiológica

No contexto da epidemia da AIDS, as propostas de intervenção abrangem o campo social da sexualidade, naturalmente preservado pela intimidade das relações humanas. Por isto, mais que no caso de outros problemas de saúde que implicam na mudança de comportamentos (tabagismo, alcoolismo, obesidade, uso de drogas), um programa de controle elaborado "de cima para baixo", que tenta "regulamentar a vida e o gozo, negando qualquer outra razão de viver que não seja a razão médica que faz viver, eventualmente à força", terá certamente poucas chances de sucesso.

A aceitação deste pressuposto teórico implica na constatação de que o processo de pauperização aqui antecipado só poderá ser controlado através de programas comunitários que correspondam a uma demanda explícita de determinados grupos e instituições e que contem com a participação direta das comunidades às quais se dirigem na elaboração e na implementação de suas estratégias e na formulação de seus conteúdos educativos básicos.

Ora, estas demandas já se fazem ouvir em número crescente, mas se resumem, via de regra, à solicitação de realização de palestras, de exibição de vídeos ou de fornecimento de preservativos ou materiais educativos. Mesmo assim, correspondem à uma preocupação e a uma necessidade coletiva, ou de lideranças, que ignoram ainda a possibilidade de implementação de programas mais abrangentes, que possam proporcionar um controle efetivo da epidemia num espaço geográfico predeterminado. Cabe ao Estado e às ONGs/ AIDS redirecionar e dar uma resposta conjunta a esta demanda.

Educação, assistência e referência: um tripé fundamental

Ações educativas isoladas, relegam ao indivíduo e às suas atitudes e práticas a responsabilidade integral pela neutralização da epidemia, e tendem a fortalecer reações de bloqueio dificilmente reversíveis. Esta constatação é válida não apenas para a análise de ações educativas localizadas, mas também para campanhas educacionais massificantes, veiculadas pelo rádio, pela televisão e por *out-doors*.

Na atual conjuntura epidemiológica, ações meramente educativas podem-se revelar até mesmo contraproducentes se desenvolvidas sem a organização paralela e simultânea do necessário suporte assistencial. A modificação de comportamentos individuais está intrinsicamente ligada à mudança de atitudes coletivas, e estas, por sua vez, só se podem consolidar na medida em que as coletividades passem a dispor dos meios necessários à abordagem de todo o conjunto de problemas levantados pela AIDS.

Ao se tentar controlar a epidemia em comunidades carentes, é necessário vincular as atividades educativas à oferta de recursos assistenciais. De pouco adianta a informação sobre modalidades de contaminação e de prevenção, sem a garantia de acesso a testes e a preservativos. Do mesmo modo, de pouco adianta um discurso que apresente a

solidariedade como a base para um controle efetivo da epidemia, se não for garantido às pessoas contaminadas pelo HIV acesso a aconselhamento, tratamento ambulatorial e medicação, e se os casos mais graves não puderem contar com as possibilidades de internamento hospitalar adequadas.

E desta necessidade. de integração de ações educativas e assistenciais que se esboça a possibilidade de uma colaboração mais construtiva e efetiva entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde, as ONGs/ AIDS e a sociedade civil como um todo.

Ação conjunta: responsabilidades divididas

Falidas e desacreditadas como estão, nossas redes de saúde pública dificilmente conseguirão implementar sozinhas programas localizados e elaborados com participação direta das comunidades. Por outro lado, tudo indica que é junto às - mais de 90 ONGs/ AIDS do país que vamos encontrar as pessoas mais capacitadas entre elas portadores do HIV e pessoas que vivem com AIDS - para a implementação de programas educativos adequados às diferentes realidades culturais e sócio-econômicas do país.

Destas duas constatações, é possível deduzir - a nível local - modalidades pertinentes de divisão de tarefas entre redes de saúde pública, ONGs/ AIDS, outras ONGs e sociedade civil.

Cabe às redes locais e estaduais de saúde pública capacitar em recursos humanos e materiais as unidades sanitárias para o diagnóstico, a assistência e o acompanhamento de casos de soropositividade e de AIDS; cabe a elas, também, viabilizar a necessária rede de referência para a realização de testes, exames e internação quando necessário.

Cabe, por outro lado, às ONGs/ AIDS treinar e capacitar associações de moradores e outras ONGs e entidades civis para um trabalho educativo e informativo localizado e culturalmente adequado às especificidades locais, cabendo também a estas ONGs, a produção de materiais, o monitoramento e a avaliação deste trabalho.

Finalmente, cabe ao Ministério da Saúde, no âmbito do Programa Nacional de Controle de AIDS - financiado por entidades internacionais - criar as condições políticas e fornecer os recursos necessários para que esta colaboração... entre a rede pública, as ONGs e as entidades da sociedade civil possa-se concretizar da melhor maneira possível.

Um projeto piloto, como o Programa Comunitário de Controle da AIDS, (ver *Ação Anti-AIDS*, número 16), implementado na Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, pelo posto de saúde de uma associação de moradores, pode fornecer importantes subsídios para este tipo de iniciativa localizada. Os resultados deste programa, se bem que ainda não devidamente avaliados, apontam para a possibilidade de programas de baixo custo, adequados ao contexto cultural e sócio-econômico das favelas e bairros populares dos grandes centros brasileiros.

Jacques Schwarzstein, jornalista, coordenador de projeto da ABIA.

A primeira idéia é a de que a AIDS é uma doença grave que ainda não tem cura, mas terá, e que o tempo da cura já se aproxima. Associar a AIDS à impossibilidade da cura e à inevitabilidade da morte sem esperança é um erro científico que gera conseqüências graves no enfrentamento da epidemia, desmobiliza energias e esperanças e propaga um fatalismo que no fundo esconde todo tipo de preconceitos contra suas vítimas.

A cura da AIDS está a caminho e já se anuncia através das vacinas, dos viricidas e dos virostáticos. Como o tempo da cura ou do controle da doença é ainda incerto, é fundamental que a epidemia seja enfrentada desde já e em todos os seus aspectos, como aliás devem ser enfrentadas todas as epidemias.

A segunda idéia é a de que a AIDS é uma epidemia grave que atinge a humanidade em seu conjunto, o Brasil e o Rio de Janeiro de um modo particular, e que deve ser combatida essencialmente através da prevenção em relação:

- a aqueles que não foram contaminados;
- aos soropositivos, que podem evitar ou retardar o desenvolvimento da doença;
- aos doentes, que podem evitar ou diminuir a incidência das infecções oportunistas e melhorar sua qualidade de vida.

A terceira idéia é a de que nenhuma iniciativa de caráter isolado será capaz de deter o avanço desta epidemia. Por se tratar de um problema de saúde pública, com importantes dimensões e conseqüências sociais, culturais, emocionais, econômicas, políticas, éticas e jurídicas, só o esforço coletivo poderá modificar esta situação. Neste sentido, as organizações governamentais e não governamentais, da área de saúde ou fora dela, devem-se complementar na tarefa de enfrentar os impactos desta doença. A luta contra a AIDS é portanto uma ação de caráter interdisciplinar - que envolve todos os conhecimentos disponíveis de nosso tempo - e uma ação de caráter global, que envolve toda a sociedade.

UM PROGRAMA DE AIDS PARA O RIO DE JANEIRO: TRÊS IDÉIAS CENTRAIS

Primeiro grupo-alvo: toda a sociedade do Rio de Janeiro

Um programa de informação contínua e sistemática deve ser dirigido à população do estado, como um todo, e a determinados segmentos da sociedade, de modo especial. Este Programa deve falar sobre AIDS, o que é, como se desenvolve e como se previne. As ações de informação devem ter como objetivo produzir uma consciência coletiva que opere mudanças de conduta nas práticas que expõem as pessoas à contaminação. As informações devem atingir I de um modo geral a todas as pessoas em todas as condições e, de forma muito especial, aos grupos expostos à contaminação pelo uso endovenoso da droga, pelo sangue e hemoderivados e/ou pelas múltiplas relações de caráter homossexual ou heterossexual sem uso de preservativo (prostitutas e travestis, internos em prisões e afins).

Apesar da atenção especial a essas situações de risco, o programa deve assumir a noção cada vez mais fundada nos fatos de que a AIDS não é uma questão dos chamados grupos de risco, mas de toda a sociedade. Hoje a epidemia deve ser objeto de preocupação e de prevenção. de todas as pessoas independentemente de sua condição social, conjugal, de idade, sexo ou conduta sexual. O grupo de risco é a própria sociedade.

A transmissão de conhecimentos

A ação de informação tem como objetivo educar, isto é, transmitir um conhecimento objetivo, científico, prudente, sério, criterioso que resulte na adoção de hábitos e condutas que facilitem a prevenção da epidemia.

Para esse objetivo o poder público e os movimentos sociais devem mobilizar os meios de comunicação de massa existentes no Estado do Rio, motivando-os a uma contribuição especial e criativa e voluntária. Não tem nenhum sentido que campanhas de prevenção da AIDS sejam feitas nos moldes tradicionais, comerciais, como matéria paga pelo poder público. A experiência concreta já demonstrou que existe por parte de todos os meios de comunicação de massa a boa vontade e a consciência necessária para participar desse esforço comum. O trabalho de informação e educação para o grande público poderá e deverá ter custo zero para o poder público.

A Comissão Estadual de AIDS deverá constituir uma equipe interdisciplinar em condições de oferecer assessoria a todos os meios de comunicação em seu trabalho permanente sobre a AIDS. Um programa especial de mobilização permanente da mídia deverá se constituir numa prioridade da Comissão Estadual e se realizar, através de um projeto especial dessa Comissão, com a participação voluntária de artistas, atores, compositores, intelectuais, comunica dores sociais, líderes esportistas de todas as categorias. O Rio de Janeiro por suas características e potencialidades pode-se constituir num exemplo de mobilização desses

diferentes agentes da comunicação social, difundindo uma outra visão sobre a epidemia que restaure a cura como perspectiva e a solidariedade como princípio de todo o trabalho de prevenção.

Mobilização

A campanha de mobilização deverá ter como base uma ação conjugada do poder público com as diferentes entidades da sociedade civil. Prioridade deverá ser dada ao trabalho a ser desenvolvido com universidades, escolas, empresas, sindicatos, mídia, associações de moradores, igrejas, clubes de futebol, escolas de samba, clubes recreativos, organizações não-governamentais, sistema prisional (internos em presídios e afins).

Um programa de trabalho especial deverá ser feito com essas entidades, de modo a que elas desenvolvam uma campanha específica em suas áreas de atuação e colaborem com a campanha geral dirigida a toda a sociedade. A mobilização de seus membros e dirigentes deverá ser uma das preocupações constantes da Comissão, visando desenvolver suas iniciativas e criatividade.

Segundo grupo-alvo: os soropositivos

Por um lado, as ações dirigidas aos soropositivos deverão se dirigir aos **soropositivos que sabem ser portadores do vírus HIV**. Para esses o Programa deverá contemplar um trabalho sistemático de informação e assistência com a finalidade de promover:

- acompanhamento médico periódico que viabilize todos os tipos de diagnósticos e tratamentos preventivos disponíveis; apoio social, jurídico e psicológico visando **manter os soropositivos numa atitude ativa e positiva frente aos desafios da AIDS, ao exemplo do que está sendo atualmente feito pelo Grupo pela Valorização Integração e Dignidade dos Doentes de AIDS (Grupo pela VIDDA). A ampliação da experiência deste grupo poderá ser nosso ponto de partida no trabalho junto aos soropositivos.**

Um subprograma especial para o atendimento e mobilização dos soropositivos deverá ser feito imediatamente pela Comissão, contando com a participação das organizações não-governamentais, dos centros de referência públicos existentes no Rio, da OAB, de psicólogos e psicanalistas.

Por outro lado, deverão ser também alvo de um trabalho específico **os soropositivos que não têm conhecimento de sua situação de portadores assintomáticos do HIV**.

A comissão deverá organizar um programa especial de informação e educação visando estimular os possíveis soropositivos a:

fazer os testes com o objetivo de tomar conhecimento precoce de sua situação;

fazer o acompanhamento e tratamento preventivos e eliminar as possibilidades de contaminação involuntária de seus parceiros ou parceiras ou descendentes (no caso das mulheres grávidas).

Como se trata de uma campanha nova e complexa, a Comissão deverá tratá-la com especial cuidado para não incidir na disseminação de preconceitos relacionados ao uso de conceitos tais como "grupos de risco". A ênfase desse trabalho deverá ser a de que é melhor conhecer e se precaver do que ignorar. O exemplo de personalidades conhecidas do público que façam voluntariamente os testes para estimular a luta contra a discriminação poderá ser um dos caminhos. A idéia de que a cura da AIDS é uma possibilidade sendo trabalhada a nível mundial constitui um ponto de reforço importante dessa mobilização.

Um elemento fundamental dessa atividade será a criação e funcionamento imediato dos centros de testagem anônima.

Terceiro grupo-alvo: os doentes de AIDS

O programa de trabalho da Comissão deverá levar em consideração as atividades a serem desenvolvidas no âmbito do setor público, assim como um trabalho de monitoramento e controle em relação às clínicas privadas e agências de seguro de saúde.

O objetivo fundamental em relação aos doentes de AIDS é o de oferecer, particularmente aos mais carentes:

- assistência médica;
- assistência hospitalar;
- assistência odontológica;
- medicamentos;
- assistência jurídica;
- assistência social e psicológica.

A questão da assistência aos doentes com AIDS no Brasil e no Rio é particularmente dramática e sabida de todos aqueles que trabalham nessa área: faltam leitos e medicamentos. A assistência médica é precária e com incidência de discriminação e preconceito. Clínicas privadas rejeitam doentes com AIDS. A doença atinge de forma desigual ricos e pobres, tornando ainda mais dramática a situação dos que se confrontam com a doença sem os recursos mínimos para fazer frente aos tratamentos disponíveis e necessários. Enquanto nos países desenvolvidos os soropositivos e os doentes têm acesso a remédios como o AZT, o DDI e o DDC e vários outros, no Brasil isso constitui a exceção e o privilégio para uma minoria.

O Rio conta, oficialmente, com 4.295 doentes de AIDS (Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde - semana de 19 a 22/92).

O poder público e a sociedade mobilizada têm condições de atender às necessidades dessas pessoas e isso é o mínimo que deve ser feito nesse momento.

Esse programa de assistência deve ser redimensionado, quantificado e orçado pela Comissão, tendo em vista o número de doentes relacionados nos centros de atendimento público do Estado.

Em relação aos doentes atendidos nas redes privadas e com cobertura de seguro, o Programa deverá realizar um acompanhamento sistemático da situação de modo a impedir a prática de discriminação e todo tipo de abusos que venham a ocorrer. Esse trabalho deverá ser realizado em cooperação com o Conselho Regional de Medicina que já vem tendo importante atuação nesse campo.

O poder público e os profissionais de saúde

Partindo do pressuposto de que a educação em saúde é uma prática social, entendemos que o trabalho de prevenção em AIDS deva considerar a população e os profissionais de saúde como sujeitos nas ações a serem implantadas.

A prática educativa ,implícita na ação de saúde, é comum a todos os profissionais e estes devem estar preparados para a orientação adequada à população.

A experiência nos serviços de saúde de assistência às pessoas com AIDS ou infectadas pelo HIV tem apontado alguns dados que devem ser considerados neste trabalho de capacitação dos profissionais:

- 1) Ainda se verifica, em alguns casos, a presença de fantasmas criados em torno da AIDS (o desconhecimento da doença associado ao pânico de adquirir o vírus).
- 2) A equipe de saúde enfrenta a convivência com uma doença que questiona as limitações da Medicina, quebrando a onipotência do poder médico.
- 3) A dificuldade de lidar com uma doença estigmatizante, que foi vinculada de início a alguns comportamentos considerados "desviantes" (homossexuais e usuários de drogas endovenosas). Esta dificuldade obriga o profissional de saúde a se confrontar constantemente com seus próprios preconceitos e a refletir sobre eles.
- 4) Outra pré-concepção muito presente na relação com o paciente, é que este é, muitas vezes, encarado como um "morto vivo". Sua morte é percebida como ,um fato certo, iminente e não como uma possibilidade presente na vida de qualquer pessoa.

O trabalho educativo dirigido aos profissionais de saúde deve ter o objetivo de sensibilizá-los a pensar sua prática, aprendendo a lidar melhor com todas as dificuldades citadas anteriormente. Neste sentido, algumas vivências nos serviços têm demonstrado a necessidade de que:

- as atividades devem ser executadas por uma equipe multidisciplinar, considerando-se assim, as próprias dimensões da doença:

- a abordagem junto ao paciente de AIDS e/ou ao infectado deverá ser feita dentro da visão holística;
- o trabalho desenvolvido pelos profissionais deve extrapolar os muros dos serviços de saúde, devendo buscar um trabalho articulado com as organizações comunitárias, adstritas ou não à unidade de saúde.

Por que as decisões governamentais no enfrentamento da epidemia de AIDS são sempre reativas? Só após o escândalo nacional do “caso Sheila” em São Paulo, os Ministros de Estado da Educação e da Saúde sancionaram a Portaria Interministerial nº 796, de 23 de maio de 1992, que dispõe sobre a proibição do teste sorológico compulsório prévio à admissão ou matrícula de aluno, e da exigência de testes para a manutenção da matrícula e de sua frequência nas redes pública e privada de ensino de todos os níveis, estabelecendo que são injustificados e não devem ser exigidos. Até quando as respostas governamentais serão uma aplicação cosmética, em torno de iniciativas mais retóricas do que efetivas? Detalhe? Uma portaria é apenas um ato normativo, não tendo a efetividade de uma lei.

As responsabilidades do Estado

Um esforço urgente e imediato de atualização e desenvolvimento dos dados epidemiológicos sobre AIDS no Estado deve-se dar através de dois procedimentos básicos:

- dos registros e análises de todos os casos de AIDS do Estado, concentrando-se o esforço inicialmente na rede pública de atendimento e junto a toda a classe médica através de um trabalho conjunto com o Conselho Regional de Medicina;
- de pesquisas especiais visando dimensionar o grau de incidência da epidemia no Estado.

Essas pesquisas devem ser realizadas com base na cooperação entre os diferentes departamentos especializados das universidades, os centros de referência e as organizações não-governamentais relacionadas à epidemia.

O Estado deve responsabilizar-se pela instalação de uma Rede de Centros de Testagem Anônima e pela implementação de Programas de Assistência aos Soropositivos e Doentes

de AIDS que estão sob sua guarda e sua responsabilidade direta (prisões, albergues, internatos).

Além disto, recai também sobre o Estado a responsabilidade por um Programa Especial sobre o Sangue visando cumprir o preceito constitucional que impede a comercialização do sangue e hemoderivados. Esse Programa deverá daí especial atenção ao desenvolvimento e aperfeiçoamento do Hemocentro do Rio de Janeiro, a atenção aos hemofílicos e pacientes renais, apoiando e apoiado em suas entidades, o, controle rigoroso da qualidade do sangue e hemoderivados produzidos e consumidos no Estado. Uma ação sistemática junto aos transfundidos em geral no sentido de estimulá-los a fazer o teste anti-HIV.

*Herbert de Souza
Presidente da ABIA*

***Documento apresentado à Comissão Estadual
de Controle de AIDS do Estado do Rio de Janeiro.***

A Portaria SNAS 291, de 23 de junho de 1992, assinada pelo Presidente do INAMPS, incluiu o tratamento da AIDS no sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. A criação das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) para AIDS, esperada desde 1986, quando do surgimento da Divisão Nacional de DST/AIDS, de imediato aponta para três questões básicas:

1 – só após o “holocausto” de 12.223 brasileiros pela epidemia de AIDS, segundo os dados do último Boletim Epidemiológico (semana de 19 a 22/92), o Ministério da Saúde reconheceu como necessária a assistência médico-hospitalar para o tratamento das pessoas com AIDS;

2 – As AIHs específicas para AIDS desmistificam mais uma fantasia com relação à epidemia. Desde o início, diz-se que a assistência à AIDS é absurdamente cara, proibitiva para os recursos dos serviços públicos de saúde. Em recente estudo no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ), constatou-se que os custos anuais de uma pessoa com AIDS são apenas cerca de 60% superiores aos custos anuais médios, comparados com os dos pacientes da clínica médica. Ora, considerando-se a sobrevivência escandalosamente baixa das pessoas com AIDS no Brasil (em torno de 6 meses), verifica-se que, a longo ou mesmo a médio prazo, o custo de pessoas com outras patologias pode ser significadamente mais alto.

3 – O simbólico (e real) nessa decisão ministerial é o que já dizíamos há anos: a AIDS é uma doença (ou um conjunto de doenças) tratável. Para o enfrentamento global da epidemia, esse relacionamento (tardio, diga-se de passagem) oficial é dos mais significativos.

Solidariedade e valorização da vida: uma reconstrução necessária na política de saúde no Brasil

Os dados alarmantes sobre a disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, em menos de dez anos - a mobilidade para além dos chamados grupos de risco, a sua rápida massificação e "pauperização" -, associados às estimativas do número de possíveis infectados resultante deste processo, montam um cenário no mínimo assustador.

A descaso do poder público frente a esta situação, aliado à deterioração da assistência à saúde, sobretudo na última década, frutos de uma específica escolha de política setorial e de múltiplas crises oriundas do processo de profunda transformação a que está submetida a sociedade brasileira (e o mundo), alertam para a necessidade de se repensar a complexa problemática que envolve a questão, além de sinalizar que, sem sombra de dúvida; ela não se restringe ao enfrentamento da doença.

Talvez nenhum outro problema de saúde simbolize ou concentre em si com tanta veemência o "sinal dos tempos"; talvez nenhuma outra epidemia na história da humanidade tenha espelhado tão fielmente e de forma tão multifacetada a mudança "global" em curso no planeta. Castigo divino, vingança dos oprimidos e marginalizados, reflexo da desordem e do caos reinantes são alguns dos adjetivos utilizados às vezes para se referir à "nova peste". A dor, o sofrimento e a solidão estão no horizonte "visível" dos já doentes, enquanto o medo e a insegurança rondam as futuras "vítimas", comprometendo o amor, o prazer e a possibilidade de "ser feliz": sexo e morte inexoravelmente unidos para sempre.

É preciso separar, portanto, nesse amplo espectro em que se inserem, as diversas facetas desse enorme problema contemporâneo, para melhor perceber as diferentes estratégias de enfrentamento necessárias, possíveis, variáveis, e melhor dimensionar o tamanho do "tigre de papel...higiênico" (Daniel,1987).

Daniel já alertava em 87 que, para enfrentar o simulacro contemporâneo que é "a dialética do poder que envolve (num fazer cotidiano) médicos e medicalizados, médicos e antimédicos, opressores e oprimidos...", presente na questão saúde/doença em geral, e na SIDA em particular, é preciso banalizar a AIDS como doença, vulgarizá-la "no esvaziamento do seu enigma e na desmistificação de sua trama inexistente (qualquer que seja a gravidade médica do fato)" (1987:55), discuti-la no conjunto das doenças de hoje e no contexto da realidade das sociedades em que se insere.

O público e as diferenças institucionalizadoras do coletivo

A AIDS talvez seja o exemplo mais cristalino do que seja uma questão de Saúde Coletiva, uma vez que abarca uma quantidade enorme de problemas e perspectivas que extrapolam em muito o campo do naturalismo biologicista da medicina, demanda diferentes leituras e permite a construção de diferentes objetos de discussão a seu respeito, ao mesmo tempo

que impõe uma ruptura com a concepção tradicional de prevenção e saúde pública, pois que enfatiza a dimensão histórica e os valores embutidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte (Birman, 1991(1):10). Problematizam-se nesse percurso as categorias médicas e destacam-se nele as dimensões simbólica, ética e política.

Um desdobramento importante desta mudança do enfoque **público** para o **coletivo**, também pertinentemente assinalado por Birman, está no "deslocamento da problemática da saúde de seu antigo e exclusivo centro, o Estado, visto como espaço hegemônico para a regulação da vida e da morte da sociedade", retirando-se deste "a condição única na gestão do poder e dos valores" e reconhecendo se "o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições" (Birman,1991(1):10). Portanto, é no descentramento do lugar do Estado e na relativização de seu poder que se evidencia a problemática do reconhecimento das diferenças, impondo limites ao universalismo naturalista e ampliando o campo da saúde (Idem, ibidem).

Agregamos à reflexão de Birman, que nesta perspectiva recoloca-se também a questão da constituição do espaço público na questão saúde, onde o público não é mais visto como estatal, oposto ao privado, mas sim como espaço de expressão, enfrentamento e negociação de demandas coletivas.

Ainda que as epidemias sempre tenham representado um campo privilegiado para a medicalização do social (Foucault,1977), a caução científica do discurso médico "sempre colocou entre parênteses a dimensão política das práticas sanitárias" (Birman,1991(1):8), separação esta impossível de ser mantida no caso da SIDA, uma vez que se evidenciam através dela os valores e as relações de força presentes na sociedade, apesar das tentativas de estigmatização e marginalização que a epidemia suscita. Nesta perspectiva é que a AIDS é uma doença relacional, como tantas outras, e não por que se transmite pessoa a pessoa. Hoje, na situação de crise e transformação mundial que vivemos, entrelaçadas globalmente, a ameaça é geral, não se tratando mais de "grupos de risco" ou de risco para determinados grupos: somos todos doentes potenciais, a menos que façamos alguma coisa.

Crises, transição democrática e política de saúde no Brasil

Os diversos autores que discutem a transição democrática, a política social e de saúde no Brasil evidenciam um processo de intensa transformação da sociedade brasileira, nas últimas duas décadas, que repercute no setor saúde de maneira particular, como se movimentos paralelos e aparentemente desconectados entre si deslocassem o Estado e a sociedade civil em direções opostas: as reivindicações e demandas presentes no processo pressionam e logram ampliar os direitos sociais da cidadania ao mesmo tempo que homogeneiza-se o consenso neoliberal, acelera-se o desmonte do Estado e consolida-se o mercado privado de serviços de saúde.

A intervenção do Estado no setor social (e de saúde) no Brasil, coerente com a estrutura e dinâmica da acumulação capitalista recente que condicionou as relações Estado / sociedade, não foi nem democratizante nem socializante. Muito menos amenizadora das desigualdades e carências da população, além de propiciar a constituição de um expressivo setor privado

na área e a organização de um mercado de serviços de saúde, balizados pelo chamado complexo médico-industrial. Esta intervenção, centrada na generalização de um específico consumo médico, em última instância, foi mais geradora de necessidades referidas ao desenvolvimento tecnológico de insumos e equipamentos do que solucionadora das necessidades de saúde da população doente (ou potencialmente cliente do sistema de serviços de saúde).

O período pós-64 marcaria a definição de "o caráter tradicionalmente ambivalente da intervenção do Estado brasileiro no âmbito da prática médica" (Fiori/1978:19). Ou seja, a prática operacional do Estado no âmbito da assistência médica previdenciária, materializada na atuação da burocracia em suas articulações com o setor privado, vai-se constituir em fator crucial na dinâmica setorial que se inaugura então: desmantela-se a medicina liberal, mantêm-se o Estado nas atividades menos rentáveis e incentiva-se a estruturação da medicina empresarial. A ampliação da intervenção do Estado cresceu no plano formal, mas não se acompanhou da correspondente implementação de sua capacidade de regulação, submetendo-se sempre mais a uma dinâmica que, gerada pelos seus financiamentos, escapou à sua capacidade normativa (Idem).

Nos anos 70, no bojo da crise econômica, propostas renovadoras e contraditórias florescem nas fissuras das instituições do aparelho de Estado, voltadas para os segmentos populacionais não incluídos no mercado de consumo médico, incorporam-se novos tipos de profissionais (mais críticos e/ ou recrutados nas populações), implementam-se experiências marginais de participação em nível local, introduzindo-se enfrentamentos político-ideológicos que, por um lado, se efetivam no campo da saúde pública, mas, por outro lado, se dirigem ao campo da assistência médica, detentor da hegemonia na área de saúde.

Configura-se pouco a pouco um ideário de Reforma Sanitária que pautará as políticas setoriais durante a transição, a partir de 82, quando a redefinição das políticas públicas (e fundamentalmente das políticas sociais) era colocada como condição para a consolidação democrática e, nessa perspectiva, as propostas da saúde ganharam mais espaço na agenda governamental por oposição às tendências privatizantes. A estratégia central adotada, pelos reformistas no governo, foi dar continuidade às mudanças que já vinham ocorrendo desde fins do governo militar.

A desorganização da atuação do Estado, propiciada pela crise econômica e política traz de volta seu caráter ambivalente, na medida em que ao mesmo tempo que se consolida a universalização da saúde como direito de cidadania e cria-se o Sistema Único de Saúde (a partir do SUDS) amplia-se o mercado privado de serviços e desmantela-se o sistema público. A inexistência de uma base normativa e legislativa que desse respaldo a estas medidas foi uma peculiaridade desse processo que exigia reformas substantivas.

A persistência de mecanismos "atrasados" nas instituições políticas, mesmo na transição, por sua vez, perpetua um sistema de dominação que dificulta a estruturação da vida pública em outros moldes, mantendo a não distinção entre as esferas da vida pública e a esfera da vida privada. Nessa perspectiva o processo Constituinte (87 e 88) espelhou diversas contradições, desenvolvendo-se de forma bastante conturbada, não apenas pela magnitude

dos problemas a serem enfrentados para a formulação da nova Carta, como pela interferência permanente do governo de então, voltada para questões eleitorais de curto prazo. Como consequência, o novo texto constitucional abriga avanços significativos (como nos direitos de cidadania individuais e coletivos, entre eles os de saúde, a proibição de comercialização do sangue, a regulação do setor privado, etc), insuficientes, entretanto, frente às imensas e complexas aspirações da população, além de quase impossíveis de serem implementados, frente ao tamanho da crise, com sua inserção interna e internacional, e conseqüente falta de recursos.

Universalização e descentralização foram temáticas que sensibilizaram enormemente o processo Constituinte, mobilizado pela dinâmica social da transição, que exigia respostas imediatas e efetivas para a "enorme dívida social acumulada" nos anos do regime militar. Teses fortes, sem dúvida, mas carregadas de irrealismo, uma vez que o caráter "populista" da Constituinte (que aprovou medidas redistributivas como se não o fossem, isto é, sem se deter na viabilização dos recursos para implementá-las) faz com que estas teses sejam muito frágeis frente ao "liberalismo pragmático" que já se consolidava consensualmente na transição. Chocam-se, dessa forma, o consenso democratizante, centrado na universalização e descentralização de políticas, e o consenso neoliberal, pautado pela falta (real) de recursos disponíveis para todas as demandas (principalmente se não se abre mão das demandas clientelistas e corruptas).

A lógica economicista que vai orientar essas formulações neoliberais da prática da política de saúde tem pelo menos três grandes dimensões (Marset,1990:32): **econômica**, combina cortes orçamentários e medidas de restrição ao consumo, com a participação econômica do usuário; **sanitária** (organizativa), que privilegia a cobertura à doença, em muitos casos de forma bastante precária, deixando os aspectos preventivos, que em geral dependem de gastos e investimentos estatais, em segundo plano; e **sócio-cultural**, que enfatiza a imagem de responsabilidade pessoal pela doença, culpabilizando o indivíduo pelo seu desencadeamento e conseqüências, eludindo a estrutura sócio-econômico-política como algo completamente alheio ao processo de adoecer ou morrer, incentivando sua impotência frente à estrutura sanitária. No caso da AIDS as resultantes desta opção são dramáticas.

A mobilização anti-autoritária da sociedade e o consenso em tomo às propostas de reforma se dispersaram sem que aquele impulso inicial tivesse conseguido institucionalizar formas mais permanentes de participação popular no novo regime (Moisés,1989:81).

A determinação dos rumos da sociedade brasileira em direção à efetiva democratização, ou seja, à construção de uma cidadania democrática, "é uma tarefa política, alcançada com base na configuração dos diferentes grupos sociais e no fortalecimento das suas capacidades de impor suas demandas nas pautas de negociação, fazendo com que o seu atendimento seja reconhecido pelo Estado enquanto matérias de direito" (Pêgo,1992:118).

A constituição de um espaço público, entretanto, está "além do sistema de representação", pois os movimentos que emergem com a transição apontam para a configuração de um novo padrão de ação coletiva, determinando um novo sujeito social e histórico,

conformando valores e direitos que não passam necessariamente nem pelo Estado nem pelos partidos (Pêgo,1992:118).

As dificuldades existentes para uma completa democratização da saúde no Brasil via contexto político-econômico

Trata-se, portanto, da necessária "expansão da esfera pública, enquanto processadora dos conflitos, que garantirá "aos de baixo" a possibilidade de expressarem as suas demandas e de comporem pautas de compromissos, inscrevendo suas necessidades como prioritárias na prática da cidadania. Para isso, esses setores deverão se constituir na ação social, tomando-se aptos para interferir na esfera pública. Este processo é longo e difícil, principalmente numa sociedade como a nossa, marcada pela exclusão" (Idem:xi). Ou seja, para que se efetive a **democratização da Saúde**, para que deixe de ser campo de privilégios e consagração de desigualdades, necessita-se algo mais do que "retroalimentar o saber e o poder desarticulado de uma burocracia auto-referida (Fiori,1978:26). E, nessa perspectiva, "o momento da transição (para alguns ainda não terminado) representa muito pouco quanto às possibilidades (de implementação) de uma política social justa". Não deixa de ser instigante, entretanto, uma vez "que abre as possibilidades do jogo democrático e permite o credenciamento de atores coletivos aptos a apresentarem alternativas frente às concepções vigentes de cidadania, estruturadas a partir de interesses outros estranhos à idéia de direito" (Pêgo,1992:120).

Nesse marco de referência mais amplo, a nosso ver, é que se insere a questão das políticas voltadas para o controle da epidemia de AIDS, assim como para o acompanhamento, apoio e tratamento dos doentes e/ou portadores do vírus.

A conjuntura do final da década de 80 (e que só faz se agravar até os dias atuais) é de extrema descrença (e desconfiança) da sociedade como um todo no poder instituído, nos governos em geral, nas propostas de mudança que não se efetivaram. Com raras exceções pontuais, a saúde enfrenta uma situação extremamente crítica nos serviços, que se agravou dramaticamente com as crises sucessivas e com a interferência das medidas reformistas, que desorganizaram as práticas correntes anteriores, sem, entretanto, conseguir substituí-las por melhores alternativas. Assiste-se também ao desmonte acelerado do sistema público, ao início da retirada de alguns hospitais privados dos contratos com o Estado, tanto pelos atrasos nos pagamentos e baixos valores pagos, quanto aumento das denúncias e subsequente maior controle das fraudes, aumentando ainda mais a falta de leitos disponíveis para o atendimento da população. Evidencia-se uma reacomodação do sistema de serviços de saúde, que em nada favorece os grupos mais carentes ou marginalizados.

A parcela da população que não tem sequer a opção de entrar no "sistema supletivo" privado (através dos seguros-saúde, empresas médicas, etc) é extremamente numerosa, além de penosamente carente de assistência à saúde, o que tende a aumentar em função do longo processo recessivo em curso. Médici aponta que no Brasil "a soma de todas as modalidades privadas de atenção médica não chega a atender 23% da população brasileira, com uma qualidade duvidosa em termos de atendimento médico" (1990:94). O sistema de serviços públicos, por seu turno, não tem nenhuma condição, no curto e médio prazo pelo

menos, de satisfazer minimamente essa necessidade, por um lado, pelo desmantelamento e pelas opções neoliberais de saída da crise, que não permitem visualizar investimentos governamentais no setor, e, por outro lado, por ser altamente dependente dos serviços privados, sobretudo nos níveis secundários e terciários da atenção.

Portanto, está em curso uma mudança substantiva no sistema de assistência à saúde no Brasil, o que inclusive é de se esperar frente à natureza e profundidade da crise e os impasses colocados. Por outro lado, parece visível que para o cumprimento da norma constitucional será necessário aumentar o gasto público, o que parece pouco provável no curto prazo, dados os rumos do programa de ajuste econômico e as propostas do governo. Isto significa que opções vão ter que ser feitas, uma vez que a demanda de serviços de saúde, ampliada e potencializada pela crise, são clientela de vários milhões de pessoas (aproximadamente 80% da população).

Sendo assim, qualquer perspectiva de atuação política no sentido de fazer presentes de maneira efetiva as reivindicações dessas populações (entre as quais estão e estarão cada vez mais os doentes de AIDS) necessariamente terá de levar em consideração essa dinâmica, que, longe de pautar-se meramente por atitudes preconceituosas, está balizada por movimentos que fogem ao controle exclusivo quer do Estado (em crise), quer das organizações da sociedade civil.

O enfrentamento dos complexos desafios colocados na luta contra a AIDS, portanto, só se pode dar na ação coletiva, ação esta eminentemente política, para enfrentar a complicada situação de crise e impasse na saúde de maneira inovadora e criativa. Pressupõe articular as diversas esferas da sociedade (representativas e/ou reivindicatórias) numa perspectiva de ampliação e politização do debate em torno à epidemia, tendo como referência, entretanto, o amplo espectro de questões que envolvem a problemática da saúde da população no Brasil hoje. Isto não significa desconsiderar a AIDS em sua especificidade, diluindo e eludindo sua importância crucial, mas, sim, através dela, ampliar a discussão sobre os direitos dos cidadãos à saúde e os deveres do Estado em proporcioná-la. E para tal é preciso retirá-la "dos guetos", onde insistem em encerrá-la. A escolha da "solidariedade como método" reveste-se assim de primordial importância, sobretudo no mundo atual, onde qualquer elo deste tipo parece antiquado, fora de moda ou mesmo impossível. Não se trata mais da "solidariedade entre as classes" que orientou a formulação do "Welfare State" nos anos 20-30, mas da solidariedade entre os homens para a reconstrução do respeito e valorização da vida, sobretudo a humana, da qual parece que depende a vida do planeta.

*Célia Maria de Almeida, médica, pesquisadora-assistente
do Departamento de Administração e Planejamento em
Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/
FIOCRUZ, Rio de Janeiro.*

*Regina Maria Barbosa, médica sanitária,
coordenadora do Núcleo de Investigação em
Saúde da Mulher do Instituto de Saúde/
SES-SP; pesquisadora do
NEPAIDS; USP-SP.*

Bibliografia

BIRMAN, Joel - "Apresentação: A Physis da Saúde Coletiva", In *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), Rio de Janeiro, 1991.

DANIEL, Herbert - "A AIDS é um Tigre de Papel... Higiénico", In *Tema Radis* (número especial):53-62, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Outubro, 1987.

FLORI, José Luis - "Saúde e Medicina no Brasil-Introdução", In Guimarães, Reinaldo (org.) *Saúde e Medicina no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978.

-----"Democracia e Reformas: Equívocos, Obstáculos e Disjuntivas", Brasília, OPAS/OMS, 1991 (mimeo).

FOUCAULT, Michel- *O Nascimento da Clínica*, Forense - Universitária, Rio de Janeiro, 1977.

MARSET, Pedro - "Políticas Neo-liberales en Salud", In *Divulgação em Saúde para Debate-CEBES* (2):29-32, 1990.

MÉDICL André Cesar - "Financiamento e Contenção de Custos nas Políticas de Saúde: Tendências Atuais e Perspectivas Futuras", in *Planejamento e Políticas Públicas* (4):83-98, Dez., 1990.

-----"As Fronteiras da Universalização: O Dilema da Política Social na Virada do Século", in *Revista Saúde em DebateCEBES* (32):21-27, Junho, 1991.

-----& OLIVEIRA, Francisco E. B. "A Política de Saúde no Brasil: Subsídios para uma Reforma", IPEA, Brasília, Dez., 1991.

MOISÉS, José Álvaro - "Dilemas da Consolidação Democrática no Brasil", in *Lua Nova Revista de Cultura e Política*, São Paulo, Março, 1989.

PÊGO, Raquel Abrantes - "Identidades Coletivas, Democracia e Políticas Sociais: um estudo de caso na área da saúde", UFRJ/IFCS, Dissertação de Mestrado, Março, 1992 (mimeo).

A ABIA MUDOU DE ENDEREÇO

Rua Sete de Setembro,48/12º
20050-000 / Rio de Janeiro / RJ
Tel.: (021) 22416 54
Fax. (021) 2243414
Disque AIDS pela VIDDA
Tel.: (021)221 2221

A PARTICIPAÇÃO DOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO NA VIII CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE AIDS

Desde 1985 - quando se realizou a I Conferência Internacional sobre AIDS em Atlanta - discute-se a participação dos países em desenvolvimento neste fórum, além do próprio caráter do encontro. É uma conferência só para os técnicos das áreas biomédicas? Como distinguir ciência e ideologia? Onde ficam os ativistas? E as pessoas vivendo com HIV e AIDS? Como situar os saberes e intervenções que extrapolam as ciências biomédicas, sobretudo as de impacto social? Estas têm o mesmo estatuto científico das chamadas ciências básicas, epidemiologia e de tratamento clínico? Os custos materiais e humanos para uma conferência anual de AIDS, dessa magnitude, têm a sua equivalência nos benefícios reais no enfrentamento da epidemia?

Ao largo dessas discussões, um fato é avassalador: é nos países em desenvolvimento que a epidemia global de AIDS está-se espalhando mais rapidamente. É importante que se reconheça cada vez mais que a AIDS representa não só um enorme desafio à sociedade como um todo, como também uma ameaça a todo o processo em desenvolvimento dos chamados países do Terceiro Mundo, em particular. Concomitante a isso, constatamos que o acesso às tecnologias já desenvolvidas no enfrentamento da epidemia é desigual. Como superar mais esta dificuldade, grandiosa, diga-se de passagem.

As respostas ainda são tímidas e localizadas. Não há uma estratégia global, exceto a iniciativa coordenada internacionalmente por Jonathan Mann, do Instituto de AIDS da Universidade de Harvard, EUA, que procura fomentar qualitativa e quantitativamente a participação dos países em desenvolvimento nas conferências mundiais de AIDS - a qual também está acanhada e com poder de resolutabilidade aquém das necessidades atuais e futuras, provavelmente. Como único e substantivo exemplo dessa disparidade Norte-Sul na participação nas conferências ocorreu que, em Florença, 1991, nem 10% do total de delegados eram dos países em desenvolvimento.

Obviamente, não podemos ficar na postura passiva de que mais este problema deva ser resolvido por terceiros. A nossa carência material, que se traduz muitas vezes numa atitude de pedintes, é real, mas insatisfatória no encaminhamento global de mais esta crise. Precisamos tomar iniciativas pioneiras e inéditas, para as quais só de forma organizada e coletiva poderemos desenhar as possíveis respostas.

Para a Conferência de Amsterdam, estabeleceu-se uma prioridade: o melhor investimento para o futuro da prevenção e tratamento de HIV e AIDS é o que se faz em formação, apoio educacional permanente ao nível da comunidade e ao nível nacional- segundo o documento que nos passou Jane Galvão, ARCA-ISER. Porém, são justamente as comunidades e nações

que menos têm recursos para a prevenção e o tratamento que não podem aproveitar as oportunidades cruciais de beneficiar-se com o intercâmbio e as análises dos novos conhecimentos, experiências e idéias que têm ocorrido no plano internacional.

Objetivando estabelecer uma ponte entre o discurso e a realidade, é que se está fomentando estímulo à participação de um maior número de países em desenvolvimento na Conferência de Amsterdam, a partir de 5 premissas básicas:

1. Acesso a pesquisas globais

Os participantes de países em desenvolvimento terão a oportunidade inédita de acesso às mais recentes conquistas nas áreas de epidemiologia, tratamento clínico, impacto social da epidemia e ciência básica.

2. Intercâmbio de conhecimentos fundados na experiência

Os êxitos, fracassos e lições aprendidas por comunidades que se encontram em diferentes etapas da epidemia serão compartilhados pelos delegados, levados para seus respectivos países, estudados e adaptados.

3. Resolução direta dos problemas

O programa da Conferência foi preparado de modo a focalizar a atenção e os esforços nas questões mais críticas no campo do HIV e AIDS, com o fim de aperfeiçoar diretamente as práticas e as políticas no seu enfrentamento.

4. Oportunidades inéditas de aprendizagem

Não basta expor aos participantes da Conferência as informações, experiências e idéias mais atualizadas. Assim sendo, as oportunidades estruturadas apresentadas pela Conferência foram planejadas com o fim de ajudar os participantes a aprender ou expandir suas bases de conhecimentos.

5. Promoção da solidariedade global

Através do diálogo e da discussão os delegados poderão identificar e articular necessidades comuns, tanto para intensificar a sua consciência destas questões críticas, quanto estabelecer o intercâmbio de estratégias de financiamento, projetos colaborativos e coordenação de análises de políticas e atividades de militância.

Cronograma das Conferências Internacionais de AIDS:

- 1985, Atlanta, EUA
- 1986, Paris, França
- 1987, Washington, EUA
- 1988, Estocolmo, Suécia
- 1989, Montreal, Canadá
- 1990, São Francisco, EUA
- 1991, Florença, Itália
- 1992, Amsterdam, Holanda

Previstas:

- 1993, Berlim, Alemanha
- 1994, Yokohama, Japão

*José Stalin Pedrosa
Coordenação Editorial ABIA.*

IN MEMORIAM

**Este número é dedicado ao grande amigo e
colaborador**

Helionai Ruben Santana