



A black and white photograph of a traditional thatched-roof building, possibly a house or a small shop, with laundry hanging on a line in the foreground. The image is slightly faded and has a grainy texture. The text "AIDS e pobreza" is overlaid on the top left of the image.

AIDS e pobreza

AIDS and poverty

SIDA y pobreza

A epidemia acompanhando a evolução da pobreza em um bairro de Porto Alegre

Maria Regina Varnieri Brito

Médica, sanitarista, epidemiologista e chefe da equipe de controle epidemiológico da Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (mreginavb@yahoo.com.br).

O

estudo intitulado: “AIDS e pobreza: práticas sexuais, representações da doença e concepções de risco em um bairro de Porto Alegre” (1) contou com a participação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Pós-graduação em Antropologia Social – Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS); Faculdade de Medicina (UFRGS); e, dentro da Prefeitura de Porto Alegre, com a Assessoria de Planejamento com a Política Municipal de DST/AIDS e a Coordenadoria de Vigilância em Saúde. (2)

O estudo foi idealizado a partir de uma demanda da Prefeitura de Porto Alegre, por meio da realização de uma série de seminários em 1997 (AIDS QUO VADIS). Para nós, era difícil reunir informações sobre AIDS e pobreza. Nesse meio tempo, começamos a trabalhar com os dados de mortalidade por bairro da cidade. Além disso, iniciava-se o programa de redução de danos, em 1996/1997, e era necessário escolher o local em que se implantariam as atividades desse programa. Com base nos dados de mortalidade, selecionou-se o bairro Partenon como o local em que mais morriam pessoas de AIDS no município (as informações sobre morbidade por bairro eram muito limitadas). E foi nesse bairro que começou o programa de redução de danos da Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, o NUPACS já tinha realizado outro trabalho de campo naquela área e já possuía os contatos necessários na comunidade.

O objetivo dessa pesquisa era compreender os fatores que acentuavam a vulnerabilidade da população de baixa renda ao HIV. Era possível ver na distribuição da mortalidade que nos bairros mais pobres morriam mais pessoas de AIDS. Essa pesquisa englobou:

- Representações sobre formas de infecção pelo HIV e o impacto da alta incidência nessas representações;
- Práticas sexuais correntes, como estão percebidas, com quem estão associadas;
- Percepção de risco;

- Perfil das pessoas que buscam teste sorológico – existe um Centro de Testagem e Aconselhamento (Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológicos – COAS) localizado na área da pesquisa;
- Rede de relações de trocas de parceiros sexuais e seringas;
- Fontes de informação sobre saúde e doença, linguagem e veículos preferidos.

Etapas

A metodologia da pesquisa compreendeu as seguintes etapas:

1) Estudo sobre as práticas sexuais das populações estudadas e suas representações sobre AIDS. Aqui, foi realizado todo o trabalho de campo, as histórias de vida, tendo sido tudo gravado e transcrito. Foi realizada a análise de discurso de como as pessoas estavam vendo a transmissão da AIDS e o que estavam recebendo de informação de todo o trabalho de divulgação de anos sobre a AIDS realizado pela secretaria e serviços de saúde.

2) Estudo das redes de relações das pessoas infectadas pelo HIV. Essa etapa não foi executada devido à insuficiência de recursos para estagiários envolvidos com o trabalho de campo da primeira etapa. Ficou também muito complicado trabalhar com as relações das pessoas HIV positivas, seus parceiros/contatos sexuais. Não é simples mapear essa rede toda de relações em uma comunidade pequena. As pessoas sabiam o que estávamos fazendo, e ainda havia todo um trabalho de redução de danos andando em paralelo, organizado pela prefeitura. Simplesmente ficou inviável do ponto de vista ético seguir o mapeamento da rede de relações sexuais das pessoas infectadas pelo HIV.

3) Estudo dos usuários do COAS. Dentro da área geográfica da pesquisa, já existia um COAS funcionando há mais tempo. Essa etapa também ficou fora por falta de recursos, que foram gastos com o trabalho de campo da primeira etapa.

4) Análise das notificações de AIDS. Essa foi a etapa do estudo sobre a qual se centra este artigo. Ela contém, além da análise das notificações de AIDS, a qualificação do banco de dados de AIDS disponível no nível estadual, buscando trabalhar com o

detalhamento da informação para uso do nível municipal, para a cidade de Porto Alegre.

Naquela época, foram recolhidos os endereços de todos os casos de AIDS de Porto Alegre da série histórica compreendida pelos anos de 1983 a 1998, para mapear os casos por endereço (rua e número de cada domicílio) em um mapa digitalizado da cidade, com o objetivo de conhecer o perfil da região em que estávamos trabalhando – o bairro Partenon e arredores. Essa tarefa foi muito trabalhosa, pois quem conhece um mapa digitalizado sabe que temos que trabalhar na entrada de dados com endereços padronizados. Imaginem mais de dez anos com pessoas diferentes entrando com endereços de maneiras diferentes no banco de dados. Foi necessário verificar registro por registro.

Questionamentos

Alguns questionamentos surgiram a partir do trabalho de campo:

- As campanhas de informação não estavam conseguindo atingir esse segmento da população?

A pesquisa identificou que a população sabia muito bem como era transmitida a AIDS. Elas tinham o discurso todo “na ponta da língua”. O problema era a prática do conhecimento, o uso da camisinha. O discurso estava adequado a todo o conteúdo educativo de prevenção.

- A população de baixa renda torna-se mais exposta ao HIV por dificuldades econômicas de viabilização da prevenção?

Segundo o estudo, isso não apareceu de forma evidente, não pareceu ser verdadeiro.

- Práticas sexuais diferenciadas podem predispor à infecção?

Também não apareceu nada sobre isso na análise dos dados do trabalho de campo.

Uma das conclusões mais inquietantes da análise foi que a familiaridade com a doença no grupo social leva à sua banalização e à não adoção de práticas preventivas, como veremos a seguir.

Em 1993/1994, o NUPACS desenvolveu trabalhos nas Vilas Dique e Valão, na Zona Norte de Porto Alegre. Temos que nos situar bem no tempo — eram os anos de 1993 e 1994 —, e a incidência da AIDS era baixa nessas comunidades pobres. No Valão, a incidência era considerada média, começando a subir. O tráfico e o uso de drogas na Vila Dique eram baixos: o local era ainda somente uma “invasão” de famílias. O Valão já estava começando com o tráfico de drogas mais intenso. Em 1997/1998, observou-se alta incidência da AIDS no Partenon e tráfico de drogas intenso.

O trabalho realizado nas Vilas Dique e Valão, em 1993/94, já havia tentado conhecer o perfil do portador do HIV. Na Vila Dique, quando os moradores eram perguntados sobre se “conheciam alguém com AIDS”, respondiam que viam na televisão artistas que eram doentes. Eram pessoas distantes de sua realidade. Ninguém conhecia em sua comunidade um doente de AIDS.

Já na Vila Valão, em que começava a aumentar a ocorrência da doença, já havia tráfico e um uso maior de drogas, os moradores diziam: “São aqueles lá, os drogados, são os que têm AIDS”. Eles diferenciavam dentro da comunidade os “drogados” e os “não drogados”. Dentro do grupo dos drogados é que havia pessoas com AIDS, e esses sempre residiam fisicamente longe das famílias, que se consideravam de “não drogados”.

Na Vila Dique, as atitudes em relação aos portadores do HIV e aos doentes de AIDS eram de distanciamento total. Porque os moradores não conheciam ninguém doente. Já na Vila Valão, a atitude era de um distanciamento parcial, pois o doente de AIDS era sempre quem morava “longe” (do outro lado da vila): “Eu não me dou com esses usuários de drogas”.

Quando o mesmo levantamento foi realizado no Partenon (nos anos de 1997 e 1998), quando a incidência de AIDS já era alta, identificamos que esse “outro” (o doente de AIDS ou portador do HIV) passou a ser uma pessoa muito próxima, era o “vizinho do lado”, “o amigo”, “o parente”. Então, em 1998, a AIDS já havia entrado na rotina dessa população, já fazia parte do dia-a-dia, gerando uma atitude de solidariedade, isto é, as pessoas se ajudando umas às outras. Só que ao mesmo tempo, ocorria uma banalização da doença, como se o pensamento fosse: “Já que todo mundo tem AIDS, eu vou ter também”. E, por esse motivo, as pessoas não usavam preservativo nas relações sexuais, não se preveniam, ou então, contavam histórias fantasiosas, como “A fulana era virgem, nunca usou drogas. Foi ajudar o pai, se cortou e está com AIDS” ou “Não adianta a gente se prevenir”. À medida que a AIDS é percebida como um destino fatídico dessa comunidade, as pessoas se perguntavam: “Para que se cuidar?”. Fica nas mãos do destino e não do indivíduo o contágio pelo HIV.

Chegamos, então, a um ponto onde a “solidariedade” entrou em conflito com a “prevenção”. As pessoas não tinham o cuidado de se prevenir porque pensavam que ter AIDS era um destino certo, comum, freqüente: “Todo mundo lá tem AIDS”.

O resultado da componente antropológica desse estudo sobre AIDS e pobreza foi que, se a AIDS estava relacionada à pobreza dessa região da cidade, o problema maior era a banalização da doença na comunidade. A AIDS tornou-se um problema de todos e, muitas vezes, ligado a histórias de infecção mesmo com uso de proteção, sem relações sexuais ou sem o uso compartilhado de drogas injetáveis. O discurso era que a infecção pelo HIV era algo inevitável.

Perfil epidemiológico

Um fato interessante dessa pesquisa é que o trabalho de campo acontecia paralelamente à análise de dados epidemiológicos, ou seja, não havia uma comunicação direta entre a vertente epidemiológica do estudo e a parte antropológica. O bairro do Partenon fica ao sul de Porto Alegre. Junto à região central, configura uma das maiores incidências de AIDS no município. No Rio Grande do Sul, em 1998, a incidência acumulada de AIDS era de 101,49 casos por 100 mil habitantes. Na região metropolitana era de 233 por 100 mil. Para Porto Alegre, devíamos estar com incidências de 250 ou 260 por 100 mil. Porto Alegre fica um pouco acima da região metropolitana em incidência de AIDS. Somente o distrito sanitário de número 6, que é a regional do bairro Partenon, estava com índices de 390 por 100 mil: quatro vezes maior que a média para o estado – isso em 1998. Depois, vinha a região das Ilhas (do Rio/Lago Guaíba) com 296/100 mil – essa é uma região de Porto Alegre pouco povoada, mas com uma população bastante pobre.

No bairro Partenon, há uma infinidade de serviços de saúde, não havendo, portanto, população descoberta de assistência médica. Todos os serviços de saúde têm seu território demarcado, com a população vinculada a pelo menos um serviço de saúde. Até 1998, eram 265 casos de AIDS naquela comunidade localizada na área do trabalho de campo. Geograficamente, a distribuição dos casos é uniforme, ou seja, aquele discurso que apareceu no estudo antropológico, de que

a AIDS era um evento comum na comunidade, confirma-se com os dados epidemiológicos. Não há casos isolados, a distribuição dos casos é difusa. Toda quadra tem pelo menos um caso. É por isso que cada morador tem um parente ou um amigo com AIDS.

No que diz respeito ao número de casos de AIDS em usuários de drogas injetáveis (UDIs) por distrito sanitário em Porto Alegre, no ano de 1998, novamente, o distrito 6 (do bairro Partenon) apresentava os valores mais elevados (140 casos) e só perdia para uma outra área da cidade que apresentava 164 casos. No entanto, há que se considerar que essa região é bem maior em tamanho, quando comparada ao Partenon. Portanto, quando fazemos o cálculo da incidência de AIDS por 100 mil habitantes, a região do Partenon vai para uma incidência acumulada de 134 casos de AIDS em usuários de drogas/100 mil habitantes, que é a maior da cidade. O distrito vizinho é o segundo maior em incidência, com 78 casos em UDIs/100 mil habitantes.

Foi acertada a escolha desse local para implantar o programa de redução de danos, mesmo antes dos dados dessa pesquisa estarem disponíveis. Realmente, no Partenon e arredores, encontramos os locais onde havia maior risco de transmissão da AIDS entre usuários de drogas, por meio do compartilhamento de seringas.

Confirmação de dados

No trabalho de campo da pesquisa, acabamos por observar cifras semelhantes aos dados epidemiológicos das fichas de notificação. Os casos de AIDS estavam espalhados por toda a comunidade. Foram 103 casos em usuários de drogas, de um total de 265 casos na área geográfica do trabalho de campo, perfazendo 38,87 % de usuários de drogas em relação ao conjunto dos casos de AIDS. É importante notar que, segundo os achados do trabalho de campo, foram identificados altos índices para o uso de álcool e maconha, além do uso de drogas injetáveis.

Assim, em 1998: 8,4% das mães de crianças infectadas por meio de transmissão vertical do HIV eram usuárias de drogas injetáveis e 14,6% eram parceiras de homens UDIs. Vinte e cinco por cento das mulheres com AIDS admitiram que eram parceiras de homens usuários de drogas injetáveis, 30,7%

dos homens com AIDS relatavam o uso de drogas injetáveis e 17,95% das mulheres com AIDS relatavam o uso de drogas injetáveis. Na média, 26,1% dos pacientes de AIDS relatavam o uso de drogas injetáveis.

Essas eram as informações relatadas, e deve-se levar em consideração que algumas pessoas omitem o uso de drogas injetáveis durante o preenchimento da ficha de investigação epidemiológica. Por isso, esses percentuais são aproximados, pois, certamente, deve existir um número ainda maior de usuários de drogas. As porcentagens referem-se somente às pessoas que admitem o uso de drogas injetáveis.

Alguns dados mais recentes sobre a epidemia de AIDS em Porto Alegre confirmam essas tendências epidemiológicas. Em 2001, temos 35% dos homens com AIDS que relatam o uso de drogas injetáveis e 13,8% das mulheres com AIDS também relatam o uso de drogas injetáveis. Nota-se que o percentual para as mulheres teve uma redução expressiva quando comparado com o ano de 1998. No entanto, não se sabe se é devido ao fato de as mulheres estarem usando menos drogas, ou se há uma subnotificação em função da omissão da informação sobre o uso de drogas, ou, ainda, porque o número absoluto de mulheres com AIDS aumentou. De qualquer modo, o uso de drogas injetáveis ainda é um fator importante na transmissão da AIDS na população feminina. As gestantes HIV positivas, que relatam uso de drogas injetáveis, correspondem a 14,38% dos casos. *No conjunto da cidade de Porto Alegre, o uso de drogas injetáveis segue sendo uma via muito importante da transmissão da epidemia do HIV.*

Para o estudo feito no bairro Partenon, em 1998, só foram mapeados os endereços que puderam ser localizados a partir da notificação. Havia um problema sério de perdas no registro dos endereços dos pacientes. No início da epidemia de AIDS, em 1983, a ficha de investigação epidemiológica não tinha nem o nome nem o endereço do paciente. E mesmo quando essa informação passou a ser colhida, verificamos que ela não era registrada, sendo que o campo referente ao

endereço ficava em branco. Entre os pacientes cujos endereços foram mapeados, 28,2% eram usuários de drogas injetáveis, sendo que hoje temos uma proporção de 26,98%.

Mas nem tudo é sombrio no campo da AIDS. Atualmente, vivemos uma situação em que a epidemia encontra-se estabilizada. Isso não quer dizer que os casos não aconteçam e que as pessoas não estejam se infectando. *Houve uma redução na velocidade da epidemia e nós temos um crescimento estável das taxas para pessoas com domicílio em Porto Alegre, que varia em torno de 1.000 pacientes novos por ano.* Existe também uma queda da mortalidade, observada desde 1996, e que está relacionada com a disponibilização dos tratamentos. Ou seja, inserem-se, na comunidade, cerca de mil casos novos por ano, com uma mortalidade menor e, conseqüentemente, temos um volume total de pacientes crescendo. Mas a taxa de incidência não vem aumentando, ela está aparentemente estável.

Com relação à AIDS pediátrica (menores de 13 anos), chegamos a ter um pico de 78 crianças diagnosticadas em 1996. Quando passou-se a aprimorar o trabalho durante o pré-natal, com a prevenção da transmissão vertical, esse número caiu e deve estabilizar-se em cerca de 30 casos/ano para Porto Alegre. *A mortalidade por AIDS pediátrica reduz-se substancialmente com o acompanhamento e o tratamento dos pacientes.*

De uma forma geral, não há uma alteração significativa no perfil epidemiológico no município de Porto Alegre no últimos anos. Em 2001 e 2002, o bairro com o maior número de casos de AIDS continua sendo o Partenon, acompanhado de perto pelos bairros Rubem Berta e Restinga, que também são zonas pobres da cidade. Mas o bairro Partenon ainda mantém o triste título de campeão dos casos de AIDS, mesmo agora depois do trabalho educativo realizado, continuamente, ao longo dos últimos anos, e que consistia em ações de redução de danos e oferta de assistência médica.

No ano de 2001, foi oficialmente transferida ao município a responsabilidade pela vigilância epidemiológica da AIDS. Assim, começou a ser realizado um trabalho

com as gestantes HIV positivas, com a implantação dos “testes rápidos” nos hospitais (maternidades) de Porto Alegre. Se em 2000, tínhamos somente quatro gestantes notificadas, esse número cresce para 166 já em 2001, e até outubro de 2002, foram notificadas 400 gestantes/puérperas, que estão em acompanhamento. *Apesar desse grande crescimento, a boa notícia é que as gestantes estão tendo acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV (em alguns casos, de AIDS) durante o pré-natal, o que permite a utilização de tratamento durante a gestação e no momento do parto,* reduzindo as chances de transmissão vertical. Para aquelas que não são diagnosticadas no pré-natal, há a oferta do teste rápido nas maternidades, para ser realizado antes do parto.

Das crianças nascidas em 2001, 133 já estão encerrando seu acompanhamento e nenhuma transmissão vertical foi detectada. Ainda há que se esperar até que essas crianças completem 2 anos de idade, para termos certeza do sucesso dessa intervenção junto às gestantes. É importante frisar que todas as crianças estão acompanhadas pelos serviços de saúde, com todos os exames necessários. Até o presente momento, a transmissão vertical dessas mulheres que vêm sendo acompanhadas no pré-natal ou no momento do parto tende a zero.

Panorama atual

Os dados epidemiológicos recentes mostram que a epidemia de AIDS acompanha a evolução da pobreza no município. Além do Partenon, os bairros Santa Tereza e Cristal são áreas de maior risco para uso de drogas injetáveis, com indicadores socioeconômicos bem desfavoráveis. No mapa dos casos de AIDS, começam a ter uma participação mais preocupante a Zona Norte (bairros Sarandi e Rubem Berta) e a Zona Sul da cidade (Restinga). Na verdade, a região, onde se localizam os bairros Partenon, Agronomia e São José, está se tornando paulatinamente uma zona de classe média, sendo que a população mais pobre está migrando para outros locais (como, por exemplo, Lomba do Pinheiro), onde

vêm surgindo muitas vilas novas e áreas de invasão nestes últimos três ou quatro anos. Junto com as pessoas, a AIDS também chega nessas localidades. E não só a AIDS, mas outras doenças apresentam esse comportamento. A região onde se situam os bairros Lomba do Pinheiro e Restinga apresenta altos níveis de crescimento urbano.

No que compete a uma secretaria de saúde, há uma infinidade de ações sendo realizadas, mas que não dão conta de solucionar o vínculo entre AIDS e pobreza. O bairro Partenon, por exemplo, já tinha em 1998, e continua tendo, vários serviços de saúde: há programa de redução de danos (trocas de seringas), que está funcionando bem; toda a população está coberta por serviços de atenção primária; existe hospital na região que pode ser acessado a pé (sem gasto com transporte), há hospital geral, hospital-dia, ambulatório de AIDS, medicação disponível e contínua; existem educação formal (escolas) e assistência pré-natal; não faltam movimentos e associações comunitárias; a população conta com acesso a laboratório clínico, transporte público gratuito há vários anos (para os pacientes de AIDS): se o paciente desejar sair dali e ir se tratar em outro local é só pegar um ônibus de graça. *O que a Secretaria de Saúde pode oferecer, dentro de uma cidade, está disponível no Partenon. No entanto, a AIDS (e outras doenças) continua, mesmo que com velocidade reduzida, atingindo mais pessoas, o que é indicado pelo alto número de gestantes HIV positivas.*

Chegamos, então, ao ponto em que a miséria esbarra com as políticas públicas, tanto no âmbito da Secretaria de Saúde, como na de Educação. Há um limite físico e operacional dessas instâncias, que torna difícil a resolução de problemas como o desemprego, a fome, a miséria, as péssimas condições de habitação, entre outras mazelas sociais. A educação e a saúde chegaram ao seu limite no que diz respeito à prevenção. E isso não é verdadeiro somente para a AIDS. Outros indicadores epidemiológicos e outras doenças também sentem o impacto dos determinantes estruturais da pobreza. Pois é nesses locais mais pobres que a mortalidade infantil volta a crescer, assim como a mortalidade geral. Também é aí que a violência aumenta.

As condições de vida das pessoas são impressionantes, onde encontramos meninas adolescentes, de 12 ou 13 anos, cuidando da casa e na segunda série do ensino fundamental. Enfim, existe o acesso à escola, mas os pais têm que trabalhar, e alguém tem que fazer o trabalho doméstico. Também encontramos adolescentes de 19 anos já com cinco filhos. *A condição de vida, marcada pela carência extrema, é um fator que impede melhores resultados no âmbito da prevenção e da educação. O trabalho educativo e as informações tornam-se inúteis diante da ausência de perspectivas, que coloca a AIDS como a fatalidade da qual não se pode escapar.*

Além disso, há que se considerar as dificuldades inerentes ao tratamento da AIDS. Hoje, as emergências, que haviam esvaziado, estão voltando a ficar lotadas de pacientes com AIDS. É necessário ter comida para seguir no acompanhamento médico. É necessário um mínimo de disciplina e ordem na vida. As condições sócio-econômicas a que está submetida grande parte da população tornam difícil seguir as prescrições médicas e as exigências alimentares que estão associadas ao tratamento anti-retroviral. Esse é um problema que a gente já observava, por exemplo, no tratamento da tuberculose.

Diante da exclusão social, um dos grandes determinantes da miséria e da pobreza, não basta investir na implantação de postos de saúde e hospitais. *Oferecer assistência, tratamento, educação e prevenção é de fato importante, mas tais ações devem estar embasadas num projeto maior, que vise a diminuição da pobreza e a melhoria das condições de vida da população.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA, L. M.; RIGATTI, M. F. B.; TORRES, S. R.; ROSA, C. M.; RIBEIRO, T. V. Vigilância epidemiológica da gestante HIV positiva e da criança exposta em Porto Alegre. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, novembro de 2002, número 17, p. 7.
- BRITO, M. R. V. Categorias de transmissão referidas nas fichas de investigação epidemiológica dos casos de AIDS com domicílio em Porto Alegre (1983 a 1996 - parcial julho). *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico, Centro de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, fevereiro de 1997. Ano I, número 4, p.3.
- _____. Perfil epidemiológico dos casos de AIDS com domicílio em Porto Alegre (1983 a 1996). *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico, Centro de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, outubro de 1996. Ano I, número 3, p. 4-5.
- _____. AIDS em Porto Alegre: perfil e números. *Caderno de textos da 1ª Conferência*. Política Municipal de Controle de DST/AIDS, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Abril, 1998, p. 21-23.
- _____. Os números da epidemia de AIDS no Rio Grande do Sul em 1998. *Relatório Azul 1998/1999*. Comissão de Direitos Humanos, Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999, p. 217-234.
- KNAUTH, D.R.; VÍCTORA, C.; LEAL, O. F. A banalização da AIDS. *Horizontes antropológicos*. Ano IV, número 9, 1998, p. 171-202.
- RIGATTI, M.F.B. Vigilância epidemiológica da AIDS em Porto Alegre. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, fevereiro de 2002, número 14, p. 4.
- _____. Vigilância epidemiológica da gestante HIV positiva e da criança exposta. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, fevereiro de 2002, número 14, p. 5.
- STELLA, I. M. Vigilância epidemiológica da AIDS. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, dezembro de 2001, número 13, p. 4.
- VÍCTORA, C.; KNAUTH, D. R.; BRITO, M. R. V. Relatório final da pesquisa *AIDS e Pobreza: Práticas Sexuais, Representações da Doença e Concepções de Risco em um Bairro de Porto Alegre*, 1999, impresso (não publicado).

NOTAS

(1) Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), de janeiro de 1997 a dezembro de 1999, coordenada pelo NUPACS/UFRGS.

(2) Autoras do relatório final: Ceres Víctora, Daniela Riva Knauth e Maria Regina Varnieri Brito.

THE AIDS EPIDEMIC AND POVERTY IN A LOW-INCOME NEIGHBORHOOD IN PORTO ALEGRE, BRAZIL

Maria Regina Varnieri Brito

Physician, Federal University in Rio Grande do Sul, public health physician, epidemiologist, and head of the epidemiological control team of the Coordinating Body for Health Surveillance of the Porto Alegre Municipal Health Department (mreginavb@yahoo.com.br)

The study titled "AIDS and poverty: sexual practices, representations of the disease, and risk concepts in a neighborhood in Porto Alegre, Brazil" (1) involved collaboration between the Federal University in Rio Grande do Sul (UFRGS) through the Center for Research on Anthropology of the Body and Health (NUPACS) (under the Department of Graduate Studies in Social Anthropology), the UFRGS School of Medicine, and STD/AIDS Policy Planning Advisory Division and the Health Surveillance Department of the Porto Alegre Municipal Government (2).

The study was designed at the request of the Porto Alegre Municipal Government, through a series of seminars in 1997 (AIDS Quo Vadis). There were a number of obstacles to gathering data on AIDS and poverty at the time. We began by working with the city's mortality data, broken down by neighborhood. We were also launching a harm reduction program in 1996-1997, and needed to select the location for the program's activities. Based on the mortality data, we identified the Partenon neighborhood as that with the most AIDS-related deaths in the city (morbidity data by neighborhood were limited). The Municipal Health Secretariat thus began its harm reduction program in Partenon. NUPACS had also conducted another field project in that area and already had the necessary contacts in the community.

The research focused on factors aggravating vulnerability to HIV in the low-income

population. The mortality distribution showed that proportionally more poor people were dying of AIDS. The study's specific targets included:

- Representations of HIV transmission routes and the impact of high HIV incidence on these representations;
- Perceptions of prevailing sexual practices and groups with whom they were associated;
- Risk perception;
- A profile of individuals who appeared for HIV testing (there is a testing and counseling center in the survey area, called the Center for Serological Orientation and Counseling, or COAS);
- The network of relations involving sexual contacts and sharing injecting equipment;
- Sources of information on health and disease, and preferred language and communications media.

Stages

The following stages were planned in the research methodology:

- 1) A survey of sexual practices in the target groups and their representations of AIDS. This involved the field work and life histories, all tape-recorded and transcribed. Discourse analysis focused on how individuals viewed HIV transmission and the information they had been receiving through years of AIDS work by the health department and services.

2) A study on relational networks of individuals with HIV. This stage ended up not being carried out due to the lack of funds for interns involved in the field work in the first stage. It also proved too complicated to study the relations of HIV-positive individuals and their sex partners and contacts. It is not a simple task to map this relational network in a small community. Local residents were aware of our activities, and there was harm reduction work going on simultaneously, organized by the city government. It simply proved ethically unfeasible to continue mapping the relational networks of individuals with HIV.

3) A study on users of the HIV testing and counseling center (COAS). Within the survey's geographic catchment area, a testing and counseling center had already been operating for some time. This phase of the research also had to be left out due to lack of funds, which were spent on the field research in the first stage.

4) Analysis of AIDS case reporting. This was the stage of the study on which this article focuses. In addition to AIDS case notification, it includes a description of the State-level AIDS database, attempting to analyze the information in detail for use at the municipal level, that is, for the city of Porto Alegre.

Addresses were tabulated for all reported AIDS cases from the city of Porto Alegre (1983-1998) in order to display them (by household street name and number) on a digital map of the city. The goal was to define the profile of our target area, the Partenon neighborhood and surrounding area. This task was extremely time-consuming, since digital maps require entering data with standardized addresses. Over the course of ten years, addresses had been keyed into the database in various ways by different computer staff members, and the data had to be verified record-by-record.

Questions

The field work raised several questions:

- Were information campaigns failing to reach this segment of the population?

According to the survey, the population knew very well how HIV was transmitted. They had the discourse "down cold". The problem was transforming knowledge into practice, that is, to use condoms. People's discourse was entirely appropriate to the educational content of the prevention campaigns and materials.

- Is the low-income population more exposed to HIV because of economic obstacles to prevention?

The study provided no evidence that economic factors increased the exposure of low-income individuals.

- Can differentiated sexual practices predispose to HIV infection?

There was no evidence of the above, based on analysis of the field data.

One of the most alarming conclusions from the data analysis was that the social group's familiarity with the disease led both to its being taken for granted and to the non-adoption of preventive practices, as we shall see below.

In 1993-1994, NUPACS worked in the Vila Dique and Vila Valão areas in the Northern Zone of Porto Alegre. At the time, AIDS incidence was low in these two poor communities. The rate was considered moderate in Vila Valão and was just beginning to increase. The drug traffic and drug abuse were limited in Vila Dique, which was still just a squatting area occupied by poor families. The drug traffic was beginning to take over in Vila Valão. In 1997-1998 there was a high incidence of both AIDS and drug trafficking in Partenon.

The work in Vila Dique and Vila Valão in 1993-1994 had already attempted to identify the profile of HIV carriers. In Vila Dique, when residents were asked if they "knew somebody with AIDS", they answered that they had seen actors on TV who had the disease. Such public figures were distant from the local reality. Nobody from Vila Dique knew anyone with AIDS in the community itself.

Meanwhile, in Vila Valão, where the number of AIDS cases was already on the rise, and there was already more drug trafficking and drug abuse, residents said: "It's those addicts. They're the ones with AIDS." They made a distinction between "addicts" and "non-addicts" in the community. Among addicts as a group there were people with AIDS, and the latter always lived physically apart from the families, who considered themselves "non-addicts".

In Vila Dique, the attitudes towards people with HIV and AIDS patients were total estrangement, because residents did not know anyone with the disease. Meanwhile, in Vila Valão, the attitude was one of partial estrangement, since people with AIDS always lived "far away" (on the other side of the neighborhood). The discourse was, "I don't associate with those drugheads."

The same survey was conducted in Partenon (in 1997 and 1998), when AIDS incidence was already high, and we discovered that this "other" (the AIDS patient or person with HIV) had become someone much closer, like a "next-door neighbor", "friend", or "relative". By 1998, AIDS had become part of this population's routine, part of their daily lives, generating an attitude of solidarity. That is, people were already helping each other. But meanwhile, the disease was being taken for granted, as if to say, "Since everybody has AIDS, I'm going to get it, too." Therefore, people were not using condoms in their sexual relations, were not practicing safe sex, or they would tell fantastic stories like, "So-and-so was a virgin, he never used drugs. He was helping his father with some work, managed to cut himself, and now he's got AIDS," or "Prevention is useless." To the extent that AIDS was perceived as a fatality in this community, people were asking themselves, "Why prevent?" In other words, HIV transmission was in fate's hands and not those of the individual.

We thus reach a point where "solidarity" takes a crash course with "prevention". People failed to worry about prevention, be-

cause they thought that getting AIDS was a fatality, something commonplace: "Everybody here has AIDS."

The result of the anthropological component of this study was that while AIDS was in fact associated with poverty in this area of the city, the greatest problem was that the disease was being taken for granted in the community. AIDS had become everybody's problem, and people often associated HIV infection with stories about people who were using protection or were neither having sexual relations nor sharing injected drugs. The discourse was that HIV infection was inevitable.

Epidemiological profile

Interestingly in this research, the field work was done in parallel with the epidemiological data analysis, that is, there was no direct communication between the study's epidemiological and anthropological components. Partenon is located to the south of Porto Alegre. The central area has one of the highest AIDS incidence rates in the municipality. In the State of Rio Grande do Sul as a whole, in 1998, the accumulated AIDS incidence was 101.49 cases per 100 thousand inhabitants. In the Greater Porto Alegre Metropolitan Area it was 233 per 100 thousand. For the city of Porto Alegre itself the incidence was some 250 to 260 per 100 thousand. The incidence in Porto Alegre was somewhat higher than that of the Greater Metropolitan Area as a whole. In Health District 6 (corresponding to Partenon), the rate was 390 per 100 thousand, or four times that of the State in 1998. The next highest rate was on the Ilhas or "islands" on the Guaíba River and Lagoon, with 296 per 100 thousand. This area of Porto Alegre has a sparse but destitute population.

There is a wide range of health services in Partenon, so the population does not lack medical care. All the health care services have their catchment areas demarcated, with the population linked to at least one health care facility. As of 1998 there were 265 reported AIDS cases in the area covered by the field

research. The geographic distribution of cases was uniform, in other words, the discourse appearing in the anthropological study, that AIDS was a commonplace event in the community, was confirmed by the epidemiological data. There were no isolated cases; rather case distribution was diffuse. Every block had at least one case, so that every resident had a relative or friend with AIDS.

In relation to the number of AIDS cases in injecting drug users (IDUs) per health district in Porto Alegre, once again in the year 1998, Health District 6 (Partenon) showed the highest figures (140 cases), second only to another area of the city with 164 cases. However, the other area has a larger population than Partenon. Therefore, when we calculate the AIDS incidence per 100 thousand inhabitants, Partenon had an accumulated incidence of 134 cases in injecting drug users per 100 thousand inhabitants, the highest rate in the city. The adjoining health district had the second highest incidence, with 78 cases in IDUs per 100 thousand inhabitants.

Partenon was selected to implement the harm reduction program even before the data from this survey were available. In fact, Partenon and the surrounding area were already known to include the places with the highest risk of HIV transmission among drug users by way of sharing injecting equipment.

Data confirmation

During the field research we observed a similar situation with the epidemiological data from the case reporting forms. AIDS cases were spread throughout the community. There were 103 cases among IDUs out of a total of 265 cases in the field work target area; in other words, IDUs constituted 38.87% of all AIDS cases in the area. According to the field research, alcohol and marijuana consumption rates were also high, in addition to injected drugs.

Thus, in 1998, 8.4% of mothers of vertically infected HIV-infected children were IDUs, and 14.6% were partners of men who

were IDUs. Twenty-five percent of women with AIDS reported that their male partners were IDUs, 30.7% of men with AIDS reported injecting drug use, and 17.95% of women with AIDS reported injecting drug use. Some 26.1% of AIDS patients reported using injected drugs.

The above figures were based on self-reported information; some individuals may omit information on injected drug use when answering the epidemiological notification form. These percentages are thus approximate, and the number of drug users is probably higher. The percentages reflect only the individuals who admitted to using injected drugs.

Some of the most recent data on the AIDS epidemic in Porto Alegre confirm these epidemiological trends. In 2001, 35% of men with AIDS reported using injected drugs, as compared to 13.8% of women with AIDS. The percentage of women had decreased considerably since 1998. However, it is not known whether women are engaging less in injected drug use, whether there is underreporting due to omission of information on drug use, or because the total number of women with AIDS has increased. At any rate, injecting drugs is still an important HIV transmission route in the female population. HIV-positive pregnant women who report injecting drug use constitute 14.38% of the cases. In the city of Porto Alegre as a whole, injecting drug use is still a major transmission route in the HIV epidemic.

In the 1998 Partenon study, only addresses that could be identified from the case-reporting forms were mapped. There was a serious problem with loss of recording of patients' addresses. At the beginning of the AIDS epidemic in 1983, the epidemiological investigation forms did not include either the patient's name or address. Even after the space for this information was added to the forms, it was not filled in (that is, addresses were left blank on the forms). Among cases whose addresses were mapped, 28.2% were injecting drug users, and the proportion is now 26.98%.

Even so, not everything is reason for pessimism with AIDS. The epidemic is currently stabilized. This does not mean that cases are not happening or that people are not getting infected. Rather, there has been a reduction in the epidemic's velocity, with a stable increase in the rates for individuals residing in Porto Alegre, varying around 1,000 new patients a year. Mortality has also decreased since 1996, due to treatment availability. Thus, some one thousand new cases a year join the community, with a lower mortality rate, and consequently the number of patients is growing. But the incidence rate is apparently stable, not increasing.

In relation to pediatric AIDS cases (under 13), we reached a peak of 78 children diagnosed in 1996. When prenatal care improved with the prevention of vertical transmission, this figure dropped and is expected to stabilize around 30 new cases a year in Porto Alegre. Pediatric AIDS mortality is dropping substantially with follow-up and treatment of patients.

There has been no significant change in the overall AIDS epidemiological profile in Porto Alegre in recent years. In 2001 and 2002, the neighborhood with the most AIDS cases has still been Partenon, followed closely by the Rubem Berta and Restinga neighborhoods, which are also poor areas of the city. Yet Partenon still boasts the sad title of AIDS champion, even now after educational work has been conducted continuously for several years, including harm reduction measures and available medical care.

Responsibility for AIDS epidemiological surveillance was officially transferred to the Municipality in 2001. Work thus began with HIV-positive pregnant women, implementing rapid testing in the maternity hospitals in Porto Alegre. In 2000 only four HIV-positive pregnant women were reported, but this figure increased to 166 in 2001, and by October 2002 there were 400 cases of pregnant and postpartum women reported, all of whom were in follow-up. Despite this major in-

crease, the good news is that the pregnant women now have access to diagnosis of HIV infection (or in some cases AIDS) during prenatal care, which allows for treatment during pregnancy and childbirth, thereby reducing the chances of mother-to-child transmission. Those not diagnosed during prenatal care are offered the rapid test at the maternity hospital, before delivery.

Of the children born in 2001, 133 are already concluding their treatment, and no case of vertical transmission was detected. We still need to wait until these children reach two years of age to be certain that this intervention with pregnant women has been successful. All these children are monitored by the health services with the necessary tests. Thus far, vertical transmission from these women who have been followed through prenatal care and during childbirth tends towards zero.

Current scenario

According to recent epidemiological data, the AIDS epidemic accompanies the poverty trend in the city of Porto Alegre. In addition to Partenon, the Santa Tereza and Cristal neighborhoods are also at increased risk for injecting drug use and have more unfavorable socioeconomic indices. On the AIDS map, the Sarandi and Rubem Berta neighborhoods in the Northern Zone and Restinga in the Southern Zone have witnessed a worrisome increase in cases. In reality, Partenon, Agronomia, and São José are located in what is gradually becoming a middle-class area, with the poorer population migrating elsewhere (for example, to Lomba do Pinheiro), where a number of slums and squatting areas have sprung up in the last three or four years. AIDS has also reached these areas together with the migrating population. And not only AIDS; other diseases show this pattern as well. Lomba do Pinheiro and Restinga are undergoing high urban growth rates.

Health departments have countless responsibilities, but they cannot solve the link between AIDS and poverty. For example, the

Partenon neighborhood already had several health services in 1998 and still does: there is a harm reduction (needle exchange) program that is functioning efficiently; the entire population is covered by primary health care services; there is a hospital in the area that can be accessed by foot (without having to spend on public transportation), plus a general hospital, day hospital, AIDS outpatient clinic, and an available and continuous supply of medicines; there is formal education (schools) and prenatal care; there is no lack of community movements and associations; the population has had access to clinical laboratory tests and free public transportation for several years (for AIDS patients): if the patients wish to leave the neighborhood and seek treatment elsewhere, all they have to do is catch a bus free of cost. Whatever a municipal health department can offer is available in Partenon. However, AIDS (and other diseases) persist, although at lower rates, continuing to affect people, as reflected by the high number of pregnant women with HIV.

We thus reach the point where poverty and public policies clash, both in health and education. There are physical and operational limits to these municipal government agencies that hinder solutions to such problems as unemployment, hunger, poverty, sub-standard housing conditions, and other social ills. Education and health have reached their limit in relation to prevention. And this is true not only for AIDS. Other epidemiological indicators and other diseases also reflect the impact of structural determinants of poverty, with both infant mortality and overall mortality on the rise again. Furthermore, violence is increasing in the same context.

People's living conditions are alarming, with young girls, 12 or 13 years old, tending the house and enrolled in the second grade of primary school. In short, the schools are there, but the parents have to work, and somebody has to do the household chores. We also find 19-year-old girls who already have five children. Living conditions, marked by utter destitution, are an obstacle to better results in the field of prevention and education. Educational work and information become useless in the face of this lack of prospects, making AIDS a fatality from which it appears impossible to escape.

There are also the inherent difficulties in AIDS treatment. Today, the emergency wards, which were starting get empty, are filled again, but now with AIDS patients. One has to eat in order to comply with medical prescriptions. One needs a minimum of discipline and order in life. The socioeconomic conditions of a major portion of the population make it difficult to follow medical prescriptions and the eating requirements associated with antiretroviral treatment. This same compliance problem occurs with tuberculosis treatment.

In the face of social exclusion, one of the main determinants of poverty, investment in health clinics and hospitals is not enough. Medical care, treatment, education, and prevention are indeed important, but such measures must be part of a larger project, aimed at alleviating poverty and improving the population's living conditions.

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

- ACOSTA, L. M.; RIGATTI, M. F. B.; TORRES, S. R.; ROSA, C. M.; Ribeiro, T. V.; Vigilância epidemiológica da gestante HIV positiva e da criança exposta em Porto Alegre [Epidemiological surveillance of HIV-positive pregnant women and exposed children in Porto Alegre]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, Nov. 2002, no. 17, p. 7.
- BRITO, M. R. V. Categorias de transmissão referidas nas fichas de investigação epidemiológica dos casos de AIDS com domicílio em Porto Alegre (1983 a 1996 - parcial julho) [Transmission categories reported on epidemiological investigation forms of AIDS cases in Porto Alegre residents - 1983-1996, partial results to July]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico, Centro de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, Feb. 1997. Vol. 1, no. 4, p. 3.
- _____. Perfil epidemiológico dos casos de AIDS com domicílio em Porto Alegre (1983 a 1996) [Epidemiological profile of AIDS cases in Porto Alegre residents]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico, Centro de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, Oct. 1996. Vol. 1, no. 3, p. 4-5.
- _____. AIDS em Porto Alegre: perfil e números [AIDS in Porto Alegre: profile and statistics], *Caderno de textos da 1ª Conferência*. Política Municipal de Controle de DST/AIDS, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Abril 1998, p. 21-23.
- _____. Os números da epidemia de AIDS no Rio Grande do Sul em 1998 [Statistics from the AIDS Epidemic in Rio Grande do Sul State in 1998]. *Relatório Azul 1998/1999*. Comissão de Direitos Humanos, Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999, p. 217-234.
- KNAUTH, D.R.; VÍCTORA, C.; LEAL, O. F. A banalização da AIDS [AIDS Taken for Granted]. *Horizontes antropológicos*. Vol. IV, no. 9, 1998, p. 171-202.
- RIGATTI, M.F.B. Vigilância epidemiológica da AIDS em Porto Alegre [Epidemiological Surveillance of AIDS in Porto Alegre]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, Feb. 2002, no. 14, p. 4.
- _____. Vigilância epidemiológica da gestante HIV positiva e da criança exposta [Epidemiological Surveillance of HIV-positive Pregnant Women and Exposed Children]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, Feb. 2002, no. 14, p. 5.
- STELLA, I. M. Vigilância epidemiológica da AIDS [Epidemiological Surveillance of AIDS]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, dezembro de 2001, no. 13, p. 4.
- VÍCTORA, C.; KNAUTH, D. R.; BRITO, M. R. V. Relatório final da pesquisa *AIDS e Pobreza: Práticas Sexuais, Representações da Doença e Concepções de Risco em um Bairro de Porto Alegre* [Final Report on the study *AIDS and Poverty: Sexual Practices, Representations of the Disease, and Risk Conceptions in a Neighborhood in Porto Alegre, Brazil*], 1999, unpublished.

NOTES

- (1) Research funded by the Brazilian National Research Council (CNPq) and the Rio Grande do Sul State Research Foundation (FAPERGS) from January 1997 to December 1999, coordinated by NUPACS/UFRGS.
- (2) Authors of the final report: Ceres VÍctora, Daniela Riva Knauth, and Maria Regina Varnieri Brito.

LA EPIDEMIA SIGUIENDO LA EVOLUCIÓN DE LA POBREZA EN UN BARRIO DE PORTO ALEGRE, BRASIL

Maria Regina Varnieri Brito

Médica, sanitaria, epidemióloga y jefe del equipo de Control epidemiológico de la Coordinadora General de Vigilancia en Salud, de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre (mreginavb@yahoo.com.br)

El estudio titulado: “SIDA y pobreza: prácticas sexuales, representaciones de la enfermedad y concepciones de riesgo en un barrio de Porto Alegre” (1), contó con la participación de la Universidad Federal de Río Grande do Sul (UFRGS) – Pos-graduación en Antropología Social – Núcleo de Investigación de Antropología del Cuerpo y de la Salud (NUPACS); Facultad de Medicina (UFRGS); y dentro de la Prefectura de Porto Alegre, con la Asesoría de Planificación de la Política Municipal de ETS /SIDA y la Coordinación de Vigilancia de Salud. (2)

El estudio fue ideado a partir de una demanda de la Prefectura de Porto Alegre, por medio de la realización de una serie de seminarios en 1997 (SIDA QUO VADIS) Para nosotros era difícil reunir informaciones sobre SIDA y pobreza. En ese medio tiempo, comenzamos a trabajar con los datos de mortalidad por barrio, de la ciudad. Además de eso, se iniciaba el programa de reducción de daños, en 1996/1997, y era necesario escoger el lugar en que se implantarían las actividades de ese programa con base en los datos de mortalidad, se seleccionó el barrio Partenón como el lugar en que más personas morían de SIDA en el municipio (las informaciones sobre la enfermedad por barrio eran muy limitadas) y fue en ese barrio donde comenzó el programa de reducción de daños de la Secretaría Municipal de Salud. Aparte de eso, el NUPACS ya había realizado otro trabajo de campo en aquella área y poseía los contactos necesarios en la comunidad.

El objetivo de esa investigación era comprender los factores que acentuaban la

vulnerabilidad de la población de baja renta al VIH. Era posible ver en la distribución de la mortalidad que en los barrios más pobres, morían más personas de SIDA. Esa investigación abarcó:

- Representaciones sobre formas de infección por el VIH y el impacto de la alta incidencia en esas representaciones;
- Prácticas sexuales corrientes, como están percibidas, con quién están asociadas;
- Percepción de riesgo;
- Perfil de las personas que buscan examen serológico – existe un Centro de Examen y Consejería (Centro de Orientación y Consejería Serológicos– COAS) localizado en el área de la investigación;
- Red de relaciones de cambios de parejas sexuales y jeringas;
- Fuentes de información sobre Salud y enfermedad, lenguaje y vehículos preferidos.

Etapas

La metodología de la investigación comprendió las siguientes etapas:

1) Estudio sobre las prácticas sexuales de las poblaciones estudiadas y sus representaciones sobre SIDA. Aquí fue realizado todo el trabajo de campo, las historias de vida, ha sido todo grabado y transcrito. Fue realizado el análisis de discurso de como las personas estaban viendo la transmisión del SIDA y lo que estaban recibiendo de información de todo el trabajo de divulgación de años sobre el SIDA realizado por la secretaria y servicios de Salud.

2) Estudio de las redes de relaciones de las personas infectadas por el VIH. Esa etapa

no fue ejecutada debido a la insuficiencia de recursos para los practicantes involucrados con el trabajo de campo de la primera etapa. Se complicó mucho también el hecho de trabajar con las relaciones de las personas VIH positivas, sus parejas/contactos sexuales. No es simple mapear toda esa red de relaciones en una comunidad pequeña. Las personas sabían lo que estábamos haciendo, y todavía había todo un trabajo de reducción de daños andando en paralelo, organizado por la prefectura. Simplemente se hizo inviábil desde el punto de vista ético seguir el mapeamiento de la red de relaciones sexuales de las personas infectadas por el VIH.

3) Estudio de los usuarios del COAS. Dentro del área geográfica de la investigación, ya existía un COAS funcionando desde hace más tiempo. Esa etapa también quedó fuera por falta de recursos, que fueron gastos con el trabajo de campo de la primera etapa.

4) Análisis de las notificaciones de SIDA. Esa fue la etapa del estudio sobre la cual se centra este artículo. Ella contiene, además del análisis de las notificaciones de SIDA, la calificación del banco de datos de SIDA disponible a nivel estatal, buscando trabajar con el detallamiento de la información para uso del nivel municipal, para la ciudad de Porto Alegre.

En aquella época, fueron recogidas las direcciones de todos los casos de SIDA de Porto Alegre, de la serie histórica comprendida por los años 1983 a 1998, para mapear los casos por dirección (calle y número de cada domicilio) en un mapa digitalizado de la ciudad, con el objetivo de conocer el perfil de la región en que estábamos trabajando – el barrio Partenón y sus alrededores. Esa tarea fue muy trabajosa, pues quien conoce un mapa digitalizado sabe que tenemos que trabajar en la entrada de datos con direcciones patronizadas. Imaginen más de diez años con personas diferentes entrando con direcciones de maneras diferentes en el banco de datos. Fue necesario verificar registro por registro.

Questionamientos

Algunos cuestionamientos surgieron a partir del trabajo de campo:

- ¿Las campañas de información no

estaban consiguiendo alcanzar a ese segmento de la población?

La investigación identificó que la población sabía muy bien como era transmitido el SIDA. Ellos tenían todo el discurso “en la punta de la lengua”. El problema era la práctica del conocimiento, el uso del preservativo. El discurso estaba adecuado a todo el contenido educativo de prevención.

- ¿La población de baja renta se hace más expuesta al VIH por dificultades económicas de viabilidad de la prevención?

Según el estudio, eso no apareció de forma evidente, no pareció ser verdadero.

- ¿Las prácticas sexuales diferenciadas pueden predisponer a la infección?

Tampoco apareció nada sobre eso en el análisis de los datos del trabajo de campo.

Una de las conclusiones más inquietantes del análisis fue que la familiaridad con la enfermedad en el grupo social lleva a su banalización y a la no adopción de prácticas preventivas, como veremos a seguir.

En el período 1993/1994, el NUPACS desarrolló trabajos en las Villas Dique y Valão, en la zona norte de Porto Alegre. Tenemos que situarnos bien en el tiempo –eran los años 1993 y 1994–, y la incidencia del SIDA era baja en las comunidades pobres. En Valão, la incidencia era considerada media, comenzando a subir. El tráfico y el uso de drogas en la Vila Dique era bajo: El lugar era todavía solamente una “invasión” de familias. El Valão ya estaba comenzando con el tráfico de drogas más intenso. En 1997/1998, se observó alta incidencia del SIDA en Partenón y un tráfico de drogas intenso.

El trabajo realizado en las “Vilas Dique y Valão”, en 1993/94, ya había intentado conocer el perfil del portador de VIH. En la “Vila Dique”, cuando a los vecinos eran interrogados sobre si “conocían a alguien con SIDA”, respondían que veían en la televisión a artistas que estaban enfermos. Eran personas distantes de su realidad. Nadie conocía en su comunidad un enfermo de SIDA.

Ya en la “Vila Valão”, donde comenzaba a aumentar la incidencia de la enfermedad, ya que había tráfico y un uso maior de drogas, los vecinos decían: “Son aquellos allí, los

drogados, son los que tienen SIDA”. Ellos diferenciaban dentro de la comunidad a los “drogados” y los “no drogados”. Dentro del grupo de los drogados era que había personas con SIDA, y esos siempre residían físicamente lejos de las familias, que se consideraban de “no drogados”.

En la “Vila Dique”, las actitudes con relación a los portadores del VIH y a los enfermos de SIDA, eran de distanciamiento total; porque los vecinos no conocían a ningún enfermo. Ya en la “Vila Valão”, la actitud era de un distanciamiento parcial, pues el enfermo de SIDA era siempre quién vivía “lejos” (del otro lado de la Vila): “Yo no me trato con esos usuarios de drogas”.

Cuando el mismo levantamiento fue realizado en el Partenón (en los años 1997 y 1998), cuando la incidencia de SIDA ya era alta, identificamos que ese “otro” (el enfermo de SIDA o portador del VIH) pasó a ser una persona muy próxima, era el “vecino del lado”, “el amigo”, “el pariente”. Entonces, en 1998, el SIDA ya había entrado en la rutina de esa población, ya hacía parte del día a día, generando una actitud de solidaridad, o sea las personas ayudándose unas a las otras. Sólo que al mismo tiempo, ocurría una banalización de la enfermedad, como si el pensamiento fuese: “Ya que todo mundo tiene SIDA, yo voy a tener también”, y por ese motivo, las personas no usaban preservativo en las relaciones sexuales, no se prevenían, o entonces, contaban historias fantasiosas, tales como “La fulana era virgen, nunca usó drogas. Fue a ayudar al padre, se cortó y está con SIDA” o “No sirve de nada prevenirse”. En la medida en que el SIDA es percibida como un destino fatídico de esa comunidad, las personas se preguntaban: ¿“Para qué cuidarse”? Queda en las manos del destino y en la del individuo el contagio por el VIH.

Llegamos, entonces, a un punto donde la “solidaridad” entró en conflicto con la “prevención”. Las personas no tenían el cuidado de prevenirse porque pensaban que tener SIDA era un destino seguro, común, frecuente: “Todo el mundo allá tiene SIDA”.

El resultado de la componente antropológica de ese estudio sobre SIDA y pobreza fue que, si el SIDA estaba relacionado

a la pobreza de esa región de la ciudad, el problema mayor era la banalización de la enfermedad en la comunidad. El SIDA se convirtió en un problema de todos y muchas veces, ligado a historias de infección incluso con uso de protección, sin relaciones sexuales o sin el uso compartido de drogas inyectables. El discurso era que la infección por el VIH era algo inevitable.

Perfil epidemiológico

Un hecho interesante de esa investigación es que el trabajo de campo ocurría paralelamente al análisis de datos epidemiológicos, o sea, no había una comunicación directa entre la vertiente epidemiológica del estudio y la parte antropológica. El barrio del Partenón queda al sur de Porto Alegre. Junto a la región central, configura una de las mayores incidencias de SIDA en el municipio. En Rio Grande do Sul, en 1998, la incidencia acumulada de SIDA era de 101,49 casos por 100 mil habitantes. En la región metropolitana era de 233 por 100 mil. Para Porto Alegre, debíamos estar con incidencias de 250 o 260 por 100 mil. Porto Alegre queda un poco encima de la región metropolitana en incidencia de SIDA. Solamente el distrito sanitario de número 6, que es la región del barrio Partenón, estaba con índices de 390 por 100 mil: cuatro veces mayor que la media para el estado – eso en 1998. Después, venía la región de las Islas (del Rio/Lago Guaíba) con 296/100 mil – esa es una región de Porto Alegre poco poblada, y además, con una población, bastante pobre.

En el barrio Partenón, hay infinidad de servicios de Salud, no habiendo, por tanto, población desprovista de asistencia médica. Todos los servicios de Salud tienen su territorio enmarcado, con la población vinculada a por lo menos un servicio de Salud. Hasta 1998, eran 265 casos de SIDA en aquella comunidad localizada en el área del trabajo de campo. Geográficamente, la distribución de los casos es uniforme, o sea, aquella alegación que apareció en el estudio antropológico, de que el SIDA era un evento común en la comunidad, se confirma con los datos epidemiológicos. No hay casos aislados, la distribución de los casos es difusa. Toda cuadra tiene por lo

menos un caso. Es por eso que cada habitante tiene un pariente o un amigo que tiene SIDA.

En lo que se dice respecto al número de casos de SIDA en usuarios de drogas inyectables (UDIs) por distrito sanitario en Porto Alegre, en el año 1998, nuevamente, el distrito 6 (del barrio Partenón) presentaba los valores más elevados (140 casos) y sólo perdía otra área de la ciudad que presentaba 164 casos. No obstante, hay que considerar que esa región es mucho mayor comparada al Partenón. Por tanto, cuando hacemos el cálculo de la incidencia de SIDA por cada 100 mil habitantes, la región del Partenón va hacia una incidencia acumulada de 134 casos de SIDA en usuarios de drogas /100 mil habitantes, que es la mayor de la ciudad. El distrito vecino es el segundo mayor en incidencia, con 78 casos en UDIs/100 mil habitantes.

Fue acertada la selección de ese lugar para implantar el programa de reducción de daños, incluso antes de que los datos de la investigación estuvieran disponibles. Realmente, en el Partenón y sus alrededores, encontramos los lugares donde había mayor riesgo de transmisión del SIDA entre usuarios de drogas, por medio del uso colectivo de jeringas.

Confirmación de datos

En el trabajo de campo de la investigación, acabamos por ver cifras semejantes a los datos epidemiológicos de las fichas de notificación. Los casos de SIDA estaban esparcidos por toda la comunidad. Fueron 103 casos en usuarios de drogas, de un total de 265 casos en el área geográfica del trabajo de campo, haciendo un 38,87 % de usuarios de drogas en relación al conjunto de los casos de SIDA. Es importante hacer notar que, según los datos por el trabajo de campo, fueron identificados altos índices de uso de alcohol y marihuana, aparte del uso de drogas inyectables.

Así, en 1998: un 8,4% de las madres de niños infectadas por medio de transmisión vertical del VIH eran usuarias de drogas inyectables y un 14,6% eran parejas de hombres UDIs. Un 25% de las mujeres con SIDA admitieron que eran parejas de hombres usuarios de drogas inyectables, un 30,7% de

los hombres con SIDA relataron el uso de drogas inyectables y un 17,95% de las mujeres con SIDA relataron el uso de drogas inyectables. En la media, un 26,1% de los pacientes de SIDA relataron el uso de drogas inyectables.

Esas fueron las informaciones relatadas, y debe tenerse en consideración que algunas personas omiten el uso de drogas inyectables durante el llenado de la ficha de investigación epidemiológica. Por eso, esos porcentajes son aproximados, pues, seguramente, debe existir un número todavía mayor de usuarios de drogas. Los porcentajes se refieren solamente a las personas que admiten el uso de drogas inyectables.

Algunos datos más recientes sobre la epidemia de SIDA en Porto Alegre confirman esas tendencias epidemiológicas. En 2001, teníamos un 35% de los hombres con SIDA que informaron el uso de drogas inyectables y un 13,8% de las mujeres con SIDA también informaron el uso de drogas inyectables. Es notable que el porcentaje para las mujeres tuvo una reducción expresiva si lo comparamos con el del año 1998. Aunque no se sabe si es debido al hecho de que las mujeres estén usando menos drogas, si hay una subnotificación en función de la omisión de la información sobre el uso de drogas, o, porque el número absoluto de mujeres con SIDA aumentó. De cualquier modo, el uso de drogas inyectables es todavía un factor importante na transmisión del SIDA na población femenina. Las gestantes VIH positivas, que informaron el uso de drogas inyectables, corresponden al 14,38% de los casos. En su conjunto, en la ciudad de Porto Alegre, el uso de drogas inyectables sigue siendo una vía muy importante para la transmisión de la epidemia del VIH.

Para el estudio realizado en el barrio Partenón, en 1998, sólo fueron mapeadas las direcciones que pudieron ser localizadas a partir de la notificación. Había un problema serio de pérdidas en el registro de direcciones de los pacientes. Al inicio de la epidemia del SIDA, en 1983, en la ficha de investigación epidemiológica no aparecía ni el nombre, ni la dirección del paciente e incluso cuando esa información pasó a ser recogida, verificamos

que ella no fuera registrada, de ese modo el campo referente a la dirección quedaba en blanco. Entre los pacientes cuyas direcciones fueron mapeadas, el 28,2% eran usuarios de drogas inyectables, hoy tenemos una proporción de 26,98%.

Pero no todo es sombrío en el campo del SIDA. Actualmente, vivimos una situación en que la epidemia se encuentra estabilizada. Eso no quiere decir que los casos no surjan y que las personas no se estén infectando. Hubo una reducción en la velocidad de la epidemia y nosotros tenemos un crecimiento estable de las tasas de personas con domicilio en Porto Alegre, que varía en torno de 1.000 pacientes nuevos por año. Existe también una caída de la mortalidad, observada desde 1996, y que está relacionada con la disponibilidad de los tratamientos. O sea, se insertan, en la comunidad, cerca de mil casos nuevos por año, con una mortalidad menor y consecuentemente, tenemos un volumen total de pacientes creciendo. Pero la tasa de incidencia no va en aumento, está aparentemente estable.

Con relación al SIDA pediátrico (menores de 13 años), llegamos a tener un pico de 78 niños diagnosticados en 1996. Cuando se pasó a perfeccionar el trabajo durante el período prenatal, con la prevención de la transmisión vertical, ese número cayó y debe estabilizarse en cerca de 30 casos por año en Porto Alegre. La mortalidad por SIDA pediátrico se reduce sustancialmente con el seguimiento de los pacientes.

De forma general, no hay una alteración significativa en el perfil epidemiológico del municipio de Porto Alegre en los últimos años. En el 2001 y el 2002, el barrio con mayor número de casos de SIDA continua siendo el Partenón, seguido de cerca por los barrios Rubem Berta y Restinga, que también son zonas pobres de la ciudad. Pero el barrio Partenón todavía mantiene el triste título de campeón en casos de SIDA, ahora inclusive después del trabajo educativo realizado, continuamente, a lo largo de los últimos años, que consistía en acciones de reducción de daños y oferta de asistencia médica.

En el año 2001, fue oficialmente transferida al municipio la responsabilidad por la vigilancia epidemiológica del SIDA. Así,

comenzó a ser realizado un trabajo con las gestantes VIH positivas, con la implantación de los “testes rápidos” en los hospitales maternos de Porto Alegre. Si en el 2000, teníamos solamente cuatro gestantes notificadas este número creció hasta 166 ya en 2001, y hasta octubre de 2002, fueron notificadas 400 gestantes/puérperas, que están en seguimiento. A pesar de ese gran crecimiento, la buena noticia es que las gestantes están teniendo acceso al diagnóstico de la infección por el VIH (en algunos casos, de SIDA) durante el período prenatal, el que permite la utilización de tratamiento durante la gestación y en el momento del parto, reduciendo los chances de transmisión vertical. Para aquellas que no son diagnosticadas en el período prenatal, existe la oferta del teste rápido en las maternidades, para ser realizado antes del parto.

De los niños nacidos en el 2001, 133 ya están concluyendo su seguimiento y no fue detectada ninguna transmisión vertical. Todavía hay que esperar hasta que esos niños cumplan los dos años de nacidos, para tener seguridad del éxito de esa intervención junto a las gestantes. Es importante precisar que todos los niños estén acompañados por los servicios de Salud, con todos los exámenes necesarios. Hasta el presente momento, la transmisión vertical de esas mujeres que vienen siendo seguidas durante el período prenatal o en el momento del parto tiende a cero.

Panorama actual

Los datos epidemiológicos recientes muestran que la epidemia del SIDA sigue la evolución de la pobreza en el municipio. Además del Partenón, los barrios Santa Tereza y Cristal también son áreas de mayor riesgo por el uso de drogas inyectables, con indicadores socioeconómicos muy desfavorables. En el mapa de los casos de SIDA, comienzan a tener una participación más preocupante la zona norte (barrios Sarandi y Rubem Berta) y la zona sur de la ciudad (Restinga) En realidad, la región, donde se localizan los barrios Partenón, Agronomía y San José, está convirtiéndose paulatinamente en una zona de clase media, ya que la

población más pobre está migrando para otros lugares como, por ejemplo, Lomba del Pinheiro, donde vienen surgiendo muchas villas nuevas y áreas de invasión en estos últimos tres o cuatro años. Junto con las personas, el SIDA también llega a esas localidades. Y no sólo el SIDA, otras enfermedades también presentan ese comportamiento. La región donde se sitúan los barrios Lomba del Pinheiro y Restinga presenta altos niveles de crecimiento urbano.

En lo que compete a una secretaría de salud, existe una infinidad de acciones siendo realizadas, pero que no dan cuenta de solucionar el vínculo entre SIDA y pobreza. El barrio Partenón, por ejemplo, ya tenía en 1998 y continua teniendo, varios servicios de Salud: Existe un programa de reducción de daños (cambios de jeringuillas), que está funcionando bien; toda la población está cubierta por servicios de atención primaria; existe un hospital en la región al que se puede tener acceso a pié (sin gasto en transporte), hay un hospital general, un hospital de día, ambulatorio de SIDA, medicamento disponible y continuo; existe educación formal (escuelas) y asistencia prenatal; no faltan movimientos y asociaciones comunitarias; la población cuenta con acceso a laboratorio clínico, transporte público gratuito hace varios años (para los pacientes de SIDA): Si el paciente deseara salir de ahí e irse a tratar a otro lugar es sólo tomar un ómnibus gratis. Lo que la Secretaria de Salud puede ofrecer, dentro de una ciudad, está disponible en el Partenón. No obstante el SIDA (y otras enfermedades) continua, aunque con menos velocidad, atacando a más personas, lo que es demostrado por el alto número de gestantes VIH positivas.

Llegamos, entonces, al punto en que la miseria tropieza con las políticas públicas, tanto en el ámbito de la Secretaría de Salud, como en la de Educación. Existe un límite físico y operacional de esas instancias, que hace difícil la resolución de problemas como el desempleo, el hambre, la miseria, las pésimas condiciones de hábitat, entre otros males sociales. La educación y la Salud llegaron a su límite en lo que respecta a la prevención y eso no es verdadero solamente para el SIDA. Otros indicadores epidemiológicos y otras enfermedades también sienten el impacto de los determinantes estructurales de la pobreza.

Pues es en esos lugares más pobres que la mortalidad infantil vuelve a crecer, así como la mortalidad general. También es ahí que la violencia aumenta.

Las condiciones de vida de las personas son impresionantes, donde encontramos niñas adolescentes, de 12 ó 13 años, cuidando de la casa y en la segunda serie de la enseñanza fundamental. En fin, existe el acceso a la escuela, pero los padres tienen que trabajar y alguien tiene que hacer el trabajo doméstico. También encontramos adolescentes de 19 años ya con cinco hijos. La condición de vida, marcada por la carencia extrema, es un factor que impide mejores resultados en el ámbito de la prevención y de la educación. El trabajo educativo y las informaciones se vuelven inútiles delante de la ausencia de perspectivas, que coloca al SIDA como la fatalidad de la cual no se puede escapar.

Además de eso, hay que considerar las dificultades inherentes al tratamiento del SIDA. Hoy, las emergencias, que se habían vaciado, están volviendo a quedar llenas de pacientes con SIDA. Es necesario tener comida para seguir el tratamiento médico. Es necesario un mínimo de disciplina y orden en la vida. Las condiciones socioeconómicas a que está sometida gran parte de la población hacen difícil seguir las prescripciones médicas y las exigencias alimenticias que están asociadas al tratamiento antirretroviral. Ese es un problema que la gente ya observaba, por ejemplo, en el tratamiento de la tuberculosis.

Delante de la exclusión social, uno de los grandes determinantes de la miseria y la pobreza, no basta invertir en la implantación de puestos de salud y hospitales. Ofrecer asistencia, tratamiento, educación y prevención es, de hecho, importante pero tales acciones deben estar incluidas en un proyecto mayor, que vise la disminución de la pobreza y la mejoría de las condiciones de vida de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA, L. M.; RIGATTI, M. F. B.; TORRES, S. R.; ROSA, C. M.; Ribeiro, T. V.; Vigilância epidemiológica da gestante HIV positiva e da criança exposta em Porto Alegre [Epidemiological surveillance of HIV-positive pregnant women and exposed children in Porto Alegre]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, Nov. 2002, no. 17, p. 7.
- BRITO, M. R. V. Categorias de transmissão referidas nas fichas de investigação epidemiológica dos casos de AIDS com domicílio em Porto Alegre (1983 a 1996 - parcial julho) [Transmission categories reported on epidemiological investigation forms of AIDS cases in Porto Alegre residents – 1983-1996, partial results to July]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico, Centro de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, Feb. 1997. Vol. I, no. 4, p. 3.
- _____. Perfil epidemiológico dos casos de AIDS com domicílio em Porto Alegre (1983 a 1996) [Epidemiological profile of AIDS cases in Porto Alegre residents]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico, Centro de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, Oct. 1996. Vol. I, no. 3, p. 4-5.
- _____. AIDS em Porto Alegre: perfil e números [AIDS in Porto Alegre: profile and statistics]. *Caderno de textos da 1ª Conferência*. Política Municipal de Controle de DST/AIDS, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. April 1998, p. 21-23.
- _____. Os números da epidemia de AIDS no Rio Grande do Sul em 1998 [Statistics from the AIDS Epidemic in Rio Grande do Sul State in 1998]. *Relatório Azul 1998/1999*. Comissão de Direitos Humanos, Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999, p. 217-234.
- KNAUTH, D.R.; VÍCTORA, C.; LEAL, O. F. A banalização da AIDS [AIDS Taken for Granted]. *Horizontes antropológicos*. Vol. IV, no. 9, 1998, p. 171-202.
- RIGATTI, M.F. Vigilância epidemiológica da AIDS em Porto Alegre [Epidemiological Surveillance of AIDS in Porto Alegre]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, Feb. 2002, no. 14, p. 4.
- _____. Vigilância epidemiológica da gestante HIV positiva e da criança exposta [Epidemiological Surveillance of HIV-positive Pregnant Women and Exposed Children]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, Feb. 2002, no. 14, p. 5.
- STELLA, I. M. Vigilância epidemiológica da AIDS [Epidemiological Surveillance of AIDS]. *Boletim Epidemiológico*, Controle Epidemiológico da CGVS/SMS/POA. Porto Alegre, dezembro de 2001, no. 13, p. 4.
- VÍCTORA, C.; KNAUTH, D.R.; BRITO, M. R. V. Relatório final da pesquisa *AIDS e Pobreza: Práticas Sexuais, Representações da Doença e Concepções de Risco em um Bairro de Porto Alegre* [Final Report on the study *AIDS and Poverty: Sexual Practices, Representations of the Disease, and Risk Conceptions in a Neighborhood in Porto Alegre, Brazil*], 1999, unpublished.

NOTAS

- (1) Investigación financiada por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) y la Fundación de Amparo a la investigación del Estado del Rio Grande del Sur (FAPERGS), de enero de 1997 a diciembre de 1999, coordinada por e I NUPACS /UFRGS.
- (2) Autoras del informativo final: Ceres Victora, Daniela Riva Knauth y Maria Regina Varnieri Brito.

A experiência do Centro de Promoção da Saúde nas comunidades populares do Rio de Janeiro

Kátia Edmundo

Psicóloga, membro da equipe de Coordenação-Geral do Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS). Este texto conta com a colaboração de todos os membros da Equipe do CEDAPS e, em especial, da jornalista Danielle Bittencourt (katia@cedaps.org.br).

“São 200, são 300 as favelas cariocas? O tempo em contá-las é o tempo de outras surgirem... (...) Que fazer com tanta gente brotando do chão, formigas de um formigueiro infinito?”

(Carlos Drummond de Andrade in Valla &Stotz, 1996)

O Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS) (1) é uma organização não-governamental que trabalha com o conceito ampliado de saúde, compreendida a partir da idéia de acesso equitativo a todos os bens sociais, preconizando a participação da população oriunda das camadas populares na construção do seu próprio processo de desenvolvimento. Em se tratando do campo da AIDS, fomentamos a criação e assessoramos (2) um espaço de articulação entre associações comunitárias que trabalham pela prevenção da epidemia no Rio de Janeiro, que recebeu o nome de Rede de Comunidades na Luta contra a AIDS.

Atualmente, a rede conta com a participação de 51 entidades em rápida ampliação, e nosso trabalho tem sido o de contribuir para a qualificação da prática comunitária que se consolida no interior das favelas e bairros de periferia da cidade. O cenário demanda e *o envolvimento com a causa da AIDS vem se configurando como “ponto de partida” para o fortalecimento do processo de participação, mobilização e organização das associações comunitárias.*

Este texto pretende comunicar a experiência que implementamos desde 1996 junto às associações comunitárias e ressaltar questões surgidas do enfrentamento desejável da crescente associação entre AIDS e pobreza, conscientes de que a realidade social brasileira e a vulnerabilidade (3) ao HIV/AIDS com que nos defrontamos nos apresentam a cada dia novos desafios. Permitimo-nos discorrer mais livremente neste relato, considerando que é do reconhecimento da existência e da leitura do movimento social no interior das comunidades que surgirão novas considerações e debates sobre o que estamos efetivamente construindo em relação à prevenção em contextos de violência e pobreza.

O texto busca refletir sobre uma proposta fundada na atenção ao “saber da prática” de técnicos e comunitários dedicados a construir cotidianamente o que temos chamado

de “resposta das comunidades à causa da AIDS”, a ser agregada à chamada resposta brasileira à epidemia protagonizada por um movimento social cuja trajetória vem sendo fonte de inspiração para as comunidades.

A comunidade no âmbito do trabalho com AIDS

A comunidade é base fundamental para o exercício da vida cotidiana. É na comunidade que as relações primárias se estabelecem, é no espaço geográfico e/ou psicossocial que se criam e recriam novas possibilidades para melhorias das condições de vida e enfrentamento concreto das desigualdades. A mudança social é, portanto, peça chave para o movimento comunitário.

O termo “comunitário” vem sendo resignificado a todo o momento no campo da AIDS, submetido à percepção e ao ponto de vista do “lugar” de quem o utiliza. Em geral, demarca “lados” de um movimento. Em complementação, negociação e/ou contraposição aos eventos científicos e/ou governamentais, estão presentes os eventos e movimentos comunitários. São independentes, não sujeitos às leis e normas da ciência e/ou do governo, encontram-se no âmbito da sociedade.

Em se tratando do trabalho e da organização nas favelas cariocas, desde há muito o termo comunitário vem sendo fortemente associado ao “popular”, ao que se refere ao povo, às populações em situação de pobreza, ao conjunto de práticas desenvolvidas nas favelas e bairros de periferia pela melhoria de suas condições de vida. Estamos nos referindo, portanto, a um trabalho em AIDS voltado para a comunidade, ou seja, para o lugar da convivência familiar, o “local” de moradia das camadas populares que são as favelas, conjuntos habitacionais e bairros de periferia do Rio de Janeiro.

Propomos a utilização do termo “comunidades populares” para expressar a idéia de que estamos nos referindo às camadas populares da sociedade brasileira e, dessa forma, incluímos no termo categorias como gênero, raça e classe social, conscientes de sua dimensão relacional. Compreendidas como um território delimitado geográfica e culturalmente, as comunidades congregam modos de vida e organização próprios evidenciados por suas histórias, pelas relações que estabelecem e pela forma como enfrentam a desigualdade socioeconômica presente na sociedade em suas infinitas correlações e, em grande parte, promotoras do sofrimento e do adoecimento humanos.

Identificadas com o local onde moram, as lideranças comunitárias trabalham pelo bem coletivo de suas comunidades e estabelecem um relacionamento político e afetivo que é potencialmente gerador de desenvolvimento e saúde. A abordagem, as estratégias, enfim, a metodologia de trabalho voltado para a comunidade constitui campo próprio e deve contemplar a noção de “organismo vivo e relacional”.

Na comunidade, convivem diferentes segmentos sociais, anterior e recentemente atingidos pela epidemia de HIV/AIDS. Ações dirigidas a um determinado segmento da população são fundamentalmente importantes, visto que aprofundam o diálogo e conferem diversidade à causa. O que se coloca, no entanto, é a necessidade de integração de ações e abordagens quando dirigidas a um mesmo território, contemplando a dimensão multicausal da AIDS.

Consideramos que ações em uma comunidade devem fazer parte de um planejamento articulado e conjugado por atores que observam, registram e atuam sobre o universo comunitário. Ações isoladas produzem resultados isolados, passíveis de serem conjugados posteriormente, mas que já poderiam nascer sob a ótica da ação integrada, como assim preconiza uma metodologia e abordagem compreendidas como comunitárias.

Associações comunitárias e AIDS

Em sua maioria, as associações de moradores são presididas por homens e operacionalizadas no cotidiano por mulheres. Essas, por sua vez, manifestaram nos últimos tempos interesse e necessidade por conquistar um espaço mais apropriado e mais “feminino” no universo das comunidades. Nasceram, desse modo, as associações de mulheres – com pautas mais próximas ao cuidado e ao universo familiar, como as crianças, os jovens, os idosos e, em especial, os problemas referentes à educação e à saúde.

Atualmente, no Estado do Rio de Janeiro existem cerca de 150 (4) associações de mulheres, além de um número expressivo de associações de moradores e comitês de defesa da cidadania, liderados e/ou operacionalizados por mulheres, que também vêm se sensibilizando pela temática de HIV/AIDS. Considerando

que a AIDS vem aumentando substancialmente nos segmentos femininos de baixa escolaridade e com relações conjugais heterossexuais e estáveis, essa sensibilização tem importância fundamental no âmbito do controle da epidemia.

Na década de 1990, a pauperização da AIDS acarretou uma mudança no perfil de projetos e iniciativas no Brasil. O segmento – população em situação de pobreza – passa a demandar por parte do Ministério da Saúde uma maior atenção no que se refere às ações preventivas baseadas em estratégias de educação para a saúde. *A idéia de que a prevenção feita por pares (5) no que se refere aos grupos específicos – como, por exemplo, homossexuais desenvolvendo atividades de prevenção para homossexuais, profissionais do sexo para profissionais do sexo etc. - apresenta-se como um modelo de intervenção de sucesso e passível de replicação em cenários semelhantes.*

Atividades de prevenção em comunidades populares, portanto, devem ser implementadas por moradores qualificados para essa ação. Surgem os agentes comunitários de prevenção. A esse modelo - “prevenção por pares” - associa-se ainda o modelo já vigente nos sistemas públicos de saúde no Brasil, que são os agentes comunitários de saúde. Lideranças comunitárias são, desse modo, qualificadas tecnicamente para atuarem como agentes de prevenção e aderirem à luta contra a AIDS. Esse trabalho exige capacitação, acompanhamento e assessoria, visto que se espera implementar nas comunidades uma ação comunitária qualificada de prevenção ao HIV/AIDS.

Como já ressaltamos, *as mulheres se notabilizam no engajamento à causa da AIDS. Tomam para si a responsabilidade e o compromisso em alcançar estratos comunitários mais distanciados do acesso aos bens sociais, dispõem-se a serem procuradas em suas casas para*

distribuição do preservativo, cuidarem e acolherem pessoas vivendo com AIDS nas comunidades. A formação dessas mulheres como agentes de prevenção é fruto de um processo em permanente construção: aderem à luta contra a AIDS e esforçam-se por profissionalizar suas ações; investem seu tempo, sua determinação e seus poucos recursos financeiros para participarem de oficinas e seminários de capacitação.

Desde a formação básica em DST/AIDS e o uso do preservativo, passando pelo aprendizado de técnicas participativas, até o desenvolvimento de suas próprias estratégias de prevenção, as lideranças comunitárias passam por um processo de crescimento pessoal e profissional que pode ser verificado na ação coletiva. Segundo as próprias lideranças:

É no tom que a gente dá o retorno. Dependendo da pessoa – porque tem pessoa que é séria – aí a gente faz uma gracinha, conversa... Na verdade, a gente aprende com cada um que chega lá. Porque depende do que você me pergunta para eu falar. Porque tem gente que já chega querendo pegar o preservativo e não quer saber de mais nada. Então, depende de cada um (...). Aí está o trabalho do agente: falar e na hora certa. A cada dia a gente vai descobrindo que existem fórmulas de fazer as pessoas pensarem mais sobre o assunto. Não sabemos tudo, mas estamos descobrindo. Conhecemos alguns caminhos que podem fazer algumas pessoas se aproximarem mais. A gente já consegue ‘driblar elas’ para participarem mais. A gente tem aquele ‘jeitinho de dizer’.”

(LIDERANÇA DA REDE DE COMUNIDADES)

A conquista de direitos sociais nas favelas cariocas está diretamente relacionada à capacidade de organização e enfrentamento por parte das lideranças. Em se tratando da AIDS, essa situação se complexifica e a ação cotidiana se mostra fundamental e necessária. A prática cotidiana, no

entanto, é fluida e se perde no universo de iniciativas que o movimento social em AIDS já pôde criar no Brasil. Por isso, o CEDAPS também se dedica ao registro (6) de algumas estratégias que nascem no interior da dinâmica comunitária, no processo de adaptação, inspiração, criação ou recriação que as lideranças experimentam nas comunidades.

As estratégias comunitárias – aqui incluídas as estratégias de sobrevivência - ampliam o campo da prevenção da AIDS, superam a dimensão educativa e alcançam a possibilidade de construção de uma “comunidade saudável”, tendo como eixo central o desenvolvimento integrado e sustentável (7). É uma comunidade que pensa e planeja estratégias que enfrentem diretamente seus problemas sociais e não considera a AIDS e nenhuma outra patologia ou problema social como unicausal, que exercita no cotidiano a possibilidade de construção de uma ação coletiva de enfrentamento, compartilha problemas e busca suas soluções coletivas e cooperativas.

As lideranças comunitárias compreendem na prática as múltiplas interferências e interfaces presentes no cenário da comunidade, especialmente em se tratando de HIV/AIDS, e desenvolvem uma visão mais integradora que deve ser potencializada por ações técnicas dirigidas a populações em situação de pobreza.

Construção compartilhada de soluções em saúde

O CEDAPS implementa no Brasil uma metodologia internacional (8), atuante em 24 países, voltada à capacitação para elaboração simplificada de projetos sociais. Cada participante identifica um problema de sua prática – nós críticos – em uma dada comunidade, e a partir de estratégias metodológicas sistematiza uma solução. Assim, *a construção de uma quadra de esportes pela Associação de Mulheres do Morro do Urubu, e garantir espaços para convivência saudável de jovens e crianças, é tão preventivo quanto qualquer atividade de educação*

que para esse espaço for planejado, o espaço do “encontro entre as pessoas”.

Encontro de “casais casados” voltados ao passeio e o simples aprender a conversar podem ser um bom começo para uma futura negociação sobre sexo seguro no Mendanha, no bairro de Campo Grande. Associar a distribuição de preservativos às proximidades de uma “baiana do acarajé” no Morro dos Prazeres, em Santa Teresa, é uma forma de se introduzir ludicamente o erotismo no uso do preservativo, associando-o ao prazer.

A atuação da liderança alcança novas concepções por vezes anteriores à idéia de que a informação e o autocuidado sejam aspectos preponderantes para adoção de sexo seguro. Elementos como convívio social, diálogo, prazer devem ser agregados para que a incorporação da prática preventiva se consolide e torne o sujeito — morador de uma comunidade popular — capaz de adotar uma visão mais ampla e crítica sobre si mesmo e suas condições de vida. Faz “girar a roda da vida”, como afirma uma liderança comunitária, cuja expressão popular muito se assemelha ao que Paulo Freire chama de “manha” do povo ao se referir à diversidade de estratégias que as classes populares lançam mão para garantia de sua sobrevivência.

Ressaltamos que a prática das ações implementadas pelo CEDAPS junto às comunidades se inspira e ilumina pelas idéias expressas pelo referido autor e encontra interlocução no âmbito das discussões travadas no interior da rede de educação popular e saúde (VASCONCELOS, 2001).

Rede de Comunidades na Luta contra a AIDS

Cinquenta e um complexos de comunidades compõem a Rede de Comunidades na Luta contra a AIDS. Cada comunidade organiza o seu próprio plano de prevenção das DST/AIDS, desenvolve suas ações em permanente diálogo com o interesse e o envolvimento dos moradores. Algumas estruturam seus núcleos comunitários - espaço na comunidade em que são disponibilizados materiais educativos e preservativos à população (9). Atuam em escolas, igrejas, pontos de transporte, festas, eventos, ruas e vielas: onde houver moradores da comunidade, lá estão, com o seu Camelô Educativo (10).

A organização em “rede” lhes permite uma troca de experiências que complementa as aprendizagens técnicas obtidas, impulsiona a aquisição de novos conhecimentos e fomenta relações inter-institucionais que representam um avanço no cenário de segregação imposto pelo tráfico de drogas e seus diferentes “comandos” no Rio de Janeiro. As normas que determinam as relações entre as comunidades no interior da rede são a cooperação e a construção de um bem social público. Essa vivência, no entanto, não é simples e linear, colecionadora de sucessos. Os confrontos e conflitos estão presentes a todo o momento como parte da dinâmica criada.

Do acompanhamento dessa experiência, nos deparamos com questionamentos de diferentes ordens, relatos constantes de sofrimento de pessoas e famílias inteiras, histórias de vida marcadas pela dor, pela violência e pela opressão. Uma realidade substancialmente relacionada a uma ordem social injusta, geradora de tristezas e desesperanças que certamente estão na base do que podemos chamar de vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

É difícil descrever o que vivenciamos junto às lideranças comunitárias. As conquistas, no entanto, têm sido muitas e impulsionam outras. Os retrocessos também estão presentes no interior da rede: a expressão de preconceitos, valores arraigados, visões distorcidas da sociedade. Submetidas às forças tradicionalmente opressoras, as lideranças se vêem às voltas com pressões eleitoreiras de políticos à procura de votos ou pressão da comunidade por pequenos benefícios, por vezes precisam submeter-se ao jogo de forças local para dar continuidade às suas lutas sociais. Enfrentam, avançam, retrocedem, negociam muitas vezes inspiradas pela forma com que são negociados cargos e poderes no mundo dos partidos e políticos brasileiros. Exercitam o jogo político que conhecem.

Algumas lideranças se aproximam e outras se distanciam do chamado “poder local” no que se refere à totalidade de suas ações comunitárias. Trata-se de um movimento heterogêneo e que sob nenhuma hipótese deve ser generalizado em relação às influências e interferências que sofrem as associações comunitárias para o desenvolvimento de seus projetos. Reconhecem, no entanto, que jovens envolvidos com o tráfico de drogas e em situações de violência nas comunidades fazem parte dessas e assim devem ser fortemente contemplados nas ações comunitárias de prevenção.

O exercício do diálogo e da troca de experiências entre as lideranças comunitárias no âmbito da rede fortalece a ação política local e promove a aprendizagem de uma nova forma de atuar que congrega valores mais democráticos, como o debate, a diferença de opiniões, a valorização da relação com a comunidade, as diferenças de estilo e de atuação de cada liderança, as visões de mundo, a necessidade e importância do crescimento e da formação pessoal como forma de conferir autonomia às ações comunitárias. Em síntese, promovem o amadurecimento político.

O CEDAPS reconhece a soberania da liderança comunitária na condução das negociações no interior das comunidades. Atuamos em co-gestão dos projetos e tomamos como “termômetro” para o tamanho, a frequência e a intensidade de ações externas, a análise de risco feita pela própria liderança que se encarrega das negociações locais. Consideramos, acima de tudo, que *uma ação externa, por melhor planejada e coordenada que seja, não deve se sobrepor a uma ação interna protagonizada pela liderança comunitária.* As forças políticas devem ser respeitadas em nome da continuidade e da sustentabilidade das ações comunitárias.

É preciso que reconheçamos que toda essa rede é voluntária e conta com pouquíssimas ações financiadas e, mesmo assim, o movimento não pára de crescer. A organização das comunidades apresenta essa tendência em diferentes outros setores da luta social que travam pela melhoria das comunidades onde vivem. Uma luta voluntária e crescente.

Em diferentes décadas, a luta pela água, pela luz, pelo saneamento, pela escola pública, pelo posto de saúde, pela creche, enfim, cada direito social conquistado em uma favela carioca foi marcado por algum tipo de negociação entre a organização comunitária e o Estado. Muitas dessas lutas nasceram em uma comunidade e foram se estendendo a outras em um ritmo crescente que demanda do poder público uma atenção e uma formulação de política pública capaz de minorar a insatisfação.

A omissão do Estado é visível nas favelas cariocas. Os equipamentos comunitários, em geral, são reduzidos na ordem direta da distância geográfica das comunidades do centro urbano e do poder de pressão política de sua população. Segundo Pedro Jacobi (1993), os movimentos populares se constituem a partir de dois elementos fundamentais: a carência e o trabalho desenvolvido pela organização dos moradores. Estamos, portanto, em um momento fértil para formulação de uma política pública que seja efetiva para o controle de HIV/AIDS junto aos segmentos mais empobrecidos da população que integre as conquistas já adquiridas, mas que garanta a sustentabilidade e continuidade das ações em contextos, como dissemos, essencialmente produtores de vulnerabilidades.

AIDS e pobreza: apontamentos de uma experiência

Da prática cotidiana, algumas observações: i) *trabalhar com AIDS vem sendo “mobilizador” e funcionando como “a ponta de um novelo” para o desenvolvimento de lideranças, associações comunitárias e comunidades no Rio de Janeiro;* ii) a AIDS foi incluída como um item da agenda de lutas de um grande número de comunidades; iii) essas comunidades circulam em número crescente no âmbito das organizações governamentais e não-governamentais que trabalham com AIDS em busca de apoio, recurso ou parceria - dialogam com a sociedade; iv) as lideranças reconhecem sua própria militância e são reconhecidas em sua comunidade pelo trabalho que desenvolvem – superam a rejeição inicial e alcançam o respeito e o apoio na comunidade onde vivem; v) vêm se estruturando e já se apresentam como apoio fundamental a quem vive com AIDS nas comunidades – um grande desafio em meio à fome e à violência nas favelas cariocas; vi) participam, ainda que inicialmente, do Fórum de ONGs/AIDS do Estado do Rio de Janeiro e se organizam em rede no “espelhamento” do movimento social em AIDS no Brasil, cuja trajetória histórica aponta para um futuro promissor.

Somos sabedores do quanto o HIV/AIDS se dirige às camadas populares, em especial às mulheres e jovens. No entanto, se colocarmos uma lente de aumento para a focalização direta das comunidades, outros apontamentos certamente concorrem para o aumento dessa vulnerabilidade e exigem olhares atentos. *A*

AIDS passa a ser uma “preocupação” (11) a mais para as comunidades, acrescentando-se à fome, ao risco, ao desemprego, e essa preocupação impulsiona o enfrentamento.

Nas comunidades do Rio de Janeiro, em sua maioria localizadas em maciços geográficos montanhosos, as moradias foram sendo paulatinamente construídas contrariando todas as normas de habitabilidade. No interior desses morros, diferentes níveis e estratos vão se formando: separações históricas e políticas, “bolsões de pobreza” e áreas onde o acesso aos bens e serviços sociais é ainda mais difícil, mesmo para quem é morador.

É possível observar que, em algumas localidades, os moradores percebem a AIDS como uma doença que “entra” na comunidade a partir do tráfico de drogas e alternam percepções individuais e coletivas de maior ou menor vulnerabilidade ao HIV, referenciados, dentre outros fatores, por essa percepção. Por um lado, se reconhecem vulneráveis e “buscam espontaneamente” o preservativo, por outro, se diferenciam e não se reconhecem grupos-objetivos do trabalho de prevenção.

Esse é um exemplo de que precisamos conhecer cada comunidade, seus modos de vida, suas percepções, seus significados, como vivenciam a socialização sexual, o processo de formação de novas famílias, como se dão as relações de gênero, o adoecimento, as relações com o chamado “poder local”, enfim a cultura da comunidade. Cultura que é peculiar e deve ser conhecida e interpretada para fins de formulação de um plano local que supere a idéia de intervenção educativa e promova a construção de uma resposta comunitária participativa, que tenha como ponto de partida o reconhecimento de que somos todos parte de uma dada realidade e que a luta contra a AIDS é uma causa de todos nós.

A dimensão da pesquisa nas comunidades que trabalham com AIDS tem papel preponderante, uma pesquisa de base qualitativa que envolva os diferentes atores no processo de conhecimento de si e da comunidade a que pertencem. Estamos realizando uma experiência no Rio de Janeiro através de um projeto de pesquisa que objetiva investigar, a partir do enfoque antropológico, dois núcleos

comunitários de prevenção — um na Zona Norte, outro na Zona Oeste da cidade — apoiados pelo CEDAPS.

A antropologia desponta como um campo teórico-metodológico capaz de abarcar a diversidade da realidade vivida na prática comunitária. Essa pesquisa traz, ainda, o encontro desejável e possível entre uma ONG e a academia através do papel atuante do programa EICOS/UFRJ em sua coordenação (12). Em síntese, *estudar a cultura local torna-se indispensável no processo de formulação de ações que busquem reduzir a epidemia do HIV/AIDS em determinada comunidade*. Diagnosticar (13) vulnerabilidades e potencialidades promotoras de saúde transforma a ação e nos distancia da replicação simplificada de modelos baseados em conceitos e metodologias pré-concebidas e testadas, por mais bem-sucedidas que sejam.

Acompanhar a luta contra a AIDS, desenvolvida no interior das favelas cariocas através das lideranças participantes da Rede de Comunidades na Luta contra a AIDS, a partir das ações de prevenção que implementam e da relação que estabelecem com quem vive com AIDS nas comunidades, é uma possibilidade de desvelarmos caminhos percorridos pela população para a construção do que Valla (2002) chama de “apoio social”, visto tratar-se de um processo recíproco que gera efeitos positivos para quem apóia e/ou é apoiado.

A prevenção está baseada no apoio mútuo, a comunidade se responsabilizaria pela construção de sua própria concepção de ser saudável, de algo que se aproxima do que Paulo Freire denomina de autonomia (14) dos grupos populares. Superando, de acordo com Paiva (2000), a instauração de um projeto de prevenção baseado na educação bancária que se estabeleceu como hegemônica no Brasil, indo ao encontro da idéia de uma educação libertadora, que “estimula a organização coletiva e acredita nas respostas produzidas por quem está diretamente afetado e vivendo no contexto vulnerável.” (pág. 38)

Parker (1994) chama a atenção para a idéia de que se torna necessária e urgente a construção de uma política da solidariedade como única resposta possível à epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. O enfrentamento solidário à causa da AIDS pode mobilizar e só assim deve ser compreendido, “elemento real” favorecedor da transformação social e do desenvolvimento:

Se as estruturas da desigualdade social continuarem existindo, a disseminação da infecção pelo HIV e AIDS continuará – e continuará seguindo as fissuras e falhas criadas pela opressão, preconceito e discriminação social e econômica. A luta contra a AIDS surge necessariamente dentro da luta mais ampla contra a injustiça – contra a pobreza e a miséria, contra o racismo (...). Depende, acima de tudo, da nossa capacidade de construir uma política de solidariedade dentro de uma sociedade democrática (PARKER, 1994:20).

A Rede de Comunidades na Luta contra a AIDS é, hoje, um espaço concreto de aprendizagem e exercício de movimento coletivo de enfrentamento solidário possível da AIDS e da pobreza. Torna-se essencial acompanhá-la, visto que há ainda muito o que se fazer nessa caminhada e que essa é uma causa de todos/as nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTOS, Francisco Inácio & SZWARCOWALD, Célia Landmann. *Boletim ABIA*. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
- FREIRE, Paulo. *A pedagogia do oprimido*, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- JACOBI, Pedro. *Movimentos populares e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, 1993.
- PAIVA, Vera. Fazendo arte com a camisinha. *Sexualidades jovens em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 2000.
- PARKER, Richard. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA-IMS, UERJ, 1994.
- _____, e TERTO, JR., Veriano (org). Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS. *Anais do seminário Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década*. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.
- VALLA, Victor Vincent. (org.). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000
- _____, & STOTZ, Eduardo (org.). *Educação, saúde e cidadania*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

NOTAS

- (1) Fundado em 1993, tem como diretor-presidente o pediatra, mestre em Saúde Pública, Daniel Becker.
- (2) O programa de AIDS do CEDAPS foi formulado pela autora e por dois outros membros da equipe de Coordenação-Geral: Wanda Lúcia Guimarães e Maria do Socorro Lima, e conta com uma equipe de profissionais e estagiários coordenados no campo pela assistente social Ana Paula Baptista.
- (3) Utilizaremos o conceito vulnerabilidade nos termos apontados por Jonathan Mann e que vêm sendo operados por diferentes estudiosos e autores no Brasil.
- (4) Esse número é fornecido pela Federação das Associações de Mulheres do Município do Rio de Janeiro (FAMURJ). A origem e a evolução das Associações de Mulheres no Rio de Janeiro são campos que necessitam maior sistematização e registro.
- (5) Modelo de prevenção realizado por segmentos grupais específicos aos seus pares, recomendado pelo Programa de AIDS das Nações Unidas (UNAIDS) como demonstrando sinais de sucesso no alcance a grupos vulneráveis (ver em especial: Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, editado pela UNAIDS, 2002)
- (6) Catálogo de Estratégias Comunitárias de Prevenção das DST/AIDS. Foi realizada uma pesquisa pela psicóloga Vanessa Fonseca, entre 2001 e 2002, que resultou na organização

de uma publicação contemplando a diversidade e amplitude da ação educativa protagonizada pelas lideranças.

(7) Estamos nos referindo ao campo de atuação denominado Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável com foco na Promoção da Saúde, no qual o CEDAPS desenvolve uma experiência na região de Santa Cruz, na Zona Oeste do Rio de Janeiro, e que vem compartilhando resultados e aprendizagens junto a uma rede que cresce no Brasil tendo o campo cidade/comunidade saudável como eixo.

(8) Problem Solving for Better Health/Construção Compartilhada de Soluções em Saúde, registrada por Dreyfus Health Foundation.

(9) Guardam semelhanças com os bancos de preservativos originalmente criados por Médicos Sem Fronteiras, geridos na atualidade por agentes e gestores comunitários. Importante ressaltar que a disponibilização do preservativo no interior da comunidade é estratégia prioritária para facilitar o acesso da população ao insumo e popularizar o seu uso.

(10) Estratégia itinerante nascida no Morro do Estado/Niterói/RJ em 1996, rapidamente se estendendo a outras comunidades em que os agentes percorrem o morro com uma banca contendo materiais educativos e preservativos para apresentação e discussão com os moradores, alcançando seus diferentes estratos.

(11) Preocupar-se, segundo o dicionário Aurélio, quer dizer inquietar-se, impressionar-se; algo que prende ou desperta a atenção, como assim o faz a AIDS nas comunidades.

(12) Pesquisa apoiada pela grupo matricial da Coordenação Nacional de DST e AIDS: Estudo Etnográfico em Núcleos Comunitários de Prevenção e Promoção da Saúde, sob coordenação de Cecília de Mello e Souza – PhD em Antropologia Social, coordenadora do programa EICOS (Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social), ligado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Conta, ainda, com a assistência de Maria Luiza de Carvalho, doutoranda em Psicossociologia de Comunidades, e de grupo de pesquisadores.

(13) O CEDAPS desenvolveu no programa Iniciativa de Vila Paciência um processo de Diagnóstico Comunitário Participativo, com vistas à formulação de um plano integrado de desenvolvimento que conta efetivamente com a participação dos moradores em sua elaboração.

(14) Ver o livro *Pedagogia da autonomia*, clássico da obra de Paulo Freire e base de uma educação libertadora.

EXPERIENCE WITH THE CENTER FOR HEALTH PROMOTION IN LOW-INCOME COMMUNITIES IN RIO DE JANEIRO

Kátia Edmundo

Psychologist, member of the General Coordination team of Center for Health Promotion (CEDAPS). This article included collaboration by all members of the CEDAPS team, in particular that of journalist Danielle Bittencourt (katia@cedaps.org.br).

*"Are there 200 or 300 slums in Rio de Janeiro? In the time it takes to count, that many more will have sprung up... (...)
What is to be done with so many people streaming out of the ground like ants from an endless anthill?"
(Carlos Drummond de Andrade, in Valla & Stotz, 1996)*

The Center for Health Promotion (CEDAPS) (1) is a nongovernmental organization that works with the expanded concept of health, based on the idea of equitable access to all social goods, and recommends participation by low-income communities in establishing their own development process. In the field of AIDS, we help create (as well as advise) (2) a space for networking among community associations working with AIDS prevention in Rio de Janeiro, known as the Network of Communities in the Fight Against AIDS.

The Network currently includes participation by 51 rapidly expanding organizations, and our task has been to help upgrade the community practice these organizations have consolidated in the city's favelas (hillside slums) and outlying low-income neighborhoods. The scenario has demanded that involvement in the fight against AIDS become the "point of departure" for strengthening overall participation, mobilization, and organization in the community associations.

This article describes our experience with these community associations since 1996 and highlights the emerging issues in the

increasing correlation between AIDS and poverty, in the awareness that Brazilian social reality and vulnerability to HIV/AIDS (3) constantly raise new challenges. We take the liberty of adopting a descriptive approach in this report, since we realize that the existence and interpretation of the social movement in the communities will lead to new analyses and debates concerning prevention work within contexts of violence and poverty.

The article reflects on a proposal to foster "knowledge through practice" (or "learning by doing") on the part of professionals and community members in the daily construction of what we refer to as "the communities' response to AIDS", added to what has been called the Brazilian response to the epidemic, led by a social movement whose experience has served as a source of inspiration for the communities.

Community AIDS work

The community is the cornerstone for daily life. Basic relations are established at the community level. In this geographic and psychosocial space, possibilities for improving living conditions and dealing with inequalities are created and recreated. Social change is thus the key component in the community movement.

The term "community" (or "community-based") has been continuously redefined in the field of AIDS, subject to the perceptions and perspectives of those who employ it. The term generally demarcates "sides" in a movement.

Community events and movements appear as a complement to, negotiation with, or counterpoint to scientific and/or governmental events. Community events are independent, not subject to the laws and norms of science and/or government; rather, they occur in the societal sphere.

In relation to work and organization in Rio's slums, for some time now the term "community" has been heavily associated with the term "popular" (in the sense of pertaining to the people), with populations living in poverty, with the struggle to improve living conditions in the favelas and outlying low-income neighborhoods. We are thus referring to AIDS work focused on the community, that is, on the place of family living, the "dwelling place" of low-income groups in the slums, housing projects, and other marginalized neighborhoods.

We propose the use of the term "popular communities" (*comunidades populares* in Portuguese) to express the idea that we are referring to the grassroots segments of Brazilian society, and we thus include in the term such categories as gender, race, and social class, since we are aware of the concept's relational dimension. Seen as a geographically and culturally demarcated territory, the community congregates its own ways of life and organization as evidenced by its history, the relations it establishes, and the way it deals with the countless crosscutting issues in prevailing socioeconomic inequality, a major factor for human suffering and illness.

Identified with their place of residence, community leaders work for the common good of their communities and establish a political and affective relationship that can potentially foster development and health. A community-based approach, strategies, and work methodology comprise a field in itself and should encompass the notion of a "living and relational body".

Different social segments coexist in the community, affected by the HIV/AIDS epidemic both historically and more recently. Measures targeting a given segment of the

population are crucially important because they deepen the dialogue and provide diversity to the cause. However, the key issue is the need to integrate actions and approaches that are directed towards the same territory, addressing the multiples causes of AIDS.

We contend that actions in a community should be part of joint planning by stakeholders that observe, record, and act in the community world. Isolated action produces isolated results, which may subsequently be networked, but which could have been launched from the onset within an integrated perspective, as recommended under what could be defined as a community-based methodology and approach.

Community associations and AIDS

Most neighborhood associations are headed by men, yet operationalized in the daily lives of women. Women have increasingly expressed the interest and need to gain a more appropriate and more "female" space in the community world. This trend has given rise to women's associations – with agendas more attuned to family care and the household, involving children, youth, the elderly, and especially problems related to health and education.

There are currently some 150 women's associations in the State of Rio de Janeiro (4), in addition to a significant number of neighborhood associations and citizens' defense committees that are led and/or operationalized by women, and which have also been sensitized to the HIV/AIDS issue. Considering that AIDS has undergone a substantial increase among women with limited schooling and in stable heterosexual relationships, this awareness is crucially important for controlling the epidemic.

In the 1990s, the so-called "pauperization" of AIDS led to a change in the profile of projects and initiatives in Brazil. As a social segment, the poor population began to receive greater attention from the Ministry of Health, with preventive actions based on health edu-

cation strategies. Peer prevention (5) among specific groups – for example, gays conducting prevention with gays, sex workers with sex workers, etc. – was a successful intervention model that was potentially replicable in analogous contexts.

Thus, the idea was for AIDS prevention activities in low-income communities to be implemented by community members qualified for such action. This gave rise to community prevention agents. This “peer prevention” model corresponds to the prevailing “community-based health agent” model in public health systems in Brazil. Community leaders thus receive technical qualification to act as prevention agents and join the fight against AIDS. This work requires training, follow-up, and supervision, since the expectation is to implement qualified community HIV/AIDS preventive action in the communities.

As highlighted above, women play an outstanding role in the fight against AIDS. They assume the responsibility and commitment to reach segments of the community with more difficult access to social goods. They are willing to have people come to their homes to receive condoms, and they provide care and shelter for people living with AIDS in the community. The training of these women as prevention agents is the result of a permanent building process: they join the fight against AIDS and strive to perform professional work; they invest their time, their determination, and their limited resources to participate in training workshops and seminars.

Ranging from basic training in STD/AIDS prevention and condom use, participatory techniques, and the development of their own prevention strategies, women community leaders undergo a process of personal and professional growth that can be observed in collective action. According to the leaders themselves:

It's in the tone that we give the feedback. Depending on the person – because some people are serious – that's where we crack a joke, strike

up a conversation... In fact, we learn from every single person that comes in. Because what I say depends on what you ask me. Some people just stop by wanting to pick up the condoms and don't feel like asking anything. So it depends on the case (...). That's where our work is important: to speak at the right moment. Every day we discover that there are ways to make people reflect more on the issue. We don't know everything, but we're trying to learn. I know some ways to get people to come closer. We've already developed little 'tricks' to get them to participate more. We have that 'knack for talking'.

(COMMUNITY NETWORK LEADER)

Conquering social rights in the Rio de Janeiro slums is directly related to the leaders' organizational and confrontational capacity. In relation to AIDS, this situation is even more complex, and daily action is crucial. However, daily practice is fluid and gets lost in the world of initiatives that the AIDS social movement has already managed to create in Brazil. Thus, CEDAPS also works to record (6) some strategies that emerge from within the community dynamics, in the process of adaptation, inspiration, creation, or re-creation that leaders test in the communities.

Community strategies – including survival strategies – expand the field of AIDS prevention, transcend the educational dimension, and allow the construction of a “healthy community”, the central thrust of which is integrated and sustainable development (7). A healthy community is one that conceives and plans strategies that deal directly with its social problems and does not consider AIDS or any other disease or social problem as having a single cause. It is a community whose daily practice is to exercise the possibility of constructing collective action to share and deal with problems and seek collective and cooperative solutions.

Community leaders have a practical understanding of the multiple interferences and interfaces present in the community con-

text, especially in relation to HIV/AIDS. Community leaders develop a more integrated vision that can be further empowered by technical actions targeted at groups living in poverty.

Development of shared solutions in health

CEDAPS is implementing an international methodology in Brazil (8) that has been adopted in 24 countries, focused on training in the simplified elaboration of social projects. Each participant identifies a problem in his or her practice – critical knots – in a given community and systematizes a solution based on methodological strategies. Thus, building a multi-purpose sports court by the Morro do Urubu Neighborhood Women's Association to ensure an area for healthy recreation by kids and young people is as much prevention as any educational activity that could be planned for this space, a space for the "meeting of people".

A meeting of "married couples" focusing on a walk together and simply learning how to talk can be a good beginning for future negotiation of safe sex in Mendanha, in the Campo Grande neighborhood. Situating a condom distribution stand next to the "*baiana do acarajé*" (a Bahian woman selling traditional snacks from a street stand) in the Morro dos Prazeres community in Santa Teresa is a way to playfully combine condom use with eroticism, associating prevention with pleasure.

Work by women leaders unveils concepts that sometimes precede the notion that information and self-care are preponderant aspects in the adoption of safe sex. Elements like social contact, dialogue, and pleasure should be combined in order to help consolidate the incorporation of preventive practices and make the subjects (residents of low-income communities) capable of adopting a broader and more critical view of themselves and their living conditions. The challenge is "to make the wheel of life turn", as a community leader put it, an expression similar to what Paulo Freire refers to as the people's

"streetwise" approach, or the diversity of strategies that grassroots communities use to guarantee their survival.

CEDAPS' work in the communities is inspired and illuminated by Freire's ideas and engages in an ongoing dialogue with Brazil's popular education and health network (VASCONCELOS, 2001).

Network of Communities in the Fight Against AIDS

Fifty-one groups of communities constitute the Network of Communities in the Fight against AIDS in Rio de Janeiro. Each community organizes its own STD/AIDS prevention plan and develops its action in permanent dialogue with the interests and involvement of community members. Some have organized community centers (or "nuclei") – community spaces for distributing educational materials and condoms to the population (9). They operate in schools and churches, at bus stops, parties, and events, or on the streets and alleyways: wherever there are community members, there they are, with their educational "vending stand" (10).

The "network" format allows an exchange of experiences which complements the technical learning process, fosters acquisition of new knowledge, and spawns inter-institutional relations that are a step forward in overcoming the segregation imposed by the drug traffic and its various "commandos" in Rio de Janeiro. The norms that determine relations between communities in the network are cooperation and the construction of a public social good. However, this experience is not simple or linear; it is not constantly crowned with success. Confrontation and conflict are present as an inherent part of the dynamic.

While accompanying this experience, we encountered various challenges and issues, constant reports of suffering among individuals and entire families, life histories marked by pain, violence, and oppression: a reality substantially related to an unjust social order, leading to sadness and despair, at

the root of so-called “vulnerability to HIV/AIDS”.

It is difficult to describe what we experience with the community leaders. However, there have been many gains, feeding further progress. There have also been setbacks in the network: expressions of prejudice, deeply ingrained values, and distorted views of society. Subject to traditionally oppressive forces, women leaders must deal with electoral pressure by politicians in search of votes and squeezing the community in exchange for pork-barrel type benefits; sometimes the women are forced to engage in the local play of give-and-take in order to sustain their social struggles. Taking two steps forward, sometimes one step back, they often negotiate according to the world of Brazilian political parties and politicians. They play the political game with which they are familiar.

Some leaders approach (while others distances themselves from) the so-called “local powers-that-be” in relation to their community work as a whole. The movement is heterogeneous, and no generalizations should be made about the influence or interference affecting community associations in their projects. However, they do recognize that young people involved with the drug traffic and in situations of violence are subject to such influence and interference and should be specifically considered in community prevention work.

Dialogue and exchange of experiences among community leaders within the network strengthens local political action and fosters learning a new way of acting that incorporates more democratic values such as debate, difference of opinions, appreciation of community relations, different leadership styles and action, world views, and the need and importance of personal growth and training as a way of ensuring autonomy in community action: in short, political maturity.

CEDAPS recognizes the sovereignty of community leadership in conducting negotiations within the communities. We act in the co-management of projects and become a “barometer” for the size, frequency, and inten-

sity of outside action and the risk analysis conducted by the local leader in charge of local negotiations. Above all, we feel that external action, no matter how well planned and coordinated, should never take precedence over internal action headed by community leadership. The political forces should be respected in the name of continuity and sustainability of community action.

We should recognize that although this is an entirely volunteer network and that very few of its activities are funded, the movement never stops growing. The organization of communities shows this trend in various other areas in the social struggles for community betterment. The struggle is both voluntary and growing.

In recent decades, the struggle by Rio de Janeiro slum-dwellers for social rights (running water, electricity, sewerage, trash collection, public schools, health clinics, and daycare centers) has been marked by various levels of negotiation between community associations and the government. Many of these struggles emerged within one community and increasingly spread to others, demanding attention by the public sector, with public policies capable of meeting the demands.

Government negligence is visible in the slums of Rio de Janeiro. Generally, the coverage and quality of community infrastructure is inversely proportional to the communities’ geographic distance from the city center and directly proportional to the political pressure exerted by population. According to Pedro Jacobi (1993), grassroots movements are founded on two basic elements: their felt needs, and the work carried out through neighborhood organization. We are thus at a potentially fertile moment for effective HIV/AIDS-control policy-making with the more impoverished sectors of the population, incorporating the gains already made, but guaranteeing the work’s sustainability and continuity in contexts which essentially produce various types of vulnerabilities, as discussed above.

AIDS and poverty: notes from an experience

Some observations from daily practice:

i) working with AIDS has a “mobilizing” effect and acts as the “point of departure” for developing leadership, community associations, and communities in Rio de Janeiro; ii) many communities have incorporated AIDS into their agenda; iii) a growing number of these communities circulate in the sphere of governmental and nongovernmental organizations working with AIDS, in search of support, resources, or partnerships, that is, engaging in dialogue with society as a whole; iv) the leaders acknowledge their own activism and are recognized by the community for the work they do, thus overcoming the initial rejection and achieving respect and support from the communities in which they live; v) they have been acquiring a structural basis and already constitute a fundamental source of support for people living with AIDS in the communities, thus dealing with a major challenge in the midst of hunger and violence in Rio’s slum; and vi) they are beginning to participate in the Rio de Janeiro State Forum of AIDS NGOs and are organizing a network that “mirrors” the AIDS social movement in Brazil, the history of which suggests a promising future.

We are aware of how HIV/AIDS affects low-income groups, especially women and youth. However, if we focus a magnifying glass directly on communities, other factors are certain to appear which further increase this vulnerability and require close attention. AIDS becomes “one more concern” for the communities (11), in addition to hunger, risk, and unemployment, and this concern drives the struggle.

In the poor communities in Rio de Janeiro, most of which are located on rocky hillsides, homes have been built bit-by-bit, disregarding all decent housing standards. Different levels and strata have developed within these hillside communities: historical and political divides, “pockets of poverty”, and areas where access to social goods and services is still extremely difficult even for local residents.

In some areas, residents view AIDS as a disease that has “entered” the community through the drug traffic, and individual and collective perceptions thus vary in terms of greater or lesser vulnerability to HIV. On the one hand, residents may see themselves as vulnerable and “spontaneously” come for condoms; on the other, they may set themselves apart and not see themselves as target groups for prevention work.

This illustrates how we need to know each community, its ways of life, its perceptions, its meanings, how it experiences sexual socialization, the formation of new families, the experience with gender relations, illness, relations with the so-called “local powers-that-be”, in short, the community’s culture. This culture is peculiar and should be known and interpreted in order to draft a local plan that transcends the notion of educational intervention and promotes the construction of a participatory community response, the point of departure of which is the recognition that we are all part of a given reality and that the fight against AIDS is everyone’s cause.

Research in communities working with AIDS has a key role, with a qualitative base involving the various players in getting to know themselves and the community to which they belong. We are conducting an experiment in Rio de Janeiro through a research project that take an anthropological approach to investigate two community prevention centers supported by CEDAPS, one in the Northern Zone and the other in the Western Zone of Rio.

Anthropology as a technical and methodological field is capable of grasping the diverse reality experienced in community practice. The research also involves a desirable and possible interface between an NGO and academia through the active coordinating role of the EICOS/UFRJ program (12). In short, to study the local culture becomes indispensable for formulating actions that seek to reduce the HIV/AIDS epidemic in a given community. To diagnose (13) vulnerabilities and healthy potentialities transforms action and avoids the

simplified replication of models based on pre-conceived and pre-tested concepts and methodologies, no matter how successful they have been elsewhere.

To accompany the fight against AIDS in Rio's *favelas* through the leaders participating in the Network of Communities in the Fight against AIDS, based on the preventive actions they implement and the relationship they establish with people living with AIDS in the communities, involves the possibility of unveiling the paths traveled by the population to build what Valla (2002) refers to as "social support", since this is a reciprocal process that generates positive effects for both those who provide and those who receive support.

Prevention is based on mutual support, with the community defining its own concept of "being healthy", something akin to what Paulo Freire called the autonomy of grassroots groups (14). According to Paiva (2000), this means overcoming the implementation of a prevention project based on the notion of education as a bank account ("depositing" and "withdrawing" knowledge, currently the hegemonic approach to education in Brazil), rather pursuing the idea of a liberating education, which "*stimulates collective organization and trusts in the response produced by those who are directly affected by and are living within the vulnerable context.*" (p. 38)

Parker (1994) highlights the need and urgency of building a policy of solidarity as the only possible response to the HIV/AIDS epidemic in Brazil and the world as a whole. Embracing the AIDS cause through solidarity can mobilize, and this is the only way to grasp the struggle, as the "real element" favoring social change and development: *If the structures of social inequality continue to exist, HIV infection and AIDS will continue to spread – and will continue to follow the fault lines created by oppression, prejudice, and social and economic discrimination (...). Above all, the struggle depends on our capacity to build a policy of solidarity within a democratic society* (PARKER, 1994:20).

The Network of Communities in the Fight against AIDS is now a concrete space for learning and exercising the collective movement of dealing with AIDS and poverty through solidarity. It is essential to accompany this Network, since much remains to be done in this journey, and the cause belongs to us all.

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

- BASTOS, Francisco Inácio & SZWARCOWALD, Célia Landmann. *Boletim ABIA* AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas [AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence]. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
- FREIRE, Paulo. *A pedagogia do oprimido* [Pedagogy of the Oppressed] Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- JACOBI, Pedro. *Movimentos populares e políticas públicas* [Popular Movements and Public Policies] São Paulo: Cortez, 1993.
- PAIVA, Vera. *Fazendo arte com a camisinha: Sexualidades jovens em tempos de AIDS* [Art with the Condom: Young Sexualities in Times of AIDS] São Paulo: Summus, 2000.
- PARKER, Richard. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil* [Building Solidarity: AIDS, Sexuality, and Politics in Brazil] Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA-IMS, UERJ, 1994.
- _____, and TERTO, JR., Veriano (org). *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS* [Enhancing the Debate: social responses to AIDS]. *Anais do seminário Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década* [Proceedings of the AIDS Prevention Seminar: Limits and Possibilities in the Third Decade] Rio de Janeiro: ABIA, 2000.
- VALLA, Victor Vincent. (org.). *Saúde e educação* [Health and Education] Rio de Janeiro: DP&A, 2000
- _____, & STOTZ, Eduardo (org.). *Educação, saúde e cidadania* [Education, Health, and Citizenship] Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde* [Health in Words and Gestures: Reflections on the Network for Popular Education and Health] São Paulo: Hucitec, 2001.

NOTES

- (1) Founded in 1993, with Daniel Becker (pediatrician and Master in Public Health) as its Chairman.
- (2) The AIDS program at CEDAPS was drafted by the author, together with two other members of the General Coordination team: Wanda Lúcia Guimarães and Maria do Socorro Lima, and includes a team of professionals and interns coordinated in the field by social worker Ana Paula Baptista.
- (3) We use the concept of vulnerability as proposed by Jonathan Mann and employed by different scholars and authors in Brazil.
- (4) This figure was provided by the Rio de Janeiro Municipal Federation of Women's Associations (FAMURJ). The origin and evolution of women's associations in Rio de Janeiro are areas that require further documentation and systematization.
- (5) A prevention model implemented by specific groups with their peers, recommended by the United Nations AIDS Program (UNAIDS) as having demonstrated signs of success in reaching vulnerable groups (see in particular: Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, edited by UNAIDS, 2002)
- (6) Catálogo de Estratégias Comunitárias de Prevenção das DST/AIDS [Catalogue of Community-Based STD/AIDS Prevention Strategies]. A study was conducted by psychologist Vanessa Fonseca in 2001 and 2002 which resulted in a publication on the diversity and breadth of educational work headed by the leaders.
- (7) We are referring to the field of activity called Local Integrated and Sustainable Development with a focus on Health Promotion, in which CEDAPS is developing an experience in the Santa Cruz area in the Western Zone of Rio de Janeiro, and which has been sharing results and learning processes with a network that is growing in Brazil around the field of healthy cities and healthy communities.
- (8) Problem-Solving for Better Health, Dreyfus Health Foundation.
- (9) Similar to the "condom banks" originally created by *Médicins sans Frontières*, and currently managed by community health agents and leaders. Availability of condoms inside the community is a strategic priority for facilitating access to this input and popularizing their use.
- (10) A roving strategy that started in the Morro do Estado community in Niterói, across Guanabara Bay from the city of Rio de Janeiro, in 1996, and quickly spread to other communities, whereby the community prevention agents canvassed the hillside community with a portable stand containing educational materials and condoms to show and discuss with residents, thus reaching the various neighborhood strata.
- (11) To be concerned [*preocupar-se* in Portuguese] means to be disquieted or impressed, to take interest, and to become involved or engaged; a concern is something that attracts or awakens attention, like AIDS in the communities.
- (12) Research supported by the interdisciplinary group of the National Coordinating Body for STD/AIDS: An Ethnographic Study of Community Prevention and Health Promotion Centers, coordinated by Cecília de Mello e Souza, PhD in Social Anthropology, coordinator of the EICOS program (Interdisciplinary Studies on Communities and Social Ecology), affiliated with the Institute of Psychology, Federal University in Rio de Janeiro, assisted by Maria Luiza de Carvalho, PhD student in the Psychosociology of Communities and a group of researchers.
- (13) Under the Vila Paciência Initiative, CEDAPS developed a participatory community diagnosis aimed at preparing an integrated development plan with actual participation by local residents in the drafting process.
- (14) See *Pedagogia da autonomia* (The Pedagogy of Autonomy), a classical study by Paulo Freire and the basis for a liberating education.

LA EXPERIENCIA DEL CENTRO DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LAS COMUNIDADES POPULARES DE RIO DE JANEIRO

Kátia Edmundo

Psicóloga, miembro del equipo de la Coordinación General del Centro de Promoción de Salud (CEDAPS). Este texto cuenta con la colaboración de todos los miembros del equipo del CEDAPS y en especial, de la periodista Danielle Bittencourt (katia@cedaps.org.br).

*“Son 200, son 300 las favelas cariocas? El tiempo en contarlas es el tiempo para otras surgir... (...) ¿Qué hacer con tanta gente brotando del piso, hormigas de un hormiguero infinito?”
(Carlos Drummond de Andrade in Valla & Stotz, 1996)*

El Centro de Promoción de Salud (CEDAPS) (1) es una organización no-gubernamental que trabaja con el concepto ampliado de salud, que se define a partir de la idea de acceso equitativo a todos los bienes sociales, preconizando la participación de la población más pobre en la construcción de su proceso de desarrollo. Aplicando el concepto al campo del SIDA, fomentamos la creación y el asesoramiento (2), un espacio de articulación entre las asociaciones comunitarias que trabajan en Río de Janeiro en la prevención de la epidemia, recibiendo el nombre de Red Comunidades en la Lucha contra el SIDA.

Actualmente, la red cuenta con la participación de 51 entidades y continúa ampliándose. Nuestro trabajo se ha desarrollado en base a contribuir en la calificación de la práctica comunitaria que se consolida en el interior de las favelas y en barrios periféricos de la ciudad. El escenario actual demanda, y el involucramiento con la causa del SIDA está configurándose como el “punto de partida” para el fortalecimiento del proceso de participación, movilización y organización de las asociaciones comunitarias.

Este texto pretende relatar la experiencia que estamos implementando desde 1996 con asociaciones comunitarias y

también, resaltar cuestiones surgidas del deseado enfrentamiento a la creciente asociación entre SIDA y pobreza, conscientes de que la realidad social brasileña y la vulnerabilidad (3) al VIH/SIDA con que nos enfrentamos nos coloca nuevos desafíos a cada día. Nos permitimos escribir más libremente en este texto, considerando que es del reconocimiento y de la lectura del movimiento social en el interior de las comunidades que surgirán nuevas consideraciones y debates sobre lo que estamos efectivamente construyendo con relación a la prevención dentro del contexto de violencia y pobreza.

Además, el texto es una invitación a la reflexión sobre una propuesta basada en la atención del “saber de la práctica” de técnicos y comunitarios dedicados a construir cotidianamente lo que hemos llamado de “respuesta de las comunidades a la causa del SIDA”, para ser agregada a la llamada respuesta brasileña a la epidemia, protagonizada por un movimiento social cuya trayectoria sirve como fuente de inspiración para las comunidades.

La comunidad en el ámbito del trabajo con SIDA

La comunidad es la base fundamental para el ejercicio de la vida cotidiana. Es en la comunidad donde las relaciones primarias se establecen, es en el espacio geográfico y/o sico-social donde se crean y recrean nuevas posibilidades para mejorar las condiciones de vida y formas concretas de enfrentar las desigualdades. Por tanto, el cambio social es la principal llave para el movimiento comunitario.

El término “comunitario” está siendo redefinido constantemente en el campo del SIDA, sometido a la percepción y al punto de vista del “lugar” de quien lo utiliza. Por lo general, delimita “lados” de un movimiento. Como complementación, negociación y/o contraposición a los eventos científicos y/o gubernamentales, están los eventos y movimientos comunitarios que son independientes, no sujetos a las leyes y normas de la ciencia y/o del gobierno y se encuentran en el ámbito de la sociedad.

Tratándose del trabajo y de la organización en las favelas cariocas, desde hace mucho el término comunitario está siendo asociado fuertemente a lo “popular”, lo que se refiere al pueblo, a las poblaciones en situación de pobreza, al conjunto de prácticas desarrolladas en las favelas y en barrios de la periferia con la intención de mejorar sus condiciones de vida. Por tanto, estamos refiriéndonos a un trabajo en SIDA dirigido a la comunidad, o sea, para el lugar de convivencia familiar, el “local” de morada de las capas populares que son las favelas y conjuntos habitacionales y barrios de la periferia de Río de Janeiro.

Proponemos la utilización del término “comunidades populares” para expresar la idea de que estamos refiriéndonos a las capas populares de la sociedad brasileña y de esa forma, incluimos en el término categorías como género, raza y clase social, conscientes de su dimensión relacional. Comprendidas como un territorio delimitado geográficamente y culturalmente, las comunidades congregan modos de vidas y organización propias, evidenciados por su historia, por las relaciones que establecen y por la forma como enfrentan la desigualdad socio-económica presente en la sociedad en sus infinitas correlaciones y, en gran parte, promotoras del sufrimiento y de la enfermedad humana.

Identificados con el local donde viven, los líderes comunitarios trabajan por el bienestar colectivo de sus comunidades y establecen una relación política y afectiva que es potencialmente generador de desarrollo de salud. El abordaje, las estrategias, en fin, la metodología de trabajo dirigida para la

comunidad, constituye un campo propio y debe contemplar la noción de “organismo vivo e relacional”.

En la comunidad conviven diferentes segmentos sociales, anterior y recientemente alcanzados por la epidemia de VIH/SIDA. Las acciones dirigidas a un determinado segmento de la población son fundamentalmente importantes ya que permiten profundizar en el diálogo y le da diversidad a la causa. Sin embargo, lo que se manifiesta es la necesidad de integración de las acciones y de abordaje cuando son dirigidas en un mismo territorio, contemplando la dimensión multicausal del SIDA.

Consideramos que las acciones en una comunidad deben formar parte de una planificación articulada y conjugada por actores que adsorban, registren y actúen sobre el universo comunitario. Las acciones aisladas producen resultados aislados, con posibilidad de ser conjugadas posteriormente pero que desde ya pudieran nacer bajo la óptica de la acción integrada, preconizando una metodología y abordaje que se comprenden como comunitarias.

Asociaciones comunitarias y SIDA

En su mayoría, las asociaciones de moradores son presididas por los hombres y operacionalizadas por las mujeres que por su vez, en los últimos tiempos, han manifestado su interés y necesidad de conquistar un espacio más apropiado y más “femenino” en el universo de las comunidades. Nacen, entonces, las asociaciones de mujeres – con pautas más próximas al cuidado y al universo familiar, como los niños, los jóvenes, los ancianos y en especial, los problemas ligados a la educación e a la salud.

Actualmente existen, en el Estado de Río de Janeiro, alrededor de 150 (4) asociaciones de mujeres, además de un expresivo número de asociaciones de moradores y comités de defensa de la ciudadanía, dirigidos o presididos por mujeres, que por su vez están sensibilizándose con la temática del VIH/SIDA. Considerando que el SIDA está aumentando substancialmente en los segmentos

femeninos de baja escolaridad y con relaciones conyugales heterosexuales estables, esa sensibilización es de vital importancia en el ámbito del control de la epidemia.

En la década de los 90, la pauperización del SIDA condujo a un cambio en el perfil de los proyectos e iniciativas en Brasil. El segmento de la población en situación de pobreza pasa a demandar por parte de Ministerio de Salud una mayor atención en lo referente a las acciones de prevención con base en las estrategias de educación para la salud. La idea de que la prevención realizada por pares (5) en lo que se refiere a los grupos específicos como por ejemplo, homosexuales desarrollando actividades de prevención para homosexuales, profesionales del sexo para profesionales del sexo, etc., se presenta como un modelo de intervención de suceso y de posible replicación en escenarios semejantes.

Las actividades de prevención en comunidades populares, por tanto, deben ser implementadas por moradores calificados para esa acción. Entonces, surgen los agentes comunitarios de prevención. A ese modelo de "prevención por pares", se le adiciona el modelo vigente en los sistemas públicos de salud que son, los agentes comunitarios de salud. De ese modo, los líderes comunitarios son técnicamente calificados para actuar como agentes de prevención y adherirse a la lucha contra el SIDA. Ese trabajo exige capacitación, acompañamiento y asesoramiento debido a que se espera que se implemente en las comunidades una acción comunitaria de prevención al VIH/SIDA calificada.

Como fue resaltado, las mujeres son aliadas destacadas en la causa del SIDA. Toman para sí la responsabilidad y el compromiso de alcanzar estratos comunitarios más distanciados del acceso a los bienes sociales, disponiéndose a ser procuradas en sus casas para distribuir preservativos, cuidando y acogiendo personas viviendo con SIDA en las comunidades. La formación de esas mujeres como agentes de prevención es fruto de un proceso en permanente construcción: se adhieren a la lucha contra el SIDA y se esfuerzan por

profesionalizar sus acciones, invirtiendo su tiempo, su determinación y sus pocos recursos financieros para participar de oficinas y seminarios de capacitación.

Desde la formación básica en ITS/SIDA y el uso del preservativo, pasando por el aprendizaje de técnicas participativas, hasta el desarrollo de sus propias estrategias de prevención, los líderes comunitarios pasan por un proceso de crecimiento personal y profesional que puede ser verificado en la acción colectiva. Según los propios líderes:

Es en el tono que la gente da el retorno. Dependiendo de la persona, porque hay personas que son serias, ahí hacemos una gracia, conversamos... en verdad, la gente aprende con cada uno que llega. Porque depende de lo que me pregunten para yo hablar. Porque hay gente que llega queriendo coger el preservativo y no quiere saber de más nada. Entonces, depende de cada uno, (...). Ahí está el trabajo del agente: hablar en la hora cierta. Cada día vamos descubriendo que existen fórmulas para hacer pensar a las personas sobre el asunto. No sabemos todo, pero lo estamos descubriendo. Conocemos algunos caminos que pueden hacer con que algunas personas se aproximen más. Ya conseguimos "driblarlas" para que participen más. Tenemos una 'forma de decir'."

(LÍDERES DE LA RED DE COMUNIDADES)

La conquista en las favelas cariocas de derechos sociales está relacionada directamente a la capacidad de organización y enfrentamiento por parte de los liderazgos. Tratándose del SIDA, esa situación es más compleja y la acción cotidiana se muestra fundamentalmente necesaria. Sin embargo, la práctica cotidiana es fluida pero se pierde en el universo de las iniciativas creadas por el movimiento social del SIDA en Brasil. Por eso, el CEDAPS también se dedica al registro (6) de la dinámica comunitaria en el proceso de adaptación, inspiración, creación o recreación que los liderazgos experimentan en las comunidades.

Las estrategias comunitarias, incluidas aquí las estrategias de sobrevivencia, amplían el campo de la prevención del SIDA, superan

la dimensión educativa y alcanzan la posibilidad de construir una “comunidad saludable”, teniendo como eje central el desarrollo integrado y sostenible (7). Es una comunidad que piensa y planifica estrategias que enfrenten directamente sus problemas sociales y no considera al SIDA, así como ninguna otra patología o problema social con una única causa, ejerciendo en lo cotidiano la posibilidad de construir una acción de enfrentamiento colectiva, compartiendo problemas y buscando soluciones colectivas y cooperativas.

Los liderazgos comunitarios comprenden en la práctica las diversas interferencias e interfaces presentes en el escenario de la comunidad en especial cuando se trata del VIH/SIDA, y desarrollando una visión más integradora que debe ser potenciada por acciones dirigidas a la población que están en situación de pobreza.

Construcción compartida de soluciones en salud

En Brasil, el CEDAPS implementa una metodología internacional (8), actuada en 24 países, dirigida a la capacitación para la elaboración simplificada de proyectos sociales. Cada participante identifica un problema en su práctica (autocrítica) en una determinada comunidad y a partir de estrategias metodológicas, sistematiza una solución. Así, la construcción de una cuadro de deporte por la Asociación del “Morro do Urubu” y la garantía de un espacio para la convivencia saludable de jóvenes y niños, tienen un carácter preventivo tanto cuanto como cualquier otra actividad de educación que para ese espacio sea planificado, el espacio del “encuentro entre las personas”.

El encuentro de parejas con el objetivo de pasear o simplemente para aprender a conversar, puede ser un buen inicio para una futura negociación sobre sexo más seguro en el Mendanha, en el barrio de Campo Grande. Asociar la distribución de preservativos a las proximidades de una “baiana do acarajé” en el “Morro dos Prazeres”, en santa Teresa, es una forma de introducirse lúdicamente, el erotismo en el uso del preservativo, asociándolo al placer.

La actuación del liderazgo alcanza nuevas concepciones, algunas veces anteriores a la idea de que la información y el autocuidado sean aspectos preponderantes para la adopción del sexo más seguro. Elementos como la convivencia social, el diálogo y el placer deben ser agregados para que se consolide la adopción de la práctica preventiva y haga el sujeto, moderador de una comunidad popular, capaz de tener una visión más amplia y crítica sobre sí mismo y sobre sus condiciones de vida. Haz “girar la rueda de la vida”, como afirma una líder comunitaria, cuya expresión popular, muy parecida a lo que Paulo Freire llama de “maña” del pueblo al referirse a la diversidad de estrategias que las clases populares hacen suyas para garantizar su sobrevivencia.

Resaltamos, que las prácticas de las acciones implementadas por el CEDAPS junto a las comunidades, se inspiran e iluminan a través de las ideas expresadas por el referido autor y ínter-dialoga en el ámbito de las discusiones realizadas en el interior de la red de educación popular y salud (VASCONCELOS, 2001).

Red de Comunidades en la Lucha contra el SIDA

Componen la Red de Comunidades en la Lucha contra el SIDA un total de 51 complejos de comunidades. Cada comunidad organiza su propio plan de prevención de las ITS/SIDA, desarrolla sus acciones en permanente diálogo con los intereses y grado de compromiso de los moradores. Algunas comunidades, estructuran sus núcleos comunitarios, o sea, espacios en la comunidad donde se ponen a disposición de la población, materiales educativos y preservativos (9). Actúan en las escuelas, en las iglesias, en los puntos de transporte, en las fiestas, eventos y en las calles: donde existan moradores de la comunidad, ahí están, con su “Barraca Educativa”. (10)

La organización en red, les permite un intercambio de experiencias que complementan lo ya aprendido sobre técnicas, impulsando la adquisición de nuevos

conocimientos y fomentando relaciones interinstitucionales, lo que representa un avance en el escenario de segregación impuesto por el tráfico de drogas y sus diferentes “comandos” en Río de Janeiro. Las normas que determinan las relaciones entre las comunidades en el interior de la red son: la cooperación y la construcción de un bien social público. Sin embargo, esa vivencia no es simple, lineal y coleccionadora de sucesos. Los enfrentamientos y conflictos están presentes en todo momento como parte de la dinámica creada.

A partir del acompañamiento de esas experiencias, nos deparamos con cuestiones de diferentes ordenes, relatos de sufrimiento constante de personas y de familias completas, historias de vidas marcadas por el dolor, por la violencia y por la opresión, o sea, una realidad relacionada, substancialmente, a un orden social injusto, que genera tristeza y desesperanza que con seguridad están en la base de lo que podemos llamar de vulnerabilidad al VIH/SIDA.

Es difícil describir lo que vivenciamos junto a los liderazgos comunitarios. Sin embargo, las conquistas son muchas y ellas impulsan a otras. Los retrocesos también están presentes en el interior de la red: las expresiones prejuiciosas, valores arraigados, visiones distorsionadas de la sociedad. Las redes encuentran a su alrededor, sometidas por las fuerzas tradicionalmente opresoras, presiones electorales de políticos procurando votos o la presión de la comunidad por pequeños beneficios, teniéndose que someter, algunas veces, al juego de la fuerza local para dar continuidad a sus luchas sociales. Se enfrentan, avanzan, retroceden y negocian, inspiradas muchas veces en la forma en que son negociados cargos y poderes en el mundo de los partidos y de los políticos brasileños. Ejercitan el juego político que conocen,

Algunos liderazgos se aproximan y otros se distancian del llamado “poder local” en lo referente a la totalidad de sus acciones comunitarias. Se trata de un movimiento heterogéneo y que bajo ninguna hipótesis debe ser generalizado en relación con las influencias e interferencias que sufren las

asociaciones comunitarias para el desarrollo de sus proyectos. Sin embargo, reconocen que los jóvenes relacionados con el tráfico de drogas y en situaciones de violencia en las comunidades, forman parte de esa y por eso deben ser ampliamente contemplados en las acciones de prevención comunitaria.

El ejercicio del diálogo y el intercambio de experiencia entre los liderazgos comunitarios en el ámbito de la red, fortalece la acción política local y promueve el aprendizaje de una nueva forma de actuar que congrega valores más democráticos como son, el debate, la diferencia de opiniones, la valorización de la relación con la comunidad, las diferencias de estilos y de actuación de cada líder, las visiones del mundo, la necesidad e importancia del crecimiento y de la formación personal como forma de conferir autonomía a las acciones comunitarias. Sintetizando, promueven la maduración política.

El CEDAPS reconoce la soberanía del liderazgo comunitario en la conducción de las negociaciones en el interior de las comunidades. Actuamos como co-gestores de los proyectos y tomamos como “termómetro” para saber el tamaño, la frecuencia y la intensidad de las acciones externas, el análisis de riesgo realizada por el propio líder que se encarga de las negociaciones locales. Consideramos, por encima de todo, que una acción externa, por más planificada que sea, no debe sobreponerse a una acción interna protagonizada por el liderazgo comunitario. Las fuerzas políticas deben ser respetadas en nombre de la continuidad y de la sustentabilidad de las acciones comunitarias.

Es necesario que reconozcamos que toda esa red es voluntaria y que cuenta con poquísimas acciones financiadas y que aún así, el movimiento no para de crecer. La organización de las comunidades presenta esa tendencia en diferentes sectores de la lucha social que luchan por la mejoría de las comunidades donde viven. Una lucha voluntaria y creciente.

En diferentes décadas la lucha por el agua, la luz, el saneamiento, por la educación

pública, por el puesto de salud, por el círculo infantil, en fin, cada derecho social conquistado en una favela carioca, fue marcado por algún tipo de negociación entre la organización comunitaria y el Estado. Muchas de esas luchas, nacieron en una comunidad y fueron extendiéndose a otras comunidades a un ritmo creciente que demanda, del poder público, una atención y una formulación de política pública capaz de minimizar la insatisfacción.

En las favelas cariocas, la omisión del Estado es visible. Los equipamientos comunitarios, por lo general, son reducidos en la orden directa de la distancia geográfica de las comunidades del centro urbano y del poder de presión política de su población. Según Pedro Jacobi (1993), los movimientos populares se construyen a partir de dos elementos fundamentales: la carencia y el trabajo desarrollado por la organización de los moradores. Por lo tanto, estamos en un momento fértil para la formulación de una política pública que sea efectiva para el control del VIH/SIDA junto a los segmentos más empobrecidos de la población, que integre las conquistas ya adquiridas pero que garantice la sustentabilidad y continuidad de las acciones en contextos, como ya dijimos, esencialmente productores de vulnerabilidad.

SIDA y pobreza: apuntes de una experiencia

Algunas observaciones de la práctica cotidiana: i) trabajar con SIDA está siendo “movilizador” y funcionando como “punta de un ovillo” para el desarrollo de liderazgos, asociaciones comunitarias y comunidades en Río de Janeiro; ii) el SIDA fue incluido como un ítem en la agenda de lucha de un gran número de comunidades; iii) esas comunidades están circulando crecientemente entre las organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales que trabajan con SIDA en busca de apoyo, recursos y trabajo en conjunto — dialogan con la sociedad; iv) los liderazgos reconocen su propia militancia y son reconocidos en su comunidad por el trabajo que desenvuelven — superan el rechazo inicial y alcanzan el respeto y el apoyo en la comu-

nidad en que viven; v) están estructurándose y ya se presentan como fundamental apoyo para quien vive con SIDA en las comunidades — un gran desafío en medio al hambre y a la violencia en las favelas cariocas; vi) participan, aún que inicialmente, del Foro de ONGs/SIDA del Estado de Río de Janeiro y se organizan en red como reflejo del movimiento social de SIDA en Brasil, cuya trayectoria histórica apunta hacia un futuro prometedor.

Sabemos cuanto el SIDA compromete a las capas populares, especialmente a las mujeres y jóvenes. Sin embargo, si colocamos un lente de aumento para focalizar directamente a las comunidades, con certeza, otros apuntes se manifiestan en el aumento de esa vulnerabilidad y exigen una mirada atenta. El SIDA pasa a ser más una “preocupación” para las comunidades (11), donde se suma al hambre, al riego, al desempleo y esa preocupación impulsa el enfrentamiento.

En las comunidades de Río de Janeiro, localizadas en su mayoría en macizos montañosos geográficos, las moradas fueron lentamente construidas contrariando todas las normas de habitabilidad. En el interior de esos morros, se van formando diferentes niveles y estratos: separaciones históricas y políticas, “bolsones de pobreza” y áreas donde el acceso a los bienes y servicios sociales son aún más difíciles para quien es morador.

Es posible observar que en algunas localidades, los moradores perciben al SIDA como una enfermedad que “entra” en la comunidad a partir del tráfico de drogas y alternan percepciones individuales y colectivas de mayor o menor vulnerabilidad al VIH, referenciados, entre otros factores, por esa percepción. Por un lado, se reconocen vulnerables y “buscan espontáneamente” el preservativo, por otro, se diferencian y no se reconocen grupos-objetivos del trabajo de prevención.

Ese es un ejemplo de que necesitamos conocer cada comunidad, sus modos de vida, sus percepciones, sus significados, como vivencian la socialización sexual, el proceso de formación de nuevas familias, como se dan las relaciones de género, la enfermedad, las relaciones con el llamado “poder local”, en fin,

la cultura de la comunidad. Cultura que es peculiar y debe ser conocida e interpretada con la finalidad de formular un plan local que supere la idea de intervención educativa y promueva la construcción de una respuesta comunitaria participativa, que tenga como punto de partida, el reconocimiento de que todos somos parte de una determinada realidad y que la lucha contra el SIDA es una causa de todos.

La dimensión de la investigación en las comunidades que trabajan con SIDA, tiene un papel preponderante, una investigación de base cualitativa que envuelva a los diferentes actores en el proceso de conocimiento de sí y de la comunidad a que pertenece. Estamos realizando una experiencia en Río de Janeiro a través de un proyecto de pesquisa que tiene como objetivo investigar, a partir del enfoque antropológico, dos núcleos comunitarios de prevención — uno en la zona norte y otro en la zona oeste de la ciudad — apoyados por el CEDAPS.

La antropología se muestra como un campo teórico-metodológico capaz de abarcar la diversidad de la realidad vivida en la práctica comunitaria. Esa investigación trae, además, el posible y deseable encuentro entre una ONG y la academia a través del papel actuante del programa EICOS/UFRJ en su coordinación (12). Sintetizando, estudiar la cultura local se torna indispensable en el proceso de formulación de acciones que busquen reducir la epidemia del VIH/SIDA en determinada comunidad. Diagnosticar (13) vulnerabilidades y potencialidades promotoras de salud transforma la acción y nos distancia de la replicación simplificada de modelos con base en conceptos y metodologías preconcebidas y testadas, por más bien sucedidas que sean.

Acompañar la lucha con el SIDA, desarrollada en el interior de las favelas cariocas a través de los liderazgos participantes en la Red de Comunidades en la Lucha contra el SIDA, a partir de las acciones de prevención que implementan y de la relación que establecen con quien vive con SIDA en las comunidades, es una posibilidad de descubrir caminos recorridos por la población en la

construcción de la que Valla (2002) llama de “apoyo social” ya que se trata de un proceso recíproco que genera afectos positivos para quien apoya y/o es apoyado.

La prevención tiene como base el apoyo mutuo, la comunidad se responsabiliza por la construcción de su propia concepción de ser saludable, de algo que se aproxima de lo que Paulo Freire denomina de autonomía (14) de los grupos populares. Superando, de acuerdo con Paiva (2000), la instauración de un proyecto de prevención con base en la educación bancaria que se estableció como hegemónico en Brasil, yendo al encuentro de la idea de una educación libertadora que “estimula la organización colectiva y cree en las respuestas producidas por quien está directamente afectado y viviendo en el contexto vulnerable”. (Pág. 38)

Parker (1994) llama la atención para la idea de que se hace necesaria e urgente la construcción de una política solidaria, como única respuesta posible a la epidemia de VIH/SIDA en Brasil y en el mundo. El enfrentamiento solidario a la causa del SIDA puede movilizar sólo así debe ser comprendido, “elemento real” favorecedor de la transformación social y del desarrollo: *Si las estructuras de la desigualdad social continúan a existir, la diseminación de la infección por el VIH y el SIDA continuará – y continuará siguiendo las fisuras y fallas creadas por la opresión, prejuicio y discriminación social y económica. La lucha contra el SIDA surge necesariamente dentro de la lucha más amplia contra la injusticia – contra la pobreza y la miseria, contra el rasismo (...). Depende, por encima de todo, de nuestra capacidad de construir una política solidaria dentro de una sociedad democrática* (PARKER, 1994:20).

La Red de Comunidades de Lucha contra el SIDA es hoy un espacio concreto de aprendizaje y ejercicio de movimiento colectivo de enfrentamiento solidario al SIDA y a la pobreza. Acompañarla es esencial, ya que todavía hay mucho por hacer en esa caminata y que esa es una causa de nosotros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTOS, Francisco Inácio & SZWARCOWALD, Célia Landmann. *Boletim ABIA. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas* [AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence]. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
- FREIRE, Paulo. *A pedagogia do oprimido* [Pedagogy of the Oppressed] Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- JACOBI, Pedro. *Movimentos populares e políticas públicas* [Popular Movements and Public Policies] São Paulo: Cortez, 1993.
- PAIVA, Vera. *Fazendo arte com a camisinha: Sexualidades jovens em tempos de AIDS* [Art with the Condom: Young Sexualities in Times of AIDS] São Paulo: Summus, 2000.
- PARKER, Richard. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil* [Building Solidarity: AIDS, Sexuality, and Politics in Brazil] Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA-IMS, UERJ, 1994.
- _____, and TERTO, JR., Veriano (org.). *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS* [Enhancing the Debate: social responses to AIDS]. *Anais do seminário Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década* [Proceedings of the AIDS Prevention Seminar: Limits and Possibilities in the Third Decade] Rio de Janeiro: ABIA, 2000.
- VALLA, Victor Vincent. (org.). *Saúde e educação* [Health and Education] Rio de Janeiro: DP&A, 2000
- _____, & STOTZ, Eduardo (org.). *Educação, saúde e cidadania* [Education, Health, and Citizenship] Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde* [Health in Words and Gestures: Reflections on the Network for Popular Education and Health] São Paulo: Hucitec, 2001.
- (5) Modelo de prevención realizado por segmentos grupales específicos a sus pares, recomendado por el Programa de SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA) como demostrando señales de suceso en el alcance a grupos vulnerables (ver en especial: *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, editado por UNUSIDA, 2002)
- (6) Catálogo de Estrategias Comunitarias de Prevención de las ITS/SIDA. Fue realizada una investigación por la psicóloga Vanessa Fonseca, entre el 2001 y el 2002, que resultó en la organización de una publicación contemplando la diversidad y amplitud de la acción educativa protagonizada por los liderazgos.
- (7) Nos estamos refiriendo al campo de actuación denominado “Desarrollo Local Integrado y Sustentabilidad” enfocado en la Promoción de Salud, en el cual el CEDAPS desarrolla una experiencia en la región de Santa Cruz, en la zona oeste de Río de Janeiro, y está compartiendo resultados y aprendizajes junto a una red que crece en Brasil teniendo el campo ciudad/comunidad saludable como eje.
- (8) *Problem Solving for Better Health / Construcción* Compartida de soluciones en Salud, registrada por Dreyfus Health Foundation.
- (9) Guardan semejanzas con los bancos de preservativos creados originalmente por Médicos Sin Fronteras, gestionados en la actualidad por gestores comunitarios. Es importante resaltar, que la disponibilidad de preservativos en el interior de la comunidad es una estrategia prioritaria para facilitar el acceso a la población al mismo y a popularizar su uso.
- (10) Estrategia itinerante nacida en el Morro do Estado/Niterói/RJ en 1996, extendiéndose rápidamente a otras comunidades en que los agentes recorren el morro con una banca con materiales educativos y preservativos para presentar y discutir con los moradores, alcanzando sus diferentes estratos.
- (11) Preocuparse, quiere decir, según el diccionario Aurélio, impresionarse; algo que prende o despierta la atención, como lo hace el SIDA en las comunidades.
- (12) Investigación apoyada por el grupo matricial de la Coordinación Nacional de ITS/SIDA: Estudio Etnográfico en Núcleos Comunitarios de Prevención y Promoción de Salud, bajo la coordinación de Cecilia de Mello e Souza –PhD en Antropología Social, coordinadora del programa EICOS (Estudios Interdisciplinarios de Comunidades y Ecología Social), ligado al Instituto de Psicología de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Cuenta, también, con la asistencia de Maria Luiza de Carvalho, doctoranda en Psicología de Comunidades y de grupos de investigadores.
- (13) El CEDAPS desarrolló en el programa Iniciativa de Vila Paciência un proceso de diagnóstico comunitario participativo, con vistas a la formulación de un plan integrado de desarrollo que cuenta efectivamente con la participación de los moradores en su elaboración.
- (14) Ver el libro *Pedagogía de la autonomía*, clásico de la obra de Paulo Freire y base de una educación libertadora.

NOTAS

- (1) Fundado en 1993, tiene como director-presidente al pediatra, mestre en Salud Pública, Daniel Becker.
- (2) El programa de SIDA del CEDAPS fue formulado por la autora de este texto y por otros dos miembros del equipo de la Coordinación General: Wanda Lúcia Guimarães y María do Socorro Lima. Cuenta además con un equipo de profesionales y practicantes, coordinados en el campo por la asistente social Ana Paula Baptista.
- (3) Utilizaremos el concepto vulnerabilidad bajo los términos apuntados por Jonathan Mann y que están siendo operados por diferentes estudiosos y autores en Brasil.
- (4) Ese número es fornecido por la Federación de las Asociaciones de Mujeres del Municipio de Río de Janeiro (FAMURJ). El origen y la evolución de las Asociaciones de Mujeres en Río de Janeiro son campos que necesitan más sistematización y registro.

O Projeto Kuhluvuka – Corredor de Esperança, em Moçambique

Paula Monjane* e E. Cipriano**

* Mestre em População e Desenvolvimento. Oficial de Monitoria, Avaliação e Investigação do Projeto Kuhluvuka, da Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC) (pmonjane@virconn.com).

** Psicóloga e coordenadora do Projeto Kuhluvuka, da FDC.

M

Moçambique, situado na costa oriental da África e com cerca de 18 milhões de habitantes, é um dos dez países mais afetados pela AIDS no mundo. Dados oficiais do Ministério da Saúde estimam o nível de prevalência em aproximadamente 14% na população adulta (15-49 anos). Os dados nacionais sobre o número de casos de AIDS por ano indicam que a epidemia encontra-se num ponto de transição importante. Ao invés de permanecer como uma epidemia silenciosa de infecção pelo HIV, a doença começa a manifestar-se como AIDS.

O estudo sobre o Impacto Demográfico do HIV/AIDS em Moçambique, realizado em 2000, indica que existiam, em 1999, cerca de 1.173.878 pessoas infectadas no país. Das aproximadamente 83.600 pessoas que morreram em consequência da AIDS, 14 mil eram crianças. Em algumas províncias da região central do país, com taxas de prevalência já registradas em 20% ou mais, pode-se prever um aumento rápido da mortalidade adulta num futuro próximo e um aumento de novos casos de infecção, o que vai produzir, entre outros, grandes mudanças na estrutura da população.

As projeções da AIDS ilustram uma imagem sombria em relação ao futuro, similar a dos países vizinhos, o que significa que Moçambique irá muito em breve observar uma miríade de consequências da AIDS, incluindo crianças órfãs, força de trabalho reduzida e serviços de saúde gravemente sobrecarregados, se medidas efetivas de estancamento da epidemia não forem tomadas.

Esse cenário é agravado pelo alto índice de pobreza (1) existente no país, um dos mais pobres do mundo. De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano (RDH 2000), em termos do Índice de Desenvolvimento Humano, que compreende índices de rendimento, educação, alfabetização e esperança de vida, Moçambique encontra-se na 169ª posição de um total de 174 países, ou seja, é um dos dez países mais pobres do mundo. Cerca de 70% da população vive abaixo da linha de pobreza (US\$ 0,40 por dia) e as taxas nacionais de analfabetismo são de 61%, sendo o analfabetismo feminino de 74%. As mulheres rurais são aquelas que menos oportunidades têm de acesso à educação (84% de analfabetismo na população feminina).

O presente artigo pretende trazer à discussão a problemática das abordagens ao HIV/AIDS num contexto de pobreza generalizada, como é o caso de Moçambique, onde essa é causa e conseqüência da propagação da epidemia. Assim, a resposta não deve centrar-se apenas em aspectos de risco comportamentais e biomédicos, que são em parte conseqüência da conjuntura existente, mas também em aspectos a longo prazo e integrada em intervenções de desenvolvimento com vistas à redução da pobreza e situação de vulnerabilidade em que a maioria da população vive.

Tendo essa perspectiva de enfrentamento da epidemia de entrançamento ou associação das intervenções de combate ao HIV/AIDS em aspectos de melhoria de vida da população, no presente, discute-se a abordagem adotada pelo Projeto Kuhluvuka — Corredor de Esperança, concebido pela Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), com particular destaque aos constrangimentos e desafios encontrados.

Respostas ao combate do HIV/AIDS em Moçambique

Em a resposta à situação do HIV/AIDS, o governo de Moçambique criou o Programa Nacional de Controle da AIDS (PNCS) em 1986 e o Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) em 1988, ambos integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), subordinado ao Ministério de Saúde. Até meados dos anos 1990, as intervenções de combate ao HIV/AIDS eram essencialmente governamentais, voltadas unicamente para ações de prevenção e concentradas no PNCS. A partir dessa época, começaram a surgir organizações não-governamentais que efetuavam intervenções complementares ao PNCS, também na área de prevenção.

Em 1999, o governo, com impulso da comunidade doadora, efetuou um esforço de desenvolver uma estratégia sobre o HIV/AIDS que fosse intensiva, participativa e multissetorial. O *Plano Estratégico Nacional de Combate às DST/HIV/AIDS 2000-2002* (PEN), aprovado em agosto de 1999, está baseado numa abordagem multissetorial que pretende mobilizar recursos e apoio de todos os elementos do espectro político, social e econômico. Para encabeçar ou liderar essa abordagem, acima da competência exclusiva da saúde, o plano incluiu a criação do Conselho Nacional de Combate à AIDS (CNCS), incorporando membros

do governo e da sociedade civil. O plano estratégico enfatizava a qualidade e a cobertura informativa com atividades de prevenção e redução do impacto.

A estratégia também identificou “grupos de risco”, que incluem crianças de rua e órfãos, pessoas vivendo com HIV/AIDS, doentes com DSTs, estudantes e jovens fora da escola, caminhoneiros, mineiros, policiais, soldados, trabalhadores de sexo e seus clientes, prisioneiros. Igualmente, a estratégia, apesar de não excluir ou desencorajar o trabalho em outras áreas, deu prioridade às áreas urbanas e rurais adjacentes aos corredores de transporte. Nessa estratégia, o papel implementador das ONGs tornou-se prioritário, enquanto o CNCS passou a ter um papel de organismo coordenador e orientador.

No presente, as intervenções no país são ainda baseadas no plano estratégico de 2000-2002, enquanto o de 2003-2005 está em fase de desenvolvimento. *Apesar dos esforços de se encontrar respostas eficazes à problemática da AIDS, e o reconhecimento da ligação entre pobreza e AIDS, muitas poucas iniciativas, quer governamentais e não-governamentais, associam as ações de redução da pobreza e melhoria das condições de vida da população àquelas voltadas ao combate do HIV/AIDS.*

Em relação às intervenções da comunidade, não existem dados atualizados sobre o assunto. Segundo o PEN 2000-2002, em 1998, existiam 58 programas e projetos na área do HIV/AIDS, dos quais 29 geridos por ONGs e outras organizações nacionais, nove por ONGs internacionais, sete apoiados por agências das Nações Unidas e 13 apoiados pelo governo. Como se pode constatar, o setor da sociedade civil é o que tem sido mais ativo no trabalho de informação e educação sobre HIV/AIDS e cuidados e apoio aos infectados e afetados em nível comunitário. *Contudo, apesar do sucesso notável na sensibilização da população em relação ao HIV/AIDS/DSTs, a sua capacidade de estabelecer uma resposta estratégica integrada para garantir a qualidade e a cobertura necessárias, particularmente junto às populações vulneráveis, ou de*

reconhecer o papel estratégico desempenhado pelas organizações comunitárias de base e pelos líderes comunitários, é limitada.

Referencial teórico de enfrentamento da epidemia

Com intuito de identificar respostas mais eficazes à rápida propagação do HIV nos países do Terceiro Mundo, e em particular na África Sub-Saariana, várias interpretações sobre os determinantes do mesmo vêm sendo exploradas. Essas interpretações podem ser agrupadas em duas perspectivas: uma centrada no indivíduo e outra centrada em aspectos (macro e micro) ambientais.

• Perspectiva centrada no indivíduo

Desde a descoberta da AIDS, na década de 1980, as intervenções dominantes de combate ao HIV/AIDS têm sido relegadas ao domínio clínico-médico e epidemiológico, como resultado da interpretação dominante dos determinantes da epidemia de AIDS que continuam centrados no indivíduo, no que ele sente e como se comporta.

A medicina, como um campo vital da ciência, tem verificado importantes transformações. Uma dessas importantes transformações, de relevância para o contexto de interpretação da epidemia de HIV/AIDS, foi a divisão entre a saúde ligada ao indivíduo e àquela ligada à população (saúde pública) em princípios do século passado (GARRET, 2000). A resposta dominante da epidemia de AIDS era baseada na interpretação da mesma como um evento médico e epidemiológico.

Na realidade, no princípio da epidemia, quando existiam ainda poucos casos de AIDS, a visão dos fatores determinantes da AIDS circunscrevia-se em biomédicos: subtipo de vírus, estágio da infecção, presença de outras DSTs e sexo (homem ou mulher). Esses fatores, que determinam a passagem da infecção para o estado de AIDS, eram os únicos considerados. Para evitar a transmissão da doença, as principais intervenções centravam-se no tratamento das DSTs e distribuição de preservativos.

À medida que a população infectada começou a aumentar, e a AIDS se tornou uma epidemia, cresceu o

interesse pelo aspecto de comportamento sexual, cujos principais determinantes incluem: taxa de troca de parceiros, múltiplo parceirismo, práticas sexuais, circuncisão e uso de preservativo. Várias teorias, baseadas fundamentalmente em psicologia, foram desenvolvidas e serviram de base para prever o comportamento do indivíduo e desenhar respostas de intervenção.

Um passo adicional havia sido dado no sentido de focalizar o problema do HIV/AIDS não apenas no corpo do indivíduo, mas também na motivação do indivíduo que leva a comportamentos de risco. A partir da visão comportamental, cresceu a idéia de grupos de risco ou de maior risco nos quais a epidemia se propaga com maior facilidade, e as intervenções adicionais podem resumir-se em promoção da mudança comportamental, isto é, redução de parceiros, uso do preservativo e adiamento da primeira relação sexual.

Críticas do sul e norte indicam que ambas as visões biomédica e comportamental expressam uma perspectiva atomística, individualizada e departamentalizada, não refletindo na plenitude as causas, conseqüências e dinâmica da epidemia de HIV/AIDS (BARNET & WHITSIDE, 2002; WILKINSON, 1996). As críticas centram-se essencialmente no fato de essas excluírem completamente aspectos estruturais, de distribuição de recursos e socioculturais: a ligação entre pobreza e HIV/AIDS, a existência de desigualdades estruturais entre países e dentro de países, de natureza histórica, os efeitos a longo termo sociais e econômicos, e práticas socioculturais.

• ***Perspectiva centrada em aspectos ambientais (macro e micro)***

A incapacidade de reduzir ou reter o crescimento rápido da epidemia particularmente nos países pobres e as limitações das intervenções de combate ao HIV/AIDS, trouxeram nos últimos anos, ao campo da ciência e de intervenção, o desafio de novas reflexões sobre as possíveis determinantes da epidemia e sua conseqüente resposta.

Essas reflexões trouxeram a perspectiva de que existem fatores, fora do controle direto do indivíduo, que tornam certos grupos de indivíduos e uma determinada sociedade mais ou menos vulneráveis a riscos e que influenciam a

sua suscetibilidade à infecção pelo HIV. Essa abordagem traz à discussão aspectos ambientais macro e micro que determinam a exposição de grupos de indivíduos à infecção pelo HIV.

Por aspectos ambientais macro referimo-nos àqueles como a riqueza/pobreza, a distribuição de recursos, a cultura, a religião, a infra-estrutura existente e o governo, e por aspectos ambientais micro referimo-nos àqueles de âmbito contextual, como mobilidade, urbanização, direitos e status da mulher na sociedade, políticas sociais e econômicas, legislação de emprego, acesso a cuidados de saúde seguros e tipologia de violência/guerra.

As intervenções necessárias para responder a essas áreas resumem-se, entre outros, em intervenções e cometimento a longo prazo, em políticas sociais e econômicas de redistribuição de recursos, reformas legais e investimento nos serviços sociais básicos, defesa dos direitos humanos, legislação de emprego e alívio da dívida, e melhoria dos termos de troca entre os países ricos e pobres.

Para os defensores dessa perspectiva, o HIV/AIDS no mundo está estritamente ligado a fatores como diferenças, riqueza/pobreza, renda e distribuição de recursos e tem origens históricas e estruturais, que para países mais pobres e/ou com diferenciais de acumulação e distribuição de recursos, como é o caso dos da África Sub-Saariana, influenciam a rápida propagação do HIV na população. Posições mais pragmáticas apontam para a erradicação da pobreza absoluta como uma solução para o problema da AIDS (Mbeki citado em HAWA, 2003).

Críticas sobre essa posição extremista apontam para uma posição estruturalista, na qual existem grupos de indivíduos que criam as mesmas estratégias de sobrevivência para a mesma situação contexto, ignorando as opções de vida individuais.

Para linhas menos extremistas, tanto os fatores ambientais socioculturais e econômicos que aumentam a vulnerabilidade (2) de infecção pelo HIV de certos grupos/camadas da sociedade e os fatores biomédicos e comportamentais que aumentam a suscetibilidade (3) de infecção pelo HIV de certos indivíduos devem ser abordados. Em meados da década de 1990, Jonathan Mann, que se tornou

diretor do Programa Global da AIDS (GPA) na Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu trabalho pioneiro sobre a epidemia de AIDS na África relaciona as condições de privação social e econômica e a vulnerabilidade à AIDS (HAWA,2003).

Em outros trabalhos feitos por Mann e seus colegas no GPA/OMS durante a década de 1990, foram relacionados HIV/AIDS, saúde e direitos humanos. Esses trabalhos influenciaram enormemente o desenvolvimento do Programa de AIDS das Nações Unidas (UNAIDS) nos primeiros anos de sua existência, incluindo aspectos sociais e econômicos no seu plano de trabalho. *Contudo, até o momento, as intervenções de resposta à problemática do HIV/AIDS pela UNAIDS e programas regionais e de países continuam a dar pouca atenção a aspectos ambientais sociais e econômicos (macro e micro) que influenciam a rápida propagação do HIV*, continuando a focalizar essencialmente na perspectiva biomédica e comportamental de metas a curto prazo.

Por trás dessa priorização, biomédica e comportamental poderá, em parte, estar o fato de as intervenções de resposta dessas serem a curto prazo e aparentarem metas mais facilmente tangíveis, seja número de preservativos vendidos, redução de parceiros reportados, adiamento da idade sexual reportada, entre outros. A verdade é que não há experiências concretas sobre o impacto de intervenções desse gênero que tenham tido impacto na redução de número de casos de infecção pelo HIV. Por outro lado, *as estratégias de resposta de fatores ambientais requerem intervenções a longo prazo e grande investimento em serviços sociais básicos, particularmente na saúde, contrariando a política atual de livre concorrência e redução de gastos no setor público.*

Determinantes da epidemia de HIV/AIDS em Moçambique

Moçambique é uma conjuntura de três epidemias, uma epidemia “jovem” progredindo devagar no norte (cerca de 6% na população adulta), uma epidemia “madura” no centro do país (cerca 17% na população adulta) e uma epidemia galopante no sul do país (cerca de 13%).

Ainda que não seja comprovado, acredita-se que as taxas de prevalência relativamente baixas no norte do país possam estar associadas, entre outras razões, ao relativo isolamento daquela região, a predominância da religião muçulmana e o controle social existente que promove práticas sexuais de relativo menor risco. Já no centro do país, vários fatores podem ter um papel importante na alta prevalência do HIV, como a relativa alta mobilidade de e para países vizinhos com taxas elevadas de soroprevalência, a baixa prática de circuncisão masculina, entre outros. No sul do país, a progressão rápida da epidemia pode estar sendo estimulada pelo alto movimento de pessoas ao longo do corredor de Maputo e pela vulnerabilidade dos jovens influenciados pelas grandes cidades.

A trajetória histórica de Moçambique traz certos fatores e condições que, inevitavelmente, contribuem para a evolução da epidemia no país. Até 1975, Moçambique era uma colônia portuguesa cujas políticas, incluindo as de saúde, estavam desenhadas para servir aos interesses dos colonos. Na independência, o país herdou um sistema de serviços sociais básicos de educação e saúde frágeis e de fraca cobertura (em particular nas zonas rurais), com implicações na prevalência de doenças endêmicas, entre outras.

A infra-estrutura e a disponibilidade de recursos foram concentradas nas zonas urbanas, particularmente na cidade de Maputo, capital do país. A economia era baseada na exportação de matéria-prima bruta e mão-de-obra barata para os países vizinhos, como a África do Sul. Houve esforços no sentido de reverter essa situação, particularmente no período pós-independência, que, contudo, não significaram grandes mudanças até os dias de hoje.

Aliada à herança colonial, a guerra civil que se fez sentir logo depois da independência, as reformas estruturais introduzidas na economia no fim dos anos 1980 em Moçambique como resultado da mudança de ideologia no mundo, entre outros fatores internos e externos, também contribuíram para o contexto atual do país. Desses, resulta, por exemplo:

- O estabelecimento de três regiões, dominadas por três principais corredores de transporte de grande mobilidade populacional e de bens. As zonas ao longo do corredores são consistentemente as que apresentam taxas mais elevadas de HIV/AIDS, particularmente aquelas de maior circulação. A zona de maior prevalência no país (a região centro) é um corredor de transporte que teve

relativa operacionalidade mesmo durante a guerra civil. Depois dessa terminar, houve um grande fluxo de retornados vindos de países vizinhos com taxas já significativamente altas. Na região sul, por outro lado, as taxas altas na província de Gaza coincidem com a província de maior proveniência de população móvel (trabalho migratório para a África do Sul).

- Um desenvolvimento desigual entre a capital e o resto do país. *A fraca capacidade da capital de gerir e acolher a mão-de-obra proveniente do êxodo rural originou uma confluência de situações de risco à infecção pelo HIV, como prostituição e deficientes condições sanitárias, alto índice de criminalidade e migração ilegal para os países vizinhos (África do Sul e Swazilândia).*

- Uma fraca cobertura e deficiente assistência sanitária. Estudos atuais indicam que boa parte dos casos de infecção pelo HIV, na África Sub-Saariana, aconteceu por falta de cuidados de saúde seguros. Se por um lado, as evidências sugerem que Moçambique não seja exceção, por outro, a fraca e deficiente cobertura sanitária contribuiu para que a medicina tradicional no país fosse a solução de providência de cuidados mais disponível para a maior parte da população. As práticas tradicionais, de uso de objetos cortantes não esterilizados, sugerem igualmente uma fonte importante de risco.

- Uma baixa coesão social originada pelas guerras e experiências traumáticas que o povo viveu (como aglomerados e dispersões forçadas), com implicações para a resposta da sociedade civil na sua capacidade de agir coletivamente. Por outro lado, estudos sugerem haver uma relação entre o grau de ordem numa sociedade e os padrões de relacionamento sexual entre grupos. Em sociedades de menor coesão social, as pessoas são mais propensas a terem parceiros sexuais fora de sua rede de relações usual, ao contrário do que seria em sociedades de maior coesão. Em períodos de grande instabilidade econômica e social, as estratégias de sobrevivência das pessoas podem proporcionar mudanças rápidas de parceiros sexuais entre e dentro de certos grupos. Assim, e ainda que pela sua atividade e situação haja grupos mais suscetíveis à infecção, a epidemia não poderá estar concentrada em grupos específicos, mas provavelmente generalizada a toda a população.

- Uma pobreza generalizada como o fator base, associada direta ou indiretamente com os aspectos acima apontados (mobilidade e aspectos socioculturais e conjunturais), e tendo influência no comportamento sexual (4) e em alguns aspectos biomédicos (5) do indivíduo e de certos grupos na sociedade. *A pobreza está diretamente associada a estratégias de sobrevivência que põem certos grupos na sociedade mais suscetíveis à infecção pelo HIV. A presença de outras DSTs e a capacidade de tratamento e apoio para prolongar a vida dos soropositivos são afetadas pelo contexto de fraca cobertura e deficiente assistência sanitária, em parte associado à pobreza.*

- As diferenças encontradas no país sugerem que existem determinantes “indiretos” da epidemia, como a pobreza. Aliada a ela, existe uma série de outros fatores, como a grande mobilidade, aspectos conjunturais (desorganização social, cuidados de saúde não seguros) e aspectos socioculturais (religião, estrutura social, circuncisão etc.), que podem explicar as tendências da epidemia de HIV/AIDS no país, alguns desses funcionando como dinamizadores, aceleradores da rápida propagação da epidemia em certas regiões. Esses fatores “indiretos” têm influência sobre os determinantes mais “diretos” da infecção pelo HIV, como o comportamento sexual e alguns biomédicos.

As três dimensões da epidemia

Ao se abordar a epidemia de HIV/AIDS, para uma situação de Moçambique com médias e altas taxas de prevalência na população adulta, o debate envolve três dimensões paralelas:

- *A infecção pelo HIV*: o número de indivíduos para os quais alguma intervenção de prevenção tem que ser feita.

- *A doença*: número de pessoas que, em determinado momento, pelo seu estado, necessitam de alguma forma de tratamento e apoio para prolongarem a sua vida.

- *Impacto*: todas as formas de mitigação necessárias, incluindo cuidados e custos econômicos e sociais; se nenhuma ação é feita nesse momento, os custos tornam-se difíceis de serem suportados no futuro.

As epidemias (da infecção, doença e impacto) de HIV/AIDS na realidade comportam-se como uma catástrofe em cadeia, se medidas apropriadas de prevenção primária (prevenção de novas infecções), prevenção secundária (tratamento aos doentes de AIDS) e prevenção terciária (mitigação do impacto aos afetados e infectados, investimento nos serviços básicos e outros) não forem tomadas.

Intervenções necessárias de resposta à epidemia

Essa percepção do problema sugere uma abordagem não apenas centrada no indivíduo, mas também em grupos de indivíduos na sociedade, que por diversas razões, incluindo a pobreza, grande mobilidade e outras, estão mais suscetíveis à infecção. Assim, a resposta necessita ser tratada a mais longo prazo, abordando aspectos mais estruturais, como, por exemplo, a disponibilidade e o acesso a serviços sociais básicos, educação sanitária e melhoria das condições de vida da população no geral.

Se por um lado, as intervenções que visam a mudança de comportamento com mensagens sobre uso de preservativo, redução de parceiros, procura dos serviços de testagem e tratamento das DSTs, entre outras, continuam importantes, devem estar relacionadas a outras intervenções de melhoria de vida das populações ligadas a serviços básicos, como saúde, educação e segurança alimentar.

A resposta necessita, assim, ser conjunta entre as várias forças da sociedade, incluindo as instituições governamentais e da sociedade civil. Ao governo, para além do desenvolvimento de políticas que promovam e facilitem as intervenções necessárias de resposta e a garantia da sua implementação, está inerente um fortalecimento em investimentos a longo prazo em áreas vitais da saúde, educação e segurança social. A sociedade civil, por outro lado, desempenha um papel preponderante no complemento de ações nas diversas áreas de educação, apoio e cuidados ao nível de base.

Nesse contexto, é premente fortalecer e expandir a capacidade das instituições/organizações da sociedade civil, operando junto das comunidades para que exista implementação eficaz das atividades e que o envolvimento das comunidades e suas lideranças seja a força motriz na influência nas decisões e políticas de interesse para essas comunidades.

A resposta da FDC — principais intervenções

A FDC, através da sua unidade de AIDS e Desenvolvimento, concebeu o Projeto Kuhluvuka — Corredor de Esperança (UPK), de intervenção na região sul do país, priorizando 24 zonas ao longo do corredor de transporte que fazem ligação com os países vizinhos da África do Sul e Swazilândia, tidas como zonas de maior propagação da infecção pelo HIV no momento.

As ações abrangem todas as comunidades e pessoas das 24 zonas selecionadas da região sul do país. Contudo, foram identificados parceiros sociais prioritários para o projeto, que incluem jovens, mulheres e profissionais do sexo, mineiros e seus familiares, militares, enfermeiros, pessoas vivendo com AIDS e seus familiares, órfãos, trabalhadores e empregadores. As atividades definidas com cada um desses parceiros sociais focalizam aspectos diferenciados, tendo em conta seus contextos e suas necessidades, podendo ser agrupados em diferentes formas de atuação.

Atividades focalizadas no comportamento sexual (uso do preservativo, redução de parceiros, fidelidade, abstinência) e em alguns aspectos biomédicos (procura do tratamento das DSTs, aconselhamento e testagem voluntária, biossegurança e cuidados domiciliares) são realizadas por dez parceiros de implementação (ONGs) em nível de base e de acordo com a sua especialidade de atuação, ao mesmo tempo que a unidade de implementação do Projeto UPK realiza atividades de informação e sensibilização de massa na mídia e através de eventos diversos.

Paralelamente, os parceiros de implementação mobilizam as comunidades onde operam para uma ação de resposta eficaz sobre os vários problemas que enfrentam, incluindo o HIV/AIDS, ao mesmo tempo que abordam aspectos culturais que promovem comportamentos seguros ou de risco, como a desigualdade de gênero.

A FDC realiza ações complementares de sensibilização da opinião pública sobre o HIV nas suas várias ações de desenvolvimento existentes e de *advocacy* e *lobby* junto ao governo e doadores para o melhoramento da vida das comunidades abrangidas, visando a garantia de condições básicas relativas a saúde, educação, segurança alimentar e geração de renda.

As ações transfronteiras, que objetivam essencialmente a coordenação de ações de prevenção da transmissão pelo HIV e de apoio aos infectados e afetados

entre o sul do país e os países vizinhos nessa região, constituem uma estratégia importante dada à grande mobilidade de pessoas de e para os países vizinhos.

Como estratégia geral, a FDC aposta na capacitação da sociedade civil como forma de garantir uma resposta efetiva da problemática do desenvolvimento e do HIV, privilegiando atuação baseada na comunidade, num processo de transferência e partilha de capacidades e experiências.

Constrangimentos e desafios

Existem constrangimentos e desafios de várias ordens que limitam a abordagem concebida. A perspectiva de um projeto, e não de um programa com uma duração de apenas três anos, é irreal para os resultados que se propõe. Esses incluem resultados a longo prazo, como a mudança de comportamento sexual, a mobilização e capacitação da sociedade civil para uma resposta mais eficaz ao problema do HIV/AIDS e outros. A cultura de ações esporádicas, pouco coordenadas e de concentração em locais de fácil acesso em detrimento de outras zonas mais remotas, das organizações que trabalham nessa área, incluindo as parceiras de implementação, exige um maior esforço na coordenação e acompanhamento das mesmas, que foi subestimado durante a concepção do projeto.

Ligado ainda a esse assunto, existe uma fraca coordenação, cooperação e referência de ações complementares das várias áreas de desenvolvimento atuando na mesma zona geográfica. O contexto de uma abordagem nacional emergencial para o combate ao HIV/AIDS, centrada no indivíduo, em parte influenciada pela política dos doadores, constitui uma limitação para a resposta agregada, uma vez que outros intervenientes atuando nas mesmas zonas que o Projeto Kuhluvuka apresentam, de um modo geral, abordagens diferentes para o mesmo público.

Assim, a FDC toma o Projeto Kuhluvuka como base para o início de um programa de mais longo prazo, dado os resultados esperados, cujas ações de respostas devem incluir, para além das intervenções propostas no campo, uma forte componente de *advocacy* e *lobby* que visa uma melhor coordenação, cooperação e integração de outros aspectos de desenvolvimento entre os vários intervenientes na melhoria de vida da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARNETT, T; e WHITESIDE, A. *AIDS in the twenty- first century – disease and globalisation*, Palgrave MacMillan, 2002
- FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE. Projeto Kuhluvuka (versão final), 2000.
- GARRET, L. *Betrayal of trust: the collapse of global public health*. New York: Hyperion, 2000
- HAWA R. AIDS in Africa: too little too late'. <http://www-twinside.org.sg/title/late.htm> (em28/2/2003)
- MONJANE, P. Marketization of health care provision: analyzing urban and regional bias and implications for access by the poor. Master thesis, Institute of Social Studies, The Netherlands, 1999
- MOZAMBIQUE CENSUS. *II recenseamento geral da população e habitação*. Instituto Nacional de Estatística, 1997
- MPF. Pobreza e bem-estar em Moçambique: primeira avaliação nacional (1996-97), 1997, MPF/UEM/IIPPA
- O'LAUGHLIN B. In defence of the household: Marx, Gender and the utilitarian impasse. ISS working paper series nr. 289, 1999a
- PNUD. Relatório de desenvolvimento humano (RDH). PNUD Moçambique, 2000
- WILKINSON, R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996

NOTAS

(1) O conceito de pobreza: desde o reconhecimento da complexidade da pobreza, seu conceito e medidas operativas têm sido sujeitos a várias abordagens. O conceito de pobreza, usado por profissionais e instituições internacionais, tem cada vez mais reconhecido a natureza multidimensional da mesma. Contudo, a sua quantificação para efeitos operativos de delineamento de políticas e comparações entre países mantém-se limitada a algumas dimensões de pobreza. Tradicionalmente, a pobreza humana é definida e quantificada como a falta de acesso a bens econômicos (medido pela renda) e baixo nível de consumo familiar. Ainda que essas dimensões devam ser consideradas, a realidade tem mostrado que não capturam outras dimensões de vulnerabilidade e privação, como a distribuição da renda e/

ou consumo dentro da família, falta de acesso a educação e saúde, segurança, independência, auto-estima e redes de obrigações sociais que constituem fontes adicionais de consumo em momentos de crise (MONJANE, 1999). A atual definição de pobreza humana, usada pelo Programa para Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP), medido pelo Índice de Pobreza Humana (HPI), ainda que não extensivo, já inclui importantes dimensões básicas da privação humana, como a esperança de vida, a falta de acesso a educação, água e saúde, e o estado de saúde. Em Moçambique, os indicadores de pobreza são medidos pelo nível de consumo dos agregados familiares, pelo nível de rendimento *per capita* e pelo HPI. Ambos mostram níveis altos de pobreza no país, em termos de consumo, acesso (principalmente em termos de disponibilidade) a educação e saúde, esperança de vida e estado de saúde.

(2) O conceito de vulnerabilidade aqui está associado a aspectos que aumentam a possibilidade de a epidemia ter impacto sério na organização social econômica, seja de famílias, grupos de pessoas, instituições ou outros.

(3) O conceito de suscetibilidade refere-se a aspectos que contribuem para que um indivíduo tenha maior probabilidade de se infectar pelo HIV.

(4) Os determinantes de risco ligados ao comportamento sexual incluem múltiplos parceiros, taxa de troca de parceiros, práticas sexuais e uso de preservativo.

(5) Os determinantes de risco ligados aos aspectos biomédicos incluem a presença de outras DSTs, a prática de circuncisão, as diferenças biológicas relativas ao sexo, estágio de infecção e subtipos do vírus.

THE KUHLUVUKA PROJECT: A CORRIDOR FOR HOPE IN MOZAMBIQUE

Paula Monjane and E. Cipriano***

** Master in Population and Development, Monitoring, Evaluation, and Research Official for the Kuhluvuka Project, under the Foundation for Community Development (FDC) (pmonjane@virconn.com)*

*** Psychologist and Coordinator of the Kuhluvuka Project, FDC*

Mozambique, located on the eastern coast of Africa with a population of some 18 million, is one of the ten countries in the world most heavily affected by AIDS. According to official data from the Ministry of Health, the estimated prevalence is approximately 14% in the adult population (15-49 years). National data on the number of AIDS cases per year indicate that the epidemic is now at an important transition point. Rather than remaining as a silent epidemic of HIV infection, the disease has begun to manifest itself as AIDS.

According to the Study on the Demographic Impact of HIV/AIDS in Mozambique conducted in 2000, in 1999 there were an estimated 1,173,878 infected individuals in the country. Of the approximately 83,600 persons who had died of AIDS, 14 thousand were children. In some provinces in the central area of the country, with prevalence rates recorded at 20% or more, one can predict a rapid increase in adult mortality in the near future and an increase in new cases of infection, which will produce major changes in the demographic structure, among others.

AIDS forecasts paint a somber picture for the future, similar to that of neighboring countries, meaning that Mozambique will soon witness a myriad of consequences of the disease, including orphans, a reduced workforce, and severely overburdened health services, if effective measures to stop the epidemic are not taken.

This scenario is aggravated by the high poverty rate in Mozambique (1), one of the world's poorest countries. According to the

Human Development Report (RDH 2000) and based on the Human Development Index (which includes income, schooling, literacy, and life expectancy), Mozambique ranks 169th out of a total of 174 countries. This makes Mozambique one of the ten poorest countries in the world. Some 70% of the population lives below the poverty line (US\$ 0.40 a day) and the overall national illiteracy rate is 61%, with female illiteracy at 74%. Rural women have the fewest opportunities for access to education (with an 84% illiteracy rate).

This article deals with the issue of approaches to HIV/AIDS in a context of widespread poverty, as in the case of Mozambique, where poverty is both a cause and consequence of the epidemic's spread. Thus, the response should focus not only on behavioral and biomedical risk aspects, which are partly the consequence of the prevailing context, but also on long-term aspects, integrated with development interventions with a view towards reducing poverty and the vulnerability in which the majority of the population lives.

Based on this perspective for confronting the epidemic and the interweaving or association between interventions in the fight against HIV/AIDS and improvements in the population's living conditions, this article discusses the approach adopted by the Kuhluvuka Project, a Corridor of Hope, conceived and designed by the Foundation for Community Development (FDC), particularly highlighting the constraints and challenges dealt with in the experience.

Responses in the fight against HIV/AIDS in Mozambique

In response to the HIV/AIDS situation, the Government of Mozambique created the National AIDS Control Program (PNCS) in 1986 and the National Program for the Control of Sexually Transmitted Diseases (STDs) in 1988, both part of the National Health Service (SNS), under the Ministry of Health. Until the mid-1990s, HIV/AIDS interventions were essentially governmental, focused exclusively on preventive measures and concentrated in the PNCS. Beginning in the mid-1990s, nongovernmental organizations began to emerge that complemented those of the PNCS and also focused on prevention.

In 1999 the Government, encouraged by the donor community, undertook an effort to develop an intensive, participatory, and multi-sector HIV/AIDS strategy. The *National Strategic Plan to Fight STDs/HIV/AIDS, 2000-2002* (PEN), approved in August 1999, is based on a multi-sector approach intended to mobilize resources and support from all elements in the political, social, and economic spectrum. To head or lead this approach, above and beyond the exclusive competency of health, the plan included the creation of the National Council for the Fight against AIDS (CNCS), incorporating members of government and civil society. The strategic plan emphasized quality and information coverage with prevention and impact-reduction activities.

The strategy also identified “risk groups”, including street children and orphans, people living with HIV/AIDS, STD patients, students and youth outside of school, truck drivers, miners, police, soldiers, sex workers and their clients, and prison inmates. In addition, the strategy, while not excluding or discouraging work in other areas, prioritized urban and rural areas adjacent to transportation routes. In this strategy, the implementing role of the NGOs became the priority, while the CNCS assumed a coordinating and orienting role.

Interventions in Mozambique are currently based on the 2000-2002 strategic plan, while the 2003-2005 plan is in the development stage. Despite efforts to find effective

responses to the AIDS problem and the recognition of the link between poverty and AIDS, very few initiatives, whether governmental or nongovernmental, combine measures to reduce poverty and improve the population's living conditions with those aimed at the fight against HIV/AIDS.

There is no up-to-date information on community interventions. According to the PEN 2000-2002, in 1998 there were 58 programs and projects in the field of HIV/AIDS, of which 29 were managed by NGOs and other national organizations, nine by international NGOs, seven supported by United Nations agencies, and 13 supported by the Government of Mozambique. As observed, civil society is the most active sector working with HIV/AIDS information and education and care and support for HIV-infected individuals and people with AIDS at the community level. However, despite the noteworthy success in raising the population's awareness in relation to HIV/AIDS/STDs, they have a limited capacity to establish an integrated strategic response to guarantee the necessary quality and coverage, particularly with vulnerable populations, or to recognize the strategic role played by grassroots community organizations and community leaders.

Theoretical framework for fighting the epidemic

In order to identify more effective responses to the rapid spread of HIV in Third World countries, particularly in Sub-Saharan Africa, various interpretations of the determinants have been explored. Such interpretations can be grouped into two perspectives: one centered on the individual and the other centered on macro- and micro-environmental factors.

• Individual-centered perspective

Since AIDS was discovered in the 1980s, the predominant interventions in the fight against HIV/AIDS have been limited to the clinical/medical and epidemiological domain, as the result of the dominant interpretation of the epidemic's determinants, which con-

tinue to be centered on individuals and how they feel and behave.

As a vital field of science, medicine has undergone important transformations. One with particular relevance for the context of interpreting the HIV/AIDS epidemic was the division between individual health and population-based health (public health) in the early 20th century (GARRET, 2000). The dominant response to the AIDS epidemic was its interpretation as a medical and epidemiological event.

When the epidemic began and there were still few AIDS cases, the view was that the disease's determinants were limited to biomedical factors: viral subtype, stage of infection, presence of other STDs, and gender (male or female). These factors, which determine the transition from HIV infection to AIDS, were the only ones taken into consideration. To avoid transmission of the disease, the main interventions focused on STD treatment and condom distribution.

As the infected population began to grow and AIDS turned into a full-blown epidemic, interest increased in the issue of sexual behavior, whose main determinants include: rate of sex partner exchange, multiple sex partners, sexual practices, circumcision, and condom use. Various theories, based fundamentally on psychology, were developed and served to predict individual behavior and design intervention responses.

An additional step had been taken to focus the HIV/AIDS problem not only on the individual body but also on individual motivation leading to risk behaviors. Based on the behavioral view, the notion of risk groups (or groups at increased risk) gained increasing acceptance, whereby the epidemic spread more easily and additional interventions would focus on behavior change, that is, reduction in the number of sex partners, condom use, and postponing sexual initiation.

According to critics from both the South and the North, both the biomedical and the behavioral views express an atomistic, individualized, and compartmentalized perspective, thus failing to fully reflect the causes, consequences, and dynamics of the HIV/AIDS epi-

demio (BARNET & WHITSIDE, 2002; WILKISSON, 1996). The criticism essentially focuses on the fact that these views completely exclude structural aspects such as distribution of resources and socio-cultural characteristics: the link between poverty and HIV/AIDS, the existence of structural inequalities within and between countries, historical issues, long-term social and economic effects, and socio-cultural practices.

• *The macro- and micro-environmental perspective*

In recent years, the inability to reduce or detain the rapid spread of the epidemic (especially in the poor countries) and the limitations of interventions to fight HIV/AIDS have challenged the field of science and intervention to reflect anew on possible determinants of the epidemic and thus the response to it.

These reflections have raised the perspective that there are factors lying outside the individual's direct control which make certain groups of individuals and a given society more (or less) vulnerable to risks and that influence their susceptibility to HIV infection. This approach adds to the discussion of macro- and micro-environmental factors that determine group or individual exposure to HIV infection.

By macro-environmental aspects we are referring to wealth versus poverty, distribution of resources, culture, religion, existing infrastructure, and governance. Micro-environmental aspects involve the contextual surroundings, including mobility, urbanization, women's rights and status in society, social and economic policies, employment legislation, access to health care and health insurance, and the prevailing typology of violence and war.

The interventions needed to respond to these issues include long-term commitments to resource distribution, social and economic policies, legal reforms, investment in basic social services, defense of human rights, employment and debt relief legislation, and improvement in the terms of trade between rich and poor nations.

For those who defend this perspective, the HIV/AIDS issue in the world is closely linked to such factors as differences in wealth and poverty, income, and distribution of resources, and has historical and structural origins which influence the rapid spread of HIV in the poorer countries and/or those with accumulated differences in the distribution of resources, as in the case of Sub-Saharan Africa. More pragmatic positions recommend the eradication of absolute poverty as a solution to the AIDS problem (Mbeki, quoted in HAWA, 2003).

Critics of this extremist position point to a structuralist position, where there are groups of individuals who create the same survival strategies for the same contextual situation, ignoring individual life options.

For less extremist approaches, not only the environmental, socio-cultural, and economic factors that increase the vulnerability (2) to HIV infection in certain groups and segments of society, but also biomedical and behavioral factors that increase susceptibility (3) to HIV infection in certain individuals should be taken into account. In the mid-1990s, Jonathan Mann, who became Director of the Global Program on AIDS (GPA) under the World Health Organization (WHO), in his pioneering work on the AIDS epidemic in Africa, related social and economic dispossession to AIDS vulnerability (HAWA).

Other studies by Mann and colleagues at the WHO/GPA during the 1990s drew the links between HIV/AIDS, health, and human rights. These studies greatly influenced the development of the United Nations AIDS Program (UNAIDS) in its initial years, including social and economic aspects in its work plan. However, thus far the interventions in responses to HIV/AIDS by UNAIDS and regional and national programs still focus little attention on social and economic macro- and micro-environmental aspects influencing the rapid spread of HIV, but continue to focus essentially on the biomedical and behavioral perspective of short-term goals.

This biomedical and behavioral prioritization could be partially based on the

fact that short-term interventions appear to involve more tangible goals, like the number of condoms sold, reduction in the reported number of sex partners, and reported postponement of sexual initiation, among others. The truth is that there are no concrete experiences of this type with a proven impact in reducing the number of cases of HIV infection. On the other hand, strategies involving responses to environmental factors require long-term interventions and large investments in basic social services, especially health, thus contradicting the current policy of free competition and reduced spending in the public sector.

Determinants of the HIV/AIDS epidemic in Mozambique

Mozambique has a situation with three epidemics: a “young” epidemic evolving slowly in the North (with approximately 6% prevalence in the adult population), a “mature” epidemic in the Central Region of the country (some 17% of the adult population), and a galloping epidemic in the South (some 13%).

Although it has not been proven, it is believed that the relatively low prevalence rates in the North may be related, among other factors, to that region’s relative isolation, the predominance of the Islamic religion, and social control which promotes sexual practices with relatively lower risk. Meanwhile, in the Central Region, several factors may play an important role in the high HIV prevalence, like the relatively high mobility to and from neighboring countries with high seroprevalence rates and the limited practice of male circumcision, among others. In the South, the epidemic’s rapid progression may be fueled by the heavy movement of individuals along the so-called “Maputo corridor” and the vulnerability of youth influenced by large cities.

Mozambique’s historical background includes certain factors and conditions which unavoidably contribute to the evolution of the epidemic in the country. Until 1975, Mozambique was a Portuguese colony whose policies, including its health policies, were designed to serve the interests of the European settlers.

After Independence, the country inherited a system of weak basic social services in education and health, with limited coverage (particularly in rural areas) and resulting implications for the prevalence of endemic diseases, among others.

The infrastructure and availability of resources were concentrated in urban areas, particularly in the capital city of Maputo. The economy was based on exportation of raw materials and cheap labor to neighboring countries like South Africa. There were efforts to change this situation, particularly in the post-Independence period, but which have not led to major changes thus far.

Along with the colonial legacy, the civil war that broke out soon after Independence, the structural reforms introduced in the economy in the late 1980s as the result of international ideological change, and other internal and external factors contributed to the country's current context. The following were some of the results:

- The establishment of three regions, dominated by three main transportation corridors, with extensive mobility of people and goods. The areas along these corridors are consistently the ones with the highest HIV/AIDS rate, especially those with the heaviest circulation. The area with the highest prevalence in the country (the Central Region) is a transportation route with relatively normal operations even during the civil war. After the civil war ended, there was a huge flow of people returning from neighboring countries with significantly high HIV rates. In the South, the high rates in the province of Gaza coincide with the largest mobile population (migratory labor to South Africa).

- Unequal development between the capital city of Maputo and the rest of the country. The weak capacity of the capital city to generate employment and absorb labor from the rural exodus led to the convergence of risk situations for HIV infection, like prostitution and deficient health conditions, a high crime rate, and illegal migration to neighboring countries (South Africa and Swaziland).

- Weak coverage and deficient health care. According to current studies, a major

share of cases of HIV infection in Sub-Saharan Africa have occurred due lack of safe health care. While evidence suggests that Mozambique is no exception, due to the weak and deficient health coverage in the country, traditional medicine has been the most widely available source of care for most of the population. Traditional practices involving the use of unsterilized sharp objects also suggest an important source of risk.

- Low social cohesion resulting from war and traumatic experiences (like forced crowding and dispersion), with implications for civil society's capacity to respond collectively. Studies suggest a relationship between the degree of order in a society and patterns of sex relations in different groups. In societies with less social cohesion, individuals are more prone to have sex partners outside their usual networks, unlike societies with greater cohesion. In periods of great economic and social upheaval, individuals' survival strategies can lead to rapid changes in sex partners within and between certain groups. Thus, although due to their activity and situation there are groups that are more susceptible to infection, the epidemic cannot be concentrated in specific groups but probably spreads to the entire population.

- Widespread poverty is a basic factor associated directly or indirectly with the above-mentioned aspects (mobility and socio-cultural and contextual factors) and influences the sexual behavior (4) and certain biomedical aspects (5) of individuals and certain groups in society. Poverty is directly associated with survival strategies that make certain groups in society more susceptible to HIV infection. The presence of other STDs and treatment and support capacity to prolong the lives of HIV-positive individuals are affected by the context of weak coverage and deficient health care, in part associated with poverty.

- The differences in the country suggest that there are "indirect" determinants of the epidemic, like poverty. In addition, there are a series of other factors, like widespread mobility (social disorganization, unsafe health care) and socio-cultural aspects (religion, so-

cial structure, circumcision, etc.), that can explain the trends in the HIV/AIDS epidemic in Mozambique, some of which act as aggravating factors, increasing the rapid spread of the epidemic in certain regions. The “indirect” factors influence the more “direct” determinants of HIV infection, such as sexual behavior and some biomedical factors.

The three dimensions of the epidemic

When one approaches the HIV/AIDS epidemic in a situation like that of Mozambique, with medium and high prevalence rates in the adult population, the debate involves three parallel dimensions:

- *HIV infection*: the number of individuals for whom some preventive intervention can be implemented.
- *Disease*: the number of individuals who, at a given time and based on their state, require some form of treatment and support to prolong their lives.
- *Impact*: all forms of mitigation are necessary, including care and economic and social costs, because if no action is taken at this stage, the costs become difficult to bear in the future.

In reality, the HIV/AIDS epidemics (infection, disease, and impact) behave like a catastrophic chain of events if appropriate primary prevention measures (prevention of new cases of infection), secondary prevention (treatment of AIDS patients), and tertiary prevention (mitigation of the impact on infected or affected individuals, investment in basic services, and other measures) are not taken.

Necessary interventions in response to the epidemic

This perception of the problem suggests an approach centered not only on the individual but also on groups of individuals in society who are more susceptible to infection for various reasons, including poverty, widespread mobility, and others. The response thus needs to focus on the longer term, approaching more structural aspects like availability of (and access to) basic social services, health

education, and improved living conditions for the general population.

While interventions aimed at behavior change with messages on condom use, reduction in the number of sex partners, use of STD testing and treatment services, and others are still important, they should be related to other interventions to improve living conditions, linked to basic services like health, education, and food safety.

A joint response is thus required, involving the various forces in society, including government institutions and civil society organizations. In addition to the development of policies that promote and facilitate necessary response interventions and guarantee their implementation, the government’s inherent role is to strengthen long-term investments in vital areas like health, education, and social security. On the other hand, civil society plays a preponderant role in complementing actions in various areas of education, support, and basic care.

In this context, it is crucial to strengthen and expand the capacity of institutions and civil society organizations working with the communities for there to be effective implementation of the activities and for the involvement of communities and their leaders to be the motor force influencing relevant decisions and policies for these communities.

•The response by FDC: principal interventions

The FDC, through its AIDS and Development Unit, conceived and designed the Kuhluvuka Project: a Corridor for Hope (UPK), aimed at intervention in the Southern Region of Mozambique and prioritizing 24 areas along the transportation corridor linking to the neighboring countries of South Africa and Swaziland, currently considered the areas with the greatest spread of HIV.

The actions encompass all the communities and individuals in the 24 selected areas in the Southern Region of the country. However, priority social partners for the project were identified, including youth, women, and sex workers, miners and their family mem-

bers, military personnel, nurses, people living with HIV/AIDS and their family members, orphans, and workers and employers. The activities defined for each of these social partners focus on different aspects, considering their contexts and needs, and can be grouped into different types of action.

Activities focused on sexual behavior (condom use, reduction in the number of sex partners, fidelity, abstinence) and some biomedical aspects (treatment of STDs, counseling and voluntary testing, biosafety, and home care) are conducted by ten grassroots implementation partners (NGOs) according to their specialties, while the Kuhluvuka implementation unit at FDC conducts information and awareness-raising activities through the mass media and various events.

Meanwhile, the implementation partners mobilize the communities in which they work to respond effectively to the various problems they face, including HIV/AIDS, while discussing cultural aspects that promote either safe or risky behaviors, such as gender inequality.

The FDC conducts complementary public awareness-raising work on HIV through advocacy and lobbying the government and donors to improve living conditions in the target communities, aimed at ensuring basic conditions for health, education, food safety, and income generation.

The cross-border activities, aimed essentially at coordinating activities to prevent HIV transmission and provide support for individuals infected and affected by HIV in southern Mozambique and neighboring countries, constitute an important strategy given the extensive mobility of individuals to and from these countries.

As an overall strategy, the FDC wagers on empowerment and capacity-building in civil society as a way of ensuring an effective response to the issue of development and HIV, prioritizing community-based action in a process of transferring and sharing capacities and experiences.

Constraints and challenges

There are various levels of constraints and challenges limiting the approach as conceived and designed. A project lasting only three years (rather than a longer program) is unrealistic for achieving the proposed results. The results aim at the long term, like changes in sexual behavior, mobilization and capacity-building of civil society for more effective responses to the HIV/AIDS problem, and others. A culture of sporadic measures with limited coordination and concentrated in easy-to-access locations to the detriment of more remote areas on the part of organizations working in this area (including implementation partners) must be enhanced by greater coordination and follow-up, an aspect which was underestimated during the project design.

Further linked to this issue, there is weak coordination, cooperation, and referral of complementary actions by development partners working in the same geographic area. The context of an emergency national approach to the fight against HIV/AIDS, centered on the individual and partially influenced by donor policy, poses a limitation to an aggregate response, since other projects working in the same areas as the Kuhluvuka Project generally practice different approaches to the same target public.

Thus, the FDC considers the Kuhluvuka Project as the base for launching a more long-term program in keeping with the expected results, which should include, in the proposed interventions in the field, a heavy advocacy and lobbying component aimed at better coordination, cooperation, and integration of other development aspects among the various stakeholders in improving the population's living conditions.

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

- BARNETT, T. and WHITESIDE, A. *AIDS in the Twenty-First Century: disease and globalisation*, Palgrave MacMillan, 2002.
- FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE. Kuhluvuka Project (final version), 2000.
- GARRET, L. *Betrayal of Trust: the collapse of global public health*. New York: Hyperion, 2000
- HAWA R. *AIDS in Africa: too little, too late*. <http://www.twinside.org.sg./title/late.htm> (on Feb. 28, 2003)
- MONJANE, P. Marketization of health care provision: analyzing urban and regional bias and implications for access by the poor. Master's thesis, Institute of Social Studies, The Netherlands, 1999.
- MOZAMBIQUE CENSUS. *II recenseamento geral da população e habitação [2nd General Population and Housing Census]*. Instituto Nacional de Estatística, 1997
- MPF. Pobreza e bem-estar em Moçambique: primeira avaliação nacional (1996-97) [Poverty and Well-being in Mozambique: first national evaluation], 1997, MPF/ UEM/IIPPA.
- O'LAUGHLIN B. In Defence of the Household: Marx, gender and the utilitarian impasse. ISS working paper series number 289, 1999a.
- UNDP. Human Development Report (HDR). UNDP Mozambique, 2000
- WILKINSON, R. *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.

NOTES

(1) The concept of poverty: since the recognition of the complexity of poverty, its concept and operational measures have been subject to various approaches. The concept of poverty used by international experts and institutions has increasingly recognized its multidimensional nature. Still, its quantification for operational purposes of establishing policies and comparisons between countries is limited to only a few of its dimensions. Human poverty has traditionally been defined and quantified as the lack of access to economic goods (as measured by income) and a low level of family consumption. Although these dimensions should be taken into account, reality has shown that they fail to capture other dimensions of vulnerability and dispossession, like income distribution

and/or consumption within the family, lack of access to education and health, safety and security, independence, self-esteem, and social support networks that constitute additional sources of consumption in times of crisis (MONJANE, 1999). The current definition of human poverty used by the United Nations Development Program (UNDP), measured by the Human Poverty Index (HPI), although not extensive, already includes basic dimensions of human deprivation, such as life expectancy, lack of access to education, water, and health, and health status. In Mozambique, poverty indicators are measured by level of household consumption, per capita income, and HPI. Both show high levels of poverty in the country in terms of consumption, access to (principally availability of) education and health, life expectancy, and health status.

(2) The concept of vulnerability used here is associated with factors that increase the possibility of the epidemic having a serious impact on socioeconomic organization of families, groups, institutions, and others.

(3) The concept of susceptibility refers to factors that increase the individual's probability of becoming infected with HIV.

(4) Risk determinants linked to sexual behavior include multiple sex partners, rate of partner exchange, sexual practices, and condom use.

(5) Risk determinants linked to biomedical factors include the presence of other STDs, circumcision, sex-related biological differences, stage of infection, and viral subtypes.

EL PROYECTO KUHLUVUKA – CORREDOR DE LA ESPERANZA EN MOZAMBIQUE

Paula Monjane* y E. Cipriano**

** Mestres en Población y Desarrollo. Oficial de Monitorización, Evaluación e Investigación del Proyecto Kuhluvuka de la Fundación para el Desarrollo de la Comunidad (FDC) (pmonjane@virconn.com)*

*** Psicóloga y coordinadora del Proyecto Kuhluvuka de la FDC*

Mozambique, situado en la costa oriental de África tiene alrededor de 18 millones de habitantes y es, en el mundo, uno de los diez países más afectados por el SIDA. Datos oficiales del Ministerio de Salud estiman en un 14%, aproximadamente, el nivel de prevalencia en la población adulta comprendida entre los 15 a los 49 años de edad. Los datos nacionales sobre el número de casos de SIDA por año indican, que la epidemia se encuentra en un punto de transición importante, es decir, al contrario de permanecer como una epidemia silenciosa de infección por el VIH, ya comienza a manifestarse como SIDA.

Un estudio realizado en el 2000, sobre el Impacto Demográfico del VIH/SIDA en Mozambique indica que existían en 1999 alrededor de 1.173.878 personas infectadas con el virus en el país. También coloca que de las 83.600 personas que murieron como consecuencia del SIDA, 14 mil eran niños. En algunas provincias de la región central del país, con tasas de prevalencias de un 20%, se puede prever que en un futuro próximo habrá un rápido aumento de la mortalidad en adultos así como un aumento de nuevos casos de infección, lo que provocará, entre otras cosas, grandes cambios en la estructura de la población.

Las proyecciones del SIDA ilustran una imagen sombría con relación al futuro, muy

similar a la de los países vecinos, lo que significa que en Mozambique, muy en breve, se podrá observar toda una serie de consecuencias provocadas por el SIDA como son: niños huérfanos, reducción de la fuerza de trabajo y servicios de salud fuertemente sobrecargados, en el caso de que medidas efectivas de enfrentamiento a la epidemia no sean tomadas.

Ese escenario se agrava por el alto índice de pobreza (1) que existe en el país, que es uno de los más pobres del mundo. Según el Informe del Desarrollo Humano (IDH 2000) en lo que se refiere al Índice de Desarrollo Humano, que comprende los índices: rendimiento, educación, alfabetización y esperanza de vida, Mozambique ocupa el lugar 169 de un total de 174 países en el mundo, o sea, es uno de los diez países más pobres del mundo. Alrededor del 70% de la población vive por debajo de la línea de pobreza con 0,40 centavos de dólar por día y la tasa nacional de analfabetismo es de un 61% para la población general y de un 74% para las mujeres, siendo que las que viven en la zona rural tienen menos oportunidades de acceso a la educación con cifras de hasta un 84% de analfabetismo.

Este artículo pretende discutir sobre la problemática de los enfrentamientos al VIH/SIDA en un contexto generalizado de pobreza, como es el caso de Mozambique, donde eso es causa y consecuencia de la

propagación de la epidemia. Por eso, la respuesta no debe estar centralizada solamente sobre aspectos de comportamientos de riesgo y biomédicos que son, en parte, consecuencia de la coyuntura existente, sino también, en aspectos a largo plazo e integrados en intervenciones de desarrollo con el objetivo de reducir la pobreza y la situación de vulnerabilidad en que la mayoría de la población vive.

Teniendo esa perspectiva de enfrentamiento a la epidemia, así como el entrelazamiento o asociación de las diferentes intervenciones de combate al VIH/SIDA con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población, se discute en la actualidad la forma de enfrentamiento adoptada por el Proyecto Kuhluvuka — Corredor de la Esperanza, concebido por la Fundación de Desarrollo de la Comunidad (FDC), destacando los estreñimientos y desafíos encontrados.

Respuestas en el combate al VIH/SIDA en Mozambique

El gobierno de Mozambique creó, en 1996, el Programa Nacional de Control del SIDA (PNCS) en respuesta a la situación de la epidemia. También creó, en 1998, el Programa de Control de las Enfermedades Transmisibles Sexualmente (ETSs). Ambos programas están integrados al Sistema Nacional de Salud (SNS) y subordinado al Ministerio de Salud. Hasta mediados de los años 90, las intervenciones de combate al VIH/SIDA eran esencialmente gubernamentales, dirigidas únicamente para acciones de prevención y concentradas en el PNCS. A partir de esa época comenzaron a surgir organizaciones no-gubernamentales que efectuaban intervenciones complementarias a las del PNCS, también en el área de la prevención.

El gobierno, en 1999, con impulso de la comunidad donadora, efectuó un esfuerzo para desarrollar una estrategia sobre

VIH/SIDA que fuese intensiva, participativa y multisectorial. El Plan Estratégico Nacional de Combate a las ETS/VIH/SIDA 2000-2002 (PEN), aprobado en agosto de 1999, tiene como base un abordaje multisectorial que pretende movilizar recursos y apoyo de todos los elementos del espectro político, social y económico. Para encabezar o liderar ese abordaje, además de la competencia exclusiva de la salud, el plan incluyó la creación del Consejo Nacional de Combate al SIDA (CNCS) incorporando miembros del gobierno y de la sociedad civil. El plan estratégico enfatiza la calidad y la cobertura informativa con actividades de prevención y reducción del impacto.

La estrategia también identificó “grupos de riesgo” que incluye a niños que viven en las calles y huérfanos, personas viviendo con VIH/SIDA, enfermos con una ETS, estudiantes y jóvenes que están fuera de las escuelas, camioneros, mineros, policías, soldados, trabajadores/as del sexo y sus clientes, prisioneros. También, la estrategia, a pesar de no excluir o desalentar el trabajo en otras áreas, dio prioridad a las áreas urbanas y rurales adyacentes a los corredores de transporte. En esa estrategia, el papel ejecutor de las ONGs se tornó prioritario, mientras el CNCS pasó a tener un papel de coordinador y orientador.

En la actualidad, las intervenciones en el país todavía tienen como base el plan estratégico del 2000-2002 debido a que el plan del 2003-2005 está en fase de confección. A pesar de los esfuerzos para encontrar respuestas eficaces a la problemática del SIDA y del reconocimiento de la relación entre la pobreza y el SIDA, pocas iniciativas, sean gubernamentales o no-gubernamentales, asocian las acciones de reducción de la pobreza y la mejora de las condiciones de vida de la población a aquellas dirigidas al combate del VIH/SIDA.

Con relación a las intervenciones de la comunidad, no existen datos actualizados sobre el asunto. Según el PEN 2000-2002, en 1998, existían 58 programas y proyectos en el área del VIH/SIDA, de los cuales 29 eran dirigidos por ONGs y otras organizaciones nacionales, nueve por ONGs internacionales, siete por agencias de las Naciones Unidas y 13 apoyados por el gobierno. Como puede constatarse, el sector de la sociedad civil es el que ha sido más activo en el trabajo de información y educación sobre VIH/SIDA y cuidados y apoyo a los infectados y afectados en la comunidad. Sin embargo, a pesar del notable suceso en la sensibilización de la población con relación al VIH/SIDA/ETS, su capacidad es limitada a la hora de establecer una respuesta estratégica integrada para garantizar la calidad y la cobertura necesaria, en particular en las poblaciones vulnerables, así como también para reconocer el papel estratégico desempeñado por la organizaciones comunitarias y por los líderes comunitarios.

Referencial teórico de enfrentamiento a la epidemia

Con la intención de identificar respuestas más eficaces a la rápida propagación del VIH en los países del Tercer Mundo y particularmente en África Subsahariana, se están explorando varias interpretaciones sobre las determinantes de esa rápida propagación y pueden agruparse en dos perspectivas: una centralizada en el individuo y otra en los aspectos (macro y micro) ambientales.

• *Perspectiva centralizada en el individuo*

Desde que fue descubierto el SIDA, en la década de los 80, las intervenciones dominantes de combate al VIH/SIDA han sido delegadas al dominio clínico-médico y epidemiológico, como resultado de la

interpretación de los determinantes dominantes de la epidemia de SIDA que continúan centralizado en el individuo, en lo que el siente y cómo se comporta.

La medicina, como un campo vital de la ciencia, ha experimentado importantes transformaciones. Una de esas transformaciones, vista como relevante para el contexto de la interpretación de la epidemia de VIH/SIDA, fue la división entre la salud ligada al individuo y aquella ligada a la población (salud pública) a principios del siglo pasado (GARRET, 2000). La respuesta dominante a la epidemia de SIDA era con base en la interpretación de la misma como un evento médico y epidemiológico.

Realmente, al inicio de la epidemia, cuando todavía existían pocos casos de SIDA, la visión de los factores determinantes del SIDA se restringía a lo biomédico: subtipo de virus, estadio de la infección, presencia de otras ETSs y sexo (hombre o mujer). Únicamente eran considerados esos, que determinan el paso de la infección para el SIDA. Para evitar la transmisión de la enfermedad, las principales intervenciones se centralizaban en el tratamiento de las ETSs y en la distribución de preservativos.

En la medida que la población infectada comenzó a crecer y el SIDA se convirtió en una epidemia, también creció el interés por el aspecto del comportamiento sexual, cuyas principales determinantes incluyen: tasa de cambio de parejas, múltiples parejas, prácticas sexuales, circuncisión y uso de preservativo. Fueron desarrolladas varias teorías, con base en la psicología, que sirvieron de base para predecir el comportamiento del individuo y diseñar respuestas de intervención.

Entonces, podemos decir que un paso fue dado en el sentido de focalizar el problema del VIH/SIDA no sólo en el cuerpo, sino también en la motivación del individuo que lo lleva a comportamientos de riesgo. A partir de la visión comportamental, creció la idea de grupos de riesgo o de mayor riesgo, donde la

epidemia se propaga con más facilidad y las intervenciones adicionales se pueden resumir en: promoción de cambios de comportamiento, es decir, reducción de parejas sexuales, uso del preservativo y aplazamiento de la primera relación sexual.

Críticas del sur y del norte apuntan, que ambas visiones, biomédica y comportamental, expresan una perspectiva atomística, individualizada y departamentalizada que no reflexionan en profundidad sobre las causas, consecuencias y dinámica de la epidemia de VIH/SIDA (BARNET & WHITSIDE, 2002; WILKINSON, 1996). Las críticas se concentran esencialmente en el hecho de que esas visiones excluyen por completo, aspectos estructurales, de distribución de recursos y socioculturales: la unión entre pobreza y VIH/SIDA, la existencia de desigualdades estructurales entre países y dentro de los países de naturaleza histórica, los efectos a largo plazo desde el punto de vista social, económico y prácticas socioculturales.

• ***Perspectiva centralizada en aspectos ambientales (macro y micro)***

La incapacidad de reducir o de detener el crecimiento rápido de la epidemia, particularmente en los países pobres, y las limitaciones de las intervenciones de combate al VIH/SIDA, trajo al campo de la ciencia y de la intervención, en los últimos años, el desafío de nuevas reflexiones sobre las posibles determinantes de la epidemia y sus consecuente respuesta.

Esas reflexiones trajeron la perspectiva de que existen factores, fuera del control directo del individuo, que tornan ciertos grupos de individuos y a una determinada sociedad, más o menos vulnerables a riesgos e influyen la susceptibilidad a la infección por el VIH. Ese abordaje trajo a discusión aspectos ambientales, macro y micro, que determinan la exposición de grupos de individuos a la infección por el VIH.

Entendemos por aspectos ambientales macro, aquellos como la riqueza/pobreza, la distribución de recursos, la cultura, la religión, la infraestructura existente y gobernación. En cuanto a aspectos micro, entendemos aquellos de ámbito contextual como movilidad, urbanización, derechos y status de la mujer en la sociedad, políticas sociales y económicas, legislación de empleo, acceso seguro a los cuidados de salud y la tipología de violencia/guerra.

Las intervenciones que son necesarias para responder a esas áreas se resumen, entre otras, en intervenciones y emprendimientos a largo plazo, en políticas sociales y económicas de retribución de recursos, reformas legales e inversión en los servicios sociales básicos, defensa de los derechos humanos, legislación de empleo y alivio de la deuda y mejora de los términos de intercambio entre los países ricos y pobres.

Para los defensores de esa perspectiva, el VIH/SIDA en el mundo está estrictamente ligado a factores como diferencias, riqueza/pobreza, renta y distribución de recursos, teniendo orígenes históricos y estructurales, que para países más pobres y/o con diferencias de acumulación y distribución de recursos, como es el caso de África Subsahariana, influyen la rápida propagación en la población del VIH. Posiciones más pragmáticas apuntan para la erradicación de la pobreza absoluta como una solución para el problema del SIDA (Mbeki, citado en HAWA, 2003).

Críticas sobre esa posición extremista apuntan para una posición estructuralista, donde existen grupos de individuos que crean las mismas estrategias de sobrevivencia para la misma situación, ignorando las opciones individuales de vida.

Para los menos extremistas, tanto los factores ambientales socioculturales y económicos que aumentan la vulnerabilidad (2) para la infección por el VIH de determinados

grupos/camadas de la sociedad, como los factores biomédicos y comportamentales que aumentan la susceptibilidad (3) para la infección por el VIH de ciertos individuos, deben ser abordados. A mediados de la década del 90, Jonathan Mann, que fue el director del Programa Global de SIDA (GPA) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su trabajo pionero sobre la epidemia de SIDA en África, relaciona las condiciones de privación social y económica y la vulnerabilidad al SIDA (HAWA,2003).

En otros trabajos realizados por Mann y sus colegas del GPA/OMS durante la década de los 90, son relacionados el VIH/SIDA con la salud y los derechos humanos. Esos trabajos influenciaron enormemente el desarrollo del Programa de SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA) en los primeros años de su existencia, incluyendo aspectos sociales y económicos en su plan de trabajo. Sin embargo, hasta el momento, las intervenciones de respuesta a la problemática del VIH/SIDA por ONUSIDA y los programas regionales y de los países, continúan dando poca importancia a los aspectos ambientales, sociales y económicos (macro y micro) que influyen en la rápida propagación del VIH, centralizándose esencialmente, en la perspectiva biomédica y comportamental de metas a corto plazo.

Por atrás de esa prioridad, biomédica y comportamental, podrá estar, en parte, el hecho de que las intervenciones con repuestas a corto plazo aparentan metas más fácilmente alcanzables, ya sea el número de preservativos vendidos, reducción del número de parejas sexuales, aplazamiento de la primera relación sexual, entre otros. La verdad es que no existen experiencias concretas sobre el impacto de intervenciones de ese género que demuestren un impacto en la reducción del número de casos de infección por VIH. Por otro lado, las estrategias de repuestas a factores ambientales requieren intervenciones a largo plazo y gran inversión

en servicios sociales básicos, particularmente en la salud, contrariando la política actual de libre concurrencia y reducción de gastos en el sector público.

Determinantes en la epidemia de VIH/SIDA en Mozambique

Mozambique presenta una coyuntura de tres epidemias. Una epidemia “joven” progresando lentamente en el norte (alrededor del 6% en la población adulta), una epidemia “madura” en el centro del país (cerca de 17% en la población adulta) y una epidemia galopante en el sur del país (alrededor del 13%)

Aunque no esté comprobado, se piensa que las tasas de prevalencia relativamente bajas en el norte del país pueden estar asociadas, entre otras razones, al relativo aislamiento de aquella región, con predominancia de la religión musulmana y el control social existente, que promueve prácticas sexuales con un relativo menor riesgo. En el caso del centro del país, varios factores pueden tener un papel importante en la alta prevalencia del VIH, como por ejemplo, la relativa alta movilidad de y para países vecinos con altas tasas de seroprevalencia, la baja tasa de circuncisión masculina, entre otros factores. En el sur del país, la rápida progresión de la epidemia puede estar siendo estimulada por el alto movimiento de personas a lo largo del corredor de Mozambique y por la vulnerabilidad de los jóvenes influenciados por las grandes ciudades.

La trayectoria histórica de Mozambique, trae ciertos factores y condiciones que, inevitablemente, contribuyen para la evolución de la epidemia en el país. Hasta 1975, Mozambique era una colonia portuguesa cuyas políticas, incluyendo las de la salud, estaban diseñadas para servir a los intereses de los colonos. Con la independencia, el país heredó un sistema de servicios sociales básicos, de educación y de salud muy precario y de poca cobertura, particularmente en la

zona rural, con implicaciones en la prevalencia de enfermedades endémicas, entre otras.

La infraestructura y la disponibilidad de recursos, fueron concentradas en las zonas urbanas, particularmente en la ciudad de Maputo, capital del país. La economía era basada en la exportación de materia prima bruta y de mano de obra barata para los países vecinos, como África del Sur. Hubo esfuerzos para revertir la situación, particularmente en el período post-independencia, que a pesar de todo, no significaron, hasta hoy, grandes cambios.

Aliada a la herencia colonial, la guerra civil que se sintió inmediatamente después de la independencia, las reformas estructurales introducidas en la economía a finales de los años 80, como resultado de los cambios ideológicos en el mundo, entre otros factores internos y externos, también contribuyeron para el contexto actual del país. De eso tenemos como resultados, entre otros:

- El establecimiento de tres regiones dominadas por tres principales corredores de transporte de gran movilidad poblacional así como de bienes. Las zonas, a lo largo de los corredores, son los que presentan, consistentemente, las tasas más elevadas de VIH/SIDA, particularmente a aquellas de mayor circulación. La zona de mayor prevalencia en el país (la región central) es un corredor de transporte que tuvo relativa operación aún durante la guerra civil. Después de terminada la guerra, hubo un gran flujo de personas retornando al país con tasas significativamente altas. Por otro lado, en la región sur, las altas tasas en la provincia de Gaza coinciden con la provincia de mayor éxodo de población móvil (trabajo migratorio para África del Sur).

- Un desarrollo desigual entre la capital y el resto del país. La poca capacidad de la capital de absorber y acoger la mano de obra proveniente del éxodo rural, originó una confluencia de situaciones de riesgo a la

infección por el VIH, como por ejemplo, la prostitución y deficiencias sanitarias, alto índice de criminalidad y emigración ilegal para los países vecinos (África del Sur y Suazilandia).

- Poca cobertura y deficiente asistencia sanitaria. Estudios actuales indican, que buena parte de los casos de infección por VIH en África Subsahariana, surgieron por falta de cuidados seguros de salud. Si por un lado las evidencias sugieren que Mozambique no sea una excepción, por otro, a pobre y deficiente cobertura sanitaria contribuyó para que la medicina tradicional fuese la solución para proveer y disponer más cuidados a la población. Las prácticas tradicionales, de uso de objetos cortantes no esterilizados, sugieren igualmente una fuente importante de riesgo.

- Una baja cohesión social originada por las guerras y experiencias traumáticas que el pueblo vivió (como aglomeraciones y dispersiones obligatorias), con implicaciones para la respuesta de la sociedad civil en su capacidad de actuar colectivamente. Por otro lado, algunos estudios sugieren, que existe una relación entre el grado de orden en una sociedad y los patrones de relaciones sexuales entre grupos. En sociedades de menor cohesión social, las personas son más propensas a tener parejas sexuales fuera de su red de relaciones habitual, al contrario de lo que sería en sociedades con una mayor cohesión. En períodos de gran inestabilidad económica y social, las estrategias de sobrevivencia de las personas, pueden proporcionar rápidos cambios de parejas sexuales entre o dentro de determinados grupos. Así, aún que por la actividad y situación, existan grupos más susceptibles a la infección, la epidemia no podrá estar concentrada en grupos específicos, sino que probablemente estará generalizada en toda la población.

- Una pobreza generalizada como factor base, asociada directa o indirectamente

con los aspectos antes mencionados (movilidad y aspectos socioculturales y coyunturales) y teniendo influencia en el comportamiento sexual (4) y en algunos aspectos biomédicos (5) del individuo y de ciertos grupos en la sociedad. La pobreza está directamente asociada a estrategias de sobrevivencias que deja más susceptibles a la infección por VIH a ciertos grupos en la sociedad. La presencia de otras ETS y la capacidad de tratamiento y apoyo para prolongar la vida de los seropositivos se ven afectadas por el contexto de poca cobertura y de una asistencia sanitaria deficiente, asociada, en parte, a la pobreza.

- Las diferencias encontradas en el país sugieren que existen determinantes “directas” de la epidemia, como la pobreza. Aliada a ella, existen una serie de otros factores como la gran movilidad, aspectos coyunturales (desorganización social, cuidados de salud inseguros) y aspectos socioculturales (religión, estructura social, circuncisión, etc.) que pueden explicar las tendencias de la epidemia de VIH/SIDA en el país, algunos de esos funcionando como dinamizadores, aceleradores para una rápida propagación de la epidemia en ciertas regiones. Esos factores “indirectos” influyen sobre los determinantes más “directos” de la infección por VIH, como el comportamiento sexual y algunos de tipo biomédico.

Las tres dimensiones de la epidemia

Al abordar la epidemia de VIH/SIDA en Mozambique, con tasas medias y altas de prevalencia en la población adulta, el debate involucra tres dimensiones paralelas:

- *La infección por el VIH:* el número de individuos para los cuales alguna intervención de prevención tiene que ser realizada,
- *La enfermedad:* número de personas que, en determinado momento por su

propio estado, necesitan de alguna forma de tratamiento y apoyo para prolongar sus vidas.

- *Impacto:* todas las formas de amortiguación necesarias, incluyendo cuidados y costos económicos y sociales, que en caso de no realizar ninguna acción en ese momento, los costos se tornan difíciles de ser soportados en el futuro.

Las epidemias (de la infección, enfermedad e impacto) de VIH/SIDA en la realidad se comportan como una catástrofe en cadena, en caso de que medidas apropiadas de prevención primaria (prevención de nuevas infecciones), prevención secundaria (tratamiento a los enfermos de SIDA) y prevención terciaria (amortiguación del impacto a los afectados e infectados, inversión en los servicios básicos de salud y otros) no sean tomadas.

Intervenciones necesarias de respuesta a la epidemia

Esa percepción del problema, sugiere un abordaje no solo centralizada en el individuo, sino también en grupos de individuos en la sociedad, que por diferentes razones, incluyendo la pobreza, gran movilización y otros, son más susceptibles a la infección. Así, la respuesta tiene que ser trabajada para largo plazo, abordando aspectos más estructurales como por ejemplo, la disponibilidad y el acceso a los servicios sociales básicos, a la educación sanitaria y a la mejora de las condiciones de vida de la población en general.

Si por un lado las intervenciones que visan cambios de comportamiento con mensajes sobre el uso de preservativo, reducción de parejas, busca de los servicio de testes y tratamientos de las ETSs entre otras, continúan siendo importantes, también ellas deben estar relacionadas con otras intervenciones para mejorar la calidad de vida de las poblaciones ligadas a los servicios básicos

como, salud, educación y seguridad alimenticia.

De esa forma, la respuesta necesita ser conjunta entre varias formas de la sociedad, incluyendo las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil. Es inherente al gobierno, además del desarrollo de políticas que promuevan y faciliten las intervenciones necesarias de repuesta y la garantía de su implementación, un fortalecimiento de las inversiones a largo plazo en áreas vitales de la salud, la educación y la seguridad social. Por otro lado, la sociedad civil desempeña un papel preponderante en el complemento de las acciones en las diversas áreas de educación, apoyo y cuidados a nivel de base.

En ese contexto, es importante expandir la capacidad de las instituciones/organizaciones de la sociedad civil, operando en conjunto con las comunidades para que exista una implementación eficaz de las actividades y que el desarrollo de las comunidades y sus liderazgos sea la fuerza motriz en la influencia de las decisiones y políticas de interés para esas comunidades.

La respuesta de la FDC — principales intervenciones

La FDC, a través de su unidad de SIDA y Desarrollo, ideó el proyecto Kuhluvuka – Corredor de Esperanza (UPK) con intervención en el sur del país, priorizando 24 zonas a lo largo del corredor de transporte que establecen conexión con otros países vecinos de África del Sur e Suazilandia, que se tienen como zonas de mayor propagación de la infección por el VIH.

Las acciones abarcan todas las comunidades y personas de las 24 zonas seleccionadas de la región sur del país. Sin embargo, fueron identificados aliados sociales prioritarios para el proyecto que incluye a jóvenes, mujeres, profesionales del sexo, mineros y sus familiares, militares, enfermeros, personas viviendo con SIDA y sus

familias, huérfanos, trabajadores y empleadores. Las actividades definidas con cada uno de esos aliados sociales enfocan aspectos diferenciados, teniendo en cuenta sus contextos y sus necesidades, pudiendo ser agrupados en diferentes formas de actuación.

Actividades centralizadas en el comportamiento sexual (uso del preservativo, reducción de parejas sexuales, fidelidad, abstinencia) y en algunos aspectos biomédicos (procura del tratamiento de las ETSs, consejería y teste voluntario, bioseguridad y cuidados domiciliarios) son realizadas por 10 ONGs a nivel de base y en concordancia con su especialidad de actuación, al mismo tiempo que la unidad de implementación del proyecto UPK de la FDC realiza actividades de información y sensibilización de las masas a través de los medios de comunicación masiva y de diversos eventos.

Paralelamente, los aliados para la implementación movilizan a las comunidades donde operan para una acción de respuesta eficaz sobre los diferentes problemas que enfrentan, incluyendo el VIH/SIDA, al mismo tiempo que abordan aspectos culturales que promueven comportamientos seguros o de riesgo, con la desigualdad de género.

La FDC realiza acciones complementarias de sensibilización de la opinión pública sobre el VIH en sus varias acciones de desarrollo existentes y de *advocacy* y lobby junto al gobierno e donadores para el mejoramiento de la vida de las comunidades alcanzadas, con el objetivo de garantizar condiciones básicas con relación a la salud, seguridad alimentaria y generación de renta.

Las acciones más allá de las fronteras, que tiene como objetivo esencial la coordinación de acciones de prevención de la transmisión del VIH y de apoyo a los infectados y afectados entre el sur del país y los países vecinos en esa región, constituyen una estrategia importante dada la gran movilidad de personas de y para los países vecinos.

Como estrategia general, la FDC apuesta en la capacitación de la sociedad civil como forma de garantizar una respuesta efectiva de la problemática del desarrollo y del VIH, privilegiando la acción comunitaria, en un proceso de transferencia e intercambio de capacidades y experiencias.

Constreñimientos y desafío

Existen constreñimientos y desafíos de varios tipos que limitan el abordaje concebido. La perspectiva de un proyecto y no de un programa con una duración de apenas tres años, es irreal para los resultados que se propone. Esos incluyen resultados a largo plazo, como el cambio de comportamiento, la movilización y capacitación de la sociedad civil para una respuesta más eficaz al problema del VIH/SIDA y otros. La cultura de acciones esporádicas, poco coordinadas y concentradas en locales de fácil acceso en detrimento de otras zonas más remotas, de las organizaciones que trabajan en esa área, incluyendo las colaboraciones de implementación, exige un mayor esfuerzo en la coordinación y acompañamiento de los mismos, que fue subestimado durante la concepción del proyecto.

Siguiendo aún en ese asunto, existe una débil coordinación, cooperación y referencia de acciones complementarias de las diferentes áreas de desarrollo actuando en la misma zona geográfica. El contexto de un abordaje nacional de emergencia para el combate al VIH/SIDA, centrado en el individuo, en parte influenciada por la política de los donadores, constituye una limitación para la respuesta agregada, una vez que otros interventores actuando en las mismas zonas que el proyecto Kuhluvuka presenta, de un modo general, abordajes diferentes para el mismo público.

Siendo así, la FDC toma el proyecto Kuhluvuka como base para el inicio de un programa a más largo plazo, determinado por los datos esperados, cuyas acciones deben incluir, más allá de las intervenciones propuestas en el campo, un fuerte componente de advocacy y lobby con el objetivo de tener una mejor coordinación así como una mejor cooperación e integración de otros aspectos de desarrollo entre los demás que intervienen en la mejoría de la calidad de vida de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARNETT, T. e WHITESIDE, A. *AIDS in the twenty-first century – disease and globalisation*, Palgrave MacMillan, 2002
- FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE. Projeto Kuhluvuka (versão final), 2000.
- GARRET, L. *Betrayal of trust: the collapse of global public health*. New York: Hyperion, 2000
- HAWA R. AIDS in Africa: too little too late'. <http://www-twinside.org.sg./title/late.htm> (em28/2/2003)
- MONJANE, P. Marketization of health care provision: analyzing urban and regional bias and implications for access by the poor. Master thesis, Institute of Social Studies, The Netherlands, 1999
- MOZAMBIQUE CENSUS. *II recenseamento geral da população e habitação*. Instituto Nacional de Estatística, 1997
- MPF. Pobreza e bem-estar em Moçambique: primeira avaliação nacional (1996-97), 1997, MPF/UEM/ IIPPA.
- O'LAUGHLIN B. In defence of the household: Marx, Gender and the utilitarian impasse. ISS working paper series nr. 289, 1999a.
- PNUD. Relatório de desenvolvimento humano (RDH). PNUD Moçambique, 2000
- WILKINSON, R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996

NOTAS

(1) La pobreza, desde el reconocimiento de su complejidad conceptual y operativa, ha sido sujeta a varios abordajes. El concepto de pobreza, usado por profesionales e instituciones internacionales, ha reconocido cada vez más la naturaleza multidimensional de la misma. Sin embargo, su cuantificación para efectos operativos de delineamientos de políticas y comparación entre países se mantiene limitada a algunas dimensiones de pobreza. Tradicionalmente, la pobreza humanada es definida y cuantificada como la falta de acceso a bienes económicos (medido por la renta) y bajo nivel de consumo familiar. Aunque esas dimensiones deben ser

consideradas, la realidad ha demostrado que ellas no capturan otras dimensiones de vulnerabilidad y privación como son la distribución de renta y/o el consumo dentro de la familia, la falta de acceso a la educación y a la salud, la seguridad, la independencia, el autoestima y las redes de obligaciones sociales que constituyen fuentes adicionales de consumo en momentos de crisis (MONJANE, 1999). La definición actual de pobreza humana usada por el Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP) medido por el Índice de Pobreza Humana (HPI), aunque no sea extensivo, incluye ya importantes dimensiones básicas de privación humana como por ejemplo, la esperanza de vida, la falta de acceso a la educación, al agua y a la salud y el estado de salud. Los indicadores de pobreza en Mozambique son medidos por el nivel de consumo de los agregados familiares, por el nivel de rendimiento per cápita y por el HPI. Ambos, muestran altos niveles de pobreza en el país, en lo que se refiere a consumo, acceso (principalmente en lo referente a disponibilidad) la educación y salud, esperanza de vida y estado de salud.

(2) Este concepto de vulnerabilidad está asociado a aspectos que aumentan la posibilidad de la epidemia tener un impacto serio en la organización social y económica, ya sea de las familias, de grupos de personas, de instituciones y otros.

(3) El concepto de susceptibilidad se refiere a los aspectos que contribuyen para que un individuo tenga más probabilidad de infectarse con el VIH.

(4) Los determinantes de riesgo, relacionados al comportamiento sexual incluyen: múltiples parejas, tasa de cambio de parejas, prácticas sexuales y uso de preservativo.

(5) Los determinantes de riesgo relacionados a los aspectos biomédicos incluyen: la presencia de otra ETS, la práctica de la circuncisión, las diferencias biológicas relativas al sexo, estadio de la infección y su subtipos de virus.