

## Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982 – 1996

Richard Parker<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professor Titular e Chefe do Departamento de Ciências Sóciomédicas da Escola de Saúde Pública da *Columbia University* e Diretor-Presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)  
E-mail: rpg11@columbia.edu

### INTRODUÇÃO

Ao longo de duas décadas, a epidemia de HIV/AIDS no Brasil emergiu como um dos mais sérios problemas de saúde enfrentados pelo país. No início de 2002, 215.810 casos de Aids foram relatados ao Ministério da Saúde do Brasil. Igualmente preocupante, as estimativas oficiais mostram que 597.000 brasileiros estão infectados pelo HIV, garantindo, virtualmente, que a Aids continuará sendo um grande desafio de política social e de saúde pública previsto para o futuro (BRASIL, 2002; PARKER; GALVÃO; BESSA, 1999; PARKER, 2000).

Enquanto o peso dos números absolutos no Brasil e em outros lugares pode oferecer uma idéia da importância potencial do HIV/AIDS, particularmente no que se refere ao sistema público de saúde, fica claro que o maior impacto social da epidemia se estende muito além do que os números podem dizer (JONSEN; STRYKER, 1993). Tornou-se agora cla-

ro em países de todo o mundo que o impacto da Aids, as transformações sociais, culturais, políticas e econômicas produzidas pela epidemia e, talvez o mais importante, as diversas respostas que têm crescentemente surgido em face dela, configuram um campo de análises especialmente complexo, e que um entendimento maior deste campo é crucialmente importante se quisermos dar uma resposta aos dilemas que a Aids tem imposto de forma mais efetiva no futuro (MIZSTAL; MOSS, 1990; KIRP; BAYER, 1992; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992; PARKER *et al.*, 1994). Tanto no Brasil como em outros países do mundo, a política para o HIV/AIDS – amplamente definida para incluir não apenas políticas e programas públicos, mas uma gama mais ampla de respostas sociais e políticas à epidemia que emerge de vários setores da sociedade (RAU, 1994) – tornou-se uma prioridade crucialmente importante na procura da construção de uma resposta mais coerente e efetiva no futuro.

Talvez isto seja particularmente verdadeiro no caso do Brasil, onde, recentemente, a atenção internacional tem focado cada vez mais a variedade multidirecional das atividades de prevenção e controle do HIV/AIDS por programas governamentais para a Aids, organizações não-governamentais de serviços para a Aids e outros setores da sociedade civil. Financiados, através de uma série de grandes empréstimos do Banco Mundial ao Governo do Brasil, bem como por um compromisso significativo do Tesouro Nacional do Brasil e apoiado através de um processo de mobilização social e política amplo e de longo alcance, que tem sido descrito por alguns como o “modelo brasileiro” para a resposta contra a Aids tem sido considerado não somente como a mais bem sucedida experiência já realizada em qualquer país em desenvolvimento, mas talvez em qualquer país do mundo. Ele tem sido identificado como um modelo que

deve ser seguido por outros países de renda média ou baixa para que possam copiá-lo ou repeti-lo com seus próprios esforços nacionais. Enquanto o modelo brasileiro tem, desta forma, desempenhado uma função de crucial importância em muitos debates recentes (oferecendo esperança e otimismo no que concerne à possibilidade de respostas bem sucedidas à epidemia num contexto caracterizado por poucas histórias de sucesso), o seu conteúdo atual tem sido freqüentemente caracterizado de modo superficial, e a extensão para a qual ele poderá ser realmente transferido – para outros cenários sociais, culturais e políticos – jamais foi definida.

A necessidade de se especificar mais claramente as características da resposta brasileira à Aids, bem como as condições históricas e políticas que deram origem a ela, significa o passo principal para se poder avaliar mais adequadamente a extensão a qual este modelo (ou pelo menos as lições aprendidas da experiência brasileira) poderá ser adaptado em outro lugar, em relação a outras sociedades que enfrentam o impacto da epidemia de HIV/AIDS. É com esta ampla meta em mente – para examinar as respostas da política à epidemia que tem crescido em diferentes setores da sociedade brasileira e, de acordo com esta análise, ajudar a oferecer a base para respostas efetivas no futuro, no Brasil e em outros países

– que a análise atual tem sido desenvolvida como parte de uma série de estudos contínuos executados durante vários anos e relatados em uma série de publicações (DANIEL; PARKER, 1993; PARKER *et al.*, 1994; 1999; PARKER, 1994; 1997; 2000; PARKER; CAMARGO, 2000).

Em virtude da atenção que tem sido hoje dirigida ao único programa de acesso ao tratamento anti-retroviral do HIV/AIDS, iniciado em escala ampla em 1996 e pelo fato da efetividade da resposta brasileira à Aids estar sendo mais amplamente admitida – e a simples idéia de um “modelo brasileiro” para responder à epidemia tem atraído muita atenção – durante os anos, desde a implementação deste programa de acesso ao tratamento, neste ensaio procurei retornar ao que pode ser descrito como a “história antiga” da resposta da sociedade brasileira ao HIV/AIDS. A meta principal tem sido examinar as bases da resposta brasileira que tem sido tão amplamente (e em minha opinião justamente) reconhecida por sua efetividade e sua potencial liderança na comunidade internacional. Nas páginas seguintes eu tentarei analisar as maneiras nas quais esta resposta se formou historicamente, ‘antes’ de 1996, quando o acesso ao tratamento difundido foi estendido a terapias anti-retrovirais, como uma maneira de sugerir, primeiramente, que as raízes de um programa bem sucedido foram construídas durante

um longo período de tempo por um grande número de atores sociais trabalhando por vezes juntos e por vezes em conflito e, segundo, no tempo em que o programa de acesso ao tratamento foi estendido em 1996 – o resultado bem sucedido que tem sido amplamente reconhecido recentemente, jamais foi garantido.

Minha esperança é que a análise aqui desenvolvida possa ajudar a fornecer uma base para um entendimento mais adequado do que tem surgido recentemente como uma “integral” (ou pelo menos “integrada” [PINHEIRO; MATTOS, 2001]) resposta ao HIV e Aids no Brasil, envolvendo o tratamento e a prevenção como fatores importantíssimos para um modelo unicamente brasileiro para responder à epidemia – um modelo enraizado na tradição de um sistema de saúde pública “integral” originalmente liderado pelo progressivo movimento de reforma sanitária e talvez mais completamente alcançado (não sem grandes dificuldades) na resposta brasileira à Aids.

## O CONTEXTO SOCIAL, ECONÔMICO E POLÍTICO

Antes de nos voltarmos para a discussão mais detalhada das políticas relacionadas com o HIV/AIDS para leitores que possam não estar completamente familiarizados com a realidade complexa que é a sociedade brasileira, é importante situar estes assuntos num contexto soci-

al, cultural, político e econômico mais amplo, no qual a epidemia tomou forma no Brasil. O mais imediatamente impressionante é a notável diversidade do país no momento histórico em que a epidemia da Aids emergiu. O Brasil é um país imenso, com um território de 8.500 km<sup>2</sup> e uma população de aproximadamente 165 milhões de pessoas, de acordo com o censo mais recente. Tradicionalmente dividido de forma analítica em 5 “macrorregiões” (conhecidas como Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul) e dividido administrativamente em 27 estados e distritos federais, o país é marcado pelo alto grau de diversidade regional e por subculturas regionais muito variadas (BASTIDE, 1978; PAGE, 1995; WAGLEY, 1963). A longa interação entre europeus, africanos e nativos da América, seguida de várias ondas de migração de diversos pontos de origem, produziu uma colcha de retalhos de diversidade étnica e religiosa especialmente complexa (BASTIDE, 1978; WAGLEY, 1963). Mais recentemente o rápido processo de modernização, urbanização e mudanças sociais e econômicas, acontecendo ao longo das décadas no país, ocorreram diferentemente nas regiões e entre os diversos setores da sociedade. Em grande parte, como resultado de tais processos e interações complexos, o Brasil foi descrito alguns anos atrás por Roger Bastide como uma “terra de contrastes”, onde divisões de classe,

raça e gênero são constantemente aparentes (BASTIDE, 1978).

As muitas contradições que parecem caracterizar a vida brasileira têm se tornado ainda mais surpreendentes nas últimas décadas como resultado de uma série de mudanças sociais, econômicas e políticas que parecem ter produzido novas divisões sociais e econômicas que estenderam a estrutura da vida brasileira. As rápidas industrialização e urbanização transformaram o que antes era uma grande sociedade rural, criando o chamado “Milagre Econômico Brasileiro”, com uma média de crescimento anual de 8,6% no início dos anos 1970 (SMITH, 1995). A economia política de débito e dependência logo produziu uma série de severas crises econômicas, resultando numa recessão de raízes profundas e especialmente longas no fim dos anos 1980 e começo dos anos 1990, com uma alta taxa de inflação que chegava a 45% por mês no início de 1994. Enquanto a introdução de um novo plano monetário e econômico em 1994 conseguiu baixar a taxa de inflação para somente 1,5% a 2,5% (em meados de 1995) e ofereceu alguma esperança para prosperidade e crescimento futuros, as consequências em longo prazo deste modelo de desenvolvimento no Brasil são resumidas no fato de que os 10% mais ricos na população brasileira ainda desfrutam de 53% da renda nacional, enquanto a outra metade mais pobre divide apenas 10%

(SMITH, 1995). Resumindo, apesar do crescimento da economia brasileira e do setor industrial, a vasta maioria da população brasileira, entretanto, enfrentou os efeitos da crescente pobreza nos passados 15 a 20 anos e os serviços públicos de bem-estar social – que seriam necessários para suprir as necessidades dos pobres – de fato se deterioraram, já que os recursos têm sido direcionados ao pagamento da dívida e ao apoio ao ajuste estrutural.

Ligada a esta situação econômica está a evolução da política brasileira nas últimas três décadas. Após um período de instabilidade e incerteza no início dos anos 1960, uma tomada de poder dos militares em 1964 iniciou um período de vinte anos de regime autoritário, sob cinco diferentes governos militares que somente terminou em 1984 com um retorno gradual ao regime democrático: primeiro através de eleições presidenciais indiretas e depois, finalmente, com eleições presidenciais diretas. Este lento e freqüentemente doloroso processo de redemocratização foi mais tarde complicado pelo *impeachment* do primeiro presidente eleito democraticamente sob acusação de corrupção política em 1992, seguido pelo estabelecimento de um governo interino até o fim de 1994, quando a segunda eleição direta para presidente se deu, após trinta anos, e um novo presidente surgiu para um mandato de quatro anos, começando em 1995.

Unindo estes fatores sociais, políticos e econômicos, temos um cenário de importância crucial na procura do impacto e da resposta à epidemia de HIV/AIDS que começou a surgir no Brasil no início dos anos 1980 e a se espalhar rapidamente no decorrer da década seguinte. A séria deterioração do sistema público de saúde, como de todos os serviços públicos de assistência social no Brasil, que começou durante o período autoritário, de 1964 a 1984, continuou a piorar durante a longa recessão econômica que acompanhou o retorno ao regime civil no final dos anos 1980 e começo dos anos 1990, limitando a capacidade do país de tratar seus muitos problemas de saúde já existentes e condicionando as maneiras pelas quais ele responderia à emergência desta nova doença infecciosa social, cultural e epidemiologicamente explosiva (DANIEL; PARKER, 1991; 1993; PARKER, 1994a; 1994b; BANCO MUNDIAL, 1998). Somado à deterioração do sistema público de saúde e ao declínio dos serviços públicos de assistência social, o extenso período de regime militar e seguido pelo frustrante retorno gradual ao governo democrático da metade ao final dos anos 1980, parece também ter minado a legitimidade de muitas instituições políticas através de um processo de redemocratização que foi iniciado quase no mesmo momento histórico em que a epidemia do HIV/AIDS começou a surgir no Brasil (DANIEL; PARKER, 1993; PARKER, 1994a; 1994b). Isto forneceu

o contexto político no qual a epidemia de HIV/AIDS começou a tomar forma no Brasil e a condicionar as maneiras nas quais a epidemia de desenvolveu, bem como as maneiras nas quais a sociedade brasileira procurou responder a ela no curso de sua primeira década (DANIEL; PARKER, 1993; PARKER, 1994a; 1994b). Enquanto os problemas complexos que este problema impôs à procura do tratamento de assuntos levantados pela epidemia sejam talvez insignificantes quando comparados com alguns países (tais como Haiti, Zaire e Ruanda) nos quais a Aids tomou uma poderosa taxa (*toll*), eles no entanto, levantaram um conjunto de dilemas complexos quando comparados com as situações relativamente mais estáveis encontradas em pelo menos alguns dos países (como a maioria das democracias industrializadas) que têm enfrentado o impacto da epidemia (DANIEL; PARKER, 1993; PARKER, 1994; 1997; 2000; PARKER *et al.*, 1994; 1999; MISZTAL; MOSS, 1990; KIRP; BAYER, 1992).

#### POLÍTICAS E PROGRAMAS PÚBLICOS

Se a rápida propagação da epidemia do HIV/AIDS no Brasil impôs uma ampla variedade de desafios para virtualmente todos os setores da sociedade brasileira, isto jamais foi tão verdadeiro para o setor público, que foi cobrado – no início da epidemia – a desempenhar a difícil tarefa de preparar uma resposta governamental organizada a um problema que

muitos indivíduos e instituições teriam preferido ignorar. Tanto no Brasil, como em quase todos os países do mundo (MIZSTEL; MOSS, 1990; KIRP; BAYER, 1992) a resposta surgiu lentamente – particularmente no que concerne o governo federal, onde o Ministério da Saúde resistiu em tomar qualquer atitude a respeito da Aids mesmo por vários anos após os casos começarem a ser relatados nos maiores centros urbanos como o Rio de Janeiro e São Paulo (TEIXEIRA, 1997; DANIEL; PARKER, 1991; 1993; PARKER, 1994a). Em tais centros, no entanto, onde a maior concentração de casos de Aids foi encontrada desde o início da epidemia, em grande parte por pressão política das comunidades afetadas, as ações começaram a acontecer gradualmente no estado e em eventos locais muito antes da burocracia letárgica de Brasília perceber a gravidade potencial da situação. Particularmente em São Paulo, onde os ativistas de algumas organizações *gays* procuravam a Secretaria de Saúde do Estado no início de 1993, após o primeiro caso de Aids relatado no ano anterior, uma resposta relativamente adiantada e, para a maioria, uma resposta altamente progressiva da saúde pública à epidemia começou a surgir, o que serviria, em longo prazo, como um importante modelo de esforços similares no país (TEIXEIRA, 1997; PARKER, 1997; PARKER *et al.*, 1999).

O fato de que o surgimento da primeira resposta aconteceu no es-

tado de São Paulo, muito antes de qualquer atitude a nível federal ter sido tomada, se dá, certamente, devido a um número de fatores. Não somente pelo fato de que os primeiros casos de Aids estavam altamente concentrados em São Paulo, mas também devido a São Paulo ser, na época, o centro principal para o surgimento de um movimento pela liberação *gay*, sendo assim, uma das poucas áreas com um eleitorado capaz de aplicar pressão política em favor da ação em relação à epidemia. Talvez, mais importante ainda, devido a um momento único na história política brasileira, o que era conhecido como Abertura (termo usado para descrever o retorno gradual ao sistema civil, naquela época orquestrado pelo último dos cinco governos militares em Brasília), São Paulo foi feliz o suficiente para ter um governo que unicamente, talvez, estivesse disposto a ouvir e responder às pressões vindas da sociedade civil. O estado de São Paulo tinha recentemente eleito um líder de oposição progressiva - Franco Montoro - como governador e Montoro, em resposta, havia nomeado figuras políticas progressistas em quase todas as áreas de seu governo, inclusive o Secretariado Estadual de Saúde, onde João Yunes serviu como secretário de 1983 a 1987. Enquanto o governo militar continuava a mandar em Brasília, até que uma eleição indireta de poder a um presidente civil em 1985 e a

burocracia federal (incluindo o Ministério da Saúde) continuava a ser caracterizada por funcionários treinados e postos no poder durante o auge do período autoritário, no estado de São Paulo, ao contrário, o espírito da democracia e as forças de oposição à ditadura (incluindo o movimento de reforma sanitária na saúde pública, que desempenhou um papel chave na crítica ao regime militar) tinham ocupado as mais importantes posições de tomada de decisão. Enquanto o recentemente surgido movimento pela liberação *gay* não poderia ainda ser considerado uma força poderosa nem em São Paulo, ou em qualquer parte do país, o estado foi, no entanto, feliz neste caso ao encontrar um contexto político dentro da Secretaria Estadual da Saúde (SES), dentro do qual mesmo aqueles funcionários que não fossem especialmente simpáticos aos assuntos referentes ao que ainda era um grupo altamente estigmatizado, tiveram poucas escolhas, se tivessem de manter qualquer tipo de consistência ideológica, a não ser responder às demandas feitas por representantes da sociedade civil.

Foi, então, em resposta a estas demandas vindas de representantes da comunidade *gay* que um grupo de trabalho sobre a Aids foi formado, em meados de 1983, dentro da Divisão de Doença de Hansen e Dermatologia Sanitária no Instituto de Saúde da SES-SP, onde um programa para o tratamento de DST já

estava em processo de desenvolvimento. Em suas primeiras deliberações e documentos, este grupo de trabalho que mais tarde serviria como base para o Programa Estadual da Aids, forneceu o tom básico para o que caracterizaria a melhor das respostas do governo à epidemia nos anos seguintes. Extraído de suas prévias experiências com o Mal de Hansen, que, como a Aids, tem sido sujeito a altos níveis de estigma social e discriminação, o grupo colocou uma ênfase central na procura do desenvolvimento de estruturas mais efetivas para vigilância epidemiológica, na tentativa de garantir cuidados médicos adequados e suporte social e trabalhando para combater o preconceito e a discriminação ligados à Aids. Ele também procurou construir uma coalizão mais ou menos informal entre ativistas políticos da comunidade *gay*, bem como de grupos comunitários previamente envolvidos no oferecimento de suporte a indivíduos com o Mal de Hansen, junto com os setores progressivos do movimento de reforma sanitária que vieram ao sistema público de saúde com a eleição de Montoro no início dos anos 1980 (TEIXEIRA, 1997).

Estes esforços quase nunca estavam livres de críticas. Ao contrário, alguns setores da Secretaria de Saúde de São Paulo questionavam o que eles viam como uma importância exagerada dada a um problema de proporções limitadas que era

percebido como algo que afetava somente uma pequena minoria da população. Membros docentes da Escola de Higiene e Saúde Pública de São Paulo procuraram o Secretário de Saúde João Yunes, sugerindo que a preocupação com a Aids tornaria recursos necessários a problemas de saúde mais sérios e estatisticamente mais significativos, tais como desnutrição e outras doenças infecciosas. E mesmo os representantes do Ministério da Saúde em Brasília, repetidamente, afirmavam que a Aids não satisfazia critérios epidemiológicos suficientes para determinar a necessidade de intervenção do sistema público de saúde (TEIXEIRA, 1997).

A falta geral de preocupação e, às vezes, a resistência encontrada dentro de alguns segmentos do sistema público de saúde estavam presentes também em outros setores. Apesar das repetidas tentativas feitas pelo Programa Estadual de Aids para desenvolver parcerias e iniciativas colaborativas com outras áreas, pouco progresso foi feito na tentativa de envolver setores fora da saúde pública. As Secretarias de Educação e Justiça, por exemplo, falharam na tentativa de tomar qualquer iniciativa significativa e também nas tentativas para implementar programas para a Educação da Aids em escolas públicas e em fazer relatórios sobre o número crescente de casos de Aids no sistema penitenciário. De fato, qualquer outro tipo

de instituição fora do sistema público de saúde, que tivesse alguma participação em assuntos relacionados com a Aids falhou muito na tentativa de tomar qualquer providência significativa, já sinalizando assim uma tendência problemática (que mais tarde iria se repetir com sérias conseqüências a nível federal) de conceber o HIV/AIDS como um assunto exclusivamente médico ou de saúde com um pouco mais de relevância social (TEIXEIRA, 1997).

Ao mesmo tempo, apesar das dificuldades encontradas na tentativa de mobilizar outros setores do governo, o agressivo e inovador programa de Aids de São Paulo serviu como um importante modelo para programas similares em outros estados nos quais os casos de Aids começavam a ser relatados. Durante os anos 1980, por exemplo, representantes de outras secretarias de estado visitaram o programa de São Paulo e copiaram sua organização básica, inclusive na localização dentro de unidades de Mal de Hansen, quando estabeleceram seu próprio programa. Em 1985, quando o Ministério da Saúde começou a se mover mais na direção da criação de um Programa Nacional de Aids, o Programa Estadual de Aids já havia sido estabelecido e estava em funcionamento em pelo menos 11 dos 27 estados brasileiros e distritos federais; e importantes iniciativas locais já haviam sido implementadas através da conexão entre estes programas de Aids

e outros setores do sistema de saúde (TEIXEIRA, 1997).

Em meados dos anos 1980, como os números de casos relatados de Aids começaram a crescer e a Aids começou a se tornar uma preocupação na comunidade internacional, à luz de tal mobilização a nível estadual e municipal, tornou-se difícil para que o governo federal em Brasília permanecesse calado. Em 1985, após uma eleição presidencial indireta, bastante orquestrada pelo governo militar que já estava de saída, uma administração civil finalmente tomou posse. Embora este novo governo, sob o comando de José Sarney, não pudesse ser realmente definido como uma quebra de relação com o passado e mantivesse vários indivíduos, bem como as abordagens políticas básicas que caracterizaram o regime anterior, um processo de redemocratização se iniciava, juntamente com a mudança gradual de funcionários nas agências federais. Embora ele nunca tivesse tido o caráter progressista e franco da Secretaria de Saúde de São Paulo, o clima geral, dentro do Ministério da Saúde em Brasília, começava a mudar e um espírito geral de reforma começava a espalhar as metas básicas do movimento de reforma sanitária, inclusive a implementação de um Sistema Único de Saúde para toda a nação, com uma descentralização de poder e tomadas de decisão concomitantes a serem implementadas em meados dos

anos 1980. Dadas tais mudanças num contexto mais amplo da vida política no Brasil (no geral) e da política da saúde (em particular), é talvez, sem surpresa, que em 1985 o Ministério da Saúde começaria a dar os primeiros passos na criação de um Programa Nacional de Aids e na formulação de uma política relacionada com a Aids a nível nacional (TEIXEIRA, 1997).

Como no caso da maioria dos estados que haviam implementado programas de Aids, a divisão de Mal de Hansen e Dermatologia Sanitária do Ministério tiveram uma função essencial na organização de uma série de encontros com especialistas e funcionários de programas de todo o país para discutir a estrutura e o formato para um Programa Nacional de Aids. O programa propriamente dito foi criado através de uma Portaria Ministerial (n° 236) em 2 de Maio de 1985 e após uma série de reuniões com funcionários estaduais do Programa da Aids, as ONGs e a mídia começaram finalmente a funcionar efetivamente no início de 1986. Em abril de 1986, uma outra portaria (n° 199, emitida em 24 de abril de 1986) também constituiu um Comitê Consultivo Nacional, mais tarde rebatizado de Comissão Nacional da Aids, incluindo representantes de outros Ministérios como o Ministério da Educação, o Ministério da Justiça e representantes da sociedade civil, tais como a Associação de Advogados e ONGs relacio-

nadas à Aids como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), o Grupo Gay da Bahia (GGB) e a Associação Brasileira de Planejamento Familiar (ABEPF). A formação desta comissão estava voltada para o espírito dos tempos, visando estimular a participação da sociedade civil, mas dentro de limites específicos, já que a comissão foi sempre designada como um corpo de conselho, autorizada por e com responsabilidade do Ministério da Saúde; e sua função principal era oferecer conselho técnico e não tomar a responsabilidade de estabelecer políticas ou de delinear áreas de ação (TEIXEIRA, 1997).

Em termos de seus preceitos básicos, pelo menos durante o governo de Sarney (de 1985 ao fim de 1989), o Programa Nacional de Aids iria adotar em grande parte a estrutura de trabalho conceitual e ideológica que já havia surgido num grande número de programas estaduais de Aids. Em, virtualmente, todos os seus documentos escritos, o Programa Nacional de Aids, explícita ou implicitamente, adotou a ênfase na não-discriminação e na solidariedade, o que já havia surgido a nível estadual e local. Ao mesmo tempo, enquanto este princípio geral estava claramente presente, os maiores impulsos dos esforços do Ministério eram claramente mais pragmáticos do que ideológicos. Foi dada uma ênfase central na melhoria da vigilância epidemiológica (amplamente reconhecida como sen-

do inadequada em regiões e estados menos desenvolvidos) e num relatório epidemiológico regular, iniciado para rastrear o curso da epidemia.

Serviços estaduais e locais para tratamento da Aids, particularmente no Rio de Janeiro e em São Paulo, foram designados como centros de referência nacional e um programa agressivo de treinamento foi iniciado particularmente para funcionários de estados menores ou mais distantes que estavam começando o programa para Aids. Esforços contínuos foram feitos, somente em parte bem sucedidos, através de uma série de Portarias Ministeriais visando o desenvolvimento de um sistema mais efetivo para o controle do fornecimento de sangue – apesar de que foi somente em 1988, após intenso *lobby* de ONGs e representantes da sociedade civil que o Congresso Nacional finalmente aprovaria a Lei (n° 7649, em 25 de Janeiro de 1988) que obrigava o teste do HIV em doações de sangue a nível nacional (TEIXEIRA, 1997).

Em 1997, um documento intitulado “Estrutura e Proposta de Intervenção” havia sido elaborado para avaliar o trabalho já desenvolvido e para estabelecer um plano de ação de cinco anos para o período de 1988 a 1992 (BRASIL, 1987). Este documento ofereceu um claro senso de consolidação e institucionalização progressivas do Programa Nacional de Aids junto com seu crescente caráter técnico. Ele também marcou uma mu-

dança importante nas relações entre o Programa Nacional de Aids e os programas estaduais e municipais.

Enquanto o primeiro período havia sido caracterizado pela adoção de iniciativas de políticas estaduais e municipais pelo Programa Nacional de Aids, baseada nas suas experiências anteriores, começando em 1988, o Programa Nacional de Aids, fortalecido pela cooperação técnica e financeira de agências internacionais, como o World Health Organization (WHO) e a Pan American Organization, começou a liderar de forma mais agressiva na tentativa de definir normas políticas e atividades programáticas que deveriam ser implementadas pelo país. Os programas estaduais e municipais de Aids foram criados para servir, principalmente, à execução de atividades do programa que eram planejadas e coordenadas por Brasília. Exemplos desta nova tendência eram particularmente fortes na área da prevenção, com projetos nacionais, como o Projeto Empresa que procurava fornecer treinamento sobre a Aids no ambiente de trabalho a vários funcionários de diversas empresas pelo país, ignorando completamente as já existentes iniciativas estaduais e municipais na mesma linha, ou o Projeto Previna que procurava desenvolver programas de prevenção centralizada para os considerados membros do “grupo de risco” no país, sem qualquer consideração significativa quanto às di-

ferenças locais ou regionais da epidemiologia do HIV/AIDS ou quanto ao comportamento sexual ou de uso de drogas (TEIXEIRA, 1997).

Enquanto a crescente centralização continuava claramente a se intensificar nos dois anos seguintes, por vezes criando sérias tensões entre o Programa Nacional de Aids em Brasília e os mais experientes programas estaduais e municipais em outras partes do país, em retrospecto, é, entretanto, aparente que um progresso gradual foi alcançado no desenvolvimento de uma política de amplo alcance em resposta à epidemia. Quaisquer que fossem suas limitações, a vigilância epidemiológica melhorou claramente durante o período. Campanhas educacionais eram televisadas regularmente e, apesar de serem de qualidade variada, elas produziram um alto grau de preocupação da população quanto à Aids. Importantes leis foram aprovadas, garantindo às pessoas com Aids os benefícios básicos oferecidos a outros pacientes com outras doenças incapacitantes ou fatais. Enquanto muitas organizações não-governamentais e ativistas da Aids eram freqüentemente críticas a respeito do ritmo lento e da inconsistência de muitas iniciativas políticas, um progresso gradual parecia estar acontecendo.

Tudo isso mudaria rapidamente, no entanto, em 1990, quando um novo presidente, Fernando Collor de Mello, tomaria posse. Collor nomeou

Alceni Guerra, um político conservador, com uma história na medicina, como seu Ministro da Saúde. Um dos atos de Guerra foi substituir Lair Guerra de Macedo Rodrigues, que tinha coordenado o Programa Nacional de Aids desde seu princípio. Em seu lugar, ele nomeou Eduardo Côrtes, um jovem pesquisador do Rio de Janeiro que havia desenvolvido estudos entre populações diferentes que eram vulneráveis à infecção do HIV. Ao apontar Côrtes, Alceni Guerra simultaneamente iniciou uma campanha renovada e mais agressiva contra a Aids e ofereceu esperança, pelo menos no começo, àqueles que haviam criticado o Programa excessivamente técnico e centralizado durante o governo Sarney (PARKER, 1994).

Infelizmente, as perspectivas iniciais quanto a um programa contra a Aids que fosse revitalizado e mais intensivo nunca foram atingidas. Ao contrário, quase no começo, uma confusão parecia reinar, não somente no Programa Nacional de Aids, mas no Ministério da Saúde como um todo. Após a substituição de Lair Guerra, quase todos os funcionários técnicos do Programa pediram demissão em protesto. O período seguinte foi marcado por uma série de ataques e contra-ataques, nos quais era até sugerido (apesar de nunca formalmente confirmado) que os funcionários demissionários haviam tentado sabotar o novo mandato removendo documentos chave e tentando minar as relações inter-



nacionais estabelecidas na administração anterior. Côrtes, por sua vez, era completamente inexperiente na política e na burocracia do Ministério da Saúde e não havia tido qualquer experiência anterior em administração. Esta falta de experiência mostrou, bem rapidamente, que todos os programas componentes desenvolvidos durante a administração anterior estavam, um a um, sendo descontinuados. Durante o período de mais de dois anos, nos quais Côrtes coordenou o Programa Nacional de Aids, nunca houve uma reunião da Comissão Nacional de Aids. O boletim epidemiológico que havia sido publicado regularmente foi substituído por uma nota xerocada que circulava irregularmente. Os contatos com agências de cooperação internacional foram suspensos. E, por mais de um ano, os anúncios nacionais do serviço público, que havia sido uma característica regular do Programa de Aids de 1970 a 1990, foram também suspensos.

Em uma área importante, o Programa Nacional de Aids, durante este período, fez, claramente, um importante avanço, adotando a política de distribuição gratuita de remédios especializados para pacientes com Aids, como o AZT; Ganciclovir; Pentamidine (TEIXEIRA, 1997). Enquanto esta decisão era justificada originalmente como parte de uma tentativa de estimular o relato de casos de Aids e era baseada na suposição de que pacientes e médicos provavelmente relataria-

am os casos se isto trouxesse algum benefício, ela, no entanto, teria o efeito em longo prazo de garantir medicamentos caros para os pacientes cujas situações econômicas fariam deste acesso uma impossibilidade (PARKER, 2001; TEIXEIRA, 1997). Apesar dos ganhos extremamente importantes que esta política proporcionou, particularmente para as pessoas vivendo com o HIV/Aids, seus benefícios políticos potenciais foram muitos desperdiçados devido a outras decisões políticas bem mais sem visão.

Quando o Programa Nacional de Aids finalmente recomeçou com as atividades de prevenção, por exemplo, após um longo silêncio, os resultados foram bastante desastrosos tanto educacionalmente quanto politicamente. Em 1991, uma campanha televisiva altamente angariadora, patrocinada com doações de corporações privadas, foi lançada e construída com bases na noção do medo (o mote da campanha era resumido na frase: "Se você não se cuidar, a Aids vai pegar você") e enfocava a incurabilidade como elemento chave. Uma controvérsia calorosa seguiu-se colocando ativistas da Aids e organizações baseadas na comunidade, críticos à campanha, contra os funcionários do Ministério da Saúde, que procurava defender-se de acusações de estigma e discriminação argumentando que o interesse dos não-infectados deveria ser sobreposto aos sentimentos das pessoas vivendo com o HIV/Aids. Como

esta controvérsia se aprofundou no curso do ano seguinte, qualquer legitimidade que o Programa Nacional de Aids pudesse ter, tinha começado a desaparecer gradualmente e uma resposta social mais ampla à epidemia tornou-se cada vez mais polarizada entre organizações não-governamentais de serviços para a Aids e representantes do governo federal.

Bem parecido com isto foi a deterioração das relações que também caracterizou a interação entre o Programa Nacional de Aids e os programas estaduais e municipais por todo o país, bem como as relações com as comunidades científica e médica. Embora a municipalização de iniciativas pela saúde de forma geral e de programas de Aids, mais especificamente, fizessem parte da retórica do Ministério da Saúde neste período, o processo de municipalização era levado adiante sem qualquer preocupação com as estruturas existentes. Comissões Municipais de Aids foram criadas por todo o país, independente de já existirem Programas Municipais de Aids ou não, mas a maioria destas novas comissões falhou em seu funcionamento. O repasse de fundos federais para estados e municípios, bem como o patrocínio para pesquisa e desenvolvimento da parte de universidades e hospitais de referência, o que havia sido uma característica importante das ações centralizadas na administração anterior, também foram descontinuados, já que os recursos

para a Aids começaram a desaparecer quando o novo Programa Nacional da Aids falhou no desenvolvimento de um plano de ação por submissão a corpos internacionais como a Organização Mundial de Saúde.

Muitas destas tensões amadureceram em 1991, quando a OMS designou o Brasil como um país prioritário para o programa de desenvolvimento da vacina contra o HIV/AIDS. Ambos, Eduardo Côrtes e Alcení Guerra, publicamente denunciaram a decisão da OMS, empregando uma retórica altamente nacionalista, o que quase afetou as relações normais entre o Ministério da Saúde e o sistema das Nações Unidas, clamando que os brasileiros não seriam usados como cobaias em experimentos médicos importados do estrangeiro. No protesto seguinte, as vozes de ativistas e ONGs, anteriormente críticos em relação a programas de prevenção, juntaram-se àquelas de pesquisadores respeitados, autoridades médicas principais e funcionários de programas de Aids municipais e estaduais, ultrajados não somente pela perda potencial de recursos financeiros e técnicos, mas também pela absoluta falta de uma justificativa racional da parte do Ministério.

No início de 1992, no entanto, as tensões específicas que marcaram a relação entre o Programa Nacional de Aids e quase todo o outro setor que trabalhava com a Aids no Brasil haviam sido ofuscadas pelo proces-

so político mais amplo – neste caso uma crise bastante difundida ligada às acusações de conduta não-ética da parte de setores chave do governo de Collor e dentro do Ministério da Saúde em particular. Acusações de contratos superfaturados cresciam muito em 1991, com os funcionários do Ministério da Saúde e o Ministro Alcení Guerra sendo considerados os principais suspeitos. Embora as acusações nunca tivessem sido diretamente feitas contra o Programa Nacional de Aids, o clima geral de suspeita e acusação contribuíram claramente para a já enraizada percepção de incompetência geral e talvez até de desonestidade (especialmente no que se referia às causas reais da quebra de relações com a OMS acerca da pesquisa da vacina) que cresceu e levou a uma quase completa imobilização das atividades programáticas no início de 1992.

Mais uma vez, este amplo processo político trouxe com ele uma importante mudança na política da Aids, quando a administração de Collor implementou uma reforma ministerial no início de 1992 com o objetivo de fortificar as bases éticas do governo. No Ministério da Saúde, Alcení Guerra foi substituído por Adib Jatene - um importante cardiocirurgião, admirado não só por sua administração pragmática do principal centro de cirurgia de coração do Brasil, mas pelo seu passado como Secretário da Saúde de São

Paulo. Não foi surpresa que um de seus primeiros atos fosse a nomeação de Eduardo Côrtes como Coordenador do Programa Nacional de Aids, mas a nomeação do predecessor de Côrtes, Dr. Lair Guerra de Macedo Rodrigues para, mais uma vez, assumir a coordenação do Programa (PARKER, 1994).

Apesar do nível de dificuldade criado pelo contexto amplo das contínuas acusações de corrupção contra o governo Collor, o revitalizado Programa Nacional de Aids tomou rápidas providências para reconstruir muito do que tinha sido minado nos dois anos anteriores. Novos funcionários foram recrutados de programas estaduais da Aids já existentes e das principais universidades. A Comissão Nacional da Aids foi recriada através de uma nova Portaria do Ministério. A vigilância epidemiológica foi reforçada e os boletins epidemiológicos foram outra vez emitidos regularmente. Várias crises explosivas, como a recusa de acesso de crianças portadoras do HIV à educação, foram rapidamente tratadas – apesar de, outra vez, mais através de Decretos Ministeriais do que por aprovação legislativa. A cooperação internacional recomeçou e o acordo formal entre a OMS e o Brasil para a sua participação no desenvolvimento e teste da vacina foi rapidamente aprovado. Talvez, mais importante ainda, em termos de conseqüências a médio e longo prazo, foram inicia-

das negociações com o Banco Mundial, o que expressou interesse na possibilidade de desenvolver um projeto de empréstimo que ofereceria suporte para a prevenção e controle da Aids no Brasil (TEIXEIRA, 1997).

Embora o plano de fundo do mal-estar político continuasse a criar um clima instável até o final de 1992, quando o início dos procedimentos para o *impeachment* de Fernando Collor o levou a renunciar e um governo interino assumiu, liderado pelo vice-presidente de Collor, Itamar Franco, o complexo processo de negociação com o Banco Mundial ocupava quase toda a atenção do Programa Nacional de Aids. De fato, o processo de negociação envolvia uma grande variedade de especialistas e instituições, muito além dos funcionários do Programa propriamente dito, no desenvolvimento de um plano que envolveria a ajuda de programas estaduais e municipais, projetos desenvolvidos por organizações não-governamentais, bem como várias atividades de treinamento e pesquisa. A organização de uma proposta em tempo recorde (pelo menos em comparação com o tempo levado para desenvolver e negociar o suporte de outros programas previamente desenvolvidos pelo Ministério da Saúde com o suporte do Banco Mundial), exigia ação intensiva da parte de um time de consultores, bem como de funcionários para o programa de todos os níveis do governo e todas as partes do país.

Ele contou não só com o intenso suporte do Ministro da Saúde, mas também do Ministério da Economia e da Procuradoria Geral. Quando as negociações foram finalizadas em 1993 e oficialmente assinadas em 16 de março de 1994 (com uma data de início efetiva - 1 de junho de 1994), um profundo conjunto de mudanças na política e de pessoal se dava no governo brasileiro, incluindo o Presidente da República, o Ministro da Saúde e o Ministro da Economia. O processo de negociação e acordo com o Banco Mundial era, ainda assim, levado adiante, quase sem incidentes, apesar de tal turbulência no cenário político. E o Banco havia concordado em liberar um empréstimo de 160 milhões de dólares que, juntamente com os 90 milhões de dólares fornecidos pelo Tesouro Nacional, compreendiam um projeto de 250 milhões de dólares a ser desenvolvido num período de três anos.

Entender a razão pela qual o Projeto do Banco Mundial (BR 3659), variando do interesse dispensado pelo Banco à boa vontade do governo brasileiro em tomar um empréstimo para a prevenção da Aids, bem como às estratégias políticas que permitiram que a negociação ocorresse, apesar dos problemas potenciais, não é uma tarefa das mais fáceis. Um fator chave pode ter sido o interesse do Banco. Durante muitos anos, o Banco Mundial havia gradualmente aumentado seu com-

promisso com a prevenção e controle da Aids através de empréstimos a países específicos, bem como através do aumento da participação na ação coordenada com as Nações Unidas. Embora a instabilidade e a falta geral de competência no Programa Nacional de Aids durante a administração de Alcení Guerra tivesse criado a idéia de que uma ajuda ao Brasil seria quase impossível, a mudança do pessoal na administração do Ministro Adib Jatene ofereceu novas aberturas. Um empréstimo para o Brasil, como um empréstimo anterior feito à Índia, forneceria um importante teste para a possibilidade do controle da Aids em países em desenvolvimento, quando recursos adequados se fazem presentes e, num contexto social e demográfico, no qual o HIV/Aids, se não controlado, pode ter consequências explosivas. Precisamente por causa disso, no primeiro momento, foi o Banco propriamente dito que fez o contato com o novo Coordenador do Programa Nacional de Aids para iniciar as discussões sobre a possibilidade do empréstimo.

Ao mesmo tempo, pelo menos no começo do processo de negociação, parecia bastante improvável que o Banco tivesse que fazer um empréstimo tão alto quanto o que foi finalmente aprovado em 1994. O tipo e o alcance do projeto final tomou tais dimensões em grande parte devido à determinação dos funcionários do Programa Nacional de Aids, junta-

mente com sua notável capacidade de construir uma coalizão política capaz de oferecer pressão de vários lugares a favor de tal proposta em larga escala. Talvez, precisamente, devido ao desastre que aconteceu durante a administração anterior, foi possível para os funcionários do Programa Nacional de Aids mobilizar um amplo suporte de ativistas da Aids, organizações não-governamentais e líderes de opinião pública de várias faixas, em favor de um projeto em larga escala, capaz de provocar um maior impacto. Este suporte popular foi habilmente transformado em capital político através de articulação com líderes políticos de diversos partidos (variando dos esquerdistas PT e PPS ao mais conservador PFL) no Congresso Nacional que, em retorno, poderia alavancar suporte interno no Ministério da Saúde, bem como nos Ministérios do Planejamento e da Economia. Todos os detalhes desta articulação entre várias forças podem nunca ficar completamente claros, já que ela foi desenvolvida em várias frentes e nenhum indivíduo – nem mesmo a Coordenadora do Programa – foi exclusivamente responsável por ela. Mas o resultado final foi que a ampla opinião pública de que o HIV/AIDS deveria ser considerado como uma importante prioridade pelo governo brasileiro e que uma resposta comparável às dimensões do problema deveria ser implementada, foi transformada de forma bem

sucedida em uma pressão política adequada para garantir um compromisso significativo dos fundos nacionais e, conseqüentemente, para confiar na boa vontade do Banco na aprovação do que foi anunciado como sendo o maior projeto de controle da Aids até então já desenvolvido em países em desenvolvimento.

Embora diferentes documentos dessem uma imagem levemente conflitante aos detalhes exatos do Primeiro Projeto do Banco Mundial, o relatório oficial do Programa Nacional de Aids para 1994 incluía um útil resumo do projeto (BRASIL, 1994b). Do custo total do projeto, 250 milhões de dólares, 41,08% dos fundos eram destinados para prevenção, 18,56% para desenvolvimento institucional, 6,48% para a Vigilância Sanitária e 33,84% para serviços. Mais especificamente, dentro da categoria de prevenção, 36% do orçamento total é direcionado para aconselhamento, 20,2% a programas de Aids no trabalho, 16,5% a atividades de informação, educação e comunicação (IEC), 9% a intervenções comportamentais, 8,2% a programas para usuários de drogas injetáveis, 6,6% a programas a projetos de prevenção em comunidades e 4,5% à promoção do uso de preservativos. Dentro da ampla categoria de desenvolvimento institucional, 43,9% dos fundos são destinados ao suporte a laboratórios de referência, 22,2% a programas de treinamento, 17,7% a atividades de controle de

sangue, 11,7% para supervisão e 4,4% para análises de impacto econômico e de custos. Dentro da área de Vigilância Sanitária, 67,4% são destinados para programas de vigilância de DST/Aids, 16,8% para estudos de vigilância sentinela, 11,1% para intervenções HIV/TB e 4,8% para modelagem matemática. Finalmente, dentro da categoria de serviços, 68% dos fundos são para serviços clínicos para DST, 27,3% para serviços clínicos para a Aids e 4,7% para serviços da comunidade.

Embora as maneiras precisas, nas quais são feitos cortes e reajustes nesses totais, possam dar uma certa flexibilidade ao retrato que pintam, o mais impressionante talvez seja a ênfase geral, mantendo o próprio foco do Banco Mundial, que é mais voltada para a prevenção do que para o tratamento e a proteção. Até uma grande parte do orçamento para serviços, por exemplo, é direcionada aos serviços de tratamento de DST, com o objetivo de reduzir um importante co-fator conhecido por aumentar o risco de infecção pelo HIV e, sendo assim, é um fato basicamente direcionado à prevenção primária da infecção pelo HIV, acima de tudo. Durante as negociações entre o Programa Nacional de Aids e o Banco Mundial, a ênfase em prevenção primária tinha o objetivo de reduzir novas infecções e, conseqüentemente, o custo econômico da epidemia; e era repetidamente enfatizada como sendo crucial para as

metas do Banco no controle da Aids, justificando seu investimento em termos de custo/benefício. Qualquer outra ênfase maior em tratamento e proteção, ao contrário, era repetidamente rejeitada por funcionários do Banco e a decisão anterior do governo brasileiro, em fornecer medicamentos caros como o AZT para pacientes com Aids, era bastante criticada, como sendo um exemplo de ineficácia (pelo menos em termos de custos) no planejamento do Programa Nacional de Aids (TEIXEIRA, 1997).

Talvez, não menos importante do que a ajuda às áreas pragmáticas, fornecida pelo Projeto do Banco Mundial, seja o senso das maneiras pelas quais o volume total de recursos pode causar impacto sobre o Programa Nacional de Aids e as conseqüências que isto pode ter na implementação do projeto. É impressionante observar a notável flutuação do orçamento para o Programa de Aids ao longo do tempo, por exemplo. Em 1989, o último ano da administração de Sarney, o Programa Nacional de Aids contou com um orçamento de 11.870 milhões de dólares. Durante a administração de Collor, o orçamento caiu para 2.370 milhões em 1990, 1.250 milhões em 1991 e 2.870 milhões em 1992. Em 1993, anteriormente ao empréstimo feito pelo Banco, mas com as negociações indo bem, o orçamento para o programa pulou para 13.730 milhões. Em 1994, com o empréstimo feito, o orçamento literalmente pulou

para 76.134 milhões, sendo que 29.165 milhões vieram do empréstimo do Banco Mundial. Outros 44.859 milhões vieram do Tesouro Nacional e mais 2.110 milhões vieram do Fundo de Emergência Social do governo. Em 1995, do orçamento total de 160 milhões de dólares, 94.500 milhões vieram do empréstimo do Banco enquanto que os outros 65.500 milhões vieram dos fundos do Tesouro Nacional (BRASIL, 1994b).

Foi quase inevitável que este rápido crescimento criasse uma série de problemas administrativos. Isto é particularmente verdadeiro dado ao fato de que uma importante parte dos recursos fornecidos através do projeto deveriam, de fato, ser destinados à ajuda aos programas estaduais e municipais, bem como a projetos de atividades de organizações não-governamentais. De fato, 60% dos fundos fornecidos pelo Projeto do Banco Mundial deveriam ser usados a nível estadual e local através de acordos de cooperação entre programas de Aids, municipais e estaduais, e o Ministério da Saúde. Sendo assim, a execução do projeto depende de um alto grau de agilidade administrativa – efetivamente obtendo dinheiro para 27 estados e 42 municípios, bem como executando e monitorando quase 200 contratos e acordos com ONGs e também com Centros de Referência Regionais e Nacionais (BRASIL, 1994a). O rápido aumento no volume de fundos, passando pelo Ministério, a cami-

nho de outras instituições, apresenta a clara ameaça, freqüentemente confirmada através das reclamações de Programas de Aids municipais, estaduais e de ONGs, acerca de atrasos burocráticos e procedimentos administrativos que não conseguem acompanhar o volume de recursos projetados.

Estes estreitamentos administrativos e burocráticos que podem facilmente ocorrer, apesar das melhores intenções do Programa Nacional de Aids e seus funcionários, caminham lado a lado com uma série de outros problemas igualmente importantes que têm até agora recebido pouca atenção. A intensidade das atividades relacionadas com o Projeto do Banco Mundial apresenta um risco adicional: por exemplo, que outras ações programáticas, fora do contexto deste projeto, tais como proteção e tratamento aos indivíduos que já estão infectados ou doentes e que não são considerados prioridade dentro da filosofia do Projeto do Banco Mundial, sofrerão seriamente com o foco nas atividades de prevenção. Além disso, o pesado influxo de recursos para o Ministério da Saúde tende a reforçar a já existente falta de ação da parte de outros setores – oferecendo uma falsa sensação, por exemplo, da parte de outros ministros, que todos os assuntos relacionados à Aids estão sendo resolvidos pelo Ministério da Saúde e que a ação nas áreas de educação, justiça, bem-estar social, etc.

são assim desnecessárias. Finalmente, a confiança em medidas legais relativamente fracas, tais como as Portarias Ministeriais em oposição à implementação da legislação no Congresso, falhou na resolução do que pode ser descrito como a fragilidade das medidas de política pública em resposta à Aids no Brasil – o sério risco de que uma mudança na administração possa facilmente minar os ganhos obtidos até agora, como aconteceu de 1990 a 1992, durante a administração de Collor.

Tais problemas estão longe de serem considerados hipotéticos. A história recente sugere que somente as opções de políticas de longo prazo relacionadas à Aids foram alcançadas, em grande parte, através da pressão da sociedade civil, o que levou à ação legislativa e judicial, como no caso da Lei Henfil para o controle da qualidade do sangue, que foi implementada como parte da Constituição Brasileira de 1988, através da pressão de ONGs, associações de hemofílicos, e similares organizações da sociedade civil. Sem uma ação parecida, os diferentes setores do governo brasileiro propriamente dito, freqüentemente, ignoram ou violam ordens oficiais vindas do Ministério da Saúde, como foi o caso do sistema penitenciário do Departamento de Justiça que, ao contrário das ordens oficiais do Ministério da Saúde, submete prisioneiros a testes e os isola se estiverem com HIV/AIDS. Práticas similares têm sido empre-

gadas pelos militares brasileiros, que têm usado o teste de HIV para monitorar admissões e para demitir pessoal militar, bem como pelo Congresso Brasileiro que, até recentemente, incluía um teste negativo de HIV como um critério para futuros empregados (TEIXEIRA, 1997).

Enfim, há muito de positivo acerca da política pública em resposta ao HIV/AIDS no Brasil. Respondendo à pressão política vinda das comunidades afetadas, muitas respostas estaduais e locais, nos primeiros anos da epidemia, certamente se comparam favoravelmente com as respostas similares em outros países afetados na mesma época, tanto às suas ideologias básicas quanto às suas iniciativas políticas concretas. Muito antes que o Ministério da Saúde, ou mesmo algum corpo internacional como a OMS ou OPAS, tivessem tomado qualquer atitude significativa, programas – como o Programa Estadual de Aids em São Paulo – haviam dado passos importantes na direção de uma resposta significativa à epidemia. Mais recentemente, descontando o relativo desastre da política para a Aids durante o governo Collor, o Programa Nacional de Aids moveu-se rapidamente para tentar implementar uma agenda pragmática e tecnicamente competente para a ação que se compara favoravelmente a programas similares em outros países em desenvolvimento. Infelizmente, estes importantes passos na direção cor-

reta não têm sido, em grande parte, acompanhados por uma mobilização pela resposta mais ampla e multisetorial à Aids. Devido à falta de uma Comissão Nacional de Aids – a não ser qualquer corpo de conselho ligado ao Ministério da Saúde e à tendência geral de centralizar ambos recursos e ação dentro do setor da saúde – uma resposta da política pública, de maior dimensão, que envolvesse todas as agências administrativas relevantes e os setores judicial e legislativo do governo não surgiu em nível algum. Ao contrário, os setores do governo têm trabalhado em contradição e às vezes em oposição aos outros e o papel da liderança política acerca da Aids tem sido deixada nas mãos de funcionários técnicos do Ministério da Saúde (e não nas mãos de líderes políticos da sociedade brasileira). Embora as ações de muitas organizações não-governamentais, instituições religiosas e pelo menos algumas empresas do setor privado, descritas abaixo, tenham feito um progresso limitado na procura de uma base mais ampla para esta resposta, uma maior mobilização política e social acerca da Aids ainda permanece como uma tarefa para o futuro. Baseando-se em recentes tendências nacionais e internacionais, tais como o empobrecimento da epidemia e seu crescente impacto em setores que tradicionalmente carecem de recursos necessários para mobilizar uma pressão social e po-

lítica, a extensão de tal mobilização ainda permanecia como uma questão em aberto.

### ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS DE SERVIÇOS PARA A AIDS

Juntamente com as respostas programáticas desenvolvidas em vários níveis do governo do Brasil, as respostas desenvolvidas por diversos setores da sociedade civil são cruciais para um maior entendimento das maneiras pelas quais a sociedade brasileira como um todo tem procurado tratar as complexas visões apresentadas pela epidemia. Embora várias instituições da sociedade civil tenham obviamente desempenhado um papel importante, tais como as respostas religiosas e empresariais descritas abaixo, a contribuição jamais foi tão intensa e importante como no caso do que ficou conhecido (talvez um tanto erroneamente) como ONGs/AIDS – a categoria geral que passou a ser usada na descrição de uma variedade de respostas culturais e organizacionais às epidemias vindas de organizações não-governamentais de serviços para a AIDS (GALVÃO, 1997b; ALTMAN, 1994). Como Jane Galvão indicou, a categoria de ONGs/AIDS seja talvez de alguma forma problemática, em parte por que ela tende a incluir uma variedade maior de respostas não-governamentais à epidemia sob um único título e a associá-las implicitamente ao

que é, de fato, um conjunto de nuances de práticas e acordos institucionais. Parece presumir uma base comunitária específica como na noção da Língua Inglesa do que seja organização baseada em comunidade que se existe geralmente quanto ao caso das ONGs/AIDS no Brasil, certamente existe numa variedade de formas diferentes. Ao mesmo tempo, a categoria ONGs/AIDS é menos específica do que a noção de organizações de serviços para a AIDS, também usada no inglês, precisamente porque a gama de instituições freqüentemente descritas como ONGs/AIDS podem prover serviços relacionados à AIDS como sendo sua primeira área de ação ou não (GALVÃO, 1997a; 2000; 2002).

Igualmente importante, embora as ONGs/AIDS no Brasil tenham sido clara e profundamente influenciadas pela indústria da AIDS que se desenvolvia (PATTON, 1991), e pelas organizações de serviços para a AIDS de outros países em particular, elas também devem ser entendidas dentro da longa história de organizações não-governamentais no Brasil. Mais uma vez, a herança do período autoritário é fundamentalmente importante, já que os papéis da sociedade civil e de organizações não-governamentais, de diversos tipos, foram circunscritos de várias formas durante os vinte anos do período autoritário. Com a abertura da sociedade brasileira no fim dos anos 1970 e início dos anos 1980 e com o

retorno de uma geração de exilados políticos, um estímulo importante para a formação de organizações não-governamentais trabalhando em diversas questões começou a surgir no início dos anos 1980. Independente de suas muitas diferenças, o que parecia unir a grande variedade do que se tornou conhecido como o movimento de ONG era a preocupação comum com a redemocratização da sociedade brasileira. Em grande parte fundado por exilados políticos e por membros da oposição formal ao regime militar, o movimento ONG, como um todo, foi bastante marcado, principalmente no começo dos anos 1980, pelo compromisso com a oposição política e a convicção de que a organização e mobilização da sociedade civil seria fundamental para garantir um retorno bem sucedido ao regime civil, com eleições governamentais democráticas – o que na época não parecia garantido (GALVÃO, 1997a; 2000; 2002; PARKER, 1994).

Este contexto mais amplo do crescimento do movimento de ONGs no Brasil, por outro lado com suas significativas diferenças, em grande parte devido à desconfiança na autoridade do governo e a seu compromisso comum em oposição à política, não é, de maneira alguma, insignificante na procura do entendimento da emergência de uma resposta não-governamental ao HIV/AIDS no Brasil. Como já mencionado na discussão da formação das mais antigas respostas go-

vernamentais à epidemia a níveis estaduais e locais, a existência de pressão política, principalmente da parte de organizações ligadas ao movimento de direitos dos *gays*, no início dos anos 1980, foi de fundamental importância no fornecimento do estímulo para o desenvolvimento de um programa – particularmente em estados como São Paulo, onde a oposição ao regime militar tinha sido eleita, fazendo parte do primeiro grupo de redemocratização. Ao mesmo tempo, devido à pequena e frágil estrutura do movimento *gay* no Brasil, o tipo de mobilização que acontecia nos Estados Unidos, bem como em países como Canadá e Austrália, e em muitos outros países da Europa Ocidental, era quase impossível de acontecer no Brasil. Nestes países desenvolvidos, uma comunidade *gay* melhor estabelecida e politicamente experiente podia remanejar suas organizações e muito da sua energia para confrontar o que era percebido como uma ameaça à comunidade e, sendo assim, um assunto político fundamental. No Brasil, ao contrário, somente um punhado de organizações *gays* existia na época – de fato, a maioria dos grupos *gays* seria fundada somente após o início da epidemia de AIDS e a comunidade *gay* emergente no Brasil é profundamente formada pelas vicissitudes da epidemia propriamente dita (DANIEL; PARKER, 1991; 1993; PARKER, 1994; 1999).

A despeito da pressão política que pôde mobilizar em São Paulo e dos

heróicos esforços para a prevenção que lideraram nos anos seguintes, o movimento *gay* no Brasil estava pouco preparado para assumir o pesado cargo da epidemia e os tipos de respostas que a comunidade *gay* nos países industrializados podia oferecer. Ao contrário, ela deveria estar constantemente cautelosa quanto a permitir que a AIDS, com suas imensas exigências, durante um período de ação governamental relativamente limitada, sobrecarregasse sua agenda que enfocava os direitos políticos que tinham dado início à liberação *gay*. Ao mesmo tempo, a percepção de que a AIDS no Brasil não podia ser tratada como um assunto exclusivamente *gay* e que a mobilização da sociedade brasileira dependeria da quebra da idéia de que o HIV/AIDS se tratava de uma doença exclusivamente *gay* levou muitos antigos ativistas da AIDS a enfocar a necessidade de uma resposta organizacional mais ampla à epidemia. Embora muitas das organizações não-governamentais formadas em resposta à epidemia fossem formadas em grande parte por *gays*, e em alguns casos por lésbicas também, elas foram altamente relutantes em se identificar como organizações *gays*, preferindo, ao contrário, manter uma certa distância em relação a assuntos considerados *gays* e se alinhar mais diretamente à mais ampla mobilização política associada com o movimento de ONGs. E neste movimento mais am-

plou, ao desenvolver uma abordagem nova à epidemia de HIV/AIDS, enfocaria mais o antagonismo contínuo entre o que era visto como um estado altamente monolítico e indiferente e, por outro lado, na organização da sociedade civil para pressionar o Estado (PARKER, 1994; GALVÃO, 1997a; 2000; 2002).

Tais tendências são especialmente claras na fundação de organizações tais como o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA - São Paulo) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) em meados dos anos 1980. Fundado em 1985, quase um ano antes do funcionamento do Programa Nacional de AIDS do Ministério da Saúde, o GAPA – São Paulo trouxe um número de ativistas *gays* responsáveis por pressionar a Secretaria de Saúde de São Paulo a tomar uma atitude quanto à AIDS, juntamente com vários profissionais da saúde, assistentes sociais e ativistas comunitários, muitos dos quais diretamente afetados de uma maneira ou outra pela epidemia, sendo soropositivos ou tendo amigos ou relacionamentos nesta situação. Desde o começo, o GAPA dirigiu sua energia à luta para melhores condições em relação à proteção e ao tratamento, bem como a outras campanhas bem mais agressivas dirigidas ao crescimento da consciência pública e ao desenvolvimento de programas de prevenção. Tendo voluntários como a maioria de seus funcionários, o GAPA – São



Paulo desenvolveu uma efetiva relação com o Programa Estadual de Aids, por vezes trabalhando juntos para atingir objetivos comuns (tais como a internação de pacientes rejeitados por hospitais públicos e privados) e por vezes em oposição, quando o único curso parecia ser a denúncia da inatividade do governo (GALVÃO, 1997a; 2000; 2002).

Mais do que o GAPA – São Paulo, cujo foco inicial foi mais local, a ABIA, fundada no Rio de Janeiro em 1996, foi desde seu começo bastante associada com o movimento ONG mais amplo e visava a defesa de políticas governamentais mais efetivas a níveis locais, estaduais e federais. Consistindo originalmente de uma diversa gama de profissionais e líderes comunitários, a ABIA era muito mais ligada à concepção de Herbert de Souza, mais conhecido como Betinho, um hemofílico que foi soropositivo e cujos dois irmãos haviam sido antes atingidos pela Aids. Um ativista político progressivo antes de ser exilado nos anos 1960 e uma das figuras de destaque no movimento das ONGs após seu retorno, Betinho havia antes fundado o Instituto Brasileiro de Análise Social e Econômica (IBASE), uma das maiores e mais influentes ONGs no país e a principal instituição na luta para redemocratizar a sociedade brasileira. Ao fundar a ABIA para tratar especificamente da questão da Aids, Betinho e seus colegas rejeitariam conscientemente qualquer pa-

pel direto na proteção e tratamento de pessoas com HIV/Aids, argumentando que estas funções nada mais eram do que obrigações do Estado e enfocariam sua atenção na crítica à política do governo – ou à falta de uma, particularmente a nível federal. Tendo um incomum acesso à mídia, a ABIA emergiu rapidamente como talvez a crítica mais vocal e influente do Programa Nacional de Aids durante o fim dos anos 1980 e começo dos anos 1990.

Com nuances diferentes, a maior parte das preocupações presentes no GAPA – São Paulo (enfocando a pressão para obter serviços a nível local e seu papel em prover pelo menos alguns serviços e remédios os quais o Estado não provia) e na ABIA (com seu compromisso na defesa de políticas mais efetivas em todos os níveis e seu apelo por campanhas de prevenção mais inovadoras), caracterizariam a vasta maioria das outras ONGs/Aids que começaram a se formar nos maiores centros urbanos pelo país nos cinco anos seguintes. Quando o primeiro encontro brasileiro de ONGs trabalhando com a Aids aconteceu em junho de 1989, por exemplo, ela contaria com 30 participantes de 14 organizações diferentes, que variavam do GAPA – São Paulo e ABIA a outras divisões do GAPA de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia bem como a outras organizações distintas como o Grupo de Ajuda Religiosa Contra a Aids (ARCA) do ecumênico Instituto de Estudos

Religiosos (ISER), grupos de direitos gays e associações de prostitutas.

De 1988 a 1990 este rápido crescimento do movimento de ONGs/Aids no Brasil foi acompanhado por notáveis sucessos em termos de realizações. Em quase todos os maiores centros urbanos no país, pelo menos uma ONG/Aids surgiu e rapidamente tornou-se um ponto chave de referência para informação concernente à epidemia. Em algumas localidades, particularmente onde os programas do governo eram mais novos ou menos desenvolvidos, estas organizações não-governamentais freqüentemente serviam como a maior fonte de informação sobre Aids, não só ao público, mas para audiências mais especializadas como a mídia das notícias também. Elas desempenharam funções importantes no fornecimento de medicação para pessoas incapazes de arcar com o preço, no desenvolvimento de programas de cuidados caseiros e em alguns casos em asilos, no desenvolvimento de programas de prevenção e educação e, talvez, acima de tudo, na defesa de um trabalho voltado para a aplicação de pressão política para a criação de melhores políticas. Embora os programas oficiais do governo falhassem repetidamente na demonstração de um controle adequado acerca do fornecimento de sangue, por exemplo, a pressão da ONG, liderada particularmente por Betinho e ABIA, em colaboração com associações de

peças com hemofilia e outras ONGs/Aids, foi decisivamente importante na realização da passagem pelo Congresso da Lei Henfil (batizada com o nome do irmão mais novo de Betinho, um cartunista político extremamente popular que havia recentemente morrido de Aids), assegurando que a comercialização de estoques de sangue seria declarada ilegal na Constituição de 1988. E ao final dos anos 1980 e início dos anos 1990, as ONGs tiveram um notável sucesso na intervenção em nível de mídia e de opinião pública, para que houvesse uma mudança importante no clima existente de estigma e discriminação. Muito mais do que os programas governamentais, apesar de sempre trabalharem em conjunto com programas mais progressivos como o Programa Estadual de Aids de São Paulo, as ONGs, tais como as diversas seções do GAPA, ABIA e ARCA/ISER foram capazes de instigar a idéia de solidariedade como sendo um conceito político chave e de transformar o discurso dominante de preconceito e exclusão relacionados a pessoas com HIV/AIDS em um discurso radicalmente diferente, baseado em solidariedade e inclusão (GALVÃO, 1997a; 2000; 2002; DANIEL; PARKER, 1991; 1993; TEIXEIRA, 1997).

Ao desenvolver esta intervenção, em nível de opinião pública, a liderança carismática de indivíduos como Paulo Bonfim, do GAPA – São Paulo e Herbert de Souza da ABIA foi

crucialmente importante, já que eles eram capazes de ocupar um espaço significativo na mídia e, de algum modo, de personalizar a Aids – de dar à epidemia uma face humana, não simplesmente de uma aflição de anônimos, mas uma epidemia que afetava indivíduos de carne e osso, líderes na sociedade civil, que podiam ou não ter nomes familiares, mas cujas faces cada vez mais entravam nas salas de estar de um número crescente de famílias brasileiras através do noticiário da noite. Particularmente importante neste sentido foi a função de Herbert Daniel, um escritor e ativista político que havia começado a trabalhar com a ABIA um pouco antes de sua fundação. Quando Daniel foi diagnosticado como portador da Aids em 1988, ele se tornou uma figura importante na mobilização das mais antigas organizações de pessoas vivendo com o HIV/AIDS no Brasil, fundando o Grupo Pela Vidda – Rio de Janeiro, no início de 1989, que era originalmente um programa da ABIA e mais tarde se tornou uma organização independente.

Mais uma vez, o contexto político mais amplo era crucialmente importante. Como Betinho, que havia sido um proeminente exilado político, e Paulo Bonfim, que participou ativamente como membro do Partido dos Trabalhadores (PT) e serviu por um tempo como vereador da cidade de São Paulo, Herbert Daniel havia retornado do exílio no

início dos anos 1980 e havia desempenhado uma importante função na formação do Partido Verde Brasileiro, se candidatando, sem sucesso, a um cargo eletivo, como um dos primeiros candidatos assumidamente gays no país, um pouco antes ele havia começado a trabalhar em tempo integral com o HIV/AIDS. Pouco depois da fundação do Grupo Pela Vidda – Rio de Janeiro, tendo Daniel como seu primeiro presidente, outras divisões do Grupo Pela Vidda haviam sido formadas em outras maiores cidades como São Paulo, Curitiba e Vitória, e juntas, estas organizações começaram a ter papel central no enfoque da atenção no estigma e discriminação, e no desenvolvimento de um foco nos direitos humanos e civis como base para a luta contra a Aids. Programas de ajuda legal estabelecidos por organizações como Grupo Pela Vidda – Rio de Janeiro e GAPA – São Paulo foram especialmente importantes na condução de ações judiciais estratégicas em defesa dos direitos civis (relacionados à moradia, aos benefícios, etc.) de pessoas com HIV/AIDS (GALVÃO, 1997a; 2000; 2002; PARKER, 1994).

Durante os anos 1980 e início dos anos 1990, estas atividades de defesa rapidamente estabeleceram as ONGs/Aids como a “consciência moral” da epidemia. No Brasil, talvez mais do que em outros países, as ONGs/Aids se tornaram os mais sinceros críticos da política do governo, particularmente em relação à

vagarosa ação do governo federal durante o governo Sarney e especialmente durante o governo Collor. De fato, de 1990 a 1992, enquanto Alcení Guerra servia como Ministro da Saúde e o Programa Nacional de Aids enfraquecia-se e demorava a tomar atitudes, uma quase completa polarização entre o governo federal e o movimento das ONGs/Aids ficava mais antagônica. ONGs, tais como o GAPA e a ABIA, que já haviam participado ativamente da Comissão Nacional de Aids, entravam agora num conflito direto e inadequado com o Programa Nacional de Aids, acusando-o com o equivalente moral de um genocídio (SOUZA, 1994) e Herbert Daniel e Eduardo Côrtes (o Coordenador do Programa Nacional de Aids na época) trocavam violentas críticas na imprensa. Mais uma vez, o clima político mais amplo era claramente importante e, com certeza, sem qualquer surpresa, que Herbert de Souza foi uma das forças principais na organização de uma Campanha Nacional para a Ética na Política, que enfim impulsionaria o Congresso Brasileiro em direção à abertura das audiências contra Fernando Collor. Embora a política para a Aids e as ONGs/Aids não possam ser entendidas como simplesmente uma função deste clima político mais amplo, elas também não podem ser entendidas como totalmente separadas dele. No final de 1991, as acusações de corrupção contra o governo Collor cresceram em Brasí-

lia, e certamente marcaram o período de maior antagonismo entre as ONGs/Aids e o Programa Nacional de Aids (PARKER, 1994).

Esta relação antagônica começou a se enfraquecer somente em meados de 1992, quando o Programa Nacional de Aids foi reorganizado durante a administração de Lair Guerra de Macedo Rodrigues. Embora as tensões contínuas que cercavam a crise no governo Collor continuassem a criar uma cortina de fundo de cenário até que Collor finalmente renunciasse, o revitalizado Programa Nacional de Aids agiu rapidamente para renovar seus contratos com ativistas da Aids e ONGs. Foram recrutados vários funcionários importantes que haviam historicamente mantido fortes ligações com as comunidades ativistas e ONGs (incluindo o autor, que havia sido co-autor de dois livros com Herbert Daniel e que havia servido brevemente como Chefe da Unidade de Prevenção do PNA). A Comissão Nacional de Aids foi recriada, mais uma vez, com membros de ONGs. As ONGs foram consideradas parceiras chave na reversão da decisão de não participar da pesquisa de desenvolvimento da vacina patrocinada pela OMS e foram registradas como membros formais da Comissão Nacional de Vacina (apesar de não terem o direito de votar), cuja função era monitorar o processo de pesquisa da mesma. E talvez, mais importante ainda, a participação da ONG foi voltada,

desde o começo, para a elaboração do Projeto do Banco Mundial e representantes chave de ONGs foram contratados como consultores com a função de esboçar a proposta inicial para componentes ligados ao suporte para iniciativas para a comunidade, programas de prevenção e iniciativas para a Aids no ambiente de trabalho (GALVÃO, 1997a; 2002).

Durante os três anos seguintes, a elaboração, a aprovação e a implementação do Projeto do Banco Mundial transformariam profundamente não só a natureza do trabalho desenvolvido pelas ONGs/Aids, mas também as relações entre a comunidade ONG e o Programa Nacional de Aids. Entre os componentes mais visíveis do Projeto do Banco Mundial tem sido a ajuda financeira direta oferecida pelo Ministério da Saúde aos projetos de ONGs. Embora a quantia exata destinada para a ajuda às ONGs não seja completamente clara, já que é retirada de muitas linhas de orçamento diferentes dentro da complexa estrutura do projeto, de acordo com a informação dos funcionários do Programa Nacional de Aids, alguma coisa em torno de 12 milhões de dólares deveriam ser gastos no suporte a mais de 200 projetos de ONGs durante os três anos do projeto (BURGOS FILHO, 1995). Projetos de diversos tipos – variando de albergues para pessoas com Aids, intervenção da prevenção para populações de alto risco, a programas de Aids no

ambiente de trabalho – poderiam ser apresentados, cada vez que o Ministério expedisse uma solicitação de financiamento e seriam avaliados por um comitê técnico consultivo indicado pelo Coordenador do Programa Nacional de Aids. Em média, os projetos foram normalmente estimados dentro de um orçamento de aproximadamente 50 mil dólares, apesar de que o orçamento limite para qualquer projeto (bem como para cada organização diferente) fosse de 100 mil dólares anuais a serem distribuídos por uma série de pagamentos, dependendo da apreciação e aprovação de relatórios narrativos e financeiros regulares (os totais variariam com o tempo, particularmente após a desvalorização do Real e o teto para projetos e suporte organizacional total disponível do Ministério da Saúde declinariam durante os últimos anos do Projeto do Banco Mundial e durante o segundo Projeto do Banco Mundial, iniciado em 1998).

Apesar da demora para a aprovação final e a assinatura do Projeto do Banco Mundial, usando fundos complementares do Tesouro Nacional, o Ministério da Saúde moveu-se rapidamente na direção da iniciação de seu programa de financiamento para projetos de ONGs em 1993, quase um ano antes do acordo com o Banco Mundial ter sido formalmente finalizado, garantindo um relativo alto grau de aprovação de ONGs ao Projeto do Banco Mun-

dial como um todo. Só em 1993, o Programa Nacional de Aids aprovou 75 projetos - com um valor total de 4 milhões de dólares - submetidos por ONGs/Aids, organizações religiosas, grupos feministas, sindicatos, e uma variedade de outras organizações da sociedade civil (BURGOS FILHO, 1995). Sem qualquer surpresa, este pesado influxo de financiamento disponibilizado pelo governo federal estimulou várias atividades que, de outra forma, seriam provavelmente impossíveis de serem realizadas. Entre outras coisas, tal influxo atraiu ONGs de outras áreas, como a saúde da mulher, que gradualmente envolveu-se com o trabalho relacionado à Aids, mas muitas das quais desenvolveram projetos formais pela primeira vez em resposta à necessidade de propostas do Programa Nacional de Aids. Ao mesmo tempo, os fundos também se tornaram disponíveis, em muitos casos pela primeira vez, para organizações menores, menos experientes ou sofisticadas que teriam tido dificuldades em levantar fundos através de doadores particulares ou agências de cooperação internacional. Isto também estimulou uma verdadeira explosão populacional de ONGs/Aids, já que outras organizações foram formadas, em alguns casos, com quase nenhuma função a não ser competir pelo financiamento do Projeto do Banco Mundial: em 1995, de acordo com algumas estimativas, o *rank* das

ONGs/Aids havia crescido para 400 organizações, sendo que muitas das quais jamais teriam existido se não fosse pelos fundos fornecidos através do Projeto do Banco Mundial (GALVÃO, 1997a; 2000; 2002).

Ao mesmo tempo, esta grande ênfase na procura por financiamento e desenvolvimento de projetos também transformou o foco das iniciativas das ONGs de várias formas importantes. Embora as ações iniciais, pelo menos ao longo de 1992, tivessem enfatizado bastante a defesa e tivessem alcançado, talvez, seus maiores sucessos através de pressão política, a ênfase quase exclusiva no desenvolvimento de projetos de atividades de 1993 a 1996, tendeu a limitar a energia direcionada a objetivos mais políticos. De fato, em alguns casos, parecia que as regras tradicionais da política patrocinador-cliente no Brasil, eram algumas vezes incorporadas na estrutura administrativa do Programa Nacional de Aids e no Projeto do Banco Mundial, com a dispersão de fundos para projetos potencialmente ligados a suporte político ou, pelo menos, falta de oposição política, da parte de ONGs que recebiam fundos. Quaisquer que fossem as intenções ou mecanismos, o resultado final parecia ter sido uma certa despolitização das atividades das ONGs, com uma nova ênfase na competência técnica e no gerenciamento financeiro em lugar da antiga prioridade dada à ação política (GALVÃO, 1997a; 2000; 2002).

Embora o Programa do Banco Mundial tenha claramente influenciado o desenvolvimento de respostas de ONGs ao HIV/Aids de maneira profunda, claro que este não foi o único fator. A dinâmica da epidemia propriamente dita foi crucial, já que a Aids havia inevitavelmente reivindicado muitos dos líderes mais articulados e carismáticos do movimento de ONGs/Aids. A crescente e longa história da epidemia pode ter sido igualmente importante, já que a mobilização política que começou a acontecer mais cedo, no período de redemocratização do Brasil, continuou por mais de uma década e mudou claramente ao longo do caminho como o próprio país mudou. O rigoroso antagonismo entre o Estado e a sociedade civil nos anos 1980 gerou relações muito mais complexas entre estes setores nos anos 1990, e não havia razão para que o campo do trabalho relacionado com a Aids fosse diferente. Dentro do mundo mais amplo da política brasileira, a geração de exilados políticos chegava a posições no poder e no trabalho relacionado à Aids em particular. Uma nova geração de ativistas que eram 'quase crianças' durante os piores anos da ditadura, de forma crescente, suplantava a geração de exilados políticos que formavam as primeiras organizações não-governamentais que lidavam com a Aids.

Já que a política brasileira mudava profundamente durante os anos 1990, transformando necessariamente

te as respostas das ONGs à Aids, os contornos mais amplos do que era descrito como a indústria da Aids também passaram por transformação. Quando as primeiras ONGs/Aids foram formadas no Brasil, em 1985 e 1986, quase nada existia na comunidade gay internacional – não havia Programa Global da Aids, não existiam redes de organizações internacionais de serviços para a Aids, ou de pessoas com HIV/Aids, etc. De fato, organizações brasileiras como a ABIA e o Grupo Pela Vidda – Rio de Janeiro foram, eles próprios importantíssimos na evolução das respostas internacionais no final dos anos 1980 e início dos anos 1990 e a evolução das respostas brasileiras aconteceu em relação a estas mudanças mais amplas que ocorriam na indústria internacional da Aids (GALVÃO, 1997a; 2000; 2002).

Mesmo antes do influxo de fundos vindo do Banco Mundial, a disponibilidade de recursos para trabalhos relacionados à Aids e as possibilidades e limites que isto impunha às ONGs/Aids, também haviam mudado de forma importante. Antes de 1987, quase nenhum fundo, de qualquer fonte, estava disponível para a Aids. No curso dos dois a quatro anos seguintes, graças ao crescente interesse da parte de várias agências internacionais: em particular doadores privados, como a Fundação Ford e a Fundação MacArthur; as agências religiosas como Misericórdia, ICCO e CAFOD; e as agências

bilaterais de desenvolvimento de cooperação como a USAID. Ainda assim, durante o início dos anos 1990, estas fontes de financiamento permaneceram profundamente limitadas – mesmo a Fundação Ford, que foi um dos mais ativos financiadores no final dos anos 1980 e começo dos anos 1990, nunca pôde prover mais do que 200 mil dólares por ano fiscal, para suas atividades relacionadas à Aids. Em 1992, um crescente número de doadores começava a se ativar, inclusive programas e agências (tais como a Fundação MacArthur) dos quais o foco inicial era a saúde da mulher, mas que procuravam responder às formas mutantes da epidemia de Aids no Brasil. Mesmo que pudéssemos compilar informações completas acerca de todas as fontes de financiamento possíveis até o fim desse ano, não se poderia comparar com os 4 milhões de dólares aprovados pelo Ministério da Saúde para projetos de ONGs em 1993 (BURGOS FILHO, 1995).

Enquanto resta avaliar as consequências dos projetos do Banco Mundial, ou como o movimento das ONGs/Aids responderá quando estes projetos terminarem e as possibilidades de financiamento se reduzirem potencialmente, temos ainda motivo de preocupação. A resposta da sociedade civil ao HIV/Aids no Brasil, centrada, acima de tudo, na ação das ONGs/Aids, se expandiu rapidamente durante a última década, sofrendo muito das crescentes "dores" de qualquer cam-

po de trabalho que se expanda rapidamente. Mas não pode haver dúvida sobre a importância do que foi alcançado. Precisamente devido ao fato de que a resposta governamental à epidemia tem sido tão completamente centrada no sistema público de saúde, as ONGs/AIDS têm sido capazes de desempenhar uma função essencial não somente em relação às impropriedades de diferentes programas governamentais, mas também à completa omissão de autoridades governamentais em áreas como a justiça, educação e bem-estar social.

Resumindo, é impossível imaginar a resposta brasileira à AIDS sem o fornecimento de serviços essenciais pelas ONGs ou sem sua função essencial de defesa para a criação de conceber e responder à epidemia. Ainda assim, ao mesmo tempo, apesar de suas metas e linguagem comuns, sempre foi difícil que as ONGs/AIDS trabalhassem juntas efetivamente e apesar de repetidas tentativas, nada que parecesse uma rede de ONGs/AIDS jamais surgiu (GALVÃO, 1997a; 2000; 2002). No passado, muitas das mais importantes dificuldades em termos de ação coletiva ou colaborativa jamais teve relação quanto ao conflito de personalidades da parte de muitos líderes principais. Parecia que, cada vez mais, os mais recentes conflitos estavam centrados no acesso aos recursos – uma tendência que poderia ser reduzida pela abundância de recursos fornecidos pelo Projeto do

Banco Mundial, mas poderia aumentar, se os recursos disponíveis se tornassem mais escassos para o trabalho relacionado à AIDS. A habilidade do movimento das ONGs/AIDS em superar estas dificuldades e para sobreviver ao Projeto do Banco Mundial com algum tipo de projeto político mais enraizado para o futuro se tornaram, claramente, um dos principais desafios. Se é necessário superar o foco de quase todas as atividades existentes relacionadas à AIDS dentro da área da saúde, uma mobilização maior da sociedade brasileira deverá acontecer. A função das ONGs/AIDS certamente serão cruciais – ainda que isto vá exigir um esforço mais consciente e combinado para reavaliar sua história e trajetória, superando assim o que Jane Galvão descreveu como sendo “a ditadura dos projetos” para responder mais eficientemente aos dilemas políticos, a longo prazo, apresentados pela epidemia (GALVÃO, 1997a; 2000; 2002).

#### RESPOSTAS RELIGIOSAS

Como as respostas das ONGs/AIDS, as instituições religiosas desempenharam uma função importante na resposta à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. Mesmo assim, as formas como as instituições religiosas e os indivíduos (motivados sobretudo por seus compromissos religiosos) responderam à AIDS, estão entre os aspectos mais complexos e menos compreendidos da resposta social e po-

lítica à epidemia. No Brasil, como em qualquer outro lugar (JONSEN; STRYKER, 1993), a função das diversas ordens religiosas na formação de uma resposta social mais ampla à AIDS tem sido claramente profunda. Dentro da problemática de uma variedade de assuntos morais ligados à transmissão da AIDS e da população mais comumente associada à infecção pelo HIV e sua função tradicional em prover proteção e ajuda aos doentes e para aqueles grupos de indivíduos mais marginalizados na sociedade brasileira, diversas instituições e crenças religiosas estão no centro de um debate social maior sobre a AIDS e sobre como a sociedade brasileira deve responder à epidemia (GALVÃO, 1997b).

O enraizado e ao mesmo tempo diverso sentimento religioso que caracteriza a sociedade brasileira é bastante conhecido (BASTIDE, 1978; WAGLEY, 1961). Embora o Brasil seja considerado o maior país católico do mundo, muitas outras denominações judaico-cristãs, juntamente com um grande número de cultos sincréticos conhecidos coletivamente como cultos religiosos afro-brasileiros estão também presentes na vida brasileira (BASTIDE, 1978). Na verdade, não é um fato incomum que indivíduos participem de mais de uma denominação religiosa e muita devoção ao Catolicismo e, a seitas afro-brasileiras tais como a Umbanda e o Candomblé, são comuns para muitos segmentos da população.

Embora não haja dúvidas de que as instituições religiosas e doutrinas tenham desempenhado um papel importante no Brasil e em qualquer outro lugar, na formação da resposta social à Aids, precisamente porque muitos grupos religiosos (e as religiões afro-brasileiras em particular) não conseguem funcionar em termos de uma hierarquia mais organizada como a da Igreja Católica e, como conseqüência, freqüentemente carecem de posições doutrinárias claramente estabelecidas, um completo senso de resposta religiosa ao HIV/Aids torna-se claramente problemático (GALVÃO, 1997b).

Apesar da grande diversidade religiosa que historicamente caracteriza a sociedade brasileira, é possível, no entanto, enfocar, pelo menos para nossos objetivos atuais, as três maiores denominações religiosas que atualmente parecem dominar o cenário religioso e têm sido talvez mais importantes na formação das respostas religiosas à epidemia: a organizada Igreja Católica, a diversa variedade de tendências e seitas religiosas conhecidas no Brasil como o Movimento Evangélico e o igualmente diverso mundo de cultos religiosos afro-brasileiros (GALVÃO, 1997b). Cada uma destas tradições tem lutado com os assuntos levantados pela Aids na sociedade brasileira por mais de uma década e cada uma tem sido caracterizada por uma variedade de respostas, às vezes, contraditórias à epidemia. Embora as reações inici-

ais de todas as três tradições religiosas tenham sido originalmente bastante negativas, dominada por uma profunda preocupação com os assuntos morais que a epidemia parecia levantar, em cada caso, uma série de respostas mais positivas começaram a surgir com o tempo, oferecendo pelo menos alguma esperança de que as instituições religiosas pudessem cada vez mais desempenhar uma função mais construtiva na resposta à epidemia no futuro (GALVÃO, 1997b).

Ironicamente, devido à sua estrutura hierárquica mais organizada, as respostas da Igreja Católica tenham sido as mais contraditórias ao longo do período. Precisamente por causa do seu relativo poder, não somente na vida diária, mas também em casos políticos e assuntos de política oficial no Brasil, o papel da Igreja Católica foi crucial na formação de opinião pública mais ampla e, conseqüentemente, na criação de políticas. Particularmente nos primeiros anos da epidemia, em meados dos anos 1980, vários funcionários católicos principais, como o Bispo do Rio de Janeiro, Dom Eugênio Sales, enfatizando o comportamento imoral de comportamentos associados com a infecção pelo HIV, tais como as relações homossexuais e a promiscuidade heterossexual e se opondo veementemente às estratégias de prevenção, como a promoção do uso de preservativos, certamente tiveram um papel central e altamente problemático na formação

do discurso público referente à Aids (GALVÃO, 1997b; DANIEL; PARKER, 1991; MOTT, 1985). Ao ligar a Aids à imoralidade e, em momentos extremos, ao julgamento divino e à punição por pecado, um número de figuras importantes na hierarquia católica ajudou a criar um clima de preconceito e discriminação que continuou a impedir respostas mais positivas à epidemia até hoje (GALVÃO, 1997b). E, embora seja impossível estabelecer completamente uma relação de causa e efeito, pode haver pouca dúvida de que um dos resultados mais importantes deste clima foi o retardo dos primeiros esforços direcionados a reconceituar a Aids mais como uma questão de saúde pública do que de valores morais – as tentativas iniciais para o desenvolvimento de programas e políticas voltados para a resposta à epidemia foram claramente afetadas pelo estigma associado com a Aids e suas vítimas percebidas, que eram em grande parte consideradas como sendo de risco precisamente devido a seus próprios atos descontrolados e imorais.

Embora a Igreja Católica Brasileira, como o Catolicismo em outros países, seja caracterizada por sua organização hierárquica e relativamente formal; e doutrinas moralmente conservadoras, ela não é nada mais do que monolítica. Talvez muito mais no Brasil do que em qualquer outra sociedade, a Igreja tenha abarcado tradicionalmente uma grande variedade de perspecti-

vas teológicas, sociais e políticas, o que fica mais evidente no papel desempenhado por católicos brasileiros no surgimento do Movimento Teologia da Libertação dentro da Igreja. Embora o conservadorismo moral tenha sido há muito tempo associado a importantes segmentos da Igreja, um conjunto de tendências mais progressivas também estão presentes e tendem a se organizar mesmo dentro da Conferência Nacional de Bispos Brasileiros (CNBB) acerca da responsabilidade de atender aos segmentos mais marginalizados da sociedade brasileira. Se a Igreja tem procurado, assim, defender as noções de boa moral e virtude, ela também tem procurado defender objetivos relacionados à solidariedade e fraternidade sociais; e alguns segmentos progressistas da Igreja há muito assumiram um papel central no serviço e na defesa dos pobres, doentes e desamparados no que é compreendido como uma ordem social profundamente injusta (GALVÃO, 1997b).

Sob a luz de tendências mais progressivas, talvez não cause surpresa que uma segunda posição mais positiva logo começasse a emergir, pelo menos em alguns setores da Igreja Católica e a confrontar o conservadorismo moral que era tão veementemente expresso nas declarações iniciais de figuras mais conservadoras (GALVÃO, 1997b). Ao final dos anos 1980, particularmente da Arquidiocese de São Paulo, liderada

por Dom Paulo Evaristo Arns, a tradicional preocupação com o cuidado e à ajuda em face ao sofrimento humano tinha começado a incorporar questões relacionadas à Aids e pessoas com Aids dentro de um conjunto, provendo ajuda a indivíduos sofrendo os efeitos do HIV/AIDS (GALVÃO, 1997b). Mesmo no Rio de Janeiro, onde Dom Eugênio Sales havia tido um papel importante na articulação da idéia da Aids como sendo o resultado de impropriedade moral, a Igreja se moveu gradualmente em direção ao estabelecimento de um conjunto de serviços acima de tudo direcionados à resposta à epidemia, fornecendo importante suporte financeiro para uma clínica médica para servir populações marginalizadas como prostitutas mulheres e travestis, bem como para o estabelecimento de um asilo servindo especificamente a pessoas indigentes com HIV/AIDS (GALVÃO, 1997b).

No Dia Mundial da Aids em 1992, a CNBB publicou uma declaração formal delineando a função da Igreja Católica na resposta à Aids e enfatizando a importância da solidariedade e do trabalho pastoral com pessoas infectadas pelo HIV como fundamentais dentro de um mais amplo espírito samaritano de Cristandade (CNBB, 1993). Embora esta ênfase na solidariedade, cuidado e ajuda aos doentes tenha claramente se sobreposto aos assuntos morais complexos associados à educação e prevenção e evitando qualquer

concessão direta à promoção do uso de preservativos ou quaisquer outras medidas preventivas que fossem contra os ensinamentos morais católicos, ela forneceu um firme suporte ao desenvolvimento de programas legislativos e educacionais direcionados ao fornecimento de informação sobre a Aids à população brasileira – e claramente falhou ao condenar o uso de preservativos, o que em nada lembrava o fervor moral de algumas declarações de Dom Eugênio Sales em meados dos anos 1980. Embora o tom moral deste documento oficial quase não pudesse ser tido como uma chamada para estratégias de saúde pública aceitas (como a promoção do preservativo) e direcionadas ao bloqueio da transmissão do HIV, ele ajudou a criar um clima de maior conciliação em relação a tais abordagens e é notável que, apesar de os funcionários da igreja consistentemente expressarem uma preocupação discreta acerca de programas educacionais oficiais enfocando o uso do preservativo, eles, em sua maioria, se restringiam a entrar em conflito aberto sobre este assunto com funcionários da saúde pública – uma postura que diferia bastante das políticas da hierarquia da Igreja em vários outros países latino-americanos. De fato, em menos de dois anos, em 1994, Dom Evaristo Arns, que havia sido um dos mais articulados porta-vozes para posições mais progressistas quanto a assuntos soci-



ais de forma geral e cuja Arquidiocese havia sido especialmente ativa em relação à Aids, iria longe o suficiente para sugerir publicamente que o uso do preservativo no caso da prevenção da Aids e, sendo assim, a serviço da preservação da vida, poderia ser melhor compreendido como um “mal menor” quando comparado com a perda da vida em potencial que a falta do uso do preservativo poderia apresentar àqueles que estivessem sob o risco de contrair o HIV (GALVÃO, 1997b).

Talvez o mais importante a se enfatizar no que toca o papel da Igreja Católica, então, seja que como a Igreja propriamente dita, ela tem sido bem menos monolítica – ao contrário, sendo marcada por várias posições diversas, bem como por uma mudança gradual ao longo do tempo, já que a Igreja e sua hierarquia tem procurado confrontar os desafios apresentados pela epidemia de forma mais adequada. Embora as respostas iniciais dos funcionários da Igreja fossem caracterizadas por um extremo conservadorismo moral, que certamente contribuiu para a criação de um clima inicial de estigma e discriminação, esta reação inicial gradualmente deu lugar a uma ênfase maior à solidariedade e suporte para aqueles mais afetados pela epidemia. Apesar de que os setores de liderança católica mais conservadores no Brasil nunca foram capazes de aceitar completamente as mais importantes estratégias públi-

cas de saúde dirigidas à prevenção da Aids, elas têm adotado, no geral, um tom mais conciliador do que de confronto, e tem se comprometido a oferecer um conjunto de serviços para aqueles afetados pela epidemia. E setores mais progressistas da Igreja Católica, indo além desta ênfase na solidariedade e suporte para implícita ou explicitamente apoiar um conjunto de medidas de educação e prevenção que, fora do contexto do HIV/Aids, certamente pareceria contradizer os mais básicos princípios da doutrina da Igreja. Em geral, parecia surgir, com o tempo, uma trégua implícita entre funcionários da Igreja e criadores de política para programas governamentais de controle à Aids.

Embora a Igreja Católica tenha por muito tempo experimentado as complexas tensões entre o conservadorismo moral, por um lado, e posições políticas e sociais mais progressistas por outro, o que tem de muitas maneiras formado os termos do debate com relação ao HIV/Aids, o rápido crescimento do Movimento Evangélico no Brasil tenha talvez sido mais consistentemente conservador e por vezes até reacionário em sua abordagem básica à vida social e política no Brasil. De fato, muito do crescimento recente do Movimento Evangélico e grupos como a Igreja Pentecostal e a Igreja Universal em particular, se deva à ampla percepção da decadência social e moral de muitos brasileiros

mais pobres, que foram especialmente afetados pelas crescentes taxas de pobreza e violência em comunidades urbanas. A conversão evangélica tem se firmado bastante no discurso de retorno à virtude moral em face da decadência moral que é considerada característica da vida contemporânea brasileira. Sob a luz deste maior conjunto de circunstâncias que ajuda a explicar o crescimento do Movimento Evangélico (juntamente com algumas das maneiras as quais a Igreja Católica, por exemplo, tem tentado responder à perda de partes importantes de seu “rebanho” [GALVÃO, 1997b]), não é surpresa que muitos líderes evangélicos, como alguns correlativos católicos, tenham enfatizado o HIV/Aids como um outro exemplo da decadência moral da sociedade brasileira, contribuindo assim para um clima de estigma e discriminação em resposta à epidemia (GALVÃO, 1997b).

Ao mesmo tempo, precisamente devido ao Movimento Evangélico ser mais fragmentário e carecer da estrutura centralizada e hierárquica da Igreja Católica, as possibilidades de canalizar este conservadorismo moral para a ação ou pressão política são claramente bem diferentes do que no caso do Catolicismo. A resposta organizada, evidenciada no documento publicado pela CNBB acerca da posição católica, seria quase impossível de se imaginar dentro do contexto evangélico. No entanto, são também assim os me-

canismos para debate interno entre tendências contestadoras dentro da Igreja e as possibilidades para articular uma posição evangélica mais progressista com relação à epidemia pareciam ser mais remotas. Embora alguns líderes evangélicos, como Caio Fábio no Rio de Janeiro parecesse rejeitar bastante o discurso moralizante como sendo uma resposta adequada à Aids, suas possibilidades de influenciar o movimento de forma mais ampla pareciam ter sido relativamente restritas. Como as iniciativas mais progressistas dos católicos, setores do Movimento Evangélico desenvolvendo, portanto, iniciativas importantes direcionadas à Aids, tais como asilos, bem como freqüentes serviços voltados para usuários de drogas, que foi cada vez mais expandido para mostrar a relação entre a injeção de drogas e a transmissão de Aids (GALVÃO, 1997b). Mesmo assim, tais programas foram, de forma geral, naturalmente isolados e falharam enormemente na integração em uma política mais ampla com relação à Aids dentro do Movimento Evangélico.

Ao contrário, a ponto de nenhuma posição mais ampla ter sido formada dentro do Movimento Evangélico, ele trazia de volta o clima de pânico moral e discriminação que marcou o surgimento da Aids em meados dos anos 1980. Este conservadorismo exagerado e a conseqüente insistência em responder à Aids, acima de tudo, como sendo um as-

sunto moral, traz preocupação precisamente porque o Movimento Evangélico tem cada vez mais participado da vida política brasileira. Na ausência de uma estrutura centralizada e hierárquica, as igrejas evangélicas têm canalizado sua energia na ocupação de espaço na mídia de massa (pelo menos uma importante estação de rádio e uma rede de televisão estão ligadas ao Movimento Evangélico) e na eleição de políticos ligados ao movimento (muitas vezes pastores evangélicos) para cargos nos governos estaduais, locais e federais. A bancada evangélica, no Congresso Nacional, tem se tornado cada vez mais uma força a ser enfrentada, juntando forças, para assuntos importantes para votação, com outros grupos conservadores, como a bancada rural, para avançar em direção a uma agenda mais conservadora a níveis social e econômico. As possibilidades de atrair o suporte da mídia evangélica, juntamente com políticos evangélicos, para medidas a curto prazo e bastante contra-produtivas não deveriam ser subestimadas e foram, até certo ponto, do início ao meio dos anos 1990 em debates acerca da política das drogas – bem como sobre a conveniência e legalidade de programas para a troca de agulhas, proposta pelas autoridades de saúde do governo. Particularmente, devidos às preocupações imediatas dos líderes evangélicos e de seus fiéis, com o impacto do uso de drogas em

comunidades pobres, não seria surpresa que políticos ligados ao Movimento Evangélico estivessem entre os mais francos críticos às leis pela liberação da droga e o uso do tratamento de drogas na saúde pública, opondo-se a termos criminais.

Como ambas, a Igreja Católica e o Movimento Evangélico, as questões relacionadas a doença e saúde; cura; ajuda coletiva ou comunitária aos aflitos, têm tradicionalmente desempenhado um papel importante na vida das religiões afro-brasileiras (BASTIDE, 1978; WILK, 1994). Particularmente devido à importância dos cultos afro-brasileiros para os segmentos mais pobres da população brasileira, que também tem cada vez mais sofrido o impacto da epidemia, não é surpresa que os grupos religiosos afro-brasileiros, tal como a Igreja Católica e o Movimento Evangélico, tivessem um papel chave na resposta à epidemia em várias frentes (GALVÃO, 1997b; WILK, 1994). Ao mesmo tempo, é também importante enfatizar que a natureza das respostas destas religiões afro-brasileiras contrastavam com a dos católicos e evangélicos de várias maneiras importantes e que estes contrastes são eles próprios o reflexo de importantes diferenças que caracterizam as religiões afro-brasileiras quando comparadas ao catolicismo e evangelismo no Brasil – em particular a quase completa falta de estrutura formal, centralizada e hierárquica se comparada àquela

encontrada na Igreja Católica, juntamente com uma quase total ausência de qualquer tipo de articulação política comparando-se ao Movimento Evangélico.

Dadas estas importantes diferenças em comparação com o catolicismo e evangelismo, não é surpresa que as respostas das religiões afro-brasileiras tenham sido relativamente menos orquestradas ou organizadas do que sistemáticas e pragmáticas. Como a Igreja Católica e o Movimento Evangélico, a resposta inicial de muitos líderes religiosos afro-brasileiros foi se distanciar do estigma associado ao HIV/AIDS. As razões para isto são múltiplas, mas tal resposta inicial dificilmente causa surpresa, particularmente devido ao fato de que as religiões afro-brasileiras são frequentemente objeto de estigma e discriminação da parte de religiões judaico-cristãs mais organizadas. Esta preocupação foi sem qualquer dúvida acentuada pelo fato de que nota-se, tradicionalmente, uma forte associação entre a religião afro-brasileira e vários grupos de população, como homens de comportamento homossexual (FRY, 1982) primeiramente identificados como parte do grupo de alto risco de infecção pelo HIV e as possíveis conexões entre AIDS, homossexualidade e promiscuidade poderia facilmente ser usada para estigmatizar ainda mais os praticantes das religiões afro-brasileiras (WILK, 1994).

Apesar destas preocupações, muitos cultos religiosos afro-brasileiros e seus líderes, rapidamente se envolveram em questões relacionadas ao HIV/AIDS de forma *ad hoc*. Devido ao papel dos cultos na resposta a várias aflições consideradas como sendo impossíveis de serem curadas através da moderna medicina ocidental, não é surpreendente que eles tenham sido procurados por indivíduos sofrendo de problemas de saúde trazidos pela infecção pelo HIV, particularmente em meados dos anos 1980, quando a ciência médica oferecia relativamente poucas opções terapêuticas para o tratamento da AIDS. Mantendo uma prática relativamente popular no Brasil, em que a medicina popular é empregada ao mesmo tempo que o tratamento médico científico (como uma espécie de aposta feita na tentativa de atingir a cura), os cultos afro-brasileiros continuaram a servir até os dias de hoje como uma importante fonte alternativa de tratamento espiritual para pessoas sofrendo das condições relacionadas à AIDS (WILK, 1994).

Somado a tais respostas *ad hoc*, cada vez mais, grupos de religiões afro-brasileiras se envolveram com a prevenção da AIDS e com atividades de suporte. Líderes religiosos afro-brasileiros foram procurados por ONGs/AIDS como o ARCA/ISER e a ABIA para desenvolver programas de educação e prevenção direcionados para a comunidade negra no Brasil, através de suas únicas expressões

culturais. Até mesmo agências do governo como o Programa Estadual de AIDS em São Paulo trabalhou juntamente com grupos afro-brasileiros na procura pelo desenvolvimento de estratégias inovadoras para a educação acerca da AIDS. Pelo menos algumas pessoas ligadas a religiões afro-brasileiras se basearam na religião para desenvolverem serviços de cuidado e apoio, tais como o Centro de Convivência Infantil Filhos de Oxum, um abrigo no estado de São Paulo ligado à religião Candomblé (GALVÃO, 1997b; ZANIQUELI, 1994).

Resumindo, embora a resposta das religiões afro-brasileiras ao HIV/AIDS nunca tenham assumido um caráter mais organizado, franco e público, como nos casos da Igreja Católica e do Movimento Evangélico, ela cresceu e se diversificou com o tempo, oferecendo assim outro exemplo das maneiras pelas quais a religiosidade profunda da vida brasileira oferece oportunidades para respostas significativas à epidemia (GALVÃO, 1997b).

Juntos, então, as respostas da Igreja Católica, do Movimento Evangélico e a tradição das religiões afro-brasileiras trouxeram um número de importantes iniciativas em resposta ao HIV/AIDS que simultaneamente formaram e influenciaram a política pública enquanto que ao mesmo tempo desenvolviam serviços que, caso contrário, poderiam ser inviáveis dentro do contexto do sistema de saúde pública. Abrigos para do-

entes, programas de cuidados caseiros, reabilitação e programas de assistência estendida e um crescente número de programas de educação e prevenção - desenvolvidos dentro da estrutura de diferentes tradições religiosas - estão entre as principais áreas de ação que surgiram de forma crescente no país. Infelizmente, no entanto, com relativamente poucas exceções (tais como as iniciativas do Programa Estadual de Aids de São Paulo), pouca coisa surgiu em termos de uma parceria ativa entre os programas de saúde pública e as iniciativas religiosas. Líderes religiosos são raramente procurados para participar de comissões de Aids a nível federal, estadual ou local e os funcionários da saúde pública, bem como os ativistas da Aids freqüentemente consideram os líderes religiosos e a doutrina religiosa como sendo um impedimento, mais do que uma fonte potencial de suporte para políticas e programas mais efetivos em resposta à epidemia.

#### EMPRESAS PRIVADAS E ESTADUAIS

No Brasil, como em outros países, o rápido alastramento da epidemia de HIV/AIDS apresentou uma série de desafios para empresas e indústrias. Devido ao fato de que a epidemia afeta ambos, homens e mulheres, mais freqüentemente durante seu período mais produtivo na vida, o ambiente de trabalho foi

quase que inevitavelmente um dos primeiros contextos sociais nos quais o impacto da epidemia foi sentido. Igualmente importante, o ambiente de trabalho foi também um dos primeiros locais explorados, oferecendo uma oportunidade para os esforços para a prevenção do HIV/AIDS. E embora líderes empresariais e industriais não possuíssem a autoridade moral e o poder de persuasão que caracterizava muitos líderes religiosos, eles tinham um importante papel, ao lado de políticos, ativistas comunitários e outros líderes sociais e religiosos na formação de uma política de respostas mais abrangentes em face da epidemia (TERTO JÚNIOR, 1997).

A potencial importância da Aids no ambiente de trabalho, e o ambiente de trabalho propriamente dito como um ponto de intervenção potencialmente estratégico, era de início aparente, mesmo durante a primeira fase do desenvolvimento de atividades programáticas da parte do Programa Estadual de Aids na Secretaria de Saúde em São Paulo. Durante o período em que o programa estava sendo inicialmente organizado, por exemplo, inúmeros contatos e reuniões foram organizados com representantes de sindicatos, associações de empregados e federações empresariais no estado de São Paulo com o objetivo de desenvolver atividades direcionadas à consciência quanto a Aids. Infelizmente, o clima geral de estigma e discriminação re-

lacionado à Aids e, em particular, à ampla associação da Aids com a homossexualidade masculina, levou a um clima de resistência da parte de sindicatos de trabalhadores e líderes empresariais que tendiam a considerar a epidemia como uma séria ameaça à força de trabalho brasileira (TERTO JÚNIOR, 1997).

Devido a tanta resistência, particularmente entre 1985 e 1986, pouco de concreto foi alcançado durante este período inicial da epidemia, apesar das tentativas de se iniciar um diálogo. Na verdade, talvez presumível, foi realmente após 1986 que o impacto da epidemia começou a ser sentido dentro do ambiente de trabalho – e com o judicial encarregado com a regulamentação da relação entre empregados e empregadores – que uma série de casos de testes começaram a aparecer e a colocar a questão da Aids mais diretamente na agenda de debates de empresas e sindicatos. Na verdade, quase todos os mais antigos exemplos de empresas e indústrias brasileiras que desenvolviam programas e políticas internas relacionadas à Aids, parecem ter surgido somente após os primeiros casos de Aids começarem a ser relatados dentro da força de trabalho. E foi somente após os conflitos entre empregadores e empregados com HIV/AIDS começarem a surgir dentro do sistema judicial e, conseqüentemente, as ações legais começarem a ser tomadas para responder mais adequa-

damente aos problemas apresentados pela infecção pelo HIV/Aids da parte dos trabalhadores (TERTO JÚNIOR, 1997).

Durante este período inicial, motivado pelo surgimento de casos de Aids da parte de trabalhadores, a maior parte da atenção era dirigida menos às estratégias de prevenção do que nos direitos dos trabalhadores que tinham se infectado ou ficado doentes, bem como as políticas internas que deveriam ser desenvolvidas para oferecer cuidado e tratamento e para responder ao estigma e discriminação da parte de colegas de trabalho. As recomendações iniciais feitas pelo Programa Nacional de Aids do Ministério da Saúde, por exemplo, reproduziu linhas gerais internacionalmente aceitas para o tratamento de trabalhadores com HIV/Aids, aconselhando o uso do teste de HIV como um critério para contratação e apontando a importância da privacidade com respeito ao diagnóstico e notificação de casos de Aids dentro da força de trabalho. Ainda assim, a relativa fragilidade de tais recomendações era evidentemente atestada devido aos inúmeros e amplamente publicados casos de testes de HIV para futuros empregados da parte de companhias bem conhecidas, bem como pelo fato de que o governo federal continuava a testar candidatos para o Instituto Rio Branco, que prepara membros de corpos diplomáticos. Atitudes similarmente bem intencionadas, no entanto problemáticas, foram to-

mas não somente pelo Ministério da Saúde, mas também pelo Ministério do Trabalho que em agosto de 1988 lançou uma Portaria Interministerial nº 3.195 obrigando as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS) de empresas estaduais a incluir a Aids em suas campanhas educacionais dirigidas à prevenção de doenças e acidentes relacionados ao trabalho, ainda assim sem elaborar qualquer mecanismo para monitorar ou avaliar a extensão a qual esta política tinha sido adotada e implementada (TERTO JÚNIOR, 1997).

Embora as recomendações governamentais tivessem provado ser problemáticas quanto à garantia dos totais direitos e benefícios para os trabalhadores com HIV/Aids, a legislação que lida com a deficiência física tem sido usada com sucesso como base para processos legais da parte de trabalhadores que tenham seus direitos negados. A Constituição Brasileira de 1988, no Artigo 7º, Cláusula XXXI, “proíbe qualquer discriminação referente a critérios de salário ou emprego ao trabalhador com deficiência” (TERTO JÚNIOR, 1997) e tem sido usada efetivamente em casos que visem o estabelecimento de precedentes legais. Baseando-se numa série de casos levados perante a tribunal no final dos anos 1980 e começo dos anos 1990, em particular por serviços de apoio legal estabelecidos por numerosas ONGs/Aids, hoje em dia é amplamente aceito que trabalhadores HIV positivos devam re-

ceber igualdade de tratamento perante outros trabalhadores e que a situação de saúde deles deva ser tratada confidencialmente e de forma honrosa; que eles devam ser mantidos em suas funções e protegidos contra demissão arbitrária e que devam ter acesso a serviços e planos de saúde oferecidos pelo empregador (TERTO JÚNIOR, 1997). É claro que estes direitos básicos muito provavelmente continuam a ser violados com muita frequência, mas um crescente corpo de jurisprudência tem tornado provável que todos os trabalhadores que tenham seus direitos negados sejam capazes de desafiar legalmente as práticas de seus empregadores.

Embora a proteção legal oferecida a trabalhadores com HIV/Aids tenha sido cada vez mais garantida como parte dos direitos básicos de todos os trabalhadores que sofram de qualquer tipo de deficiência física, o uso efetivo de empresas e indústrias para o desenvolvimento de programas de prevenção e campanhas de consciência sobre a Aids tem se mantido relativamente limitado. Certamente existem iniciativas importantes, mas elas se mantêm muito preliminares e com frequência, inconsistentes. Pelo menos três tipos de iniciativas têm sido especialmente importantes: iniciativas desenvolvidas por empresas ou associações de empresas, iniciativas desenvolvidas por empresas em parceria com ONGs/Aids, iniciativas estimuladas por pro-

gramas de Aids governamentais. Organizações como o SESI, que é parte da Confederação Nacional de Indústrias, desenvolveu um programa pioneiro de cursos de treinamento, reuniões e oficinas visando passar informações a respeito da Aids a seus membros. Outras empresas líderes, de companhias estaduais como a Vale de Rio Doce mineração - com minas e fábricas espalhadas pelo país - às pequenas empresas privadas trabalhando a nível local, solicitaram que ONGs tais como GAPA – São Paulo ou ABIA fornecessem assistência técnica para o desenvolvimento da consciência da Aids e de atividades de prevenção dentro do contexto do ambiente de trabalho. E programas governamentais de Aids em vários níveis, tais como o Programa Estadual de Aids de São Paulo e o Programa Nacional de Aids do Ministério da Saúde desenvolveram materiais educacionais para serem usados no ambiente de trabalho e procuraram desenvolver parcerias com empresas líderes.

A maioria destas tentativas ficaram abaixo das expectativas, com um registro de sucesso inconstante. Embora ONGs, como a ABIA, tenham feito da prevenção da Aids para empresas uma prioridade por muitos anos, por exemplo, trocando suporte técnico relacionado à Aids e informação para contribuições financeiras da parte de companhias como a Vale do Rio Doce, o Banco do Estado do Rio de Janeiro e a Xerox do Brasil, este programa foi forçado a fe-

char, quando se tornou impossível cobrir os salários dos funcionários necessários para a implementação do projeto com as contribuições feitas pelas empresas. Por muitas vezes, as iniciativas propostas pelo Programa Nacional de Aids do governo falharam em sua realização ou por falta de interesse da indústria, ou por falta de complementação da parte do governo e, apesar de que 3,9 milhões de dólares de fundos providos pelo primeiro Projeto do Banco Mundial tenham sido destinados a atividades relacionadas à Aids no ambiente de trabalho, com ênfase especial e 2.25 milhões para iniciativas desenvolvidas por ONGs, uma revisão dos projetos de ONGs aprovada pelo Programa Nacional de Aids, muito abaixo dos termos do Projeto do Banco Mundial, listou somente alguns poucos projetos enfocando a Aids no ambiente de trabalho, cada um com um limite de 100 mil dólares no máximo, sugerindo que somente uma pequena percentagem dos fundos deveria ser usada nesta área.

Apesar das iniciativas tão limitadas, em meados dos anos 1990, inúmeros sinais existiram, sugerindo que uma ação mais efetiva pudesse ser possível no futuro. Os sindicatos pareciam estar superando pelo menos algumas de suas reticências iniciais e tomando posições mais claras acerca da Aids. Em 1992, por exemplo, com o importante insumo de inúmeras ONGs/Aids, a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a

maior associação de sindicatos do país, formou a Comissão Nacional de Aids e, declarações importantes que claramente incluíam a Aids como uma preocupação central da união, foram emitidas pelas duas maiores lideranças. De fato, muitos dos projetos mais importantes das ONGs que lidavam com a Aids no ambiente de trabalho e patrocinados pelo Programa Nacional de Aids foram desenvolvidos por organizações ligadas à CUT, implicando num crescente compromisso da parte do Movimento Trabalhista. Com o apoio do Projeto USAID AIDSCAP no Brasil, a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), juntamente com o SESI, desenvolveram programas de estudos e treinamentos para fornecer programas de suporte e prevenção no ambiente de trabalho. Na verdade, com informações publicadas na revista *Exame* de agosto de 1995, as vinte maiores empresas do Brasil haviam todas desenvolvido programas relacionados à Aids no ambiente de trabalho, apesar de que a situação em empresas de médio e pequeno porte fosse mais difícil de acessar, o que certamente causaria preocupação num país com aproximadamente três milhões de empresas (TERTO JÚNIOR, 1997).

#### A ALTA VULNERABILIDADE DA MULHER BRASILEIRA

O crescente impacto da epidemia do HIV/AIDS nas mulheres já foi men-

cionado acima, na discussão de tendências epidemiológicas, bem como em relação às respostas políticas de inúmeros setores diferentes. Devido ao rápido aumento da infecção pelo HIV entre as mulheres do Brasil, a questão da vulnerabilidade da mulher em face ao HIV/Aids e de como responder a esta crescente vulnerabilidade através de programas de prevenção e serviços de saúde tem se tornado uma das mais importantes na política relacionada à Aids no Brasil.

Como já foi sugerido acima, a rápida expansão da infecção pelo HIV entre mulheres tem sido um dos aspectos mais surpreendentes da epidemiologia do HIV/Aids no Brasil. Talvez a mais completa evidência da mudança das formas da epidemia e de seu crescente impacto sobre as mulheres, possa ser encontrada ao se observar a rápida transformação da proporção homem/mulher em casos relatados de 30:1 em 1985 a 3:1 em 1995 (BARBOSA; LAGO, 1997; CASTILHO; CHEQUER, 1997; PARKER; GALVÃO, 1996). Um abrangente conjunto de fatores tem sido importante na formação desta mudança: como Barbosa observou, por exemplo, na metade de 1994, dos casos de Aids relatados entre mulheres na idade de 15 anos, 36,1% eram ligados à transmissão heterossexual, 28,3% ao uso de drogas injetáveis e 9,2% à transfusão de sangue, enquanto 26,4% eram listadas como desconhecidas ou não identificadas (BARBOSA; LAGO, 1997). Como Barbo-

sa enfatizou, no entanto, com o tempo, a transmissão heterossexual rapidamente assumiu uma importância crescente, enquanto que o relativo peso do uso de drogas injetáveis gradualmente diminuiu: ao relatar casos entre mulheres em 1993, por exemplo, a transmissão heterossexual contava com mais de 53% das notificações (BARBOSA; LAGO, 1997).

As conseqüências do rápido aumento de casos de Aids entre mulheres foi impressionante. Em meados de 1990, a Aids havia se tornado a maior causa de mortes entre mulheres entre as idades de 20 e 34 anos na cidade de São Paulo (CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES/INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO, 1994; BARBOSA; LAGO, 1997), por exemplo, e a maior causa de morte entre mulheres entre as idades de 15 e 49 anos no estado de São Paulo (BARBOSA; LAGO, 1997). Inúmeros estudos sugeriam que o diagnóstico da Aids entre mulheres estaria sendo feito mais tarde do que entre os homens, talvez porque as mulheres demorassem mais tempo para procurar tratamento para os sintomas e por que os médicos poderiam não considerar a Aids para alguns sintomas que são tradicionalmente considerados comuns a outras causas relacionadas às mulheres (BARBOSA; LAGO, 1997). Como resultado, o intervalo entre o diagnóstico e a morte pode ser menor entre as mulheres do que entre os homens e a possibilidade de uma intervenção antecipada para tirar

vantagem dos avanços dos tratamentos e terapias disponíveis podem ser menores. Somado a isto, o aumento de infecção pelo HIV entre mulheres assintomáticas havia sido ligado a um firme aumento de casos de Aids perinatal, apesar dos recentes avanços de tratamentos e tecnologias disponíveis (tais como a administração do AZT, o uso de secção cesariana, etc) que poderiam reduzir a probabilidade de transmissão vertical, se a mãe fosse diagnosticada como portadora do HIV (BARBOSA; LAGO, 1997).

Enquanto as razões para o aumento da transmissão heterossexual e dos casos de Aids entre as mulheres fossem claramente complexas e múltiplas, a suposição popular de que a vulnerabilidade à infecção pelo HIV estava de alguma forma ligada à promiscuidade sexual feminina mostrava-se incorreta. Em uma análise detalhada de casos de transmissão entre mulheres entre 1982 e 1983 no estado de São Paulo, por exemplo, Santos descobriu que 35% dos casos de mulheres relatavam parceiros masculinos que eram usuários de drogas, 9,4% relatavam parceiros masculinos com múltiplas parceiras, 7% parceiros masculinos que eram bissexuais, 15,4% parceiros que eram HIV positivos e 17,9% sem especificação. Somente 14,4% dos casos relatados eram de mulheres com múltiplos parceiros enquanto 45% dos casos era de mulheres que relatavam uma relação estável com um único par-

ceiro (SANTOS, 1994; BARBOSA; LAGO, 1997). Um outro estudo focado na cidade de São Paulo, descobriu que entre 1991 e 1993, 75% das mulheres que haviam morrido de Aids eram donas de casa (CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES/INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO, 1994; BARBOSA; LAGO, 1997) e esta mesma tendência havia sido confirmada para o Rio de Janeiro (MATIDA, 1994; BARBOSA; LAGO, 1997). Resumindo, toda evidência sugeria que a epidemia estava se espalhando mais rapidamente entre mulheres que eram mais provavelmente donas de casa ou domésticas, que eram geralmente monogâmicas e que eram mais freqüentemente infectadas por seus parceiros fixos (BARBOSA; LAGO, 1997; PARKER; GALVÃO, 1996).

Este perfil da mulher, que mais provavelmente seria infectada pelo HIV, levantou uma série de problemas que não haviam sido tratados durante as tentativas para o desenvolvimento de programas e políticas de prevenção. Talvez ele chamasse atenção para as profundas dificuldades que cercavam a questão da negociação sexual e do uso de preservativos como elementos chave nas estratégias existentes para a prevenção do HIV/AIDS. Como quase todos os estudos acerca da mulher e a Aids confirmavam, devido à estrutura da relação de poder entre os gêneros existentes e às profundas raízes da ideologia de machismo, a negociação de práticas sexuais em

face ao HIV/AIDS continua a ser especialmente problemática em relações heterossexuais devido ao profundo desequilíbrio de poder existente entre homens e mulheres (BARBOSA, 1997; PARKER; GALVÃO, 1996). E as dificuldades que caracterizam tal negociação em todas as interações heterossexuais sejam, talvez, especialmente evidentes em relações entre marido e mulher, já que as altas expectativas de liberdade sexual masculina e fidelidade sexual feminina colocam uma série de constrangimentos nas possibilidades para negociar o uso de preservativos ou de outras formas de redução de risco (BARBOSA; LAGO, 1997; PARKER; GALVÃO, 1996).

Como Regina Barbosa enfatizou, estas dificuldades foram acentuadas ainda mais pela cultura do uso dos contraceptivos que tomou forma no Brasil durante as recentes décadas, em grande parte através da promoção de programas de planejamento familiar direcionados à mulher (BARBOSA; LAGO, 1997). Inicialmente desenhado para estimular o controle populacional, estes programas tradicionalmente procuravam evitar métodos contraceptivos (tais como o preservativo ou outros métodos de barreira) que iriam interferir na relação sexual ou iria requerer uma negociação entre homem e mulher, em favor de métodos (tais como contraceptivos orais ou esterilização) que seriam controlados pela mulher, sem que houvesse necessariamente uma participação do homem e que

evitava qualquer tipo de negociação entre parceiros sexuais (BARBOSA; LAGO, 1997; PARKER; GALVÃO, 1996). O relativo sucesso destes programas levou à situação em que o uso dos contraceptivos se tornou amplamente aceito no país, mas limitado a uma pequena variedade de opções contraceptivas, com a preferência absoluta pelas pílulas e pela esterilização (BARBOSA, 1995). De fato, a nível nacional, dentre mulheres entre as idades de 15 a 54 anos, somente 1,8% relataram o uso de preservativo para evitar a gravidez (BERQUÓ, 1993).

Como Barbosa destacou, a existente cultura contraceptiva, quando unida à estrutura das relações de poder entre os gêneros no Brasil, apresentou uma forte barreira quanto à promoção do preservativo como maneira efetiva na prevenção do HIV/AIDS (BARBOSA; LAGO, 1997). As mulheres carecem de ambos, o poder e a habilidade, para negociarem efetivamente com seus parceiros. E precisamente porque o uso de outros métodos contraceptivos é tão difundido, até mesmo o subterfúgio de propor o preservativo como um meio de controle de natalidade (quando a real intenção é a prevenção de transmissão de doenças) se faz impossível – resumindo, quando um parceiro sabe que sua parceira usa contraceptivos orais ou foi esterilizada, assim não podendo engravidar, suas possibilidades de propor o uso de preservativos tornam-se claramente restritas. Devido à



estrutura predominante da cultura sexual e contraceptiva no Brasil, as estratégias mais amplamente promovidas para a redução de risco em face à infecção pelo HIV têm provado ser profundamente problemáticas (BARBOSA; LAGO, 1997).

Devido à complexa série de fatores sociais e culturais que são responsáveis pela crescente vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV no Brasil, deveria estar claro que os programas voltados para as mulheres precisam ser uma prioridade urgente e que o desenvolvimento de estratégias inovadoras para a prevenção do HIV/Aids serão essenciais para reduzir rapidamente os altos índices de infecção. Ainda assim, apesar das tendências epidemiológicas no final dos anos 1980 e começo dos anos 1990, foram tomadas relativamente poucas atitudes concretas, em qualquer nível, para responder à questão das mulheres e a Aids. As percepções iniciais da Aids bastante ligadas à homossexualidade masculina se mostraram especialmente difíceis de serem superadas e continuaram a exercer uma influência poderosa não somente no pensamento do público, mas também naqueles que faziam e projetavam políticas e mesmo em alguns ativistas de Aids e feministas. Com a exceção de um limitado número de programas de prevenção direcionados a trabalhadoras, quase nenhum programa de prevenção direcionado à mulher havia sido desenvolvido

em qualquer lugar do país até os meados dos anos 1980 e, mesmo então, foi somente através da ação de um número de organizações governamentais para a saúde da mulher e para a Aids que os primeiros projetos piloto começaram a ser desenvolvidos (BARBOSA; LAGO, 1997).

No início dos anos 1990, uma preocupação crescente com os assuntos relacionados com as mulheres e a Aids começou a ser expressada por ONGs/Aids, líderes como a ABIA e GAPA – São Paulo, bem como por organizações feministas como a SOS Corpo, CEPIA e o Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde. Somado a isto, um número de doadores privados como a Fundação Ford e a Fundação MacArthur, principalmente através de seus programas de saúde reprodutiva e população haviam começado a disponibilizar um financiamento limitado para o trabalho de defesa e atividades de prevenção direcionadas à mulher. Foi somente em meados de 1994, no entanto, que o Programa Nacional de Aids reuniu uma consultoria de especialistas da saúde da mulher para discutir o assunto da mulher e a Aids, e foi somente no fim de 1994 que uma campanha de anúncios do serviço público foi desenvolvida encorajando as mulheres sexualmente ativas a negociar o uso da camisinha – apesar de não levar em conta os aspectos de poder que eram envolvidos na negociação sexual e aparentemente sem ter procurado

conselhos da comunidade da saúde da mulher no desenvolvimento da campanha (BARBOSA; LAGO, 1997; REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 1995). Embora o Governo Federal tenha disponibilizado algum fundo através da concessão do Projeto do Banco Mundial a organizações não-governamentais para projetos direcionados para os esforços da prevenção para mulheres, este financiamento permaneceu relativamente insignificante dentro do âmbito total das atividades e nenhum programa sistemático havia sido projetado para alcançar as mulheres ou para atender suas necessidades (BARBOSA; LAGO, 1997).

Talvez ainda mais preocupante, a longo prazo, é o fato de que os programas de HIV/Aids geralmente têm sido desenvolvidos de um modo bastante vertical, com fortes relações entre programas de Aids locais, estaduais e federais, mas relações horizontais relativamente fracas para outros programas de saúde em quaisquer destes níveis governamentais (BARBOSA; LAGO, 1997; PARKER; GALVÃO 1996). Embora o Programa Integrado da Saúde da Mulher (PAISM) inicialmente projetado nos anos 1980 nunca tenha sido completamente implementado em qualquer parte do país, programas de saúde, no entanto, realmente existiram por todo Brasil, tomando principalmente a responsabilidade de planejamento familiar e outras necessidades associadas com a saúde reprodutiva. Ainda

assim, poucos esforços foram feitos para integrar os programas de DST e Aids, inicialmente direcionados aos homens, com programas e serviços enfocando a saúde da mulher (BARBOSA; LAGO, 1997). A longo prazo, a completa falta de articulação entre a saúde da mulher e os programas e serviços da Aids e até a falha em desenvolver uma estratégia integrada (sem falar inovadora) para responder à Aids como parte principal dos cuidados para a saúde reprodutiva da mulher, parecia garantir que os níveis de transmissão heterossexual e vertical continuariam a crescer de forma dramática no Brasil e que os complexos assuntos relacionados à mulher e à Aids surgiriam, necessariamente, como uma das áreas principais do debate para políticas no fim dos anos 1990.

#### PRINCIPAIS ASSUNTOS DE POLÍTICA NO BRASIL

Embora quase se esgotem todos os assuntos acerca de política que possam certamente ser confrontados na procura da resposta à epidemia do HIV/AIDS, baseando-se nesta visão geral da resposta à Aids em vários contextos importantes como política pública, organizações comunitárias, instituições religiosas e empresas públicas e privadas, é possível apontar vários importantes assuntos acerca de políticas que confrontavam os esforços relacionados à Aids no Brasil em meados dos anos 1990.

Talvez um tanto ironicamente, particularmente devido ao tamanho do Projeto do Banco Mundial, a questão de como garantir o financiamento adequado para ambos, a prevenção e o tratamento, foi uma das preocupações mais urgentes em face da política para a Aids no Brasil. Apesar dos fundos garantidos através do Projeto do Banco Mundial, é importante lembrar que este projeto fora inicialmente desenhado para um período de somente três anos e que sua conclusão planejada se aproximava rapidamente. Não havia garantias em relação ao futuro, particularmente quando um conjunto de problemas importantes, tais como a falha na infraestrutura do sistema de saúde pública no geral, lutariam pelo acesso aos recursos. Mesmo dentro do Ministério da Saúde, muitos funcionários acreditam que o reforço na infraestrutura (por exemplo, a reforma dos decadentes hospitais públicos) deveria ser uma prioridade maior do que programas para uma única doença, seja com os fundos vindos através dos empréstimos do Banco Mundial ou diretamente do Tesouro Nacional. E saindo do Ministério da Saúde para entrar no mundo mais amplo de financiamentos para assuntos sociais no Brasil, a competição a respeito da alocação de recursos obviamente aumentaria.

Resumindo, não houveram garantias de que o financiamento do Banco Mundial se estenderia após o fim do Primeiro Projeto de Controle

e Prevenção da Aids e nenhuma garantia que mesmo o Ministério da Saúde continuaria a dar ao HIV/AIDS o mesmo grau de prioridade. Como foi claramente demonstrado de 1990 a 1992, o nível de atenção dada à Aids dentro do Governo Federal dependia bastante da composição do Ministério da Saúde em algum dado momento e uma das dificuldades estruturais mais sérias relacionadas à programação da Aids no Brasil era o fato de que a Comissão Nacional de Aids havia sido mais concebida como um corpo de conselho técnico do que um corpo político capaz de fornecer suporte para dar continuidade aos programas para a Aids de uma administração para a outra.

Mesmo que o Projeto do Banco Mundial fosse estendido, como realmente foi, ele era claramente limitado de várias formas, o que requeria uma avaliação adequada. Como já foi mencionado acima, a vasta maioria dos fundos fornecidos através do Projeto do Banco Mundial eram destinados a atividades de prevenção, o que era obviamente o foco de interesse dentro do ponto de vista do Banco naquela época. Mesmo sendo as atividades de prevenção tão importantes, era questionável a colocação das necessidades e preocupações das pessoas vivendo com HIV/AIDS no fim da lista de prioridades. E mesmo que pudesse ser provado de forma convincente que estas necessidades estariam sendo supridas através de outros progra-

mas de atividades e com outros recursos, o fato desagradável é que devido ao número de brasileiros já infectados com o HIV, os custos associados com a prevenção e o tratamento para pessoas com HIV/Aids no Brasil iriam subir brevemente, de forma inevitável. Existiam poucos sinais de qualquer planejamento adequado para tratar destas necessidades ou qualquer senso de como cobrir os custos envolvidos. Programas inovadores tinham sido desenvolvidos por hospitais públicos e por organizações não-governamentais, mas nada na escala do que seria realmente necessário nos anos seguintes.

Enfim, uma grande variedade de serviços que haviam recebido pouca atenção precisariam ser direcionados. Sob os termos do Projeto do Banco Mundial, passos importantes foram tomados para ampliar os serviços de testes de HIV gratuitos e anônimos, o que significava um progresso. O que fazer por aqueles cujos testes deram resultados positivos; como assegurar um diagnóstico adequado das infecções oportunistas e garantir rápida intervenção médica para a vasta maioria daqueles que dependiam do precário sistema de saúde pública; como prover acesso a serviços clínicos; e como organizar efetiva e economicamente os tratamentos hospitalares e domésticos. Estas foram questões que, em meados dos anos 1990, pelo menos, pareciam ter algumas respostas e talvez, mais inquietante, ter recebido relativamente

pouca atenção dentro das prioridades existentes na programação e na criação de políticas para a Aids a nível federal. Estas eram as questões que deveriam ter sido urgentemente tratadas para confrontar o impacto a longo prazo da epidemia no sistema de saúde pública.

Mesmo parecendo ter recebido a atenção inicial, as atividades de educação e prevenção, particularmente na primeira fase da programação para a Aids, marcadas pelo carimbo do Banco Mundial, sérios problemas continuaram a existir com respeito ao acesso aos serviços de prevenção. Talvez mais notadamente, apesar das freqüentes reclamações de quase todos os setores voltados para a prevenção da Aids, o governo brasileiro continuava a cobrar uma alta taxa de importação sobre os preservativos como parte de políticas protecionistas à indústria brasileira de borracha e não era possível mobilizar uma pressão política suficiente para garantir a redução ou extinção desta taxa. Mesmo com tal redução, no entanto, sérios problemas logísticos existiam, o que fazia a distribuição regular de preservativos para mesmo às populações de maior risco algo inconsistente (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO, 1995). Embora o Programa Nacional de Aids planejasse comprar e distribuir 200 milhões de preservativos entre 1994 e 1997, as organizações comunitárias continuavam a reclamar de problemas no recebimento de preserva-

tivos e freqüentemente recebiam remessas de produtos à beira de passar da validade (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO, 1995).

Apesar dos problemas acerca do acesso aos preservativos terem sido especialmente fáceis de detectar, precisamente devido a serem tão concretos, o acesso à informação sobre a prevenção continuou sendo uma preocupação, mesmo com tudo que havia sido feito para encorajar o acesso à informação sobre a prevenção nos anos recentes. Embora os estudos de conhecimento, atitudes e práticas fossem limitados ao seu alcance e representatividade, eles mostravam altos níveis de preocupação com a Aids, mas baixos níveis de mudança de comportamento. Pelo menos em parte, a disparidade entre a preocupação e ansiedade e o comportamento efetivamente preventivo era provavelmente resultante de informações confusas ou ambíguas relacionadas às estratégias possíveis (inclusive, mas não limitada, ao uso de preservativos) que poderiam ser adotadas para reduzir o risco de infecção. Como a epidemia caminhava mais e mais em direção aos mais pobres, setores de menor educação da sociedade brasileira, o acesso à informação sobre o HIV/Aids continuava a ser uma preocupação importante que ainda não havia sido resolvida apesar dos recentes progressos.

Responder a estas questões diversas não seria de modo algum uma

tarefa fácil, particularmente porque isto iria requerer não somente especialização técnica, mas também vontade política. O Brasil tinha tido a grande sorte de contar com a dedicação e perseverança, nos últimos 15 anos, de um número marcante de indivíduos altamente habilidosos e comprometidos, que trabalhavam em todos os níveis na luta contra a Aids. Ao mesmo tempo, embora muito tivesse sido alcançado, poucas estruturas legais e/ou institucionais haviam sido colocadas no lugar para garantir uma continuidade, a longo prazo, e o crescimento da eficácia deste esforço cumulativo. Na procura das respostas aos assuntos políticos mais urgentes que atualmente confrontam o tratamento da Aids e serviços de prevenção, um comprometimento político renovado e uma maior mobilização da sociedade brasileira se fazem essenciais.

### CONCLUSÃO

No Brasil, como em muitos outros países, a epidemia de HIV/AIDS é complexa e dinâmica. Ela tem sido caracterizada por extensas mudanças ao longo do tempo e pela evolução de uma série de respostas políticas e sociais. Qualquer tentativa para caracterizar e avaliar a política da Aids no Brasil de forma acurada, será incompleta – e provavelmente até desatualizada quando for completada e publicada. Isto é bastante verdadeiro, precisamente porque ne-

nhum outro aspecto da epidemia de HIV/AIDS no Brasil tem sido tão pouco estudado e analisado. Devido à urgência da epidemia propriamente dita, as atitudes tomadas para responder a ela têm raramente sido avaliadas internamente, através de avaliações de programas e projetos ou externamente através de análises independentes de políticas. E isto é verdade, apesar de uma longa tradição de análises sociais e políticas de políticas públicas (de forma mais geral) e de políticas de tratamento de saúde (mais particularmente).

Embora o presente estudo não possa ser considerado definitivo, ele oferece pelo menos um número de critérios que podem ter alguma utilidade em estudos futuros e em melhores decisões sobre políticas. Ao observar a história das respostas ao HIV/AIDS no Brasil, o que foi alcançado e o que não foi, fica clara a impossibilidade de separar os assuntos específicos relacionados ao HIV do mais amplo contexto da história política e social no Brasil. Revendo as iniciativas políticas em quase todas as áreas discutidas acima, a história da Aids no Brasil pareceria caracterizada por um áspero, porém claro conjunto de períodos históricos.

Uma fase inicial de políticas de resposta ao HIV/AIDS no Brasil pareceria ocorrer entre 1982 e 1983, quando os primeiros casos de Aids foram relatados; e uma inicial mobilização de programas aconteceu no estado de São Paulo entre 1985 e

1986, quando as primeiras organizações não-governamentais de serviço para a Aids foram fundadas e um Programa Nacional de Aids foi criado. Apesar das importantes iniciativas da parte da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, esta fase, no Brasil, como em muitos outros países, foi caracterizada por uma ampla negação da parte da maioria dos funcionários do governo, particularmente a nível federal, juntamente com uma onda de pânico moral, medo, estigma e discriminação captadas mais vividamente nas declarações de líderes religiosos como Dom Eugênio Sales. Na falta de liderança nacional ou internacional, as respostas à epidemia tendiam a crescer do chão, vindas dos representantes das comunidades afetadas, tais como o emergente movimento dos direitos *gays* e do compromisso de setores progressistas dentro dos serviços de saúde pública estaduais e locais que conseguiram rapidamente se alistar como aliados destas comunidades. A crescente mobilização da comunidade, culminando mais obviamente na formação do GAPA – São Paulo em 1985 e ABIA em 1986, forneceu incentivos importantes, juntamente com a pressão de um crescente número de programas estaduais e municipais de Aids, para o desenvolvimento de algum tipo de resposta a nível nacional, culminando com a demorada, mas não menos fundamentalmente importante criação de uma gradual

implementação de um Programa Nacional de Aids em 1985 e 1986.

Com a criação do Programa Nacional de Aids, uma segunda fase de políticas de resposta à Aids parecia acontecer entre 1986 e 1990, quando a liderança do Programa Nacional de Aids mudaria pela primeira vez. A nível governamental, este período seria marcado, acima de tudo, por uma abordagem à epidemia relativamente pragmática e crescentemente técnica. Construindo-se primeiramente nas iniciativas locais e estaduais, no desenvolvimento de um plano nacional para a prevenção e o controle da Aids, à medida que a implementação do Programa Nacional de Aids procedia, a crescente cooperação internacional e a tendência em centralizar-se em Brasília também levaria a um aumento gradual das tensões entre programas de Aids em vários níveis do governo. Ao mesmo tempo, como iniciativas complexas e diversas começavam a surgir nas diferentes respostas governamentais à epidemia, um conjunto de iniciativas da parte da sociedade civil começou a superar pelo menos algumas das negações que haviam caracterizado o primeiro período. Um número crescente de organizações não-governamentais foi formado no país, tais como as seções independentes do GAPA em quase todas as maiores cidades brasileiras, e estas organizações tiveram um papel importante em chamar a atenção da mídia para

a epidemia, bem como em pressionar as agências governamentais para uma resposta mais rápida e agressiva. Gradualmente, várias ordens religiosas, bem como empresas públicas e privadas começaram a tratar do crescente impacto da Aids a nível local, através do desenvolvimento de um conjunto de iniciativas e serviços específicos visando preencher o antigo vácuo de ação voluntária e solidária. De fato, à medida que as organizações de pessoas vivendo com HIV/Aids começavam a se formar em 1989 e 1990, a solidariedade se tornou a ordem do dia e líderes como Herbert Daniel apareceram como atores principais, não somente na cena nacional, como também internacionalmente, ao clamar por uma resposta à epidemia baseada mais fundamentalmente no compromisso político do que na especialização tecnocrática.

Uma terceira e claramente distinta fase pode ser vista de 1990 a 1992. Se 1990 surgia com um certo senso de otimismo de que as mudanças de lideranças no governo nacional pudessem levar a decisões políticas mais efetivas com relação à Aids, a experiência dos próximos dois anos iria demonstrar a fragilidade das realizações durante o curso dos anos 1980. Quase todos os elementos chave do Programa Nacional de Aids tinham sido interrompidos por períodos significativos durante a administração de Collor e um antagonismo crescente entre o

Programa Nacional de Aids e quase todos os outros setores envolvidos na resposta à epidemia quase totalmente impediram a possibilidade de cooperação ou colaboração entre os setores à procura do desenvolvimento de políticas mais efetivas relacionadas à Aids. Embora as respostas não-governamentais e religiosas continuassem a crescer e prosperar, a completa falta de um diálogo efetivo entre a sociedade civil e o governo federal, juntamente com uma relativa falta de cooperação entre o Programa Nacional de Aids e os programas estaduais e municipais de Aids fez com que as dificuldades de sustentação de uma resposta a longo prazo à epidemia ficassem impressionantemente claras, chamando a atenção para a necessidade urgente de repensar as bases de ação efetiva contra a epidemia, não somente em termos técnicos, mas também políticos.

Uma quarta fase na história de uma resposta política à epidemia de Aids no Brasil parecia acontecer em 1992, com a reorganização do Programa Nacional de Aids no Ministério da Saúde, até 1996. Inicialmente, talvez em parte por causa da performance desastrosa da administração anterior no Ministério da Saúde e da resultante polarização extrema entre o Governo Federal e quase todos os outros setores concernindo a epidemia, havia um esforço combinado de todos os lados (programas governamentais em todos os níveis, ONGs, universidades, etc.) para tra-

balharem juntos na procura da reconstrução de uma resposta nacional à epidemia. Este espírito de colaboração foi claramente reforçado e solidificado durante o processo de elaboração da proposta para o primeiro Projeto do Banco Mundial, durante o qual as rivalidades tradicionais e disputas territoriais foram colocadas de lado em favor do que acreditava-se amplamente ser um bem comum – um espírito de colaboração que foi bastante reforçado pelo habilidoso uso de recursos nacionais pelo Programa Nacional de Aids, mesmo antes da disponibilidade dos fundos do Banco Mundial, para ajudar uma série de atividades de ONGs, entendidas como parte do Projeto do Banco Mundial apesar do tempo. Com a formalização do acordo com o Banco Mundial, no entanto, e com o gradual surgimento de um crescente número de problemas administrativos relacionados à implementação do Projeto do Banco Mundial, o senso de unidade e objetivo comum, que parecia reinar durante 1993 e 1994, começou a gerar dúvidas e as crescentes tensões entre os programas municipais e estaduais de Aids e a coordenação centralizada do Programa Nacional de Aids tendiam a crescer. Apesar das várias declarações de uma vitória iminente na guerra contra a Aids, foi impossível resolver uma série de assuntos políticos básicos, tais como a taxa de importação sobre os preservativos. E mesmo as ONGs me-

nos politizadas se inquietavam com a falha do Ministério da Saúde em abrir novas chamadas para projetos ou em renovar financiamentos para iniciativas já aprovadas. A relativa transparência que parecia caracterizar a elaboração do Projeto do Banco Mundial deu lugar à falta geral de transparência em relação ao uso dos fundos e à implementação de iniciativas; e com a proximidade do fim do primeiro projeto do Banco Mundial, parecia existir pouca clareza concernindo o futuro, uma vez que o primeiro projeto terminasse.

Estes quatro maiores períodos na história da resposta política à Aids no Brasil podem somente ser compreendidos dentro do maior contexto da vida política brasileira, por um lado, juntamente com a ampla evolução das respostas globais à epidemia do HIV/AIDS, por outro. Não é meramente uma coincidência que estas fases correspondem, quase exatamente, a um conjunto de desenvolvimentos na história política brasileira. A resposta inicial à Aids de 1982/83 a 1985/86 somente poderá ser totalmente entendida dentro do contexto do período de Abertura, com a eleição progressiva de forças de oposição, abertas a diálogo e conscientemente abertas às preocupações da sociedade civil, a nível estadual, e a continuidade do regime militar, com sua mentalidade fundamentalmente autoritária, a nível federal. Da mesma forma, a transição na política federal, bem

como a crescente resposta não-governamental à epidemia, de 1985/86 a 1989/90 que estava bem de acordo com o espírito do governo de Sarney e a gradual redemocratização da vida brasileira, caracterizada pela intensa organização da sociedade civil (e o nascimento das ONGs em várias áreas), juntamente com a frustrante e lenta transformação da máquina administrativa do governo, que em grande parte procurava superar a herança do período autoritário, sem perder seu poder e hegemonia, mantendo um controle quase absoluto sobre as informações (mesmo as estatísticas epidemiológicas) enquanto que ao mesmo tempo desenvolvia iniciativas técnicas sofisticadas e quase sempre centralizadas (bem dentro do espírito do Programa Nacional de Aids). Como o governo Collor propriamente dito, este período, de 1990 a 1992, situa-se como um 'tempo fora do tempo', no qual a nação como um todo e a comunidade Aids, mais especificamente, pareciam estar vivendo um pesadelo coletivo que terminaria brevemente. O restabelecimento de um novo governo após a renúncia de Collor e a completa manutenção de instituições democráticas, eram sinalizados assim, como uma nova fase na redemocratização da sociedade brasileira, havendo um crescente senso de maturidade e uma nova vontade da parte da sociedade civil e do Estado em trabalhar juntos para re-

resolver os problemas sociais e econômicos enfrentados pela nação – e mais uma vez, a recente história das políticas e programas de Aids no Brasil, claramente, refletiam estas tendências mais abrangentes.

Ao mesmo tempo que as respostas à Aids estavam assim sendo formadas por particularidades da política e da história do Brasil, elas eram certamente influenciadas por um conjunto maior de forças que são mais freqüentemente internacionais do que nacionais em sua natureza e origem. Apesar de poder ser um acidente histórico, não é insignificante que, por exemplo, a primeira década da epidemia do HIV/Aids no Brasil tenha acontecido, não somente no período de redemocratização da sociedade brasileira, mas num período de intensas mudanças nas relações entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido à crise das dívidas internacionais dos anos 1980. Foi durante este tempo que o Fundo Monetário Internacional (FMI), juntamente com o Banco Mundial impuseram uma série de condições a nações devedoras como o Brasil (cuja dívida de 112,5 bilhões de dólares em 1990 era a mais alta do que a de qualquer país no mundo) visando o reajuste estrutural da economia brasileira através de políticas que estimulariam as exportações e ao mesmo tempo controlariam os gastos do governo numa série de assuntos sociais, inclusive no tratamento da saúde e na

educação preventiva. De 1980 a 1991, por exemplo, o Brasil recebeu sete grandes empréstimos para ajuste estrutural do FMI e do Banco Mundial (LURIE; HINTZEN; LOWE, 1995) e a economia brasileira passava por um período de inflação e instabilidade que não somente limitava as possibilidades de investimento em áreas sociais tais como a saúde, mas simultaneamente criava o que pode ser descrito como uma instabilidade psicológica que afetava o debate e a ação em todos os assuntos sociais. Embora possa não haver nenhuma relação de causa e efeito direta ou imediata entre este contexto econômico mais amplo e as específicas decisões políticas relacionadas ao HIV/Aids, é impossível entender o contexto social da epidemia no Brasil (como em outros países em desenvolvimento (LURIE; HINTZEN; LOWE, 1995) sem levar este cenário em conta, já que ele condicionou a política relacionada à Aids, variando da disponibilidade de financiamento para programas para a Aids a mais geral decadência do sistema público de saúde que seriamente limitou as possibilidades de tratamento adequado para pacientes. Da mesma forma, é talvez difícil entender o recente comprometimento dos recursos do Banco Mundial com programas no Brasil e em outros lugares no mundo, sem levar em consideração a própria crítica interna do Banco acerca do impacto social do ajuste estrutural e sua decisão consciente de agir numa

série de áreas sociais, tais como a saúde, que tem sofrido com as conseqüências negativas de muitos programas de ajuste estrutural.

Finalmente, somados as estas tendências sociais e econômicas mais abrangentes do último século que, como as particularidades da política brasileira, certamente moldaram as maneiras pelas quais as políticas relacionadas à Aids se desenvolveram no Brasil, é também importante situar a resposta brasileira à Aids dentro deste contexto mais amplo de evolução de respostas globais à epidemia. Tanto no Brasil, como em qualquer outro lugar, as respostas iniciais à Aids surgiram, em grande parte, a nível local e a pressão vinda de baixo foi de fundamental importância na procura por mobilizar mudanças a níveis mais altos na sociedade e no governo. Quando a mudança começou a acontecer, não somente a nível nacional com a formação do Programa Nacional de Aids, mas também internacionalmente com o estabelecimento de unidades de Aids em agências como a OMS e OPAS, as maneiras pelas quais os diferentes setores respondiam a tal desenvolvimento foram simultaneamente formadas e influenciadas por uma série de desenvolvimentos internacionais. Seria impossível imaginar o desenvolvimento da resposta da Igreja Católica, por exemplo, sem levar em consideração as declarações do Vaticano sobre a Aids, ou a crescente opo-

sição radical de alguns ativistas da Aids sem pensar no impacto do ACT UP nos Estados Unidos. O fato de que organizações de pessoas com HIV/Aids começam a se formar em 1989 e 1990 é quase nunca isolado de eventos internacionais similares. Particularmente em relação a uma epidemia que tem sido descrita como pós-moderna, possível somente na era da globalização, de redes internacionais de mídia, faxes, e e-mails, a maneira pela qual a sociedade brasileira respondeu ao HIV/Aids deve ser interpretada dentro deste contexto mais abrangente de forças políticas e influências culturais.

Quando a resposta brasileira à Aids entrou em sua segunda década em 1996 (cerca de dez anos após a formação das primeiras organizações governamentais e a fundação do Programa Nacional de Aids), tanto seu sucesso como os obstáculos que precisaria superar pareciam bastante claros. Mesmo que ainda fosse difícil prever as notáveis mudanças que estavam prestes a acontecer, já que 1996 seria um período de transição fundamental, inaugurando a nova fase da resposta brasileira à Aids, em 1996, os ecos da Décima Conferência Internacional da Aids, em Vancouver, Canadá, começariam a ser sentidos e a possibilidade de oferecer, pela primeira vez, tratamentos capazes de transformar o tratamento do HIV em uma doença crônica administrável, começaria a ser considerada. A luta para

integrar o tratamento de HIV/Aids numa estratégia ampla para controlar a epidemia não foi iniciada na Conferência de Aids de Vancouver – ao contrário, o argumento mais fundamental deste texto é precisamente o fato de que as bases para tal abordagem integrada foram dispostas muito antes de 1996, nas lutas de ativistas, pesquisadores e autores de políticas procurando confrontar a epidemia durante os anos 1980 e início dos anos 1990. Mas, com os desenvolvimentos tecnológicos, primeiramente sinalizados em Vancouver, juntamente com os fundamentos importantes aqui mencionados, as possibilidades de transformar as respostas à Aids no Brasil num modelo a ser seguido por outros países poderia se tornar real (o desfecho dessa história está longe de acontecer ...).

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTMAN, Dennis. *Power and Community: organizational and cultural responses to Aids*. London: Taylor & Francis, 1994.

BARBOSA, Regina Maria; VILLELA, Wilza. Sterilization and sexual behavior among women in São Paulo, Brazil. In: *Reproductive Health Matters*, 5, 1995. p. 37-46.

BARBOSA, Regina Maria; LAGO, Tania di Giacomo do. Aids e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. In: PARKER, Richard (Org.). *Políti-*

*cas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA, 1997. p.163-176.

BASTIDE, Roger. *The African religious of Brazil: toward a sociology of hte interpenetration of civilizations*. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press, 1978.

BERQUÓ, Elza. *Conhecimento e uso do condom: contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis*. Campinas, SP: NEPO, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações para prevenção e controle da infecção pelo vírus HIV (SIDA-Aids)*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987 (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 42).

\_\_\_\_\_. *Programa Nacional de Prevenção de DST/Aids*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994a.

\_\_\_\_\_. *Relatório 1992-1994*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994b.

\_\_\_\_\_. *National AIDS Drug Policy*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Coordenação Nacional de Prevenção de DST e Aids, 2002.

BURGOS FILHO, Ruy. O impacto do projeto de controle de DST/AIDS para o enfrentamento da Aids. *Seminário: o impacto sócio-econômico da epidemia de HIV/Aids*, 1994, Rio de Janeiro, Anais. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ, 1995. p. 13-16.

CASTILHO, Euclides Ayres; CHEQUER, Pedro. Epidemiologia do HIV/AIDS no



- Brasil. In: PARKER, Richard (Org.). *Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997. p. 17-42.
- CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (CUT). Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST) – Comissão Nacional de Aids. *Aids: epidemia e prevenção*. 1994 (mimeo).
- CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL (CNBB). *Diretrizes gerais da ação pastoral da Igreja no Brasil: 1991-1994*. São Paulo: Paulinas, 1992. Documentos da CNBB, 45.
- DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. *Aids: a terceira epidemia (ensaios e tentativas)*. São Paulo: Iglu, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Sexuality, politics and Aids in Brazil: in another world?* London: The Falmer Press, 1993.
- FRY, Peter. *Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO (FNUAP). Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. *Anais*. Nova Iorque: FNUAP, 1995. 32p.
- GALVÃO, Jane. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: PARKER, Richard (Org.). *Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997a. p. 69-108.
- \_\_\_\_\_. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard (Org.). *Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997b. p. 109-134.
- \_\_\_\_\_. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA/São Paulo: Editora 34, 2000.
- \_\_\_\_\_. *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002 (Coleção ABIA: Políticas Públicas e Aids, 2).
- JONSEN, A. R.; STRYKER, J. *The impact of Aids in United States*. Washington, D. C.: National Academy Press, 1993.
- KIRP, D.; BAYER, R. (Org.). *Aids in the industrialized democracies: passions, politics, and Policies*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1992.
- LURIE, P; HINTZEN, P.; LOWE, R. Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: the role of the International Monetary Fund and the World Bank. *Aids*, n. 9, 1995. p. 539-546.
- MANN, J; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Org.). *Aids in the world*. Cambridge, Mass.: Harvard Academy Press, 1992.
- MATIDA, Álvaro. Controle da Aids: dados e limitações. In: *Aids: comunicações e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1992. p. 12-15.
- MISZTAL, B. A.; MOSS, D. (Org.). *Action on Aids: national policies in comparative perspective*. New York: Greenwood Press, 1990.
- MOTT, Luiz. *Aids: Reflexões sobre sodomia*. Comunicações do Iser. Rio de Janeiro, dez., v. 4, n. 17, 1985. p. 32-41.
- PAGE, Joseph A. *The Brazilians*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1995.
- PARKER, Richard. *A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumará, 1994.
- \_\_\_\_\_. Prefácio. In: SOUZA, Herbert. *A cura da Aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994a.
- \_\_\_\_\_. Sexual cultures, HIV transmission and Aids prevention. *Aids*, v. 8, suppl. 1, 1994b. S309-S314.
- \_\_\_\_\_. (Org.). *Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA/São Paulo: Editora 34, 2000.
- PARKER, Richard; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16, 2000. p. 89-102.
- PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumará, 1995.
- PARKER, Richard. *et al.* Aids prevention and gay community mobilization in Brazil. *Development*, n. 2, 1995. p. 49-53.

- PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo Secron (Org.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: ABIA, 1999.
- PATTON, Cindy. *Inventing AIDS*. New York: Routledge, 1991.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.
- RAU, Bill. AIDS and Communities: lessons for policy makers. *AIDS captions*, v. 1, n. 2, May, 1994. p. 31-32.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Relatório do debate nacional "Mulher, Sexualidade, Saúde e Cidadania"*. Recife (PE): SOS-Corpo, 1995. 59p.
- SANTOS, N. J. S. *et al.* Heterosexual transmission in woman in São Paulo, Brazil. *X Conferência Internacional sobre AIDS*. Yokohama, Japão, 1994.
- SMITH, Geri. A new day for the "Country of the future"? Business Week. August, 21, AIDS. In: PARKER, Richard (Org.). *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1995. p. 43-68.
- TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, Richard (Org.). *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997. p. 43-68.
- TERTO JÚNIOR, Veriano. A AIDS e o local de trabalho no Brasil. In: \_\_\_\_\_ (Org.). *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997. p. 135-162.
- WAGLEY, Charles. The concept of social race in the Americas. In: \_\_\_\_\_ (Org.). *The Latin American tradition: essays on the unity and the diversity of Latin American culture*. New York: Columbia University Press, 1968. p. 155-174.
- WIK, Flávio Braune. *When the "buzios" say no! – the cultural construction of AIDS and its social disruptive nature: the case of candomblé (Afro-Brazilian) religion*. Norway: University of Oslo. 1994 (mimeo).
- WORLD BANK. *World Bank HIV/AIDS Interventions: ex-ante and ex-post evaluation*. Washington, D.C.: World Bank, 1998 (World Bank Discussion Paper, 389).
- ZANIQUELLI, Laércio. Centro de Convivência Filhos de Oxum, 1994. Rio de Janeiro. *Anais do Seminário: a epidemiologia social da AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ, 1994. p. 36-38.