5 - Conclusões e considerações finais

Sandra Garrido de Barros

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BARROS, S.G. Conclusões e considerações finais. In: *Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil* [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 192-202. ISBN 978-85-232-2030-3. <https://doi.org/10.7476/9788523220303.0006>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

5

5

Conclusões e considerações finais

O espaço aids brasileiro constituiu-se historicamente como um espaço de luta pela organização da resposta à epidemia e de intervenção sanitária, na qual o que está em disputa é a autoridade de falar sobre o significado da doença, suas formas de prevenção e tratamento, bem como sobre as estratégias mais adequadas para o seu controle. Sua conformação iniciou-se com a emergência da resposta governamental no estado de São Paulo, envolvendo agentes do campo médico e do espaço da saúde coletiva (médicos clínicos docentes e pesquisadores de grandes hospitais-escola – dermatologistas infectologistas – e sanitaristas), do campo burocrático, do movimento homossexual e do campo científico. A esses juntaram-se, ao longo do processo de conformação do espaço aids, movimentos de hemofílicos, talassêmicos e profissionais do sexo, e, mais tarde, as ONGs/aids – em especial Gapa, Abia, Pela Vidda, GIV e RNP+ –, como são conhecidas as associações específicas de luta contra a aids no Brasil, que compunham o subespaço militante. Trata-se de um espaço de complexas relações, influenciado pelos campos político, religioso e jurídico.

A política de controle da aids no Brasil teve início em 1983, no estado de São Paulo, antes mesmo de haver uma resposta terapêutica médica eficaz, com clara dominância de agentes do campo médico, com inserção no campo burocrático e no espaço da saúde coletiva. A política surgiu de uma demanda de um grupo de representantes do movimento homossexual à Secretaria de Saúde do Estado. O movimento homossexual, que inicialmente negava a doença, foi sensibilizado pelas notícias trazidas por pessoas que viajavam ao exterior, pela divulgação através da mídia em 1983 do diagnóstico dos primeiros casos brasileiros e pela reunião sobre a doença com o médico infectologista e professor da USP, Ricardo Veronesi. Esse grupo de representantes do movimento homossexual, composto por

artistas, docentes, pesquisadores, jornalistas, publicitários, entre outros, além de alto capital cultural, também possuía uma rede de contatos importantes, um capital social que permitiu ser agendada uma audiência com o Secretário de Saúde do Estado para demandar uma atuação específica do poder público.

Pode-se destacar como condições históricas de possibilidade para a emergência precoce dessa política em São Paulo, em um momento que ainda não havia evidências de sua magnitude e vulnerabilidade:

- . A existência de um movimento homossexual organizado, com contatos internacionais e com lideranças que ocupavam posições de destaque, com elevado capital econômico e social;
- . A organização do sistema de saúde no estado de São Paulo, inclusive com a criação da carreira de sanitarista, resultante da reforma administrativa do final da década de 1960, Reforma Leser;
- . O caráter democrático e modernizador do governo Montoro e em particular do secretário de saúde João Yunes, professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e militante do movimento da reforma sanitária;
- . A concomitância deste processo com o próprio movimento sanitário, permitindo a incorporação de seus pressupostos na formulação das estratégias de controle da epidemia.

Somaram-se a essas condições o fato de que a Divisão Estadual de Dermatologia Sanitária, naquele momento, tinha um grupo de trabalho para a organização de um programa de doenças sexualmente transmissíveis constituído, no qual o coordenador dessa divisão e do grupo de trabalho era um médico, sanitarista e ex-militante do grupo Somos.

A resposta nacional, contudo, iniciou-se apenas em 1985, após estados como São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul já terem organizado programas de saúde específicos para combater a epidemia. No âmbito nacional, podem ser consideradas como condições para a decisão da inclusão da aids na agenda política:

- . O processo de transição democrática;
- . A chegada de sanitaristas a cargos de chefia no Ministério da Saúde;
- . A rápida evolução da epidemia;
- . A existência de grupos de pesquisa em doenças infecciosas e parasitárias, envolvendo particularmente patologistas que se converteram em imunologistas;
- . Os avanços no campo médico sobre a doença e o estágio de desenvolvimento da pesquisa clínica e laboratorial sobre o HIV/aids;
- . A organização por parte de alguns estados de programas de aids;
- . A pressão exercida pelos movimentos sociais e pela própria imprensa.

Pelo pioneirismo, os agentes do estado de São Paulo sempre foram dominantes no espaço aids no Brasil, seja no subespaço científico, no subespaço burocrático, ou no espaço militante – grupos homossexuais, ONG-Aids. Ainda que apenas em 2000, a gestão do Programa Nacional tenha sido assumida por um paulista, a orientação técnica e política do Programa Nacional seguiu o referencial do Programa de Aids do estado de São Paulo e os agentes paulistas apresentavam elevado capital simbólico.

Os agentes que se engajaram no espaço aids brasileiro eram pessoas afetadas pela epidemia, ou seja, pessoas vivendo com HIV/aids, pessoas vulneráveis à aids, como homossexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, profissionais do sexo, seus parentes e amigos; ou profissionais, médicos e pesquisadores, principalmente. Aqueles que entraram nesse espaço de luta por questões de ordem pessoal, geralmente, assumiram posições no subespaço militante, possuíam formação diversificada e um capital cultural importante, quase todos possuindo pós-graduação *stricto senso* (mestrado ou doutorado) no período de 1983-1986, característica que não é mantida pelos ingressantes após esse período, que em 2001 possuíam menor capital cultural, predominando curso superior completo, seguido do ensino médio. Nos subespaços burocrático e científico, o predomínio era de graduados em medicina, sendo que os agentes do

campo científico possuíam pós-graduação *stricto sensu* ou estavam realizando o curso.

É interessante notar que, ao contrário do que aconteceu na França, onde as associações específicas de luta contra a aids surgiram frente à demora do Estado em responder a uma nova epidemia, no Brasil elas surgiram após implantação da política governamental, inclusive da política nacional, e foi fomentada pelo Estado, no sentido em que esse foi o primeiro financiador dessas associações. Esse incentivo do Estado na constituição das ONGs/aids não foi exclusivo do Gapa-SP, que teve apoio da SES-SP inclusive cedendo uma sala no seu prédio e apoio logístico, mas também a Abia teve seus primeiros financiamentos garantidos pelo Inamps e pela Finep, instituições estatais, através de militantes da reforma sanitária, como Hésio Cordeiro e Reinaldo Guimarães que assumiam posições importantes nesses órgãos.

Excluída essa diferença, são muitas as semelhanças entre os movimentos associativos francês e brasileiro: ambos são constituídos por agentes com histórico de militância de esquerda – na França a militância de esquerda de 1968; no Brasil, no movimento pela redemocratização, participando de partidos clandestinos, como PCB e PCdoB, da construção do PT e do movimento das comunidades eclesiais de base; nos dois países, os militantes buscavam uma exterioridade ao movimento homossexual, ainda que muitos de seus integrantes fossem homossexuais e mesmo oriundos desse movimento. No Brasil, assim como na França, inicialmente as associações surgiram para preencher os vazios e as lacunas deixadas pela insuficiência da política estatal, que, aqui no Brasil, representam as ONGs de caráter político-assistencial, como o Gapa. Mais tarde surgiram associações de cunho eminentemente político, que criticavam o Estado, mas que também se opunham ao reformismo das associações já estabelecidas, como a Abia no caso brasileiro – e sua crítica ao Gapa.

As disputas ao interior de cada subespaço deram-se no campo médico entre dermatologistas, infectologistas e os especialistas em Medicina Tropical e doenças infecciosas e parasitárias; no campo burocrático, entre programas estaduais, particularmente o paulista, e Programa Nacional; no espaço militante, entre associações específicas de luta contra a aids e

movimentos em que a aids apareceu como questão transversal, entre as “king-ONGs” e ONGs menores, entre ONGs políticas e ONGs assistenciais, além da disputa entre ONGs de pessoas vivendo com HIV/aids e as demais ONGs/aids; no campo científico, entre grupos de diferentes instituições de pesquisa e ensino superior (USP X Unifesp, UFRJ X Fiocruz), entre diferentes gerações de pesquisadores.

As principais disputas entre alguns agentes responsáveis pelo Programa Nacional e as associações específicas de luta contra a aids deram-se até 1993 em torno das campanhas preventivas – qual deveria ser a população alvo: grupos específicos ou população geral, se deveria ser adotada uma linguagem técnica ou popular, o que poderia ser dito e o que não poderia ser dito, que termos usar etc. A partir do surgimento do primeiro medicamento ARV e sempre que surgissem novos medicamentos em torno do tratamento. Depois do primeiro acordo de empréstimo, acerca do financiamento de projetos de ONGs e da participação na Comissão Nacional – qual o papel da comissão, sua função, quem a integra –, principalmente com o surgimento de novas organizações não governamentais.

O que prevaleceu nas campanhas governamentais foi a concepção técnica dos agentes do campo burocrático, ainda que com influência do campo religioso, que, em algumas oportunidades, conseguiu interferir no conteúdo das mensagens, e do espaço militante que influenciou a promoção de um discurso mais inclusivo e menos estigmatizante.

A relação da doença com a sexualidade e o uso de drogas injetáveis levaram a uma influência do discurso religioso sobre a concepção da doença, inculcada especialmente pela igreja católica, predominante no país, relacionada ao pecado, à transgressão moral e ao castigo divino. Nesse sentido, os grupos homossexuais opunham-se ao discurso da igreja.

Na imprensa, a aids era apresentada como um problema dos homens homossexuais norte-americanos, ou seja, um problema estrangeiro e relacionado a uma minoria.

Inicialmente denominada peste gay, câncer gay, câncer rosa, quando a nova doença passou a ser denominada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida) ou, em inglês, *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Aids), o termo estrangeiro foi incorporado imediatamente pelos

médicos e pela imprensa. O Brasil foi o único país da América Latina que não adotou o termo sida. Um estrangeirismo, uma submissão tanto no campo científico como cultural aos EUA, que foi racionalizado através de justificativas relacionadas ao nome da santa padroeira do país (influência religiosa), ao apelido do nome Aparecida e formalizada em uma reunião no Ministério da Saúde para definir o termo a ser utilizado.

As semelhanças entre Brasil e França aparecem também quanto às primeiras medidas adotadas pelo Ministério da Saúde de cada um dos países: vigilância epidemiológica, educação e informação sanitária, visando esclarecer os meios de transmissão, testagem voluntária e na caracterização de uma epidemia que afetava toda a população.

Essa última estratégia tinha por objetivo reduzir o estigma e a discriminação dos grupos mais afetados, de modo que no Brasil, acordou-se que as campanhas seriam voltadas para a população geral. Isso só foi alterado a partir do final da década de 1980, com o Projeto Previna, voltado para população carcerária, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, crianças e adolescentes em situação de risco, garimpeiros e homossexuais. Contudo, as principais críticas de oposição à política governamental residiam na ausência de resposta assistencial e na concepção das campanhas preventivas de veiculação nacional, essa última talvez a questão de maior controvérsia ao interior do espaço aids. Controvérsia que perdurou até 2012, quando após a apresentação oficial da campanha para o carnaval voltada prioritariamente aos jovens homossexuais, o Ministério da Saúde mudou a mensagem da campanha para evitar atritos com a bancada evangélica, reacendendo a crítica das ONG/aids.

O fato de o campo médico ter sempre exercido papel dominante, bem como a conjuntura do movimento sanitário, a participação de epidemiologistas na gestão do programa e a participação crítica das organizações não governamentais concorreram para a formulação de uma política avançada, que se contrapôs às recomendações das agências internacionais, de modo a garantir não apenas ações de caráter preventivo, priorizadas até o final da década de 1980, mas também, o acesso ao tratamento, iniciado em 1988 com a distribuição de medicamentos para doenças oportunistas, evoluindo para os antirretrovirais em 1991 e universalizando o acesso em

1996 através da Lei 9.313. Assim, essa política, baseada na integralidade da atenção à saúde, foi sendo conquistada e construída ao longo do período estudado (1981 a 2001), resultando da incorporação de novas tecnologias à medida que o saber e as práticas médicas sobre a doença avançavam como resultado da complexa configuração desse espaço social específico diante de condições históricas de possibilidade.

Ainda que o espaço aids tenha sido dominado pelo campo médico, dentre os principais agentes formuladores da política nacional existiam profissionais graduados em outras áreas e agentes pertencentes ao campo burocrático e ao espaço militante. O desenvolvimento da política levou a uma influência crescente do campo burocrático nesse espaço, de modo que, a partir de meados da década de 1990, o Programa Nacional passou a assumir um papel dominante, o que modificou significativamente as relações ao interior do espaço aids, levando a uma redução gradual da crítica de oposição à política pelas ONGs/aids, que passaram a brigar pelo cumprimento dos direitos adquiridos pelos portadores de HIV/aids. Contribuíram para essa posição de autoridade dos técnicos do Programa Nacional, o aporte financeiro garantido pelos acordos de empréstimo junto ao Banco Mundial, possibilitando o financiamento de ações nos estados e municípios, bem como de projetos junto às ONGs; e a decisão política dos Ministros da Saúde e dos presidentes da república em assumir, contra as orientações do Banco Mundial, da OMS e das pressões das indústrias farmacêuticas, a garantia ao tratamento para portadores de HIV/aids.

O acordo de empréstimo junto ao Banco Mundial possibilitou o financiamento por parte do Ministério da Saúde de projetos de ONGs voltados para prevenção da doença e assistência aos portadores de HIV/aids, induzindo também à criação de novas associações, a maioria delas, ao contrário das ONGs mais antigas e mais consolidadas, passaram a depender dos recursos governamentais.

O financiamento do Banco Mundial, apesar de polêmico e de ter suscitado reações diversas, foi considerado como facilitador da expansão e consolidação das ONGs/aids, bem como contribuiu para a estruturação inicial de uma rede de serviços de saúde e apoio diagnóstico, e para a

capacitação técnica de profissionais, questões fundamentais à universalização do tratamento, viabilizado através de recursos do tesouro nacional.

A política brasileira de controle da aids ganhou reconhecimento internacional a partir do estabelecimento da estratégia de acesso universal aos ARVs em 1996. Associado a isso, as evidências do impacto positivo da política brasileira sobre os indicadores de morbimortalidade levaram diversas organizações internacionais que financiavam ações de ONGs/aids no Brasil a direcionar os recursos para países com respostas menos estruturadas frente à epidemia de aids e quadros epidemiológicos mais graves. Esse fato reduziu a oferta de financiamento para ONGs/aids, deixando os editais do Ministério da Saúde na única opção para o financiamento de diversas associações. A descentralização dos recursos para estados e municípios, a partir de 2002, associada à baixa capacidade de gasto dos programas estaduais e diferentes legislações fiscais comprometeram o repasse de recursos às ONGs, levando a um desfinanciamento do setor.

As relações de força entre os subespaços militante, burocrático e científico, com agentes engajados também no movimento da reforma sanitária, em uma conjuntura de redemocratização do país e de conformação do Sistema Único de Saúde contribuíram para a formulação de uma política baseada na saúde como um direito e dever do Estado. Foi essa premissa constitucional que garantiu a base legal para a demanda em juízo pelas assessorias jurídicas de diversas ONGs da garantia de acesso ao tratamento.

A luta pela sustentabilidade da estratégia de acesso universal a ARV levou a disputas internacionais, colocando o país em uma posição de destaque no cenário internacional. Da mesma forma, a política de aids, em especial a questão de acesso a medicamentos, tornou-se importante no campo político, no qual a maternidade/paternidade da política virou objeto de disputa, ganhando inclusive um caráter eleitoreiro.

Em que pese o relativo sucesso da política nacional e mesmo a vanguarda assumida pelo país, na opinião de diversos militantes/ativistas e mesmo de agentes do campo burocrático a sua continuidade e sustentabilidade não têm sido asseguradas. O Brasil parece ter se acomodado com

os êxitos pretéritos.¹²⁵ Para além de assegurar as características consideradas como exemplares, a saber, a integralidade, a universalidade e a não discriminação, a compreensão das razões históricas, que permitiram a elaboração dessa política, evidenciam que a existência de um sistema de saúde público organizado e universal foi uma das condições para que essa política se tornasse possível, assim como a participação social, para além das instâncias formais. As pessoas com HIV/aids tornaram-se agentes da sua própria história, não restringindo a sua participação ao subespaço militante, mas assumindo posições também no campo burocrático. Esse trânsito ao interior da burocracia estatal foi garantido pelo financiamento internacional, que permitiu a contratação de profissionais através de projetos, garantindo um corpo técnico qualificado e diversificado, engajado na luta pelo controle da epidemia. O ativismo da aids profissionalizou-se, não vivendo de voluntários. Embora enfrentando problemas de desfinanciamento, continua ativo, mais silencioso talvez, mas se manifestando sempre que necessário e aprimorando-se continuamente.

O engajamento político-militante profissional associado à luta contra a aids, no Brasil, não encontra precedentes na história da saúde no país. Se podemos perceber um reflexo da ideia, da proposta, do projeto, do movimento e do processo da reforma sanitária brasileira, conforme descrito por Paim (2008), no movimento de luta contra a epidemia da aids (espaço aids), isso acontece porque a história da política de aids não se desvincula da construção histórica de um Sistema Único de Saúde cujas diretrizes incluem a justiça, a equidade e a universalidade. A política da aids compartilha dos mesmos problemas do SUS, mas tendo um corpo técnico diferenciado pelo engajamento militante ao interior do ministério que promove a participação popular, e um movimento associativo que exerce de fato o controle social.

125 Segundo um ex-dirigente do Programa Nacional e representante da Unaid no Brasil, “[...] o Brasil está perdendo o momento político e tecnológico da segunda revolução na aids. [...] Que é adotar a abordagem da tecnologia CD4, abaixo de 500, trata para fim de prevenção. [...] o Brasil não pode ficar só repousando no que fez, tem que fazer coisas novas e o Brasil podia ser exemplo para o mundo novamente, se tomasse a decisão política, por que tecnicamente já está fundamentado”. (E27)

A análise sócio-histórica aqui realizada identificou diversos fenômenos responsáveis pela consolidação do espaço aids, bem como pelas características da política nacional de controle para este agravo. Não somente auxilia a compreensão acerca da complexidade dos processos evolutivos como pode contribuir para a análise de outras políticas de saúde e no seu aperfeiçoamento na direção dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira.